

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutus

Jouko Parviainen

ODOTUKSIA TYÖURAN JÄLKEISILTÄ SOSIAALI- JA
TERVEYSPALVELUILTA

Opinnäytetyö
Toukokuu 2019



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2019
Liiketalouden koulutus

Karjalankatu 3
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä

Jouko Parviainen

Nimeke

Odotuksia työuran jälkeisiltä sosiaali- ja terveyspalveluilta

Tiivistelmä

Väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Sosiaali- ja terveyspalveluiden palvelurakenteita on yritetty uudistaa vastaamaan paremmin palvelutarvetta ja hillitsemään kustannusten nousua.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä työssäkäyvät odottavat sosiaali- ja terveyspalveluilta ja kuinka odotukset tulisi huomioida suunniteltaessa tulevaisuuden palveluita. Tavoitteena oli saada tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat palvelutarpeeseen. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla seitsemää työssäkäyvää itäsuomalaista. Teemahaastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin induktiivisesti laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitoa odotetaan saatavan yhdenvertaisesti. Palveluiden keskittämistä etäälle ei pidetä hyvänä. Palvelutilanteessa arvostetaan läsnäoloa, vuorovaiikutustaitoja ja luotettavuutta. Monivaiheiselta hoidolta odotetaan jatkuvuutta. Sosiaali- ja terveyspalvelut koetaan julkisiksi palveluiksi, joita yksityiset palvelut täydentävät. Tietoa ikääntyneiden palveluista halutaan helpommin. Palvelutarve määräytyy arjessa selviytymisen mukaan. Ikääntyneenä halutaan asua kotona, jonne palveluita toivotaan saatavan toimintakyvyn mukaan. Palvelutarpeeseen varaudutaan sopeutumalla ja tekemällä elämäntapa- ja elämäntilanteita. Ikääntyessä harkitaan myös muuttoa palveluiden äärelle. Tutkimustulosten yleistettävyyttä voitaisiin arvioida paremmin, jos jatkossa palveluodotuksia kysyttäisiin myös Etelä-Suomen väkirikkaimmilta asuinalueilta. Tutkimusta voitaisiin laajentaa kysymällä odotuksia sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta.

Kieli
suomi

Sivuja 154
Liitteet 3
Liitesivumäärä 5

Asiasanat

sosiaali- ja terveyspalvelut, palveluodotukset, palvelutarve, asiakastyytyväisyys



THESIS
May 2019
Degree Programme in Business
Economics

Karjalankatu 3
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600 (switchboard)

Author

Jouko Parviainen

Title

Expectations for Social Welfare and Health Care Services after Retirement

Abstract

Ageing population will increase the demand for social welfare and health care services. There have been several attempts to reform the social welfare and health care system in Finland to more appropriately meet the service needs and to constrain cost growth.

The aim of this thesis was to find out what working-age population is expecting from social welfare and health care services after retirement and how these expectations should be taken into account while planning the services in the future. The objective was to find more information about determinants of demand for services. Seven people working in Eastern Finland were interviewed and the data was analysed thematically by means of a content analysis.

The results of this study showed that services are expected to be received equally. One's presence, social skills and trustworthiness are valued in service encounters. Continuity is expected from multi-phase care. Social and health services are considered public services which private services supplement. There is a need for an easier access to information about services for older people. The need for services is determined by a person's ability of activity in daily living. Older people want to live and receive care services at home. The generality of the research results could be evaluated more precisely if the service needs would be surveyed also in more populated regions in Southern Finland. This research could be broadened by asking professionals of social and health sciences for their opinions about service needs in the future.

Language
Finnish

Pages 154
Appendices 3
Pages of Appendices 5

Keywords

social welfare and health care services, service expectations, service need, customer satisfaction

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Hyvinvoinnin turvaaminen	9
2.1	Hyvinvointivaltioiden tunnusmerkkejä	11
2.2	Hyvinvointivaltion kehitys	17
2.3	Suomalaisen hyvinvointivaltion tila	18
2.4	Asuinpaikan vaikutus koettuun hyvinvointiin	19
2.5	Hyvinvointiyhteiskunnan haasteet	20
3	Ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveyspalvelut	20
3.1	Sosiaali- ja terveyspalvelut muutoksessa	21
3.1.1	Vanhuspalveluiden järjestäminen Suomessa	22
3.1.2	Vanhuspalveluiden järjestäminen muualla Pohjoismaissa	25
3.1.3	Vanhuspalvelumarkkinat Euroopan unionin alueella.....	29
3.1.4	Kokemuksia vanhuspalvelumarkkinoista Pohjois-Amerikassa	32
3.2	Lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut	36
3.2.1	Sosiaalipalvelut	37
3.2.2	Terveyspalvelut	38
3.2.3	Ikääntyneen väestön tukeminen	41
3.2.4	Sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädäntö muutoksessa.....	42
4	Suomalainen sosiaaliturva	45
4.1	Sosiaaliturvan rahoittaminen	46
4.2	Eläkkeiden merkitys palveluiden kuluttamisessa	48
4.3	Eläkejärjestelmän haasteet	48
5	Odotuksia työelämän jälkeisiltä sosiaali- ja terveyspalveluilta	50
5.1	Vanhuskuvan muotoutuminen	50
5.1.1	Ikääntymisen käsitteet.....	50
5.1.2	Vanhenemiseen sopeutuminen	54
5.1.3	Vanhuus yhteiskunnallisena ilmiönä	57
5.2	Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeet	58
5.2.1	Palvelutarpeisiin vaikuttavat yksilölliset tekijät	59
5.2.2	Sosiaaliset ympäristötekijät	62
5.3	Palveluodotuksiin vaikuttavat tekijät	68
5.3.1	Palvelun käsite.....	68
5.3.2	Palvelun laadun ulottuvuudet	70
5.3.3	Palvelun laadun mittaaminen	71
5.3.4	Palvelun laatu asiakassuhteissa.....	77
6	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	80
7	Tutkimuksen menetelmälliset valinnat	80
7.1	Kohderyhmä.....	81
7.2	Aineiston hankinta.....	81
7.3	Aineiston purkaminen.....	85
7.4	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	85
7.4.1	Aineiston pelkistäminen.....	88
7.4.2	Aineiston ryhmittely	91
7.4.3	Aineiston käsitteellistäminen	92
8	Tutkimuksen tulokset	93
8.1	Työikäisten käsityksiä vanhuudesta	93
8.1.1	Aktiivinen ikääntyminen.....	94
8.1.2	Voimaannuttava elämänasenne	96

8.2	Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeisiin vaikuttavia tekijöitä.....	97
8.2.1	Kotona selviytyminen	97
8.2.2	Omien rajojen tiedostaminen.....	100
8.3	Työelämän jälkeisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvat odotukset	102
8.3.1	Kokemuksia palveluista.....	103
8.3.2	Palvelut apuna	106
9	Tulosten tarkastelua.....	112
9.1	Työikäisten vanhuskäsitys.....	112
9.2	Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeita määrittäviä tekijöitä.....	115
9.3	Odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluilta	122
10	Pohdinta.....	128
10.1	Aineiston luotettavuus	129
10.2	Tutkimuksen eettiset valinnat	130
10.3	Johtopäätökset.....	131
	Lähteet.....	133

Liitteet

Liite 1	Haastattelun saatekirje
Liite 2	Suostumus haastatteluun
Liite 3	Tutkimuksen taustakysymykset ja teemat

1 Johdanto

Suomalainen sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen on muutoksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä on esitetty 2010-luvulla uudistettavaksi. Uudistusten tavoitteina on ollut vastata ihmisten palvelutarpeisiin, kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta ja hillitä kustannusten nousua. (Hallituksen esitys 15/2017, 155.) Lainsäädäntöuudistukset eivät ole kuitenkaan edenneet (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2019). Palvelurakenteiden uudistamiselle on kuitenkin koettu olevan tarvetta, sillä 1990-luvulla toteutettu päätösten ja hallinnon hajauttaminen kunnille on vaikeuttanut tasalaatuisten palveluiden tuottamista ja kustannusten hallitsemista. Erikoissairaanhoidon palvelut ovat kehittyneet perusterveydenhuollon palveluita voimakkaammin. (Hallituksen esitys 15/2017, 135–136.)

Palveluita tuottavat julkinen järjestelmä, työterveyshuolto ja yksityiset palveluntuottajat. Palveluita rahoittavat kunnat, valtio, kansalaiset, työnantajat ja vakuutusyhtiöt. Monikanavaisen rahoitusmallin myötä palvelut ovat pirstaleisia ja kansalaisilla on vaikea saada yhdenvertaisia palveluita. (Brommels, Aronkytö, Kananoja, Lillrank & Reijula 2016, 26.) Kansalaiset käyttävät työterveyspalveluita ja yksityisiä palveluita sosiaalisen aseman mukaan (Keskimäki 2011, 82).

Väestöryhmien välillä terveystalouden käytössä on eroja. Alempiin tuloluokkiin kuuluvat käyttävät enemmän terveyskeskuspalveluita, kun taas ylempiin tuloluokkiin kuuluvat käyttävät työterveyshuoltoa ja yksityisiä palveluita. (Klavus 2010, 41.) Sosioekonomisen aseman mukaiset terveyserot ovat suuria. Vähän koulutetut ja pienituloiset kokevat terveytensä muita huonommaksi. (Martelin, Murto, Pentala & Linnanmäki 2014, 70.)

Suomen väestö vanhenee. Kun vielä vuonna 1970 väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli noin yhdeksän prosenttia, niin vuoden 2013 lopussa väestöstä 65 vuotta täyttäneitä oli jo noin 19 prosenttia (Tilastokeskus 2014, 100). Vuonna 2040 yli 64-vuotiaita ennustetaan olevan noin 27 prosenttia väestöstä. Syntyvyys

on laskenut 2010-luvulla viidenneksen. Kun väestö ikääntyy ja syntyvyys laskee, väestöllinen huoltosuhde eli alle 15-vuotiaiden ja yli 64-vuotiaiden suhde sataa työikäistä kohti nousee. Vielä vuonna 2010 väestöllinen huoltosuhde oli noin 51 prosenttia, mutta vuoden 2017 lopussa huoltosuhde oli jo 60 prosenttia. Sataa työikäistä henkilöä kohti oli työvoiman ulkopuolella noin 60 henkilöä. Ennusteen mukaan väestöllinen huoltosuhde vuonna 2040 on 67 prosenttia. (Tilastokeskus 2018.) Väestörakenteen muutokset asettavat haasteita sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittamiselle. Sosiaalipalveluiden ja terveydenhuollon palvelutarpeen odotetaan kasvavan. (Hallituksen esitys 15/2017, 140.)

Ikääntyvän väestön kotona asumista tuetaan kotiin annettavilla palveluilla. Ikääntyneen väestön palveluiden kysyntä kasvaa, koska ikääntyneitä on jatkossa nykyistä enemmän. Kun 75 vuotta täyttäneitä oli vuonna 2014 noin 478 000, niin vuonna 2040 heitä ennustetaan olevan yli 900 000. Ikääntyneiden kotihoidon järjestämisessä nykyisillä resursseilla on haasteita, koska palveluiden rahoittamisen veropohja supistuu, kun työikäisten osuus väestöstä pienenee. (Groop 2014, 8.)

Julkista keskustelua sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta käydään eri kanavilla. Tämä tutkimus käsittelee asiakkaiden odotuksia työelämän jälkeisiltä sosiaali- ja terveyspalveluilta. Palvelutarpeita kysytään mahdollisesti tulevilta palveluiden käyttäjiltä, vielä työelämässä toimivilta. Tutkimuksessa haetaan tietoa palveluiden asiakkailta, vastaavatko asiakkaiden odotukset ja toiveet palveluista sitä, millä palveluiden uudistamista perustellaan ja tuleeko ilmi muita keskusteluissa vähemmän esillä olleita seikkoja. Lainsäätäjän näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tarvetta perustellaan nykyisten palveluiden ongelmilla (Hallituksen esitys 15/2017, 12). Kuntien kantokyky on erilainen suoriutua lakisääteisistä velvoitteista järjestää alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut. Siksi palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden koetaan vaarantuvan. (Hallituksen esitys 15/2017, 12.) Väestörakenteen muutos heikentää verotulojen kasvua ja julkisen talouden rahoitusta sekä lisää ikääntyvän väestön terveys- ja hoivapalveluiden tarvetta (Hallituksen esitys 15/2017, 140).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää, mitä työelämässä toimivat odottavat mahdollisesti tulevaisuudessa tarvitsemiltaan sosiaali- ja terveyspalveluilta ja kuinka nämä odotukset tulisi ottaa huomioon palveluita suunniteltaessa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat terveys- ja sosiaalipalveluiden tarpeeseen. Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus, sillä tutkimuksella haetaan kokonaisvaltaista ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä eli sosiaali- ja terveyspalveluiden odotuksista. Tutkimusaineisto kootaan haastattelemalla itäsuomalaisia työelämässä olevia. Haastattelumuoto on teemahaastattelu, jossa tutkittavan ilmiön aihepiiriä ohjataan teemoilla. Teemat pohjautuvat teoriaan, jonka pohjalta näkökulmia etsitään. Haastattelujen teemoina ovat vanhuskuva, palvelutarpeeseen vaikuttavat tekijät ja sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvat odotukset. Haastatteluista litteroitu aineisto analysoidaan aineistolähtöisesti sisällönanalyysin menetelmillä. Analyysissa etsitään aineiston kertoma informaatio.

Luvussa kaksi lähestytään sosiaali- ja terveyspalveluiden käsitteitä hyvinvointia tukevinä toimintoina. Luvussa kolme tarkastellaan ikääntyvälle väestölle suunnattujen vanhuspalveluiden järjestämistä Suomessa ja muualla länsimaissa. Eläkkeiden merkitystä osana sosiaaliturvaa ja palveluiden kuluttamisessa käsitellään luvussa neljä. Luvussa viisi palveluiden tarvetta tarkastellaan yksilön näkökulmasta ikääntymisenä ja vanhuuteen sopeutumisenä sekä yhteiskunnallisena ilmiönä. Palveluodotuksia tarkastellaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen näkökulmasta. Lisäksi käsitellään, kuinka palvelukokemukset vaikuttavat palveluodotuksiin. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset esitetään luvussa kuusi. Tutkimuksen menetelmälliset valinnat ja tutkimusprosessi kuvataan luvussa seitsemän. Tutkimuksen tulokset esitetään luvussa kahdeksan. Seuraavaksi tuloksia verrataan aiempiin tutkimuksiin. Pohdinnassa arvioidaan aineiston luotettavuutta ja tutkimuksen eettisiä valintoja ja käsitellään tulosten merkitystä.

2 Hyvinvoinnin turvaaminen

Hyvinvoinnilla tarkoitetaan terveyttä, elinoloja ja toimeentuloa. Näitä tekijöitä sanotaan objektiivisesti mitattaviksi hyvinvoinnin tekijöiksi. Hyvinvointi on myös itsensä toteuttamista, onnellisuutta ja sosiaalisia suhteita. Nämä ovat hyvinvoinnin subjektiivisia tekijöitä. (Moisio, Karvonen, Simpura & Heikkilä 2008, 14.) Elinolot ja toimeentulo ovat materialistista hyvinvointia. Hyvinvointieroja selvitetessä mitataan terveyttä ja materialistista hyvinvointia. (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010a, 11–12.)

Subjektiiviseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä on monia. George (2011, 323) luettelee subjektiivisen hyvinvoinnin tekijöiksi terveyden, harrastukset, sosioekonomisen aseman yhteiskunnassa, väestölliset ominaispiirteet, sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen tuen sekä yhteiskuntaan sopeutumisen. Väestöllisiä piirteitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, siviilisääty ja etnisyys (George 2011, 323). Ikääntyvien ihmisten subjektiivinen hyvinvointi länsimaissa kasvaa 50 ikävuodesta alkaen. Myös nuorten hyvinvointi on keski-ikäisten hyvinvointia korkeampaa. (Steptoe, Deaton & Stone 2015, 641–642.) Fyysinen terveys ja subjektiivinen hyvinvointi vaikuttavat toisiinsa. Sairauksista kärsivä ikääntynyt kokee masennusta ja hyvinvoinnin puutteita. Elämänsä merkitykselliseksi kokevalla on suurempi todennäköisyys selviytyä elämässä kuin hyvinvointinsa vajavaiseksi kokevalla. (Steptoe ym. 2015, 640.)

Ihminen vertaa kanssakäymisessä terveyttään, sosiaalista asemaansa ja elintasoaan muihin yhteiskunnan jäseniin. Sosiaalinen asema on sitä tärkeämpi, mitä eriarvoisempi yhteiskunta on. (Wilkinson & Pickett 2010, 43–44.) Yhteiskunnassa vallitseva tuloerojen suuruus vaikeuttaa sosiaalisen aseman muutoksia. Valtioissa, joissa tuloerot ovat pieniä, ihminen voi työllään ja avuillaan saavuttaa paremman sosiaalisen tai taloudellisen aseman itselleen ja perheelleen. (Wilkinson & Pickett 2010, 159–160.) Ihmisen sosiaalinen asema vaikuttaa hyvinvointiin ja terveyteen. Sosiaalisten verkostojen laajuus ja koettu stressi ovat psykososiaalisia tekijöitä, jotka määräävät väestön terveyttä kehittyneissä maissa, joissa aineellinen hyvinvointi on runsasta. (Wilkinson & Pickett 2010, 77.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on turvata ihmisten hyvinvointia. Nykyisen hyvinvointivaltion tarjoaman sosiaaliturvan ja palveluiden perusta muotoutui englantilaisen William Beveridgen johtaman komission vuonna 1942 julkaiseman raportin ajatuksista. Hyvinvointivaltion tehtävänä on suojata ihmisiä kurjuuden, köyhyyden, tietämättömyyden, työttömyyden ja sairauden varalta. Asuntopolitiikalla on katsottu autettavan kurjuudesta selviytymistä, yleinen sosiaaliturva suojaa köyhyydeltä, yleinen oppivelvollisuus vähentää tietämättömyyttä, työvoimapolitiikka kannustaa työllistymistä ja sairausvakuutus tarjoaa kansalaisille turvaa sairauksien varalle. (Moisio, Karvonen, Muuri, Vaarama & Kestilä 2014, 10.) Hyvinvointivaltiossa hyvinvointia toteutetaan sosiaalivakuutusjärjestelmällä, tulonsiirroilla, koulutuspalveluilla, vanhustenhoivalla sekä terveydenhuolto- ja hyvinvointipalveluilla (Korkman 2011, 15). Sosiaaliturva antaa kaikille maassa asuville vähimmäisturvan, työssäkäyville kohtuullisen kulutustason työttömyyden, työkyvyttömyyden, huoltajan menetyksen, sairauden ja vanhuuden varalle sekä riittävät sosiaali- ja terveystalvet (Hiilamo, Niemelä, Pykälä, Riihelä & Vanne 2012, 82).

Sosiaalivakuutuksilla jaetaan yksilön riskejä varautumalla ennakkoon syyperusteisesti yksittäisen tapahtuman perusteella, kuten työttömyyden ja sairauden kohdatessa. Eläkkeet antavat turvaa työkyvyttömyyden ja vanhuuden varalle. Lapsiperheitä tuetaan avustuksilla. (Korkman 2011, 25.) Lain toimeentulotuesta (1412/1997) mukaan ihmiselämän kannalta välttämätön toimeentulo turvataan tarveharkintaisella toimeentulotuella. Hyvinvointivaltio turvaa ihmisille toimeentuloa koko elämän ajan tulonsiirtojen avulla. Työssäkäyvät maksavat eläkemaksuja, joilla kustannetaan ikääntyneiden ja työkyvyttömiä eläkkeitä. Kukin sukupolvi olettaa, että sitä seuraava sukupolvi osallistuu edellisen sukupolven kustannusten maksamiseen. Tuloeroja tasataan progressiivisella verotuksella ja tarjoamalla alihinnoiteltuja julkisia palveluita. (Korkman 2011, 25–26.)

Esping-Andersen (2002, 11–13) on kuvannut yhteiskunnallisesti hyvinvoinnin toteuttajia kolmen pilarin mallina. Ihmisille hyvinvointia tuottavat markkinat, perheet ja valtio. Ihmiset saavat työllistymällä toimeentuloa markkinoilta ja toisaalta he ostavat markkinoilta hyvinvointipalveluita. Perheet tarjoavat sosiaalista turvaa ja

apua sukulaisilleen. Valtio tarjoaa hyvinvointia jakamalla etuuksia ja palveluita. Mikäli jokin hyvinvoinnin tuottaja ei pysty antamaan ihmiselle hyvinvointia, on mahdollista, että jäljelle jäävät kaksi toimijaa pystyvät kompensoimaan hyvinvoinnin vajeen. Valtion roolilla hyvinvointipalveluiden tuottajana on aina toissijaisia vaikutuksia. Esimerkiksi jos julkisia vanhusten hoivapalveluita vähennetään, niin pystyvätkö markkinat ja perheet korvaamaan puuttuvan hoitovajeen? Hyvinvointipalveluita suunniteltaessa onkin pohdittava, missä määrin kukin toimija – pilari – pystyy vastaamaan palveluiden tarjonnasta. (Esping-Andersen 2002, 11–13.)

Hyvinvoinnin yhteydessä puhutaan hyvinvointivaltiosta ja hyvinvointiyhteiskunnasta. Hyvinvointivaltion käsite korostaa valtion vastuuta huolehtia kansalaisten hyvinvoinnista. Hyvinvointiyhteiskunnan käsitteessä kaikki kansalaiset ovat yhteisessä vastuussa toisistaan. (Savikuja 2005, 146.) Julkusen (2001, 201) mukaan hyvinvointiyhteiskunnassa hyvinvoinnin tuottajia valtion rinnalla ovat kunnat, vakuutusyhtiöt, säätiöt, järjestöt, yritykset, hoivayrittäjät, perheet ja yksilöt. Alaluvuissa käsitellään hyvinvointivaltion merkitystä hyvinvointia tukevien palveluiden mahdollistajana.

2.1 Hyvinvointivaltioiden tunnusmerkkejä

Väestö- ja yhteiskuntarakenteen muutokset ovat muuttaneet hyvinvointivaltion sisältöä. Taloudelliset lamakaudet ja sodat toivat mukanaan turvattomuutta, jota vastaan valtiot alkoivat valmistautua. Teollistuminen, ansiotyössä käynti ja myöhemmässä vaiheessa jälkiteollinen yhteiskunta ovat muuttaneet asumisen muotoja sekä perheiden ja yhteisöjen rakenteita. (Karisto, Takala & Haapola 1997, 172, 204.) Markkinoiden globalisoiduttua ja avauduttua kansainväliselle kilpailulle ihmiset liikkuvat enemmän (Yeates 2001, 631). Tuloerot ja tuloeroja seuraavat sosiaaliset ongelmat ovat sosiaaliturvan haasteita. Väestön ikääntyminen ja väestörakenteen muutokset useassa länsimaisessa yhteiskunnassa luovat osaltaan huolta toimeentulosta. (OECD 2008, 70.) Ihmiset elävät yhä pidempään, ja vanhuksia on väestöstä yhä enemmän (OECD 2016, 86–87). Samaan aikaan syntyvyys on pienentynyt (OECD 2016, 80). Väestörakenteen muutokset tuovat

sosiaalisia haasteita etenkin Japanissa, Saksassa ja Etelä-Euroopan maista Italiassa ja Kreikassa. Myös Suomessa väestö ikääntyy. (OECD 2016, 86–87.)

Suurimittainen teollisuustuotanto on muuttunut joustaviksi tuotantomarkkinoiksi, joissa eri osaamisalueiden valmistajat sopeutuvat nopeasti muuttuvilla kulutusmarkkinoilla. Tuotantoprosessit automatisoituvat ja työtehtävät erikoistuvat. Uusia työtehtäviä syntyy palvelualoilla, esimerkiksi ravitsemus- ja vapaa-ajan palveluissa. Työvoimaa vaativat tehtävät siirtyvät vähemmän kehittyneisiin maihin, joissa sekä työvoimakustannukset että sosiaali- ja hyvinvointikustannukset ovat pienemmät. Palkkatyöstä on tullut usein tilapäistä, osa-aikaista ja matalapalkkaista. Muutos asettaa sosiaalipalveluiden ja talouden ohjaukselle haasteita, koska yhteiskunnan on investoitava talouden kasvuun kansainvälisillä markkinoilla ja samaan aikaan huolehdittava kattavista hyvinvointipalveluiden tarjonnasta. (Alcock 2001, 10–11.)

Demokraattiset hallitusmuodot mahdollistivat hyvinvointivaltioiden synnyn ja kehittymisen. Kukin valtio on rakentanut hyvinvointijärjestelmiään omiin olosuhteisiin soveltuviksi. (Kiander & Lönnqvist 2002, 21–22.) Valtioille tuli tarve suojata kansalaisiaan markkinahäiriöiltä, taloudellisilta ja sosiaalisilta riskeiltä ja tasata kansalaisten tuloeroja. Sosiaalipolitiikalle tuli tarvetta, koska teollistuminen ja markkinatalous tuhosivat yhteiskunnan suojaavia rakenteita. Vanhempien käydessä töissä perheet eivät enää pystyneet hoitamaan lapsiaan samalla tavalla kuin ennen. Sosiaalipolitiikka soveltui valtioiden harjoittamaksi toiminnaksi, koska valtioilla oli kehittynyt hallinto. (Esping-Andersen 1990, 13.) Monet yksilön hyvinvointiin vaikuttavat tekijät kuten terveydenhoito, vanhustenhoito ja ympäristön-suojelu ovat valtion hallinnoimia toimia, joita muut toimijat yhteiskunnassa eivät tuota kaikille kansalaisille riittävästi (Mullard & Spicker 1998, 115–117). Myös taiteilla on koettu olevan positiivista vaikutusta ihmisten hyvinvointiin (Frey 2011, 371–373).

Hyvinvointivaltio voidaan määritellä useammasta eri näkökulmasta. Therbornin mukaan hyvinvointivaltio ensisijaisena toimintonaan omistautuu tukemaan päivittäisiä toimintoja, joita kotitaloudet tarvitsevat. Tämä määritelmä unohtaa valtion

muut keskeiset toiminnot, kuten ulkoisen turvallisuuden, lainsäädännön, järjestyksen valvonnan ja hallinnon. (Esping-Andersen 1990, 20.) Titmuss määrittelee hyvinvointivaltion sen sisällön perusteella. Titmuss jakaa hyvinvointivaltioiden harjoittaman sosiaalipolitiikan kolmeen toimintamalliin: hyvinvointia täydentävän palvelun malli, institutionaalinen hyvinvointivaltio ja yksilön ansioihin perustuva hyvinvointijärjestelmä. (Titmuss 1974, 30–31.) Täydentävien palveluiden eli residuaalisen mallin valtio tarjoaa hyvinvointia edistäviä palveluita vain niitä eniten tarvitseville, joita perheet ja markkinat eivät riittävästi tue. Valtion tehtävänä on tarjota vain vähäisessä määrin hyvinvointipalveluita, sillä yksityisen sektorin oletetaan huolehtivan ihmisten hyvinvointitarpeista. (Mullard & Spicker 1998, 221.) Julkisia palveluita tarjotaan vain tilapäisesti (Titmuss 1974, 30–31). Institutionaaliossa hyvinvointivaltiossa valtio huolehtii koko väestölle tarjottavista tarpeeseen perustuvista yhtäläisistä palveluista (Titmuss 1974, 31; Titmuss 1976, 135). Ansioihin, työn tekemiseen ja tuottavuuteen perustuvassa hyvinvointijärjestelmässä hyvinvoinnin palvelut hankitaan yksilöllisillä saavutuksilla kannustimina ja palkintoina osana työllistymistä ja työ sopimuksia (Titmuss 1974, 31; Alcock 2001, 17).

Kolmas tapa hyvinvointivaltion määrittelemiseksi on verrata valtioiden hyvinvointipalveluita määriteltyn teoreettiseen malliin. Palveluille annetaan pisteitä ja valtioita verrataan pisteytyksen perusteella. Tämä määrittelytapa vertaa valtion hyvinvointipalveluita nykyhetkeen ja unohtaa valtion hyvinvoinnin tukemisen historian. (Esping-Andersen 1990, 21.)

Hyvinvointivaltioiden hallinnointitavat eli regiimit säätelevät valtion, markkinoiden ja perheiden asemaa hyvinvoinnin turvaajana. Hallinnointitavat erottuvat toisistaan kansalaisten sosiaalisten oikeuksien määrän eli dekommodifikaation suhteen. Dekommodifikaatio kuvaa, missä määrin ihmisten toimeentulo on sidoksissa markkinoihin eli kuinka hyvin yksilöt ja perheet pystyvät ylläpitämään kohtuullista elintasoaan markkinoista riippumatta. (Esping-Andersen 1990, 37.) Dekommodifikaatio on sitä suurempaa, mitä vähemmän ihmisten toimeentulo ja hyvinvointi on markkinoista riippuvaista. Sosiaaliset hyvinvointipalvelut lisäävät dekommodifikaatiota. (Esping-Andersen 1990, 21–23.) Julkusen (2009) mukaan dekommodifikaation määrä kuvaa, missä määrin julkiset sosiaali- ja hyvinvointipalvelut tekevät yksityiset palvelut ja vakuutukset tarpeettomiksi.

Myös Esping-Andersen on luokitellut Titmussta myöhemmin hallinnointitapojen suuntauksia sosiaalipolitiikkaa vertailevissa tutkimuksissa. Esping-Andersen (1990, 26–29) on päätenyt Titmuksen tavoin kolmeen hallinnointitapaan. Liberaalinen hyvinvointivaltio tarjoaa tarveharkintaista tukea, vaatimatonta tulonsiirtoa väestöryhmien kesken ja kohtuullista sosiaalivakuutusta. Tukea saavat useimmiten pienituloiset asiakkaat. Yhteiskuntaa hallitsevat liberaalit työn etiikan normit. Tuensaajat kokevat usein häpeää. Valtio tukee markkinoita myöntämällä kansalaisille vain pienimuotoista sosiaalista tukea ja kannustamalla yksityistä hyvinvointisektoria. Valtio rohkaisee keskiluokkaa hakeutumaan yksityisten hyvinvointipalveluiden piiriin. Hyvinvointietuuksien saannin ehtona on usein työmarkkinoilla olo. Tämä kuitenkin lisää ihmisten eriarvoisuutta, koska työttömät eivät saa etuuksia. Köyhyys uhkaa haavoittuvia kansalaisia, kuten yksinhuoltajaäitejä ja nuoria perheitä. Liberaali hyvinvointivaltio vähentää julkisia menoja ja verotusta. Toisaalta ihmiset sitoutuvat yksityisiin sosiaalivakuutuksiin, mikä kaventaa valtion kykyä suunnitella sosiaalipolitiikkaa. Väestö on sitoutunut yksityisiin vakuutusso-
pimuksiin, eikä sen maksukyky kestä suuria veronkorotuksia. Jos suuri keski-
luokka ei koe saavansa hyvinvointipalveluita, valtio ei pysty veroja lisäämällä
tuottamaan palveluita. Liberaalisina hyvinvointivaltioina Esping-Andersen pitää
esimerkiksi Iso-Britanniaa, Irlantia, Yhdysvaltoja, Kanadaa ja Australiaa. (Esping-
Andersen 1990, 27; Esping-Andersen 2002, 15–16.)

Toinen Esping-Andersenin (1990, 27) esittämä hyvinvointivaltiosuuntaus on mannereurooppalainen, korporatiivinen hyvinvointimalli. Korporatiivisessa hyvinvointivaltiossa pidetään yllä oikeuksia, jotka määräytyvät yksilön yhteiskunnallisen luokan ja aseman mukaan. Sosiaalipolitiikan tuloja tasaava vaikutus on vähäistä. Markkinat eivät säätele hyvinvointipalveluita, vaan kirkon ja perheiden rooli palveluiden tarjoajia on korostunut. Perheavustuksilla tuetaan lapsiperheitä. Sosiaaliavustuksia myönnetään vasta toissijaisesti, jos perhe ei kykene huolehti-
maan toimeentulostaan. Sosiaalivakuutusta arvostellaan, koska se ei tarjoa riit-
tävää sosiaaliturvaa niille, jotka eivät ole jatkuvasti töissä. Kuilu työmarkkinoilla
olevien ja muiden välillä syvenee. Sosiaaliturva vastaa heikosti väestön ikäänty-
miseen ja työllisyyden muutoksiin. Monessa Manner-Euroopan valtiossa tiedos-

tetaan pienten lasten ja ikääntyneiden sosiaaliturvan puute. Palveluiden rahoittaminen veroja nostamalla on haasteellista, koska verotuspohja on kapea. Olenaista olisi saada työmarkkinoiden ulkopuolella olevat ihmiset, erityisesti perheiden naiset, työllistymään. (Esping-Andersen 2002, 16–17.) Korporatiivisina hyvinvointivaltioina pidetään esimerkiksi Itävaltaa, Ranskaa, Saksaa ja Italiaa (Esping-Andersen 1990, 27).

Kolmas Esping-Andersenin (1990, 27–28) esille tuoma hyvinvointivaltiosuuntaus on sosiaalidemokraattien suosima hyvinvointivaltio. Mallia nimitetään yleisesti pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi. Hyvinvointivaltion kehitys alkoi Ruotsissa 1930-luvulla sosiaalidemokraattien tultua hallitusvastuuseen. Hyvinvointivaltion kehittämiseksi vallitsi laaja yhteisymmärrys eri puolueiden, työnantajien ja työmarkkinajärjestöjen kesken. Hyvinvointivaltio tarjoaa yhtäläisiä oikeuksia ja etuuksia kaikille, myös keskiluokkaan kuuluville. Dekommodifikaatio on suurta eli sosiaaliturva takaa ihmisille perustoimeentulon sosiaalisesta asemasta riippumatta. Vaikka sosiaalivakuutus on universaali, etuudet suhteutetaan saajan ansiotasoon. Sosiaaliturvan etuudet ovat ehdollisia. Sosiaaliturvamaksuihin sitoutuvat kaikki kansalaiset. Pohjoismainen malli tarjoaa sosiaalipalveluita lapsiperheille, ikääntyneille ja apua tarvitseville. Toisin kuin korporatiivisessa hyvinvointimallissa pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa sosiaalietuuksilla tuetaan perheitä ennaltaehkäisevästi. Malli korostaa yksilön itsenäisyyttä. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa naisia kannustetaan osallistumaan työmarkkinoille. Mallin hyvinvointi on sidoksissa työhön. Tavoitteena on täystyöllisyys, sillä työllisyyden kautta verotuloin rahoitetaan hyvinvointipalveluita. Tyypillisimpänä pohjoismaisena hyvinvointivaltiona Esping-Andersen (2002, 14) pitää Skandinavian maita eli Ruotsia, Norjaa ja Tanskaa, mutta joihin tässä yhteydessä Suomikin luetaan.

Bonoli korostaa hyvinvointivaltion luokittelussa sosiaalipolitiikan bismarckilaista ja beveridgeläistä erottelua (Savikuja 2005, 138). Bismarckilainen sosiaalipolitiikka perustuu sosiaalivakuutukseen, jota maksavat työntekijät ja työnantajat. Sosiaaliturvan piirissä ovat vakuutetut työntekijät. (Bonoli 1997, 357.) Bismarckilaisen sosiaalipolitiikan piirteitä on Manner-Euroopan maiden sosiaaliturvassa

(Bonoli 1997, 360). Beveridgeläisessä sosiaalipolitiikan mallissa sosiaaliturva perustuu asumiseen ja tarveharkintaan. Beveridgeläisessä mallissa etuudet ovat yleensä kiinteämääräisiä ja sosiaaliturva rahoitetaan pääasiassa verovaroin. (Bonoli 1997, 357.) Iso-Britanniaa ja Irlantia sekä Pohjoismaita pidetään beveridgeläisen sosiaalipolitiikan maina (Bonoli 1997, 360–361). Bonoli ottaa huomioon hyvinvoinnin määrän ja laadun luokitellessaan hyvinvointivaltiomalleja. Hyvinvoinnin määrää hän kuvaa sosiaalimenojen osuudella bruttokansantuotteesta. Pohjoismaissa ja Keski-Euroopan maissa sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta on Etelä-Euroopan maita sekä Iso-Britanniaa ja Irlantia suuremmat. Hyvinvoinnin laatua Bonoli mittaa vakuutusmaksujen osuudella sosiaalimenojen rahoituksesta. Bismarckilaisessa mallissa vakuutusmaksujen osuus on suurempi kuin beveridgeläisessä mallissa. (Bonoli 1997, 359.)

Mitään valtiota ei voida pitää tarkasti yksittäistä hyvinvointijärjestelmää noudattavana (Rodger 2000, 16). Kukin valtio on rakentanut hyvinvointijärjestelmänsä oman valtion tarpeisiin valtion erityispiirteet huomioiden (Rodger 2000, 164). Esping-Andersenin esittämät hallintomallien ominaisuudet sekoittuvat kansallisissa hallintomalleissa. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa oikeus palveluihin perustuu kansalaisuuteen. Terveys-, sosiaali- ja koulutuspalveluita tarjotaan laajasti, palveluita rahoitetaan verovaroin ja korvauksia myönnetään runsaasti. Tasa-arvoa kannustetaan työelämässä ja perheissä. Pohjoismaisessa hyvinvointivaltiomallissa työllisyyttä edistetään koulutusohjelmilla ja työllistymistuilla. Työmarkkinaneuvotteluihin osallistuvat vahvat ammattiliitot. Liberaalinen hyvinvointivaltiomalli, jota kutsutaan myös anglosaksiseksi malliksi, turvautuu markkinoihin. Avustukset perustuvat tarpeeseen. Palveluita rahoitetaan verovaroin, korvauksia myönnetään vähän ja perheille kohdennetaan vähemmän palveluita. Julkiset terveys-, sosiaali- ja koulutuspalvelut ovat vähemmän kehittyneitä. Anglosaksisessa hyvinvointivaltiomallissa työllistämistä edistävät tuet ovat vähäisiä. Ammattiliittojen tukemia työmarkkinaneuvotteluja käydään enemmän työnantajakohtaisesti. Mannereurooppalaisessa hyvinvointijärjestelmässä valtio ohjaa yhteisöjen – korporaatioiden – ja perheiden tuottamaa hyvinvointia. Sosiaalivakuutus pohjautuu ammatilliseen, työhön sidottuun vakuutukseen. Palveluita rahoitetaan sopimuksiin perustuen, korvauksia myönnetään vaihtelevasti

ja perheitä tuetaan vähän. Julkiset palvelut ovat vaatimattomia tarjoten vain äärimmäistä turvaa. Työsuhdeturva on niukkaa, mutta vapaaehtoista koulutusta ja valmennusta tuetaan. Ammattiliitojen tukemat työmarkkinaneuvottelut ovat koordinoituja. (Hemerijck 2002, 179.)

2.2 Hyvinvointivaltion kehitys

Suomessa tuloerot pienenivät 1960-luvun puolivälistä aina 1990-luvun alkuun saakka. Tuolloin pienimpiin tulokymmenyksiin kuuluvien kotitalouksien käytettävissä olevat tulot kasvoivat ylempiin tuloluokkiin kuuluvien tuloja nopeammin. (Hiilamo, Kangas, Manderbacka, Mattila-Wiro, Niemelä & Vuorenkoski 2010, 15–16.) Samaan aikaan myös suhteellinen köyhyys väheni noin 19 prosentista viiteen prosenttiin (Moisio 2010, 183). Suhteellisesti köyhiksi katsotaan kotitaloudet, joiden käytettävissä oleva tulo on alle 60 prosenttia väestön keskimääräisestä tulosta (Moisio 2010, 195). 1990-luvun taloudellisesta taantumasta tuloerot alkoivat kasvaa. Erityisesti ylimpien tuloluokkien tulot kasvoivat muuta väestöä nopeammin. (Riihelä 2009, 2–3.) Kotitalouksien köyhyys on tullut arkipäiväisemmäksi. Tutkiessaan tuloerojen kasvun vaikutuksia kotitalouksille Airio, Moisio & Niemelä (2004, 19) havaitsivat kasvavan riskin köyhyyden siirtymisestä sukupolvelta toiselle. Myös Hakamäki (2015, 49) toteaa, että köyhyydestä on aiempaa hankalampaa irrottautua. Tuloerojen ja köyhyyden kasvun syinä on todettu 1990-luvun taantuma ja taantumien jälkeisen ajan pitkään jatkunut vaikeus työllistyä (Moisio 2010, 181). Tulonsiirrot eivät ole tasanneet tuloeroja, sillä etuisuusturva on jäänyt yleisestä ansiokehityksen noususta (Moisio 2009, 25).

Ennen 1990-luvun taantumaa Suomessa kuntien ja valtion terveydenhuollon rahoitusosuus oli likimain yhtä suuri eli noin 35 prosenttia. Kotitalouksien maksuosuus oli tuolloin noin 16 prosenttia. 1990-luvun taantumien jälkeen kuntien maksuosuus on noussut jo 40 prosenttiin ja valtion osuus on laskenut noin 20 prosenttiin. Kunnallisverotus ei ole niin progressiivista kuin valtion verotus, mikä on johtanut pienituloisten maksuosuuksien nousuun. Kunnat ovat turvautuneet

terveydenhuollon asiakasmaksuihin. Koska suurempiin tuloluokkiin kuuluva väestö käyttää työterveyspalveluita alempien tuloluokkien väestöä enemmän, on tämä osaltaan lisännyt pienituloisten maksuosuutta. (Hiilamo ym. 2010, 20–21.)

Väestön tuloeroilla on todettu olevan vaikutusta terveyseroihin. Köyhyyden on todettu lisäävän terveysongelmia (Hakamäki 2015, 49–50). Yleensä sosioekonominen asema vaikuttaa koettuun terveyteen. Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut-aineistojen (HYPA) pohjalta vuosien 2004–2013 ajalta tehdyn tutkimuksen mukaan alimpiin tuloluokkiin kuuluvat sekä alemman koulutuksen hankkineet sairastavat muita enemmän. (Martelin ym. 2014, 62.)

2.3 Suomalaisen hyvinvointivaltion tila

Ihmiset kokevat suomalaisen hyvinvointivaltiojärjestelmän pirstaleisena. Lakisääteisiä palveluita järjestävät julkisen sektorin ja yksityisen sektorin toimijat. Perusterveydenhoitoa ja erikoissairaanhoidon tarjotaan sekä julkisena että yksityisenä palveluna. (Niemelä & Saarinen 2015, 14.) Lakisääteistä työeläkejärjestelmää ylläpitävät itsenäiset vakuutuslaitokset ja julkisen sektorin eläkelaitokset (Vidlund, Ritola & Rehn-Kiukkonen 2007, 35). Hyvinvointivaltion palvelut ja tulonsiirrot jakaantuvat sen mukaan, onko ihminen työssäkäyvä vai työmarkkinoiden ulkopuolinen. Lakisääteiset työterveyspalvelut ovat kansainvälisesti verrattuna laadukkaita. (Hiilamo ym. 2010, 39.) Työnantajat ja valtio rahoittavat työterveyshuollon palvelut, jotka ovat työterveyshuollon asiakkaille maksuttomia (Pekurinen 2014, 13). Maksukykyisten ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien on mahdollista saada yksityisen sektorin palveluita (Häkkinen & Alha 2006a, 91). Kuitenkin työmarkkinoiden ulkopuolella olevien sosiaaliturva ei ole muiden Pohjoismaiden tasolla (Hiilamo ym. 2010, 38–39). Monelle työmarkkinoiden ulkopuoliselle asiakkaalle julkiset terveyspalvelut ovat ainoa palvelukanava. Lisäksi julkisen puolen asiakasmaksujen koetaan lisäävän terveyspalveluiden eriarvoisuutta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017a.)

Myös ulkomaiset asiantuntijat ovat todenneet suomalaisen yhteiskunnan jakaantumisen tulonsiirtojen ja palveluiden osalta sisä- ja ulkopuolisiin. Hyvinvointivaltion uhkana he näkevät tuloerojen suuruuden ja suuren köyhyysriskin. (Hiilamo ym. 2010, 7.) Suomalaisen väestön terveyserot sosiaalisen aseman mukaan ovat kansainvälisesti suuria (Hiilamo ym. 2010, 21).

2.4 Asuinpaikan vaikutus koettuun hyvinvointiin

Hyvinvoinnin eroja on tutkittu myös asuinpaikan mukaan. Vuoden 2013 suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -aineistoon (HYPA) yhdistettiin tietoa asuinpaikan kaupunki-maaseutuluokituksesta. Maaseutumaisemmillä alueilla ihmiset kokivat muilla alueilla asuvia enemmän hyvinvoinnin puutteita. Maaseudun asukkaat kokivat oman terveytensä huonommaksi kuin kaupungissa asuvat. (Kauppinen & Karvonen 2014, 92.)

Myös aiemmassa hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa vuosilta 2003–2009 maaseudulla asuvien terveydentila koettiin taajamissa ja kaupungeissa asuvia heikommaksi. Terveydentilan eroavaisuudet selittyivät kuitenkin alueiden väestörakenteiden eroista. Maaseudulla asuva vanhempi väestö koki terveytensä muuta väestöä huonommaksi. (Karvonen, Kauppinen & Ilmarinen 2010, 230.)

Harvaan asutulla maaseudulla ihmiset olivat muita tyytymättömämpiä palveluihin ja he kokivat muuta maata enemmän epäluottamusta julkisiin palveluihin ja muihin ihmisiin (Kauppinen & Karvonen 2014, 92). Kaupunkimaisessa asuinympäristössä todettiin muita alueita enemmän turvattomuutta. Myös pelkästään alueellisia hyvinvointieroja eteläisessä ja läntisessä Suomessa asuvien ja itäisessä ja pohjoisessa Suomessa asuvien välillä tarkasteltiin. Ihmiset kokivat turvattomuutta ja olivat enemmän elämään tyytymättömiä läntisessä ja eteläisessä osassa maata. Myös tulojen ei koettu riittävän toimeentuloon niin usein lännessä ja etelässä kuin idässä ja pohjoisessa. (Kauppinen & Karvonen 2014, 90.)

2.5 Hyvinvointiyhteiskunnan haasteet

Suomalainen yhteiskunta on sotien jälkeisten vuosikymmenten aikana koko ajan muuttunut. Nykyisen sosiaalipolitiikan tavoitteet asetettiin 1950-luvulla ja 1960-luvun alussa. Sosiaalipolitiikan tehtävänä oli tukea taloudellista kasvua ja tulonsiirtoin turvata vähäosaisten toimeentuloa ja hyvinvointia. (Kuusi 1963, 41.) Vanhuus- ja työkyvyttömyyspolitiikan tavoitteena oli eläkejärjestelmällä turvata saavutettu kulutustaso (Kuusi 1963, 240). Terveystaloudellisuuden tavoitteena oli kohottaa jatkuvasti väestön terveydentilaa. Terveystalouden oli tarjottava kansalaisille sairauksia ehkäiseviä palveluita sekä huolehdittava lääkintäpalveluiden laadusta ja riittävydestä. (Kuusi 1963, 275–276.) Sosiaalihuollon vastuulla oli järjestää vanhusten huolto avohuoltoa ja laitoshuoltoa kehittämällä (Kuusi 1963, 325–327).

Giddensin (1994, 180) mukaan hyvinvointikäsite on aikojen kuluessa muuttunut. Positiivinen hyvinvointi edistää onnellisuutta. Hyvinvointia tuovat turvalliseksi koettu olo, itsensä kunnioittaminen ja itsensä toteuttaminen. (Giddens 1994, 180.) Hyvinvointiyhteiskunnan tulisi kiinnittää huomiota ympäristönsuojeluun, suojella perinteitä, luoda joustavia työmarkkinoita, lisätä tasa-arvoa ja edistää ihmisten onnellisuutta (Giddens 1994, 196). Onnellisuuteen vaikuttavat myös varallisuus ja terveys sekä luottamus lähimmäisiin ja kansallisiin instituutioihin (Kangas 2014, 19–20). Vaarama (2014, 21) korostaa hyvinvointiyhteiskunnan vahvuuksia sosiaalisesti kestävä kehityksen ylläpitämiseksi. Oikeudenmukaisuus, mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään ja yhteisöllisyyden kokeminen ovat kestävä kehitystä. Hyvinvoinnissa tulee tiedostaa positiivisen hyvinvoinnin merkitys. (Vaarama 2014, 21–22.) Positiivinen hyvinvointi perustuu voimavaroihin, joita tarvitaan kohdattaessa ikäviä asioita (Poikolainen 2014, 18).

3 Ikääntyvän väestön sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut

Sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden muutosta tarkastellaan väestörakenteen ja yhteiskuntarakenteen muutosten näkökulmista. Ikääntyvälle väestölle

suunnattujen vanhushpalveluiden järjestämistä tarkastellaan Suomessa ja muualla länsimaissa. Sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistä Suomessa käsitellään myös nykyisen lainsäädännön mukaan sekä kuvataan lainsäädäntöön esitettyjä muutoksia.

3.1 Sosiaali- ja terveystalvelut muutoksessa

Sosiaali- ja terveystalveluihin kohdistuvat haasteet ovat globaaleja. Kehittyneissä maissa väestö ikääntyy, elinajanodote kasvaa ja syntyvyys vähenee. Ikääntyneen väestön määrä kasvaa. (World Health Organization 2015, 43–49.) Koska työelämästä jääneiden määrä kasvaa, myös vanhushpalveluiden asiakkaiden määrä kasvaa. Julkisen talouden menoja kohdistuu yhä enemmän vanhushpalveluihin. (Parjanne 2004, 32–33.) Väestöllinen huoltosuhde heikkenee. Vuonna 2014 sataa työkäistä kohti oli noin 57 lasta tai eläkeläistä. Vuonna 2030 olisi jo 70 huollettavaa sataa työkäistä kohti. Yli 65-vuotiaiden määrä Suomessa oli vuonna 2015 19,9 prosenttia väestöstä, mutta ennusteiden mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on 26 prosenttia ja vuonna 2060 jo 29 prosenttia väestöstä. (Tilastokeskus 2015.)

1900-luvulla monessa kehittyneessä maassa teollinen yhteiskuntarakenne on muuttunut jälkiteolliseksi yhteiskunnaksi, jossa palvelutuotanto on kasvanut teollisen tuotannon rinnalle (Esping-Andersen 1990, 197; Koskiaho 2008, 10). Väestöä on muuttanut maaseudulta kaupunkiin. Globalisaation myötä työmarkkinoiden sääntely on väljentynyt ja muuttoliike valtioiden välillä on kasvanut. (World Health Organization 2015, 12.) Yhteiskunnan muutokset muuttavat myös odotuksia sosiaali- ja terveystalveluilta. Väestön vaurastuessa ihmiset odottavat laadukkaampia julkisia palveluita (Korkman 2011, 11). Tällöin myös palveluiden kysyntä kasvaa ja ihmiset vaativat enemmän julkisrahoitteisilta palveluilta. Julkisten palveluiden kasvu lisää osaltaan kustannuksia. (Korkman 2011, 43–44.) Julkisten menojen osuus valtion kokonaismenoista kasvaa, kun reaalitytulot henkeä kohti kasvavat Wagnerin jo vuonna 1883 esittämän lain mukaisesti (Magazzino 2012, 206).

Yhteiskunnan rakenteiden muutosten myötä julkiset palvelut on sovitettava kansantalouden kokonaistuotannon muutoksiin. Julkiset palvelut rahoitetaan verovaroin ja sosiaaliturvamaksuina. Palveluiden kustannusnousun rahoittaminen verovaroin verotusta kiristämällä uhkaa palveluiden tuottavuutta (Korkman 2011, 10). Kustannussäästöjä haetaan tuotantoa ja palveluita tehostamalla. Lainsäädäntö on tukenut julkisen palvelutuotannon monipuolistamista (Terveysturvalaki 1326/2010). Julkista palvelutarjontaa kilpailuttamalla on tuotu markkinoille julkisin varoin rahoitettua sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjontaa (Anttonen & Meagher 2013, 117). Julkisojohtamisen, New Public Management, oppien mukaan julkisten palveluiden käyttäjät nähdään kuluttajina, joilla tulee olla valinnan mahdollisuuksia (Clarke 2006, 424). Julkisen palvelun rinnalla sosiaalipalveluiden toimijoina ovat omaishoitajat ja hyväntekeväisyysjärjestöt. Kansalaiset ostavat julkisen palvelun lisäksi yksityisiä sosiaalipalveluita. Lakisääteisiä palveluita ylläpitävät tahot hankkivat palveluita yksityisiltä toimijoilta. (Newman, Glendinning & Hughes 2008, 533.) Hyvinvointia tuottavia palveluita ei enää koeta ”annettuina”, vaan aktiivinen kuluttaja vaatii itse tehtäviä valintoja (Rostgaard 2006, 444–445). Palvelurakenteen monipuolistumista viranomaiset ja palveluista päättäjät ovat perustelleet myös kilpailun ja palveluiden käyttäjien valinnanvapauden lisäämisellä (Anttonen & Meagher 2013, 14). Kilpailun ja valinnanvapauden lisääminen nostavat palveluntuotannon tasoa (Korkman 2011, 52).

Alaluvuissa käsitellään vanhuspalveluiden järjestämistä Suomessa ja Pohjoismaissa sekä Euroopan unionin alueella. Pohjois-Amerikan vanhuspalveluiden järjestämisestä saatuja kokemuksia tarkastellaan aiempien tutkimusten perusteella. Vanhuspalveluilla ymmärretään ikääntyneelle väestölle suunnattuja sosiaali- ja terveyspalveluita.

3.1.1 Vanhuspalveluiden järjestäminen Suomessa

Suomessa kunnat ovat 1990-luvulta alkaen saaneet päättää, kuinka ne järjestävät sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät. Kunta voi hankkia palveluita julkiselta tai yksityiseltä palveluiden tuottajalta. (Laki sosiaali-

ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.) Vanhustenhoitoa rahoitetaan verovaroin. Perinteisesti kunnat ovat ulkoistaneet vanhushoitoa voittoon tavoittelemattomille yhteisöille, joiden toimintaa julkisoikeudelliset yhdistykset ovat tukeneet. Kunnat ovat ulkoistaneet vanhushoitoa voittoon tavoitteleville yrityksille. (Karsio & Anttonen 2013, 86–87.) Vuoden 2017 alusta sosiaali- ja terveysministeriön alainen Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus on tukenut sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaa Veikkaus Oy:n pelituotoista (Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus 2018).

Sosiaalipalveluiden lainsäädännöstä, rahoitusmekanismeista ja poliittisten päätösten julkistamisesta ja valvonnasta huolehtivat Suomessa valtion keskushallinto ja ministeriöt. Maakunnissa valtion toimia edustavat aluehallintovirastot. Kuntien tehtävänä on huolehtia palveluntarjonnasta. Kunnat keräävät sosiaalipalveluiden rahoituksen kunnallisveroina, valtiolta saamina tukina ja asiakasmaksuina. (Karisto & Anttonen 2013, 87.) Julkiset vanhushoito- ja tukipalvelut sisältävät kotihoivapalveluita ja tukipalveluita, laitoshoitopalveluita, omaishoidon tukea ja eläkeläisten hoitotukea. Tukipalveluita ovat esimerkiksi kotiin toimitettavat ateriat sekä peseytymis- ja asiointiapu. (Karisto & Anttonen 2013, 88.) Palveluasuminen, ympärivuorokautista apua tarjoava tehostettu palveluasuminen ja ikääntyneiden hoitokotiasuminen ovat laitoshoitopalveluita. Pitkäaikaishoitoa annetaan kunnallisissa terveyskeskuksissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. (Karisto & Anttonen 2013, 89.) Palveluasumisen, hoitokodeissa asuvien ja terveyskeskuksessa hoitoa saavien osuus on vähentynyt 2000-luvulla, sillä kodinomaista asumista ja kotiapua on suosittu. Kuitenkin tehostetun palveluasumisen osuus on kasvanut. (Karisto & Anttonen 2013, 91–92.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat avautuneet markkinoille 2000-luvulla. Suomessa kunnat ovat tuoneet osaksi markkinoita eniten vanhushoitoa voittoon tavoittelemattomille yhteisöille, joiden toimintaa julkisoikeudelliset yhdistykset ovat tukeneet. Kunnat ovat ulkoistaneet vanhushoitoa voittoon tavoitteleville yrityksille. (Karsio & Anttonen 2013, 118.) Palveluiden markkinaehtoistumista edistävät organisaatioiden välillä tilaaja-tuottajamalli, palveluidenkäyttäjille suunnatut palvelusetelit ja verohelpotukset. Tilaaja-tuottajamallilla voidaan toisaalta ymmärtää paikallisviranomaisen hallinnoiman ja

toteuttaman ostoyksikön ja tuotantoyksikön hallinnollista ja toiminnallista eriyttämistä, joka luo palveluiden näennäismarkkinoita. Toisaalta palveluiden tilaaja-tuottajamallilla voidaan ymmärtää ulkoistamista siten, että kunta tilaa palvelun ja yksityinen toimija tai toimijat tuottavat palvelun. Kunnat saavat päättää, soveltavatko ne tilaaja-tuottajamallia sosiaali- ja terveystaloudissa. Väestömäärältään pienemmissä kunnissa julkisen palvelutoiminnan jako tilaajaan ja tuottajiin on suuria kuntia yleisempää. (Koskiaho 2008, 179; Karsio & Anttonen 2013, 99.)

Kunta voi myöntää sosiaali- ja terveystaloudita tarvitseville palvelusetelitä. Palvelusetelillä palvelun käyttäjä, asiakas, voi ostaa kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta palveluita, esimerkiksi siivoustaloudita ja vanhusten kotihoitoa. Palveluseteli tarjoaa asiakkaalle vapauden valita julkisen sosiaali- ja terveystaloudun tuottajan. (Karsio & Anttonen 2013, 100–101.) Oikeutta valita palveluntuottaja käyttää useimmiten koulutettu väestö. Valitukseen palveluntuottajan palvelun tarvitsijan on kuitenkin tiedettävä omat tarpeensa. (Koskiaho 2008, 187–188.)

Valtio tukee Suomessa asuvien kotiin ostamaa palvelutyötä verohelpotuksin. Tuloverotuksessa verovähennyksiä saa esimerkiksi vanhusten ja vammaisten kotona suoritettavaan hoivatyöhön, siivoustaloudihin ja kodin kunnostustöihin. (Karsio & Anttonen 2013, 102–103.) Vähennyksen saa tehdyn työn kustannuksista, kuten kotona tehdystä huolenpito- ja hoivatyöstä. Myös päivittäisten asioiden hoitamiseen tehdystä työstä, kuten asiointiavusta ja aterioiden valmistamisesta, voi saada kotitalousvähennystä. (Verohallinto 2017.)

Sosiaalipalveluiden laatua on Suomessa tutkittu ikääntyneiden asumispalveluihin kohdistuneissa tutkimuksissa (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja & Syrjä 2010, 35; Noro 2011, 55). Tutkimuksissa selvitettiin, onko palveluasumisen ja kotihoidon asiakkaiden hoidon laadussa eroa julkisten palveluntuottajien ja yksityisten palveluntuottajien välillä. Hoidon laadussa ei tutkimuksissa havaittu merkittävää eroa. Julkisen palveluasumisen, terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien asiakkailla oli kuitenkin useammin enemmän lääkkeitä kuin yksityisen palveluasumisen asiakkailla.

Julkisissa palveluasumisen yksiköissä oli henkilöstöä asiakkaiden lukumäärään suhteutettuna muita palveluasumisen yksiköitä vähemmän. Toisaalta yritysten palveluasumisen asiakkailla oli enemmän puutteita liikkumisen apuvälineistä kuin järjestöjen ja julkisen palveluasumisen asiakkailla. (Sinervo ym. 2010, 63; Noro 2011, 65–66.)

Vanhuspalveluiden tulevaisuuden haasteisiin on varauduttu Suomessa keräämällä tietoa palveluiden osaamistarpeista. Opetushallituksen rahoittama osaamistarpeiden kartoitus palvelee vanhuspalveluiden ammatillisen koulutuksen kehittämistä. (Taipale-Lehto & Bergman 2013, 5.) Alakohtaisen ammatillisen perusosaamisen lisäksi kaikilla vanhuspalvelun alueilla korostui asiakaskeskeisen toiminnan ja laatuajattelun osaaminen. Vanhuspalvelun toimijoilta vaaditaan eettistä osaamista ja vastuullista toimintaa. Vanhuspalvelutehtävissä on kokonaisvaltaisesti tunnettava ihmisen tarpeet ja toiminnot. (Taipale-Lehto & Bergman 2013, 36.)

3.1.2 Vanhuspalveluiden järjestäminen muualla Pohjoismaissa

Ruotsissa vanhushoivapalveluita hallinnoidaan ja toteutetaan kolmella hallinnollisella tasolla. Kansallisella tasolla säädetään lait, poliittiset päätökset ja valtion suorittamat kustannusten korvaukset. Läänien maakäräjät vastaavat alueiden terveyden- ja sairaanhoidosta. Kuntien velvoitteena on tarjota kotipalvelua ja laitoshoidoa. (Erlandsson, Storm, Stranz, Szebehely & Trydegård 2013, 24.) Vanhuspalvelut rahoitetaan pääasiassa kunnallisveroilla ja valtionosuuksilla. Asiakasmaksujen osuus palveluiden rahoituksesta on noin neljä prosenttia. (Swedish Care International 2018.)

Julkisen johtamisen oppeja alettiin Ruotsissa toteuttaa vanhusten hoivapalveluissa 1990-luvulla. Julkinen sektori koettiin liian suureksi ja kalliiksi sekä liian keskusjohtoiseksi. Julkisen hallinnon tehostamiseen sovellettiin uuden julkisjohtamisen, New Public Management, malleja. (Ivarsson Westerberg 2014, 86.) Paikalliset viranomaiset saivat vapauden järjestää julkiset palveluorganisaatiot itsenäisesti. Kunnat pystyivät ulkoistamaan palveluitaan

yksityisille toimijoille. Julkisissa vanhuspalveluissa kunnat eriyttivät lakisääteisen vanhusten palvelutarpeen arvioinnin ja palveluiden tarjonnan. Vanhuspalvelut avautuivat kilpailulle. Palveluita alettiin organisoida tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti. Kunnat määrittivät palvelun kriteerit ja valitsivat palvelutuottajaksi yhden tai useamman toimijan. (Erlandsson ym. 2013, 27–29.)

Vuoden 2010 alusta perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa Ruotsissa otettiin käyttöön julkisten palveluiden valinnanvapaus viranomaisten hyväksymien palvelutuottajien välillä. Kunnille jäi kuitenkin päätäntävalta, soveltavatko ne valinnanvapautta vanhusten hoivapalveluihin. (Erlandsson ym. 2013, 30.) Vaikka asiakkailla olisikin päätäntävalta valita kotihoitopalvelun tai palveluasumisen tuottaja, moni ikääntynyt asiakas ei koe kykenevänsä itse valitsemaan palvelutuottajaa. Asiakkaalla ei aina ole riittävästi tietoa palveluntuottajista, tai asiakkaan kognitiiviset kyvyt ovat heikentyneet. (Socialstyrelsen 2012, 38.)

Ruotsissa sosiaalivaltio kartoittaa vuosittain sosiaali- ja terveystalouden markkinoita. Tutkimuksissa selvitetään myös asiakkaiden tyytyväisyyttä kotipalveluihin ja palveluasumiseen ja kilpailutuksen vaikutusta palveluiden laatuun ja kustannuksiin. Vuoden 2011 tutkimustulosten perusteella vanhuksista olivat suurelta osin tyytyväisiä hoivaan ja huolenpitoon. Kuitenkin vanhuksista kokivat, ettei heillä ole mahdollisuutta olla ulkona niin usein kuin he haluaisivat. Lisäksi he toivoivat enemmän aktiivista yhdessäoloa. Vanhuksista eivät maanlaajuisesti kokeneet merkittävää eroa palveluasumisessa ja kotipalveluissa kunnallisten ja yksityisten palveluntarjoajien välillä. Tukholman kaupungin alueella palveluasumisen ja kotipalveluiden vertailussa vanhuksista olivat tyytyväisempiä yksityisten palveluntuottajien palveluihin kuin kunnallisen palveluntuottajan palveluihin. (Socialstyrelsen 2012, 26–30.) Myös vuoden 2016 tutkimustulokset vahvistavat käsitystä, että ikääntyneet ovat tyytyväisiä vanhusten hoivapalveluihin. Suurin osa kotipalveluiden ja palveluasumisen asiakkaista luottaa palveluntuottajien henkilöstöön ja kokee saavansa tarvittaessa helposti yhteyden henkilöstöön. (Socialstyrelsen 2016, 10.) Tutkimuksista käy ilmi, että huolen ja hädän kokemukset, yksinäisyys ja turvattomuus heikentävät hyvinvointia. Hyvinvoinnin puutteet lisäävät myös

tyytymättömyyttä vanhuspalveluihin. Ruotsissa vanhuspalveluissa arvokas elämä nähdään hyvinvoinnin edellytyksenä. Vanhusten arvokasta elämää vahvistetaan itsemääräämisoikeuden, osallisuuden, yksityiselämän ja yksityisyyden kunnioittamisella sekä hyvällä ja laadukkaalla hoidolla. (Socialstyrelsen 2016, 11.)

Myös Tanskassa ja Norjassa vanhushoidon järjestäminen on paikallisviranomaisten vastuulla. Tanskassa yksityiset palveluntuottajat tarjoavat kotipalveluasiakkaille käytännön apupalvelua, esimerkiksi siivouspalvelua. Kotipalveluiden henkilökohtaista hoivaa tarjoavat useimmiten kunnalliset palveluntuottajat. Kotipalvelun asiakkailta on vapaus valita palveluntuottaja. Laitospalveluiden kaupallinen tarjonta Tanskassa on kaupallista kotihoitopalvelua vähäisempää. Tutkimuksissa ei ole pystytty selkeästi osoittamaan, onko palveluiden kilpailuttaminen tuonut tehokkuutta, palveluiden parempaa laatua tai suurempaa asiakastyytyväisyyttä. (Bertelsen & Rostgaard 2013, 156–157.)

Norjassa sairaskotipalveluiden tuottajina julkisten palveluntuottajien rinnalla ovat vuosikymmenien ajan toimineet myös yksityiset, voittoa tavoittelemattomat palveluntuottajat. Toiminnassa ovat olleet mukana myös pienet perheyrietykset. (Vabø, Christensen, Jacobsen & Trætteberg 2013, 180.) Kunnat ovat yhtiöittäneet omaa palveluntuotantoa. Viime vuosien aikana palvelumarkkinoille on tullut myös kansainvälisiä yrityksiä. Kotipalveluiden käytännön apua, kuten siivousta, pyykkihuoltoa, kaupassakäyntipalveluita ja ruoanvalmistuspalveluita, tarjoavat yksityiset yrittäjät. Henkilökohtaista kotona annettavaa hoivaa tarjoavat yleisimmin kunnalliset palveluntuottajat. Kotipalvelun käyttäjillä on vapaus valita palveluntuottaja. Useimmat kunnat ovat kuitenkin rajoittaneet valinnanvapautta. Tarjolla on vain kunnan tuottamia kotipalveluita. Norjassa vanhuspalveluiden kilpailuttaminen on muita Pohjoismaita vähäisempää. Norja on käyttänyt öljyteollisuuden varoja sosiaalipalveluiden kustannusten nousun kattamiseen, minkä on toistaiseksi koettu vähentäneen kilpailutuksen tarvetta. Toisaalta laajassa, harvaanasutussa maassa kunnilla on ollut vaikeuksia löytää yksityisiä palveluntuottajia. (Vabø ym. 2013, 195–196.)

Islannin sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmä on julkisesti rahoitettua, hallinnoitua ja valvottua. Julkista rahoitusta saavat myös yksityiset palveluntuottajat. (Ólafsson 2010, 17.) Islannissa lainsäädäntö turvaa 67 vuotta täyttäneen väestön kotipalvelut (Alzheimer Europe 2005). Ikääntyneillä on oikeus saada tarvitsemiaan palveluita kotiin niin kauan kuin mahdollista ja oikeus päästä palveluasumiseen, kun palvelutarve kasvaa. Valtion rooli on varmistaa, että asianmukaiset palvelut järjestetään taloudellisesti. Terveystenhoitoa ylläpitävät alueelliset terveyskeskukset. Terveystenhoidon kustannukset rahoitetaan valtion varoista keskushallinnon budjetin kautta. (Jónsson & Pálsson 2003, 69.) Kotisairaanhoidopalvelut rahoitetaan valtion ylläpitämästä kansallisesta terveysvakuutuksesta. Sosiaalipalveluista huolehtivat kunnat tai kuntien kanssa sopimuksen tehneet järjestöt (Alzheimer Europe 2005). Sosiaalipalvelut rahoittaa paikallishallinto (Jónsson & Pálsson 2003, 69). Terveystenhuollon palvelut rahoitetaan keskushallinnon budjettivaroilla ja työnantajien ja työntekijöiden maksuilla. Asiakkaat maksavat palvelukustannuksista omavastuuosuuden. Myös palveluasumisesta asukkaat maksavat oman maksuosuutensa. (Jónsson & Pálsson 2003, 68–69.)

Islantilaisien ikääntyneiden hoivapalveluita ja hoivatarpeita on tutkittu kansallisella tasolla haastattelemalla 65 vuotta täyttäneitä väestöä. Epävirallista hoivaa tarjoavat ikääntyneiden kodeissa perheenjäsenet ja sukulaiset. Heidän roolinsa on tärkeä erityisesti kotitaloutta avustavissa töissä, esimerkiksi kodin siivouksessa, kaupassakäynnissä, vaatehuollossa ja ruoanlaitossa. Epävirallinen hoiva tyydyttää autettavan sosiaalisia ja emotionaalisia tarpeita. Epävirallista apua antavat myös ikääntyneet toisilleen. Ikääntyneen antaman hoivan saaja on useimmiten yli 80-vuotias. Ikääntyneiden tarjoama hoiva on tärkeä voimavara. Tavallisesti heidän antama hoiva on henkistä tukea, arjessa selviytymistä ja seuranpitoa. Ikäihmisten antama hoiva on usein vastavuoroista, molempia osapuolia hyödyttävää. (Sigurðardóttir 2013, 50.) Virallista hoivaa tarjoavien ammattilaisten rooli korostuu, kun avuntarve kasvaa. Virallinen hoiva avustaa useimmiten asiakkaan kylvettämässä, WC:ssä käynneissä, sängystä nousussa ja sänkyyn menossa sekä pukeutumisessa. Kotiin tarjottava virallinen hoito koetaan kuitenkin vaatimattomaksi ja tehottomaksi. Kun henkilökohtaisen hoivan tarve kasvaa, avun tarvitsijoita rohkaistaan muuttamaan hoitokoteihin.

(Sigurðardóttir 2013, 57–58.) Vaikka tavoitteena on tukea vanhenevien ihmisten kotona asumista mahdollisimman kauan, vain pieni ryhmä avuntarvitsijoita saa riittävästi julkista kotihoivaa. Apua saadaan vain muutama tunti kerrallaan ja yleisemmin kotitalouden avustavissa tehtävissä. Siksi epävirallisen hoivan merkitys Islannissa on edelleen suuri. (Sigurðardóttir, Sundstrom & Malmberg 2012, 8; Sigurðardóttir 2013, 65.)

3.1.3 Vanhuspalvelumarkkinat Euroopan unionin alueella

Vanhuspalvelut on järjestetty eurooppalaisissa valtioissa toisistaan eroavalla tavalla. Erot selittyvät maiden historioilla, kulttuurieroilla ja taloudellisella tilanteella. (Bettio & Plantenga 2004, 106.) Useimmissa valtiossa ikääntyvän väestön osuus koko väestöstä kasvaa, mikä asettaa hoivapalveluiden rahoittamiselle haasteita (Spasova, Baeten, Coster, Ghailani, Peña-Casas & Vanhercke 2018, 5). Beveridgeläisen hyvinvointivaltiomallin piirteitä noudattavissa Pohjoismaissa, Irlannissa ja Isossa-Britanniassa palveluita rahoitetaan verovaroilla ja asiakasmaksuilla, mutta oikeutta palveluihin rajataan tarveharkinnalla. Keskieurooppalaisissa valtiossa on vallalla bismarckilainen hyvinvointivaltiomalli, jossa yleisen vakuutusjärjestelmän kautta tuetaan vanhuspalveluita sosiaalisen avun tarpeen vähentämiseksi. Oikeutta saada palveluita ei rajoiteta tarveharkinnalla eikä tulojen määrällä. Julkisten vanhuspalveluiden kattavuus on muita Euroopan valtioita pienempää Välimeren ja keskisen Itä-Euroopan valtioissa, joissa palvelut rakentuvat ensisijaisesti perheen ja sukulaisten varaan. (Simonazzi 2009, 213–214.)

Vanhuspalveluiden toimijoina ovat sekä julkiset ja kaupalliset toimijat että vapaaehtoistoimijat. Vanhuspalveluiden vapaaehtoistoimijoita ovat myös epävirallista hoivaa ja apua tarjoavat perheenjäsenet, sukulaiset, ystävät ja naapurit. Epävirallisen hoivan yleisyys vaihtelee maittain. Hoivan tarjonta voi perustua perinteeseen, hoivan tarvitsijat eivät luota virallisen hoivan laatuun tai hoivan tarjoaja voi kokea auttamisen hyödylliseksi ja arvostusta kohottavaksi. (Wiener 2003, 3–4.) Euroopassa valtaosan, yli 80 prosenttia, ikääntyneiden hoivapalveluista tuottaa epävirallinen taho eli avuntarvitsijoiden perheet.

Työikäiset naiset ovat yleisin epävirallista hoitoa tarjoava ryhmä, mikä luo ongelmia sovittaa yhteen naisten työssäkäynnin ja hoitajan roolit. Miehet toimivat tyypillisimmillään puolisoidensa hoitajina. (Simonazzi 2008, 5.)

Vanhuspalveluiden kattavuutta, laatua ja palveluiden valinnanvapauden toteutumista on tutkittu asiakkaiden näkökulmasta (Riedel & Kraus 2011, 1–2). Pitkäaikaishoidon laatua laitoshoidossa ja kotihoidossa koetaan varmistaa eri tavoin. Palveluntuottajille voidaan asettaa vähimmäisvaatimukset, joiden täytyminen on ehtona toimiluvan tai sopimusten saannin ehtona. Laatutavoitteet voivat olla kansallisia, kuten Saksassa ja Isossa-Britanniassa, tai alueellisia, kuten Skandinavian maissa. Palveluiden laadunvarmistus voi perustua pakkoon tai se voi olla vapaaehtoista. Euroopan unionin vanhoissa jäsenvaltioissa pitkäaikaishoidon laadunvarmistus on pakollista, mutta Suomessa ja Itävallassa laadunvarmistus pohjautuu vapaaehtoisuuteen. (Riedel & Kraus 2011, 5.) Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet laatusuosituksia iäkkäiden ihmisten palveluiden turvaamiseksi ja parantamiseksi. Laatusuosituksessa määritellään esimerkiksi tehostetun palveluasumisen toimintayksikön henkilöstön vähimmäismitoitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 22.) Palveluiden laatua valvotaan tarkastamalla ja arvioimalla toimintaa määrääjoin (Riedel & Kraus 2011, 5–7). Palveluiden laatua koetetaan parantaa myös eri toimijoiden välisellä kilpailulla ja palveluiden valinnanvapaudella. Palvelun tarvitsijan oletetaan olevan aktiivinen toimija, joka valinnoillaan ylläpitää palveluntuottajien kiinnostusta laadukkaisiin palveluihin. Valtaosassa Euroopan maita palvelunkäyttäjä voi itse valita sekä kotihoivan että laitospalvelun tuottajan. (Riedel & Kraus 2011, 17.) Myös Suomessa esitetään lisättäväksi palvelunkäyttäjän vapautta valita sosiaali- ja terveyspalvelun tuottaja (Hallituksen esitys 47/2017).

Hoivapalveluiden laatuun vaikuttavat myös hoiva-alan työolot. Yksityisen hoiva-alan palkkausta ja työoloja pidetään tavallisesti heikompina julkisen alan ehtoihin verrattuna. Kotihoidon työoloja pidetään myös laitoshoidon työoloja heikompina. Matalan palkkauksen ja heikkojen työolojen vuoksi hoiva-alan työvoima ei ole pysyvää, vaan ala joutuu kilpailemaan muiden vähemmän vaativien alojen työvoimasta. Matalapalkkaisuus, vaativat työolot ja työvoiman vaihtuvuus

uhkaavat hoiva-alan palveluiden laatua esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja osittain Italiassa. (Simonazzi 2008, 14.) Hoitotyön koulutusvaatimukset vaihtelevat Euroopan unionin valtioissa. Epävirallista hoivaa tarjoavalta työvoimalta puuttuu monissa maissa tarvittavaa koulutusta. (World Health Organization 2015, 130.) Välimeren maissa, Isossa-Britanniassa ja Ranskassa koulutusvaatimukset voivat olla vaatimattomia, jopa muutaman päivän kestoisia. Saksassa ja Itävallassa ammatillinen koulutus on jo kohtuullisen korkeaa. Korkeinta hoiva-alan koulutus on Pohjoismaissa. Ruotsissa hoiva-alan koulutusvaatimukset ja palkkaus ovat korkeita useimpiin muihin maihin verrattuna. (Simonazzi 2008, 14–15.)

Hoivapalveluiden asiakkaaksi pääsyä rajoitetaan useassa valtiossa. Palveluita voidaan tarjota vain köyhimmille tarvisijoille tai palvelut voivat olla universaalisia sairauteen tai toimintakyvyttömyyteen perustuvia. Palveluihin pääsyä voi rajoittaa myös palveluiden tarjonnan etäisyys eli maantieteellinen syy tai palvelutarjonnan puute. Vaikka palvelutarve olisi todettu, palveluiden piiriin ei välttämättä aina pääse. Useimmissa Euroopan valtioissa lainsäädäntö takaa pitkäaikaiseen hoitoon pääsyn, jos palvelutarve on todettu. (Riedel & Kraus 2011, 9–12.)

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon järjestämiseen käytettävän julkisen rahoituksen määrä Euroopan unionin valtioissa vaihtelee Puolan 0,3 prosentista Ruotsin 3,9 prosenttiin valtion bruttokansantuotteesta (Marin, Leichsenring, Rodrigues & Huber 2009, 14). Julkisesta rahoituksesta keskimäärin yli puolet käytetään laitospalveluiden eli ympärivuorokautisen asumis- ja hoivapalveluiden järjestämiseen ja alle puolet käytetään kotipalveluihin. Apua tarvitsevista ikääntyneistä laitoshoidossa asuu noin 3,3 prosenttia ja kotona asuu loput 96,7 prosenttia. Useat valtiot pyrkivät vähentämään laitospalveluita ja siirtämään asiakkaita kotipalveluiden piiriin. Kotiin annettavasta hoivasta suurimman osan huolehtii silti epävirallinen taho eli perhe, sukulaiset ja ystävät. (Marin ym. 2009, 7–8.)

Pitkäaikaishoitoa tarjoavia palveluita tuottavat sekä julkiset palveluntarjoajat että yksityiset yritykset. Euroopassa Saksassa ja Alankomaissa suurimman osan palveluista tuottavat yksityiset joko voittoa tavoittelemattomat tai kaupalliset

yrietykset. Sloveniassa ja Skandinavian maissa julkisilla palveluntuottajilla on merkittävä osuus palveluiden järjestämisessä. (Riedel & Kraus 2011, 16–17.)

3.1.4 Kokemuksia vanhuspalvelumarkkinoista Pohjois-Amerikassa

Terveyspalveluiden järjestäminen Kanadassa kuuluu paikallishallinnolle eli joko oman lainsäädäntövallan omaavalle osavaltiolle eli provinssille tai liittovaltion alaiselle territoriolle. Palveluntuottajat ovat pääosin yksityisiä. (Allin & Rudoler 2016, 21.) Osavaltiot ja territoriot rahoittavat palvelut ylläpitämällä julkisesti rahoitettuja sairausvakuutusjärjestelmiä (Health Canada 2013, 17). Liittovaltio tukee rahallisesti alueellisia terveyspalveluita väestömäärän mukaan (Health Canada 2013, 9). Saadaksesen liittovaltion rahoitusta palveluiden tulee olla julkisesti hallinnoituja, kattavia, yleisiä ja saatavissa ilman käyttäjämaksuja (Health Canada 2013, 3–4). Provinssien ja territorioiden tulee tarjota lääkäripalveluita, terveyden tutkimuspalveluita ja sairaalahoitoa kaikille vakuutusuojan piiriin kuuluville asukkailleen. Sairaalahoidon aikaiset lääkkeet ovat ilmaisia, mutta avohoidossa asiakkailta lääkkeitä perittävät kustannukset vaihtelevat. (Allin & Rudoler 2016, 22.)

Enemmistöllä kanadalaisista on myös yksityinen terveysvakuutus. Työnantajat ja yhdistykset järjestävät suurimman osan yksityisistä terveysvakuutuksista. Yksityisellä vakuutuksella katetaan niitä palveluita, joita yleinen sosiaaliturva ei kata, kuten suunhoitoa ja reseptilääkekustannuksia. (Canadian Life and Health Insurance Association 2018, 12.) Vaikka lain mukaan pitkäaikaishoito ei kuulu julkisen sairausvakuutuksen piiriin, kaikki alueet tarjoavat kotihoivaa, kotisairaanhoitoa ja laitoshoidoa, mutta palveluiden saatavuus vaihtelee (Allin & Rudoler 2016, 24).

Julkisen perusterveydenhuollon ja avohuollon lääkärit toimivat pääasiassa yksityisesti. Tuottamistaan lääkäripalveluista he saavat korvauksen aluehallinnolta hoitokertojen lukumäärän mukaan. Joissakin provinssissa on käytössä kapitaatiomaksuun perustuva korvaus, jossa palveluntuottaja saa tarvevakioidun maksun kaikista alueen asukkaista, jotka ovat rekisteröityneet

palveluntuottajan asiakkaaksi. Asiakas voi valita perusterveyshuollon palveluntuottajan, minkä uskotaan lisäävän palveluntuottajien sitoutumista laadukkaaseen hoitoon. (Allin & Rudoler 2016, 22–23.)

Kanadassa vanhuspalveluiden markkinaehtoistumisen säätely ei ole taannut hyvää hoitoa eikä ole tehostanut toimintaa. Vanhuspalveluyritykset muodostavat laajoja yritysketjuja. Yksityisten vanhuspalveluyritysten ympärille on syntynyt vahvoja lobbausryhmiä, mikä on vaikeuttanut valtion kykyä ohjata vanhuspalvelusektoria. Säätely on lisännyt hoitohenkilöstön työtä, rajoittanut hoitoyksiköiden autonomiaa ja joustavuutta, mikä on vaikeuttanut hyvän hoidon tavoittelua. Hoivatyöhön on tullut tehdastyömäisiä rutiineja, jotka vaikeuttavat kokonaisvaltaista hoitoa. (Banerjee 2013, 203–206.) Säätely lisää hoitoyksiköiden raportointityöaika, joka on pois varsinaisesta hoitotyöstä (Armstrong 2013, 223).

Terveyspalveluiden laadun kehittämiseksi terveyspalveluiden järjestäjien on vastattava asiakkaiden odotuksiin palveluista. Kanadassa Winnipegissä on tutkittu asiakkaiden odotuksia palveluilta, mitkä odotukset ovat kohtuullisia ja mitä julkiselta palvelulta ei voi vaatia sekä kuinka asiakkaiden mielestä nämä palvelut tulisi järjestää (Schneider 2010, 4). Terveyspalveluihin pääsyä pidetään perusihmisoikeutena. Oikeudenmukainen ja oikea-aikainen hoitoon pääsy perusterveydenhoitoon on tärkeää, sillä jos hoitoa ei saa ajoissa, asiakas voi joutua terveyden ja voinnin edelleen heiketessä turvautumaan ensiapuun ja sairaalahoitoon. (Schneider 2010, 17–18.) Sairaalahoidosta poistuttuaan ja uusien oireiden myötä asiakkaan olisi oikeutettua päästä asioimaan viimeksi hoitaneen yksikön kanssa sen sijaan, että hän asioi uudestaan perusterveydenhuollon tai ensiavun kautta (Schneider 2010, 23). Potilasta on hoitoon hakeutuessa ja hoidon aikana kohdeltava kunnioittavasti ja myötätuntoisesti. Potilasta on kuunneltava ja hänen mielipiteitään on kunnioitettava, vaikka potilaan oireet olisivat lieviä. Potilaan kokema myötätunto hoitotilanteessa vahvistaa potilaan positiivista kokemusta, vaikka potilaan odotukset hoidon tuloksesta eivät täytyisikään. Aiempien huonojen potilaskokemusten seurauksena asiakkaat voivat viivästyttää hoitoon hakeutumista silloin, kun hoidon tarve tulee ajankohtaiseksi. (Schneider 2010,

26.) Teknologian tarjoamia sovelluksia ja tuotteita tulisi suosia. Esimerkiksi sähköisiä potilastietojen laajempaa käyttöä tulisi suosia, jolloin asiakkaan ei tarvitsisi kertoa potilashistoriaa joka kerta asioidessaan terveydenhuollon palvelussa. (Schneider 2010, 18.) Avustava teknologia, esimerkiksi sosiaaliset robotit ja etäluettavat mittalaitteet, voi lisätä pitkäaikaishoidon tuottavuutta, jos ihmiset ovat tyytyväisiä teknologiaan ja teknologian käyttö vähentää työvoiman tarvetta. Toisaalta avustavat laitteet voivat lisätä potilaan elämän laatua, mutta ne eivät silti vähennä välttämättömän hoivan tarvetta. (Grignon & Bernier 2012, 29.)

Kanadalaisessa tutkimuksessa havaittiin myös kriittisiä käsityksiä asiakkaiden odotuksista. Ihmisillä tulee olla vastuu omasta hyvinvoinnista ja heidän tulee itse ylläpitää terveyttään. Terveydenhuollon uskotaan virheellisesti pystyvän hoitamaan kuntoon jokaisen asiakkaan. Ihmiset toimivat väärin käyttäessään terveysasemien ensiapuvastaanottoa kiireettömän hoidon tilanteessa. (Schneider 2010, 21–22.) Terveyspalveluiden odotetaan kannustavan ihmisten omaehtoisessa huolenpidossa tarjoamalla tietoa saatavilla olevista palveluista (Schneider 2010, 9). Yleensä resursseja tulisi suunnata sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen (Schneider 2010, 18).

Yhdysvalloissa yksityiset yhtiöt omistavat enemmistön pitkäaikaishoitoa tarjoavista hoitokodeista ja kotihoivayrityksistä. Kuitenkin enemmistö ikääntyneiden päiväkerhotoimintaa tarjoavista yrityksistä on voittoa tavoittelemattomia. (Harris-Kojetin, Sengupta, Park-Lee & Valverde 2013, 12.) Hoitokotien kaupallinen toiminta yleistyi 1990-luvulla. Palvelutuotanto yksityisissä hoitokodeissa nähtiin tehokkaana. Lisäksi yksityisten hoivakotitoiminnan uskottiin saavan pääomaa osakemarkkinoilta. Hoitokodit ovat muodostaneet suurempia hoitokotiketjuja, joiden omistajina ovat usein pääoma- ja sijoitusyhtiöt. (Harrington 2013, 229–230.) Viranomaisten on kuitenkin haasteellista ja vaikeaa valvoa hoitokotien toimintaa useiden omistajaketjujen markkinoilla (U.S. Government Accountability Office 2010, 38). Tutkimusten mukaan voittoa tavoittelevissa hoitokodeissa henkilöstön määrä on pienempi kuin muissa hoitokodeissa. Juuri hoitohenkilöstön määrän niukkuus nähdään hoidon laatua heikentävänä tekijänä. Liittovaltion asettamia hoidon säädöksiä rikotaan suurissa

hoitokotiyrityksissä enemmän kuin voittoa tavoittelemattomissa ja valtion ylläpitämissä hoitokodeissa. (Harrington 2013, 232.) Julkisten varojen kohdentaminen hoiva-alan markkinoiden säätelyyn koetaan rajoittavan ikääntyneiden hoivapalveluiden kehittymistä. Valtion säätely ja ohjaus suosii hoivakoteja eli asumis- ja hoivapalveluita samassa yhteydessä, vaikka ikääntyneet valitsisivat mieluummin toisenlaisia avustetun elämisen muotoja. (Kane & Kane 2001, 120.)

Yhdysvalloissa on tutkittu pitkäaikaista hoivaa tarvitsevien ikääntyneiden toiveita hyvästä hoivasta. Hoitokotien asiakkaat arvostavat itsemääräämisoikeutta ja omia valintojaan. He kokevat tärkeäksi yhteydenpitoa hoitokotiympäristön ulkopuolisiin ja vapautta liikkua muualla. Hoivakotiasukkaat toivovat enemmän yksityistä tilaa kuin yhteisiä oleskelutiloja. Ikääntyneet hoivakoteihin siirtyvät asiakkaat kokevat joutuvansa luopumaan omista aikatauluistaan ja sopeutumaan hoivakotien rutiineihin toivoessaan saavansa hyvää hoivaa. Kotipalveluasiukkaat arvostavat ihmissuhdetaitoja, luotettavuutta, ammattiosaamista ja riittävää hoivaa. Myös yksityisyyttä arvostetaan, millä toisaalta tarkoitetaan henkilökohtaista koskemattomuutta ja henkilökohtaisten raha-asioiden yksityisyyttä ja toisaalta yksinoloa ilman toisten läsnäoloa. (Kane & Kane 2001, 116–119.) Yhteiskunta kuitenkin suhtautuu eri tavalla kognitiivisista ongelmista kärsiviin nuorempiin kuin dementiasta kärsiviin ikääntyneisiin, mitä selitetään ikäsyrynnällä (Kane 2001, 299; Kane & Kane 2001, 117). Nuoremmat kognitiivisesti rajoittuneet säilyttävät vapauden päättää hoivan määrästä ja päivittäisestä avusta, mutta ikääntyneiden dementiasta kärsivien asema on suojaamaton. (Kane & Kane 2001, 116–119.)

Pitkäaikainen hoiva on koettu toimintona, joka korvaa asiakkaan menettämää toimintakykyä. Kuitenkin hyvän hoivan tulisi ainakin hidastaa fyysisten, emotionaalisten ja sosiaalisten toimintojen heikkenemistä. (Kane & Kane 2001, 121.) Kanen ja Kanen (2001, 123) mukaan Yhdysvalloissa ikääntyneet tarvitsevat enemmän tietoa palveluista ja aikaa tehdä valintoja. Tarve hoidon järjestämiseen voi tulla nopeasti. Sairaalat pyrkivät siirtämään nopeasti akuutin hoidon jälkeiset potilaat muualle. Potilaiden asema tehdä päätöksiä hoivan järjestämisestä näissä olosuhteissa on vaativa. Välittömän sairaalahoidon ja sairaalan jälkeisen hoidon

maksuja yhdistämällä sairaalat olisi mahdollista sitouttaa asiakkaan kannalta parempaan suunnitteluun potilaan tuleva hoidontarve huomioiden. Ikääntyneet tarvitsevat enemmän tietoa tarjolla olevista hoivapalveluista, jotta he pystyvät tiedostamaan sitoumukset ja riskit tekemistään valinnoista. Saatavilla olevasta tiedosta hyötyvät myös hoivapalvelun tuottajat, sillä sopimusten kattavat palvelut tulevat selkeästi määritellyiksi, mikä osaltaan selkeyttää palveluntuottajien vastuuta. (Kane & Kane 2001, 123–125.)

Yhdysvalloissa terveydenhuollosta tehtyjen tutkimusten mukaan saatu hoito ei tavoita sitä laatutasoa, mitä hoidon pitäisi olla. Hoito voi olla tehotonta. Esimerkiksi joka kolmannessa kirurgisessa toimenpiteessä hoidosta ei ollut potilaalle hyötyä. Terveydenhoidossa suurempi ongelma on saada asianmukaista hoitoa kuin että hoitoa kohdistetaan liikaa. Potilas saa laatusuosituksen mukaista hoitoa runsaassa puolessa hoitotilanteista. Hoidon tasossa ei ole eroa ennaltaehkäisevän hoidon, akuutin hoidon ja pitkäaikaishoidon välillä. (Goldman & McGlynn 2005, 37–41.)

3.2 Lakisääteiset sosiaali- ja terveyspalvelut

Suomen perustuslaki (731/1999) määrittelee oikeuden sosiaaliturvaan. Julkisen vallan turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Muu lainsäädäntö tarkentaa perustuslain tarkoittamia riittäviä palveluita. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat osa sosiaaliturvaa.

Alaluvuissa käsitellään nykyistä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistä Suomessa. Erityisesti tarkastellaan ikääntyneelle väestölle kohdennettuja palveluita. Lopuksi käsitellään esitettyä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamista.

3.2.1 Sosiaalipalvelut

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sovelletaan kunnalliseen sosiaalihuoltoon. Lain tarkoituksena on turvata riittävät ja laadukkaat kunnalliset sosiaalipalvelut yhdenvertaisin perustein. Kunnan on järjestettävä asukkailleen sosiaalipalveluita tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen. Tuen tarve voi olla esimerkiksi taloudellista tukea, asumiseen liittyvää tukea tai ikääntymisestä aiheutuvaa tukea. Tuen tarpeita vastaavia sosiaalipalveluita ovat kotipalvelu ja kotihoito sekä asumis- ja laitospalvelut. Kotiin annettavat palvelut ovat kuitenkin ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista. Myös liikkumista tukevat palvelut, päihde- ja mielenterveystyö sekä kasvatus- ja perheneuvolapalvelut ovat kunnan järjestämisvastuun alaisia sosiaalipalveluita. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Saatuaan tietää sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä kunnallisen sosiaalihuollon on arvioitava henkilön tuen tarve. Palvelutarpeen arviointia täydennetään asiakassuunnitelmalla, joka laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

Sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus saada hyvää palvelua ja kohtelua. Sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) tarkoitettuja palveluita. Asiakkaan vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava ja hänen toivomukset ja mielipiteet on otettava huomioon. Sosiaalihuoltoa järjestetään viranomaisen tekemällä päätöksellä tai yksityisen sosiaalihuollon järjestäjän ja asiakkaan välisellä sopimuksella. Sosiaalihuoltoa toteutetaan laadittavan palvelu- tai hoitosuunnitelman mukaisesti. Sosiaaliasiamiehen tehtävänä on neuvoa ja tiedottaa asiakkaan oikeuksista. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotioloissa järjestettävää hoitoa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Lailla omaishoidon tuesta (937/2005) edistetään omaishoidon toteuttamista. Kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden tai vamman vuoksi tarvitsee kotioloissa hoitoa tai huolenpitoa ja

omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta. Omaishoitaja ja kunta tekevät omaishoitosopimuksen omaishoidon järjestämisestä. Omaishoito on järjestettävä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Suunnitelmassa kirjataan omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005.)

3.2.2 Terveyspalvelut

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kuntien järjestämisvastuulla olevan terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta sekä työ- ja toimintakykyä. Terveydenhuoltoon sisältyvät myös perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Perusterveydenhuoltoa säätelee myös kansanterveyslaki (66/1972).

Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden perusterveydenhuolto ja sairaanhoito. Palveluiden on oltava saatavissa yhdenvertaisesti. Perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat terveydentilan seuranta, terveyden edistäminen, terveysneuvonta, terveystarkastukset, suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus ja työterveyshuolto. Myös päivystys, avosairaanhoito, kotisairaanhoito, mielenterveysyö ja päihdetyö kuuluvat perusterveydenhuoltoon. Kotisairaanhoidon on oltava hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä hoitoa potilaan asuinpaikassa. Sairaanhoitoon sisältyvät sairauksien tutkiminen ja taudinmääritys, sairauksien ehkäisy, ohjaus ja erityinen tuki. Tehostettu kotisairaanhoito eli kotisairaalahoito on määräaikaista. Tehostetun kotisairaanhoidon voi järjestää perusterveydenhuolto tai erikoissairaanhoito tai molemmat yhdessä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kuntien muodostamat sairaanhoitopiirien kuntayhtymät vastaavat alueidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon palveluihin sisältyvät lääketieteen ja hammaslääketieteen mukaisten sairauksien ehkäisy, tutkiminen, hoito, ensihoito, päivystys ja kuntoutus (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Järjestääkseen erikoissairaanhoidon kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin

kuntayhtymään (Erikoissairaanhoitolaki 1989). Sairaanhoitopiirejä on Ahvenanmaa mukaan lukien 21. Sairaanhoitopiirit järjestävät ne palvelut, jotka eivät kuulu perusterveydenhuollon piiriin. Erityistason sairaanhoito on järjestettävä sairaanhoitopiirien rinnalla erityisvastuualueiden palveluina. Erityisvastuualueen muodostavat vähintään kaksi sairaanhoitopiiriä. Jokaisella erityisvastuualueella on lääkärikoulutusta antava yliopisto. Valtioneuvoston asetuksella Suomeen on säädetty viisi erityisvastuualuetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.)

Henkilö voi valita kiireetöntä hoitoa antavan julkisen terveyskeskuksen kerran vuoden aikana. Samalla hoitovastuu siirtyy henkilön valitseman kunnan terveyskeskukselle. Jos lääkäri tai hammaslääkäri arvioi potilaan tarvitsevan erikoissairaanhoitoa, potilas voi valita hoitoa antavan erikoissairaanhoidon toimintayksikön sillä erityisvastuualueella, johon hän kotikuntansa mukaan kuuluu. Henkilö voi myös valita terveydenhuoltoyksikössä häntä hoitavan laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön. Hoitopaikkaa ei voi valita kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon, pitkäaikaisen laitoshoidon ja kotisairaanhoidon palveluissa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittelee hoitoon pääsyn ajat. Potilaan on saatava arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveydenhuollon toimintayksikköön. Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmen arkipäivän kuluessa. Erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa. Kiireetön hoito on järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoito on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Potilaan on saatava tietää, milloin hän pääsee hoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Kiireellistä hoitoa varten kunnan tai sairaanhoitopiirin on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Kiireellistä hoitoa, esimerkiksi äkillisen sairastumisen tai vamman vaatimaa välitöntä arviointia ja hoitoa, on annettava potilaalle asuinpaikasta riippumatta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhoitopalveluiden toteutumista vahvistaa laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta (169/2007). Palvelut edellyttävät kuntaa

suurempaa väestöpohjaa. Laki mahdollistaa kuntien yhdistämisen, kuntien osien liittämisen toisiinsa ja kuntien yhteistoiminnan lisäämisen. Kunnan tulee muodostua työssäkäyntialueesta tai sellaisesta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstöön perustuvat voimavarat järjestää palveluita. Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueita palveluiden järjestämiseksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi kunnassa tai yhteistoiminta-alueella on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta ja asiakkaan valinnan mahdollisuuksia lisätään palvelusetelin avulla. Lain sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009) mukaan kunta tai kuntayhtymä voi päättää, mitä sosiaali- ja terveyspalveluita se järjestää palvelusetelillä. Kunta valitsee ne palvelun tuottajat, joiden palveluihin palveluseteliä voidaan käyttää. Asiakkaan on annettava palvelusetelin myöntämistä varten tarpeelliset tiedot. Saatuaan palvelusetelin asiakas tekee sopimuksen palveluiden tuottajan kanssa. Kunta maksaa palvelusetelin arvolla asiakkaan hankkimista palveluista. Tuotetun palvelun kustannukset palvelun tuottajalle katetaan kunnan myöntämällä palvelusetelin arvolla ja asiakkaan palvelusta maksamalla omavastuusuudella. Palvelusetelin arvo voi määräytyä asiakkaan tulojen mukaan, tai palvelusetelin arvo on samansuuruinen kaikille asiakkaille. (Melin, Koila, Tuominen-Thuesen & Uotinen 2012, 9–10.) Asiakas voi kieltäytyä palvelusetelin käytöstä, jolloin kunnan tulee ohjata asiakas muulla tavoin kunnan järjestämiin palveluihin (Palola 2011, 288).

Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan ja hoidostaan, jos tästä ei ole vaaraa potilaan terveydelle. Potilaalla on itsemääräämisoikeus hänen saamaansa hoitoon. Hoitoa on annettava yhteisymmärryksessä. Kohteluunsa tyytymättömän potilas voi tehdä muistutuksen saamastaan hoidosta hoitoa antavan terveysyksion vastaavalle johtajalle. Potilaalla on muistutuksen lisäksi oikeus myös kannella terveydenhuollon valvontaviranomaiselle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.2.3 Ikääntyneen väestön tukeminen

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) eli vanhustalvvelulaki säätelee ikääntyneelle väestölle suunnattuja sosiaali- ja terveystalvveluita. Laki velvoittaa kunnan suunnittelevan toimenpiteitä, joilla se tukee ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Suunnitelmassa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Kunnan on arvioitava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin tilaa ja talvveluiden riittävyttä ja laatua. Talvveluiden on oltava ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö valmistelee iäkkäiden talvveluita koskevaa lainsäädäntöä ja ohjaa uudistusten toteuttamista. Kuntien vastuulla on järjestää ikäihmistien tarvitsemia sosiaali- ja terveystalvveluita. (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö 2016b.) Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö yhdessä Kuntaliiton kanssa ylläpitää iäkkäiden ihmisille kohdennettujen talvveluiden laatusuositusta. Suosituksen tavoitteena on turvata iäkkäiden toimintakykyä ja terveyttä vanhustalvvelulain mukaisesti sekä tarjota iäkkäille henkilöille laadukkaat talvvelut. (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö 2013, 9–10.) Iäkkäällä henkilöllä tulee olla mahdollisuus osallistua tarvitsemiensa talvveluiden suunnitteluun, käsittelyyn ja laadun arviointiin. Iäkkäiden kotona asumista on tuettava kiinnittämällä huomiota esteettömän ja turvallisen asumisympäristön rakentamiseen. Ihmisen toimintakykyä on pidettävä yllä varautumalla oikea-aikaisiin ja vaikuttaviin terveys- ja sosiaalitilvveluihin. Oikea-aikaiset kuntoutustalvvelut, säännöllinen liikunta ja terveellinen ruokavalio lisäävät mahdollisuutta asua kotona pidempään. (Sosiaali- ja terveystalvvelministeriö 2013, 20–25.)

Kunnan on järjestettävä iäkkäille henkilöille hyvinvointia edistäviä ja tukevia talvveluita. Kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin talvveluihin on kiinnitettävä huomiota muun talvvelutarpeen ennaltaehkäisemiseksi. Kunnan on selvitettävä iäkkään ihmisen talvveluntarpeet, jos henkilö on hakeutunut talvvelutarpeen arvi-

ointiin tai terveydenhuollon ammattihenkilö, kunnan sosiaalitoimi, alueen pelastustoimi, hätäkeskus tai poliisi on saanut tiedon sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeessa olevasta iäkkästä henkilöstä. Henkilön hoidosta on tehtävä palvelusuunnitelma, kun palveluntarve on arvioitu, ellei suunnitelman laatiminen ole muutoin tarpeetonta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012.)

3.2.4 Sosiaali- ja terveystalvueluiden lainsäädäntö muutoksessa

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen ja rahoittaminen hajautettiin 1990-luvulla kuntien ja sairaanhoitopiirien vastuulle. Talvueluiden lainsäädäntö on hajanaista ja rahoitus on monikanavaista. Pirstaloitunut talvuelurakenne ei turvaa riittävästi yhdenvertaisia talvueluita. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Resursseja on kohdistettu erikoissairaanhoidon talvueluihin, vaikka perusterveydenhoidon talvueluita on koetettu vahvistaa. Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy on hidasta. Henkilöstöä ja erityisosaajia on alueittain vaikea saada palkatuksi. Perustalvueluiden välinen yhteistyö esimerkiksi kuntien välillä on heikkoa. (Hallituksen esitys 324/2014, 42–44.)

Merkittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon institutionaalisia rahoittajia ovat valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos, kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt (Pekurinen 2014, 11). Valtio rahoittaa verotuloilla kuntien järjestämistä vastuulla olevia talvueluita maksamalla kunnille valtionosuuksia. Valtionosuuksien tarkoitus on tasata kuntien erilaisista väestömääristä ja väestön ikäjakaumista tulevia kustannuksia ja taata talvueluiden järjestäminen koko maassa. Kunnat rahoittavat talvueluita verotuloilla. Työnantajilta ja palkansaajilta kerätään pakollisia sairausvakuutusmaksuja sairausvakuutusrahastoon. Kansaneläkelaitos maksaa sosiaali- ja terveydenhuollon korvauksia sairausvakuutusrahastosta. Yksityiset vakuutusyhtiöt rahoittavat talvueluita vapaaehtoisten sairaus- ja tapaturmavakuutusten maksuilla sekä lakisääteisten liikenne- ja tapaturmavakuutusten maksuilla. Kotitaloudet maksavat sosiaali- ja terveydenhuollon talvueluita suoraan talvuelumaksuilla ja omavastuuosuuksilla. (Brommels ym. 2016, 9–10.)

Nykyisessä monikanavaisessa rahoitusjärjestelmässä toimijoilla on mahdollista osaoptimoida tuloksia ja siirtää kustannuksia toisille toimijoille (Brommels ym. 2016, 26). Osaoptimoinnista puhutaan, kun sosiaali- ja terveystuollon yksittäinen toimija maksimoi omia hyötyjä ja minimoi omia haittoja ottamatta huomioon väestön hyvinvoinnin kannalta parasta tulosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c). Kokonaisuuden ja kustannustehokkuuden kannalta osaoptimoinnissa voidaan päätyä epäedulliseen tulokseen. Palveluiden integraatio on vaikeaa. Asiakkaille tarjottavat palvelut pirstaloituvat. (Brommels ym. 2016, 26.)

Todetuista puutteista huolimatta sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat Suomessa laadullisesti hyviä. Kustannukset ovat kohtuulliset muiden maiden järjestelmiin verrattuna. Henkilöstö on korkeasti koulutettua. Kuitenkin työntekijöiden jäädessä eläkkeelle sosiaali- ja terveysalalle tarvitaan uusia koulutettavia. Myös maan sisäinen muuttoliike tuo suuria alueellisia muutoksia huoltosuhteessa. Väestön ikääntyessä palvelutarve tulee kasvamaan. Huoltosuhteen ja ikärakenteen muutokset väestön ikääntyessä lisäävät kustannusten hallinnan ongelmia. (Hallituksen esitys 324/2014, 44.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden lainsäädäntöä on yritetty uudistaa 2010-luvulla. Uudistus ei ole kuitenkaan edennyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019a.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistamisen tavoitteina on ollut kaventaa ihmisten terveys- ja hyvinvointieroja ja lisätä palveluiden yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä rajoittaa kustannusten nousua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016d).

Uudistuksessa palveluiden yhdenvertaisuutta ja saatavuutta olisi lisätty asiakkaan vapaudella valita palvelun tuottaja. Valinnanvapaus olisi ollut valtakunnallisesti säänneltyä. Valinnanvapaudella pyrittiin lisäämään hoidon saatavuutta ja nopeuttamaan hoitoon pääsyä. Lakiehdotuksen tavoitteena oli vahvistaa perustason palveluita ja kohdella julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajia yhdenvertaisesti. (Brommels ym. 2016, 31–34.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvitystyöryhmä (Brommels ym. 2016, 2) ehdotti, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusvastuu olisi siirretty kunnilta valtiolle. Monikanavaista rahoitusmallia olisi yksinkertaistettu. Ehdotuksen tavoitteena oli hillitä kustannusten nousua. (Brommels ym. 2016, 26–27.) Lakiehdotusten mukaan maakunta olisi vastannut alueensa julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä (Hallituksen esitys 15/2017, 13). Muutoksen tarkoituksena oli tuottaa palvelut yhdenvertaisesti ja tehokkaasti kaikille. Maakunnat olisivat kohdentaneet palveluita ja resursseja tarpeen mukaan. Uudistuksessa sekä sosiaali- ja terveystalveluita että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluita olisi yhdistetty palveluketjuiksi. (Hallituksen esitys 15/2017, 13.)

Asiakkaiden aseman on arvioitu paranevan, jos palveluiden järjestämisvastuuta keskitetään kuntia suuremmille toimijoille. Ammattitaitoisen henkilöstön liikkuvuuden vuoksi palvelua odotetaan saatavan nykyistä paremmin. Vanhuspalvelun käyttäjät tarvitsevat laaja-alaisia palvelukokonaisuuksia, esimerkiksi geriatrian, muistisairauksien hoidon, kuntoutuksen ja sosiaalityön palveluita. Erityisosaaminen voisi vahvistua, kun esimerkiksi harvinaisten sairauksien hoito järjestettäisiin suuremmalle väestömäärälle. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2016, 25–26.)

Lainsäädäntöesityksen mukaan maakunnan liikelaitos olisi tuottanut maakunnan järjestämisvastuun perusteella kuuluvia julkisia terveysten ja sosiaalityalveluita. Palveluita olisi tuotettu kahdessa tasossa: perustalveluita olisivat tuottaneet sosiaalityalvi- ja terveystenkeskukset eli sote-keskukset ja erikoistason palveluita maakunnan liikelaitos. Maakunnat olisivat päättäneet palveluntuottajien valitsemisesta valtion asettamien kriteereiden mukaisesti. Maakunta olisi tuottanut palveluita itse, yhdessä muiden maakuntien kanssa tai hankkinut palveluita sopimukseen perustuen muilta palveluntuottajilta. (Hallituksen esitys 15/2017, 327.)

Palvelusetelin käytöstä on kokemuksia sosiaalityalveluissa. Kuntaliiton selvityksen mukaan palveluseteliä käytetään eniten kotitalveluissa, omaishoitajan vapaan aikaisissa palveluissa ja tehostetussa palveluasumisessa. Terveystenhuollossa palvelusetelin käyttö on yleisintä kotisairaanhoidossa sekä

erikoissairaanhoidon kuuluvissa erikoislääkärin vastaanottoiminnassa ja leikkaus- ja muissa toimenpiteissä. (Nemlander & Sjöholm 2015, 3–6.) Jotta asiakas voi kilpailuttaa palvelusetelillä palveluntuottajia laadulla ja hinnalla, asiakkaan tulisi saada tietoa saatavilla olevista palveluista ja hinnoista (Virtanen, Järvelä, Kaakkola, Luukinen, Pöyry, Raijas, Saastamoinen, Tuorila & Vuorio 2016, 34).

Lainsäädäntöesityksen mukaan henkilökohtaista budjettia olisivat voineet käyttää vanhuspalvelulain ja vammaispalvelulain tarkoittamat henkilöt, joilla on tarve sosiaali- tai terveystalvueluille (Hallituksen esitys 16/2018, 99). Asiakkaalle suunnatulla henkilökohtaisella budjetoinnilla olisi räätälöity palvelukokonaisuuksia, joissa asiakkaalla olisi ollut vapaus valita palveluntuottaja (Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö 2016, 4). Henkilökohtaisen budjetoinnin kokeiluilla palvelunkäyttäjien näkemyksiä ja toiveita on pystytty toteuttamaan vammaispalveluissa. Kokeilussa mukana olleet vammaispalvelun asiakkaat pystyivät osallistumaan omien palveluidensa suunnitteluun, kun tiedettiin palvelutarpeet ja käytettävissä olevat varat. (Ahlstén 2014, 55–57.)

4 Suomalainen sosiaaliturva

Suomen perustuslaki (731/1999) toteaa oikeuden sosiaaliturvaan. Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustoimeentulon turvaa voi saada työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. (Suomen perustuslaki 731/1999.)

Sosiaaliturvana pidetään toimeentuloturva ja sosiaali- ja terveystalvueluita (Ritola 2018). Toimeentuloturvaan lasketaan eläkkeet, toimeentulotuki, päivärahat ja lapsilisät (Virtanen 2018). Toimeentuloturva sisältää lakisääteisen sosiaalivakuutuksen eli eläke-, sairaus-, tapaturma- ja työttömyysvakuutuksen. Sosiaalivakuutusta täydentävät tuet ja avustukset. Asumiseen perustuvia sosiaalivakuutuksen etuuksia ovat kansaneläke, takuueläke ja päivärahat. Työn tekemiseen

perustuvia etuuksia ovat työeläkkeet ja ansiosidonnaiset päivärahat. (Ritola 2018.) Sosiaali- ja terveystalvet ovat joko suoraan annettuja palveluita tai palveluiden käytöstä maksettavia korvauksia (Virtanen 2018). Sosiaaliturvaa rahoitetaan sosiaalivakuutuksilla, joita maksavat työnantajat ja vakuutetut. Kansaneläke ja takuueläke maksetaan valtion varoista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019b.) Sairausvakuutus korvaa sairaudesta seuranneita kustannuksia ja ansiomenetyksiä (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2016c). Eläkevakuutuksella kustannetaan työeläkkeitä sekä kansaneläkkeitä ja takuueläkkeitä (Ritola 2018).

Suomalaiset haluavat pitää sosiaaliturvan tason ennallaan, vaikka se vaatisi verojen korottamista. Julkisten sosiaalipalveluiden rinnalla kansalaiset haluavat lisätä yksityisiä sosiaalipalveluita. Tutkimusten mukaan nuoret luottavat sosiaalipalveluihin ikääntyneitä väestöä enemmän. Nuorista opiskelijat ja varusmiehet luottavat palveluihin eniten. Ikääntyneistä 65 vuotta täyttäneet suhtautuvat sosiaalipalveluiden järjestämiseen muita kriittisemmin. (Muuri 2008, 47–49.) Kotipalveluiden saatavuuteen ei luottanut joka neljäs 50–64-vuotias (Muuri 2008, 53). Kotipalveluita tarvinneista 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka neljäs koki kotihoidon palvelut riittämättömiksi (Murto, Kaikkonen, Sainio, Pentala, Koskela, Luoma, Koponen & Koskinen 2014, 3).

Alaluvuissa tarkastellaan suomalaisen sosiaaliturvan rahoittamista. Lisäksi tarkastellaan eläkkeiden merkitystä ikääntyvien toimeentulolle ja eläkkeiden rahoittamisen haasteita.

4.1 Sosiaaliturvan rahoittaminen

Sosiaaliturvaa rahoittavat työnantajat, vakuutetut työntekijät, valtio ja kunnat. Kuntien rahoitusosuus on se osa sosiaali- ja terveystalvetoista, jota kuntien saamat valtionosuudet, asiakasmaksut ja sosiaalivakuutus eivät kata. (Tanhua & Knape 2016, 4.)

Julkinen sairausvakuutus jakautuu työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutuksella katetaan päivärahoja ja työterveyshuollon järjestämisestä maksettavia korvauksia. Sairaanhoitovakuutuksella katetaan lääkekulujen, lääkäripalkkioiden, tutkimus- ja hoitokulujen kustannuksia, matkakustannuksia sekä kuntoutuspalveluiden kustannuksia. Sairausvakuutusta rahoittavat työnantajat, palkansaajat, yrittäjät ja valtio. (Kansaneläkelaitos 2018.)

Suomessa lakisääteisiä sosiaaliturvan maksuja myös rahastoidaan. Sosiaaliturvarahastoiksi luetaan Kansaneläkelaitos, Työttömyysvakuutusrahasto, sairauskassat, työttömyyskassat, eläkesäätiöt ja eläkekassat sekä lakisääteistä työeläkevakuutusta hoitavat yhtiöt (Hallituksen esitys 155/2012, 7). Rahastoja kasvatetaan, kun maksutuottojen summa ylittää sosiaalimenot. Sosiaaliturvamaksujen rahastoinnilla varaudutaan tulevaisuuden menojen kasvuun. (Niemelä & Salminen 2006, 49–50.)

Eläkkeiden rahoitusperusteet jaetaan kahden äärimuodon välille joko jakojärjestelmäksi tai rahastoivaksi järjestelmäksi. Jakojärjestelmässä eläkemenot katetaan kerättävillä vuotuisilla eläkevakuutusmaksuilla. Rahastoivassa eläkejärjestelmässä jokainen sukupolvi kustantaa itse oman sukupolven eläketurvan. Vuosittain perityt eläkevakuutusmaksut rahastoidaan. Eläkeläiset nostavat eläkkeenä työssäoloaikana rahastoituja eläkevakuutusmaksuja. (Lindell, Lehtonen & Ryytänen 2007, 51.)

Suomessa kansaneläkkeet rahoitetaan jakojärjestelmäperusteisesti. Kansaneläkkeen rahoitus koostuu työnantajien kansaneläkemaksuista, valtion suorituksista ja arvonlisäveron tuotoista. (Lindell ym. 2007, 52.) Myös yrittäjien eläkkeet kustannetaan jakojärjestelmän mukaisesti. Jos yrittäjien työeläkemaksut eivät riitä kattamaan yksittäisen vuoden eläkemenoja, valtio kustantaa menoista puuttuvan osan. (Lindell ym. 2007, 53.) Julkisten alojen eläkkeet kustannetaan osin jakojärjestelmäperusteisesti ja osin rahastoimalla. Rahastoinnilla on varauduttu kustantamaan suurten ikäluokkien eläkemenoja. (Lindell ym. 2007, 57.) Myös yksityisalojen palkansaajien työeläkkeet rahoitetaan osittain jakojärjestelmäperusteisesti ja osittain rahastoimalla (Lindell ym. 2007, 53).

4.2 Eläkkeiden merkitys palveluiden kuluttamisessa

Suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsi sotien jälkeen vaurastumisen ja hyvinvoinnin kasvun aika 1990-luvulle saakka (Räsänen 2004, 201). Eläketurva laajeni 1960-luvulta alkaen 30 vuoden aikana kattavaksi eläkejärjestelmäksi (Kontio 2007, 140). Suurten ikäluokkien vanhemmat joutuivat elämään aikuisuudessa sotien keskellä, ja heidän reaalin kulutus aleni vanhuuseläkkeellä ollessa 1990-luvun laman aikana tuntuvasti (Myles 2002, 130; Ahonen & Vaittinen 2015, 34). Myöhemmin 2000-luvulla alkavat eläkkeet ovat olleet aiempien sukupolvien eläkkeitä suuremmat, koska työeläkejärjestelmä työeläkkeet ovat kertyneet 40 vuoden työhistorian perusteella. Vuonna 2012 35 prosenttia 55–59-vuotiaiden kotitalouksista kuului ylimmän viidenneksen tuloluokkaan. Vielä 32 prosenttia 60–64-vuotiaiden kotitalouksista kuului myös ylimmän viidenneksen tuloluokkaan. (Ahonen & Vaittinen 2015, 40.)

Eläkeläiset tulevat aiempia sukupolvia paremmin toimeen kulutuksella ja tuloilla mitattuina. Eläkeläisten kulutus lähestyy määrällisesti ja rakenteellisesti työssäkäyvien kulutusta. Kun vielä vuonna 1985 kaikista kotitalouksista mediaanikulutus oli suurimmillaan 40–44-vuotiaiden kotitalouksissa, niin jo vuonna 2012 mediaanikulutus oli suurimmillaan vasta 55–59-vuotiaiden kotitalouksissa. Eläkeikäisten kulutusmenot kuitenkin laskevat 60 ikävuoden jälkeen. (Ahonen & Vaittinen 2015, 28–30.) Eläkeläiset kuitenkin kuluttavat terveystoimien noin kaksinkertaisen määrän työikäisiin verrattuna, vaikka vuodesta 1985 alkaen eläkeläisten terveystoimien osuus kokonaiskulutuksesta on jonkin verran laskenut. Terveystoimien osuus kotitalouksissa on korkeimmillaan iäkkäimmissä kotitalouksissa. (Ahonen & Vaittinen 2015, 36–38.)

4.3 Eläkejärjestelmän haasteet

Nykyisen eläkejärjestelmän rahoittaminen on haasteellista. Työelämän muutokset, katkonaiset työurat, matala palkkataso ja terveyserot vaikuttavat tulevaisuudessa eläkeläisten toimeentuloon ja avuntarpeeseen (OECD 2017a, 20). Ihmiset

jäävät länsimaissa eläkkeelle entistä aiemmin, sillä heidän ei enää tarvitse käydä töissä turvatakseen elantonsa. Varhaista eläkkeelle jäämistä ovat tukeneet myös yritykset ja poliittiset päättäjät. (Myles 2002, 130–131.) Eläkkeelläoloaika on kasvanut OECD-maissa, sillä työelämästä on jääty eläkkeelle aiemmin ja samalla odotettavissa oleva elinikä on noussut (OECD 2017b, 128). Yhä useampi elää yli 80-vuotiaaksi (OECD 2017b, 121). Samaan aikaan syntyvyys on OECD-maissa laskenut. Vanhushuoltosuhte eli 65 vuotta täyttäneiden määrän suhde 20–64-vuotiaaseen väestöön on noussut. Vuoteen 2050 mennessä Suomessa ennustetaan olevan 48 iältään 65 vuotta täyttänyttä sataa työkäistä kohti, kun vuonna 2015 vanhushuoltosuhte oli vielä 35. (OECD 2017b, 122–123.)

Eläkejärjestelmän haasteina Suomessa ovat ikääntyvä väestö, työllisyysasteen mataluus ja vanhuusköyhyys. Syntyvyys väheni Suomessa suurten ikäluokkien syntymän jälkeen 1960- ja 1970-luvuilla muita Euroopan maita aiemmin. Samaan aikaan eliniänodote on kasvanut. Pienemmän määrän työssäkäyviä odotetaan elättävän yhä suuremman määrän eläkeläisiä. Vastuuta eläkeläisten toimeentulosta olisi siirrettävä muille sukupolville. Nykyinen eläkejärjestelmä on suosinut varhaista eläkkeelle siirtymistä erityisesti 1980- ja 1990-luvuilla, mikä on vähentänyt työvoiman määrää entisestään. Suomen eläkejärjestelmä on tarjonnut tähän saakka kohtuullisen hyvän toimeentulon eläkeläisille. Jakoperiaatteella rahoitettavassa eläkejärjestelmässä on haasteena turvata eläkeläisten toimeentulo ja samalla rajoittaa eläkekustannusten nousua. (Börsch-Supan 2005, 53–55.)

Eläkejärjestelmää uudistettiin vuonna 2005. Yhtenä tavoitteena oli lisätä työllisten määrää ja siirtää eläkkeelle jäämistä myöhemmäksi pitenevän elinajanodotteen mukaisesti. Eläkeuudistuksessa otettiin käyttöön elinaikakerroin, joka elinajanodotteen noustessa pienentää etuuksia eli kuukausittain maksettavaa eläkettä. Kuukausieläke ei pienene elinaikakertoimen ja elinajanodotteen muutoksen vaikutuksesta, jos henkilö työskentelee pidempään. (Uusitalo & Nivalainen 2013, 16–17.) Eläkeuudistuksessa otettiin käyttöön myös joustava vanhuuseläkeikä, joka sallii vanhuuseläkkeelle siirtymisen jo 63 vuoden iässä. Vaikka osittain elinaikakertoimen vaikutuksesta moni on jatkanut työelämässä 65 ikävuoden jälkeen, joustavan vanhuuseläkeiän vaikutuksesta vanhuuseläkkeelle on jääty keskimääräistä aiemmin. Kuitenkin eläkejärjestelmälle asetetut ikäraajat ja

pavia tauteja. Samalla ihmisten ikääntyessä on tullut uusia yhteiskunnallisia ongelmia. Kun kehittyneissä ja kehittyvissä maissa ihmiset elävät pidempään ja syntyvyys laskee, työssä käyvän väestön osuus koko väestöstä laskee ja yhä pienemmän määrän ihmisistä odotetaan huolehtivan lapsista ja vanhuksista. (World Health Organization 2002, 7–9.)

Vanhuuden tutkimuksessa vanhenemista on käsitelty biolääketieteellisestä ja sosiokulttuurisesta näkökulmasta (Koskinen 2004, 36). Biolääketieteellisessä vanhuskäsityksen mallissa vanhuus nähdään ongelmana, johon mielletään raihnaisuutta ja sairautta ja siksi vanhuudesta on vaikea tuoda esiin positiivisia voimavaroja. Sosiokulttuurisessa vanhuskäsityksessä korostetaan vanhuuden yhteiskunnallista merkitystä. Kulttuuriset ja yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat vanhuskäsityksen muuttumiseen, johon ikääntyneet voivat vaikuttaa. Sosiokulttuurisen käsityksen mukaan vanhuus tuo esiin uusia voimavaroja. (Koskinen 2004, 36–37.)

Teollisen yhteiskunnan vanhuskäsityksessä vanhuutta pidettiin myös lääketieteellisenä ja sosiaalisena ongelmana. Vanhat ihmiset nähtiin ryhmänä, jonka jäsenillä on yhtäläiset tarpeet. Vanhusten huolto ja eläkkeet koettiin rasitukseksi. Jälkiteollisessa yhteiskunnassa vanheneminen nähdään yksilöllisenä, ainutkertaisena elämänvaiheena. Iäkkäiden ihmisten merkitys tunnustetaan omaishoitajina ja työvoimareservinä. Ikääntyneiden taloudellinen merkitys on suuri omistajina ja kuluttajina. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 19–21.)

Köyhäinhoidon aikakautena 1920-luvulta 1950-luvulle saakka vanhuus sidottiin eläkeikään eli 65 vuotta täyttäneisiin (Rintala 2003, 101). Vanhusväestön huolenpitopalveluille tuli tarvetta 1960-luvulla yhteiskunnan elinkeinorakenteen muutoksen ja väestön muuttoliikkeen vuoksi. Vanhukset pääsivät kodinhoitoavun piiriin. Vanhuuteen liitettiin kronologisen iän lisäksi toiminnallinen ikä. Vanhuskäsityksessä tuli esille yksilölliset erot vanhusten toimintakyvyssä. Kuntoutus nähtiin toimintakykyä palauttavaksi toiminnaksi. (Rintala 2003, 119–120.) Vanhuudessa alettiin nähdä myönteisiä piirteitä 1970-luvulla, sillä vanhukset olivat myös fyysisesti kyvykkäitä ja osallistuvia. Vanhustenhuollon tavoitteeksi tuli edistää ja yllä-

pitää toimintakykyä. Laitoshuollon palveluiden rinnalla avopalveluita, kuten palvelutalojen päiväkeskustoimintaa ja kotihoitoa, lisättiin kotona asumisen tukemiseksi. (Rintala 2003, 141–143.)

Vanhuudelle onkin määritelty uusia käsitteitä, jotka tuovat esiin vanhuuden positiivisia kokemuksia. Vanhuus liittyy yhteen elämänvaiheeseen. Peter Laslett (1994, 439) jakoi ihmisen elämän neljään vaiheeseen. Ensimmäinen ikä on lapsuuden, riippuvuuden, sosiaalistumisen sekä kasvatuksen ja kouluttautumisen aikaa. Toisessa iässä ollaan vastuussa perheestä, ansaitaan ja säästetään. Kolmannen iän aikaan palkkatyöstä luovutaan vähitellen, jäädään eläkkeelle ja toteutetaan elämän aikana kertyneitä haaveita. Tähän elämänvaiheeseen liitetään myös seniorin käsite, joka kuvaa eläkkeellä olevaa ihmistä, jota ei vielä mielletä vanhaksi, 85 vuotta täyttäneeksi. Kolmatta ikää seuraa varsinaiseksi vanhuudeksi koettu neljännen iän elämänvaihe, jossa ihminen on yhä enemmän toisista riippuvainen ja tarvitsee tukea ja palveluita. (Hakonen 2008a, 154.)

Kolmas ikä ei ole tarkkaan kronologiseen ikään sidottu, koska ihmiset jäävät työstä pois eri-ikäisinä ja toisista riippuvaiseksi tuleminen on myös yksilöllistä. Kolmas ikä on lähellä ihmisen subjektiivisesti kokemaa ikää. Kolmannen iän sisällössä on kyse valinnoista, joita ihminen on suunnitellut toteuttavansa. (Jyrkämä 2005, 309.) Kolmannen iän elämänvaihe voi toteutua yhteiskunnissa, joissa eläkejärjestelmää, toimeentuloa ja tasa-arvoa pystytään pitämään yllä. Yhteiskunnan on myös tuettava elinikäistä oppimista ja työllisyyttä, jotta kolmannen iän mukaista elämänvaihetta on mahdollista viettää. (Laslett 1994, 442–443.) Laslettin kolmannen iän mukainen malli koetaan osittain elitistisenä elämänvaiheena, jota kaikki eivät pysty toteuttamaan, sillä se sivuuttaa erilaisten elämänvaiheiden vaikutukset, kuten pitkäaikaistyöttömyyden seuraukset. Kolmannessa iässä oletetaan jäätävän eläkkeelle palkkatyöstä. Ihminen ei kuitenkaan välttämättä ole toisen iän aikana jatkuvasti palkkatyössä vaan esimerkiksi tekee palkatonta kotityötä, joka voi jatkua eläkkeellä ollessakin. (Bury 1995, 23–24.)

Rintalan (2003, 157) mukaan eroteltaessa vanhuutta kolmanteen ja neljänteen ikään asetetaan ikäryhmät vertailuasemaan. Kolmanteen ikään kuuluvat nähdään aktiivisena ja itsenäisenä väestöryhmänä. Neljänteen ikäryhmään kuuluvat

mielletään korkean iän lisäksi toiminnallisia rajoitteita kokeviksi ja pitkäaikaissairauksiksi, jotka tarvitsevat muita ryhmiä enemmän monimuotoisia palveluita. (Rintala 2003, 157–158.) Neljäs ikä nähdään negatiivisena aktiivisen ikääntymisen päätymisenä (Saarenheimo 2014, 6). Kuitenkin neljänteen ikään kuuluvien vanhene-
misen erot ovat suuria, joten olisi perusteltua puhua 75 vuotta täyttäneistä ja 85 vuotta täyttäneistä erikseen (Rintala 2003, 158).

Myönteistä vanhuskäsitystä tuo esille myös aktiivisen ikääntymisen käsite. Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee aktiivisen ikääntymisen elämisen laatua edistäviksi toiminnoiksi, jotka antavat mahdollisuuden vahvistaa terveyttä, osallistumista ja turvallisuutta, jotta ikääntyvän ihmisen elämänlaatu paranee (World Health Organization 2002, 12). Aktiivista ikääntymistä tukevat toiminnot eivät kohdistu ainoastaan myöhäiseen elämänvaiheeseen, vaan kattavat koko elämänkulun. Päivittäiset selviytymistaidot opitaan jo lapsuus- ja nuoruusiässä, jolloin itsestä huolehtimisen taidot kehittyvät. Aikuisena ylläpidetään toimintakykyä. Toimintakyvyn säilyminen on kuitenkin yksilöllistä. Ikääntyessä ihmiset tarvitsevat vaihtelevasti kuntoutusta. Kuntoutuksen tavoite on turvata elämisen laatua ja selviytymistä arjessa. (World Health Organization 2002, 14.)

Aktiivisen ikääntymisen periaatteet vaalivat terveyttä, osallistumista ja turvallisuutta. Periaatteet velvoittavat sekä kansalaisia että yhteiskuntaa (World Health Organization 2002, 17). Maailman terveysjärjestön mukaan kansalaisilla on oltava pääsy laadukkaaseen hoitoon (World Health Organization 2002, 21). Yhteiskunnan tulee järjestää kroonisten sairauksien hoito koordinoituksi ja kattavaksi hoitojärjestelmäksi (World Health Organization 2001, 7).

Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenä sosiaalipoliittisena tavoitteena on pitää yllä ikääntyvän väestön toimintakykyä ja sosiaalisia verkostoja. Iältään 65–79-vuotiaat ovat yleensä vielä toimintakykyisiä ja heillä on edellytykset itsenäiseen elämään. Sosiaaliset verkostot torjuvat ikääntyneiden yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Tavoitteena on myös luoda edellytyksiä perheiden, yhteisöjen, yritysten ja järjestöjen yhteisvastuulliselle työlle ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi. (So-

siaali- ja terveystministeriö 2007, 40–41.) Haarnin (2009, 91) tutkimuksessa aktiiviset eläkeikäiset kokivat kansalais- ja vapaaehtoistoiminnan mielekkääksi tekemiseksi, josta on itselle hyötyä ja jossa huolehditaan myös omasta hyvinvoinnista.

Hervosen (2001, 15) mukaan onnistuneessa vanhenemisessä sairauksia ehkäistään ja lykätään tuonnemmaksi, mutta myös pidetään yllä ja huolletaan toimintakykyä. Onnistuneen vanhenemisen käsitettä on kritisoitu, koska vanheneminen nähdään suorituksena, jossa voidaan joko onnistua tai epäonnistua (Saarenheimo 2014, 6). Saarenheimo (2017, 255) tulkitsee onnistuneen vanhenemisen tarkoittavan tavallista vanhenemistä parempaa terveyttä ja kykyä säilyttää hyvä mieliala ongelmista ja vaivoista huolimatta.

Tuottavan ikääntymisen käsitteellä Bass ja Caro (2001, 39) tarkoittavat ikääntyneiden toimintaa, joka tuottaa palveluita tai hyödykkeitä ja joilla on taloudellista arvoa. Toiminta voi olla palkkatyötä, palkatonta vapaaehtoistyötä, perheessä annettua lastenhoitoapua tai sukulaisille, ystäville tai naapureille annettua hoiva-apua. Tuottavaksi toiminnaksi he lukevat myös koulutuksen näiden toimintojen suorittamiseen. (Bass & Caro 2001, 39.) Tuottavan ikääntymisen ajatuksen taustalla on oletus, että ikääntyneillä on taitoa, asiantuntijuutta ja kokemusta, jota työelämässä ei hyödynnetä riittävästi (Hinterlong, Morrow-Howell & Sherraden 2001, 6).

5.1.2 Vanhenemiseen sopeutuminen

Vanhenemiseen sopeutumista selitetään vanhenemisen malleilla, joita kuvataan irtautumisteorialla, aktiivisuusteorialla ja jatkuvuusteorialla. Irtautumisteoria tuo esille vanhenevan ihmisen elämänvaiheiden muutoksia, joissa hän luopuu useista sidoksistaan ja rooleistaan. Näitä muutoksia ovat esimerkiksi eläkkeelle jääminen ja leskeksi jääminen. (Jylhä 1990, 106–107.) Irtautumisteoria selittää vanhenemistä rooleista luopumisella ja elämän rajallisuudella (Coleman 2001, 110). Ikään liittyvät normit tuovat ihmisille mahdollisuuksia, rajoitteita ja uskomuksia, mitä tietyn ikäinen ihminen voi ja mitä hänen pitäisi tehdä (Hooyman & Kiyak

1991, 79). Vanhenevat ihmiset luopuvat sosiaalisista odotuksista kilpailla ja olla tuottavia. Irtautumisteoria ei kuitenkaan selitä nykyajan eläkeläisten aktiivista elämäntapaa, jossa terveenä käydään edelleen töissä ja ollaan sosiaalisesti aktiivisia. (Hooyman & Kiyak 1991, 83.)

Aktiivisuusteorian mukaan ihminen vanhetessaan korvaa menetettyjä rooleja uudella tekemisellä. Ihminen sopeutuu elämän muutoksiin pitämällä yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin, osallistumalla yhteisölliseen toimintaan ja toimimalla yksilöllisesti. (Jylhä 1990, 113.) Teorian mukaan aktiivisesti toimiva ihminen on elämäänsä tyytyväisempi kuin vähemmän aktiivinen toimija. Aktiivisuusteoriaa kuitenkin kritisoidaan, koska se ei selitä, miksi passiiviset vanhukset ovat silti onnellisia. (Hooyman & Kiyak 1991, 81–82.)

Jatkuvuusteorian mukaan vanheneva ihminen korvaa menettämiään rooleja uusilla sopeutuakseen ympäristöönsä. Ihmisen persoonallisuus ohjaa toimintaa vanhanakin. Ihminen jatkaa vanhanakin nuorena omaksumaansa elämäntyyliä. Ihminen säilyttää aktiivisen elämäntavan ikääntyessäänkin, jos hän on ollut nuorempana aktiivinen. Ihminen sopeutuu muutoksiin, kun hän pyrkii jatkamaan elämäntapojaan niissä asioissa, joihin hän voi vaikuttaa. (Jylhä 1990, 113–114.) Jatkuvuusteoriaa on kritisoitu, koska teoria olettaa ihmisen jatkavan aiempaa elämäntyyliään vanhanakin, vaikka hän haluaa irtautua aiemmista elämäntavoistaan (Hooyman & Kiyak 1991, 86).

Zimmermannin ja Greben (2014, 31) esittämä senior coolness -käsite kuvaa henkistä vahvuutta suhtautua vanhenemiseen rauhallisesti ympäristön odotuksista välittämättä. Saarenheimo (2017, 271) selittää Zimmermannin ja Greben senior coolness -käsitettä elämään asennoitumisena, joka suojaa ihmistä vanhenemisen tuomilta rajoitteilta ja hankaluuksilta. Mielenmaltti tuo ikääntyvälle ihmiselle sisäisen turvallisuuden tunnetta ja itsevarmuutta. Ihminen vahvistaa omaa ihmisarvoa hyväksymällä itsensä puutteista huolimatta. (Zimmermann & Grebe 2014, 31.)

Baltes ja Baltes (1990, 27) ovat kehittäneet vanhuuden tuomiin menetyksiin ja rajoituksiin sopeutumista selittävän teorian, jonka keskeisinä menetelminä ovat

toimintojen valikointi, optimointi ja kompensointi. Teorian menetelmät soveltuvat kaikenikäisille, mutta niiden merkitys korostuu ikääntyvillä. Teoria edistää yksilön onnistunutta vanhenemista. Toimintojen valikoinnista puhutaan, kun ikääntymisen myötä ihmisen voimavarat sopeutua ympäristön muutoksiin vähenevät ja hän keskittyy toimintoihin, jotka ovat hänelle merkityksellisiä. Säilyttääkseen toiminnassaan haluamansa laadun ja tason ikääntyvä ihminen muuttaa tavoitteitaan ja valikoi toimintoja, joista hän kykenee suoriutumaan. Toimintojen optimoinnista on kyse, kun ihminen keskittyy toimintoihin, jotka vahvistavat hänen voimavaroja ja tukevat hänen elämänvalintoja. Toimintoja kompensoimalla ikääntyvä luopuu niistä toiminnoista, joista hän ei koe pystyvän selviytymään ja keskittyy korvaaviin toimintoihin, joita hän pystyy suorittamaan. (Baltes & Baltes 1990, 21–22.)

Yhtenä näkökulmana vanhuuteen voidaan pitää yhteiskunnallista pyrkimystä kiinnittää huomiota ikäihmisten voimavaroihin ja voimaantumiseen (Julkunen 2008, 21). Zimmerman (1995, 583) tarkoittaa voimaantumisella ihmisestä itsestään lähteviä prosesseja tai hänelle annettuja mahdollisuuksia, jotka auttavat ihmistä hallitsemaan elämää ja tekemään itsenäisiä päätöksiä. Heinsohnin (2005, 6) mukaan voimaantuminen vaatii kykyä ennakoida vaihtoehtoja ja tehdä järkeviä valintoja. Toimintaympäristö vaikuttaa, minkä verran ihminen voimaantuu. Voimaantumista voidaan arvioida mittaamalla, onko ihmisellä mahdollista tehdä valintoja, tekeekö ihminen valintoja ja tuottiko valinta toivotun tuloksen. (Alsop & Heinsohn 2005, 10.)

Terveystieteidenhuollossa voimaantuneet potilaat ottavat itse vastuuta terveydestään (Roberts 1999, 91). Voimaantunut potilas odottaa saavansa tietoa terveydestä, jolloin terveydenhuollon ammattilainen voi vaikuttaa potilaan omaksumaan hoitoon (Roberts 1999, 85). Potilas voi vaatia lääkäriltä tiettyjä hoitoja, tutkimuksia tai lääkkeitä (Toiviainen, Vuorenkoski & Hemminki 2005, 48). Toiviaisen tutkimuksen mukaan osa lääkäreistä suhtautuu potilaan hoito- ja tutkimuspyyntöihin myönteisesti, sillä hoito on yhteistyötä ja vastaanottotilanne vaatii vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan välillä. Toisaalta osa lääkäreistä suhtautuu potilaan pyyntöihin kielteisesti, sillä lääkäri tekee päätöksensä lääketieteellisin perustein. (Toiviainen 2007, 55–56.) Voimaantunut potilas voi olla myös motivoitunut sitoutumaan yhdessä lääkärin kanssa suunniteltuun hoitoon (Roberts 1999, 86).

Myös Siitonen (1999, 161) kuvaa kehittämässään voimaantumisteoriassa voimaantumista henkilökohtaisena ja sosiaalisena prosessina, jota toinen ihminen ei voi tuottaa. Siitonen (1999, 93) määrittelee voimaantumisen prosessina, jonka tuloksena ihminen määrää itse itsensä ulkoisesta pakosta vapaana. Ulkoiset tekijät, esimerkiksi arvostus, valinnanvapaus ja turvalliseksi koettu ilmapiiri, tarjoavat ihmiselle mahdollisuuksia voimaantua (Siitonen 1999, 181). Jos ihminen voi voimaantua omista lähtökohdistaan, hän todennäköisesti kokee myös hyvinvointia (Siitonen 1999, 189). Ihmisen voimaantuminen ei kuitenkaan ole pysyvä tila. Ihminen voi menettää voimavaransa, jos toimintaympäristössä, uskomuksissa tai päämäärissä tapahtuu muutoksia. (Siitonen 1999, 164.)

Hakonen (2008b, 121) yhdistää ikääntyviä voimaannuttavan arjen ja elämäntähtämyksen hyvinvointiin. Hyvinvointi sisältää fyysisenä ulottuvuutena toimintakyvyn. Voimavara-käsite kuvaa hyvinvointia paitsi fyysisenä ulottuvuutena myös sosio-kulttuurisena ulottuvuutena. Voimavarat tekevät ikääntyvän elämästä laadukasta. (Hakonen 2008b, 122.) Elämänlaatua voidaan tarkastella myös ihmisen tarpeiden näkökulmasta. Ihmisellä on olemisen tarve, jossa on fyysisiä, psykologisia ja sielullisia näkökulmia. Hänellä on tarve kuulua johonkin, mikä sisältää ihmissuhteet fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä. Kolmantena tarpeena on joksikin tuleminen tarve, joka sisältää päivittäisiä askareita, vapaa-ajan harrastuksia ja selviytymisen taitoja. (Raphael, Steinmetz, Renwick, Rootman, Brown, Sehdev, Phillips & Smith 1999, 201.)

5.1.3 Vanhuus yhteiskunnallisena ilmiönä

Kulttuuriarvot ja perinteet määräävät, kuinka yhteiskunta käsittelee vanhenemista ja kohtelee ikääntyneitä. Kulttuurin normit vaikuttavat, hoidetaanko sairauksien oireita vai keskitytäänkö sairauksien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen havaitsemiseen ja sopiviin hoitoihin. Kulttuuri vaikuttaa myös perhekäsitykseen. Monissa Aasian maissa arvostetaan suurperhettä, jossa samassa perheessä asuu useampi sukupolvi. Asenteet vaikuttavat myös miesten ja naisten elämäntapaan. Yhteiskunta voi eri kulttuureissa odottaa naisten suorittavan palkatonta ja epävirallista omaishoitajan työtä. Miehillä voi olla suurempi riski kärsiä vammoista,

kuolla väkivaltaisesti ja altistua työperäisille vaaroille. (World Health Organization 2002, 20.)

Ikääntyminen ei itsessään lisää taloudellista turvattomuutta. Jos nuorena ei ole taloudellisia ongelmia, on todennäköistä, että myös vanhemmalla iälläkään ei kärsi taloudellisista ongelmista. Vastaavasti nuorella iällä taloudellisista ongelmista kärsivä kohtaa talousongelmia myös vanhemmalla iällä. Varakkaat ikääntyneet elävät myös taloudellisesta niukkuudesta kärsiviä iäkkäitä pidempään. (Middleton, Hancock, Kellard, Beckhelling, Phung & Perren 2007, 27.) Myös Kirkwood (2017, 1070) toteaa ihmisen sosioekonomisen aseman vaikuttavan terveyteen ja elinajanodotteeseen. Ylemmässä sosioekonomisessa oleva elää kauemmin ja kärsii kroonisista ikään liittyvistä sairauksista myöhemmin kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleva (Kirkwood 2017, 1070).

Vanhuskuvaa voidaan tarkastella erittelemällä ikääntyneen väestön yhteiskunnallista asemaa (Jyrkämä 2005, 304). Vanhusten väestöllinen asema kasvaa Suomessa vuoteen 2030 mennessä, jolloin 65 vuotta täyttäneiden osuus on noin 24 prosenttia. Ikääntyneiden asema yhteiskunnassa ja sosiaalisessa verkostoissa on muuttumassa, kun yhä useampiin sukupolviin kuuluvia on elossa pidentyneen elinajan ansiosta. Ikääntyneiden vaikutus yhteiskunnan valtarakenteissa voi kasvaa, sillä väestörakenne vanhenee. Silti vanhusväestön kulttuurinen asema on vaihteleva, kun toisaalta vanhuutta ihannoidaan aktiivisena elämänvaiheena ja toisaalta vanhuus koetaan uhkakuvana. Vanhuus koetaan myös subjektiivisesti eli miten vanhat kokevat itseänsä arvostettavan. Esimerkiksi sotaveteraanit ovat kokeneet arvostuksen palautuneen Suomessa 1990-luvulla. (Jyrkämä 2005, 304–307.)

5.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeet

Sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeet vaihtuvat elämäntilanteiden ja elinympäristön muuttuessa. Tarpeet voivat olla yksilöstä lähteviä, ja myös yhteiskunta vaikuttaa, mitä palveluita kansalainen tarvitsee.

5.2.1 Palvelutarpeisiin vaikuttavat yksilölliset tekijät

Ikääntymisen nopeuteen vaikuttavat yksilölliset tekijät. Kirkwoodin (2005, 438) mukaan ikääntyminen on toimintojen etenevää heikkenemistä, joka altistaa ihmisen ympäristön haasteille ja kasvavalle sairauden ja kuoleman riskille. Ruokavaliolla, tupakoinnilla, elämäntavoilla, ympäristöllä, asenteella, geeneillä ja sattumalla on merkitystä, miten ihmisen terveys ja sairaudet kehittyvät (Kirkwood 2017, 1070–1071). Maailman terveysjärjestön mukaan elämäntavat vaikuttavat elämänkulkuun ja hyvinvointiin. Ihminen voi itse edistää hyvinvointiaan aktiivisen ikääntymisen periaatteiden mukaan. Esimerkiksi tupakointi, alkoholin käyttö, ruokavalio ja fyysinen aktiivisuus vaikuttavat terveyteen. Ihmisen tulee myös itse sitoutua tarvittavaan ja toteutettavaan hoitoon. (World Health Organization 2002, 22–26.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaadulla ymmärretään ihmisen omaa arviota elämäntilanteesta, jossa hän ottaa huomioon elämälle asettamansa päämäärät, odotukset ja huolenaiheet. Elämäntilanteen arvioon vaikuttavat ihmisen arvot ja vallitseva kulttuuri. (WHOQOL group 1998, 551.) WHO tarkastelee kehittämässään elämänlaadun mittausmenetelmässä elämänlaatua neljästä ulottuvuudesta. Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus sisältää terveydentilaan vaikuttavia ominaisuuksia. Psykkinen ulottuvuus sisältää esimerkiksi mielialan, itsetunnon, ajattelun, oppimisen, muistamisen ja keskittymisen tekijöitä. Sosiaalinen ulottuvuus tarkastelee henkilökohtaisia suhteita ja sosiaalista tukea. Elinympäristön tekijät liittyvät turvallisuuteen, asumiseen, palveluihin, vapaa-aikaan, kulkemiseen ja tiedonsaantiin. (WHOQOL group 1998, 556.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen edellytyksiä selviytyä elinympäristössään jokapäiväisistä toiminnoista itseään tyydyttävällä tavalla. Toimintakykyyn vaikuttavat edellytykset ovat fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia. Fyysistä toimintakykyä kuvastavat esimerkiksi liikkumiskyky ja lihasvoima. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 119.) Psykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat kyky vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kyky tuntea, kyky kokea ja muodostaa käsityksiä

itsestä ja ympäristöstä sekä kyky suunnitella ja tehdä elämänvalintoja. Kognitiivista toimintakykyä ovat esimerkiksi kyky keskittyä ja oppia. Sosiaalista toimintakykyä ovat kyky toimia vuorovaikutuksessa ympäristössä, verkostossa, yhteisössä ja yhteiskunnassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Maailman terveysjärjestön julkaisema toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kuvaa toimintakykyä kehon toimintoina, suorituksina ja osallistumisena. Toimintarajoitteet sisältävät kehon vajavuudet, sekä suoritus- ja osallistumisrajoitteet. Toimintakykyyn ja rajoitteisiin vaikuttavat terveydentila, yksilötekijät ja ympäristötekijät. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 7–8.) Yksilön toimintakyky on dynaamisessa vuorovaikutuksessa terveydentilan, yksilötekijöiden ja ympäristötekijöiden kanssa. Esimerkiksi henkilö ei pysty suoriutumaan ilman avustamista, mutta apuvälineiden turvin hän pystyy liikkumaan. Yksilötekijöitä ovat esimerkiksi sukupuoli, yleiskunto, elämäntavat ja tottumukset. Yksilölle ulkopuolisia ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi yhteiskunnan asenteet. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2004, 18–19.)

Toimintakyky on elämänlaadun osatekijä, sillä toimintakyky vaikuttaa elämänlaatuun (Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2013, 4). Huonontunut toimintakyky ei kuitenkaan välttämättä tarkoita huonontunutta elämänlaatua, sillä avustava hoiva kompensoi toimintakykyä ja elämänlaatua (Vaarama 2009, 115). Toimintakykyä voidaan arvioida kahdella tasolla. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Activities of Daily Living, ADL) ovat esimerkiksi kyky peseytyä, pukeutua, käydä WC:ssä, nousta vuoteesta ja ruokailla (Wiener, Hanley, Clark & Van Nostrand 1990, 2). Päivittäisten asioiden hoidosta (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) suoriutumista ovat välinetöihin liittyvät kyvyt, esimerkiksi kyky hoitaa taloutta, huolehtia lääkkeistä, huolehtia kulkemisesta ja huolehtia raha-asioista (Wiener ym. 1990, 3). Perustoinnot opitaan elämän varhaisessa vaiheessa, ja ne säilyvät pidempään kognitiivisten taitojen heiketessäkin. Välinetöinnöt ovat monitahoisempia, ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen voi olla ensioire toimintavajavuuksista ja merkki tulevasta avuntarpeesta. (Mlinac & Feng 2016, 506.) Suomalaisista 75 vuotta

täyttäneistä lähes joka viidennellä on vaikeuksia asunnossa liikkumisessa (Murto ym. 2014, 2).

Liikunta ylläpitää työikäisten ja ikääntyneiden toimintakykyä. Toimintakykyyn vaikuttavat myös elinolot, sairaudet ja ikääntyminen. Sosiaalinen tuki ja ympäristö voivat auttaa heikentyneitä toimintakykyä. Muokkaamalla ympäristöä esteettömäksi ikääntyneitä voidaan auttaa jatkamaan harrastuksia ja selviytymään arjessa. Fyysinen aktiivisuus voi toisaalta lisätä mielenkiintoa toimintakyvyn tavoitteiden asettamiseen. Toimintakyky ja toiminta, esimerkiksi liikunta, työ ja harrastukset, vaikuttavat toisiinsa. Liikunta voi vahvistaa toimintakykyä, mutta liikuntavammat voivat myös vaurioittaa toimintakykyä. (Heikkinen & Ilmarinen 2001, 656.) Fyysinen harjoitus parantaa kaikenikäisten ihmisten toimintakykyä ja vastustaa vanhenemisen muutoksia (Koskinen ym. 1998, 96).

Yksin asuvat ja huraat ikääntyneet voivat kokea olevan suojattomia heihin kohdistuvalta väkivallalta ja hyväksikäytöltä. Vanhusten hyväksikäyttöä torjuva brittiläinen Action on Elder Abuse -järjestö (AEA) (2007, 8) on määritellyt vanhuksen hyväksikäytön luottamuksellisessa kanssakäymisessä tapahtuviksi yksittäisiksi tai toistuviksi teoiksi, jotka tuottavat vahinkoa tai ahdistusta vanhukselle. Hyväksikäyttö voi olla taloudellista, psykologista, fyysistä ja seksuaalista sekä kieltäytymistä (Action on Elder Abuse 2007, 8). Yhteiskunnassa vanhusten hyväksikäyttö tunnustetaan, mutta usein sen yleisyyttä vähätellään (Berg, Erlingsson & Saveman 2001, 10). Suomessa Valvira on selvittänyt vanhusten kaltoinkohtelua ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä. Yksiköiden työntekijöiden mukaan yleisimpiä kaltoinkohtelutilanteita ovat ulkoilun laiminlyönti, vanhuksen jättäminen yksin ja epäasiallinen kielenkäyttö. (Tallavaara, Autti & Uusitalo 2016, 13.)

Yksinäisyys lisää tutkimusten mukaan riskiä sairauksiin ja ennen aikaiseen kuolemaan (Kauhanen 2016, 112). Itäsuomalaiseen väestöön kohdistuneessa tutkimuksessa todettiin vähäisten sosiaalisten yhteyksien lisäävän riskiä kuolla sydän- ja verisuoniperäisiin sairauksiin (Kaplan, Salonen, Cohen, Brand, Syme & Puska 1988, 377). Yksinäinen kokee sosiaalisen ympäristön uhkana, mikä voi

edesauttaa yksinäistä puolustautumaan ja kuluttamaan voimavarojaan (Kauhanen 2016, 107). Yksinäisyys on myös yhteydessä koettuun hyvinvointiin (Saari 2009, 140). Eläkkeelle jääneet keskimäärin kokevat vähemmän yksinäisyyttä kuin työssäoloaikana. Vastaavasti eläkkeelle jäävät kokevat hyvinvointinsa muita ikäryhmiä paremmaksi. Ikääntyneillä elämänlaatu heikkenee ja yksinäisyyden tunne voimistuu kuitenkin 75 ikävuoden jälkeen. (Kainulainen 2016, 117–118.)

Palkeisen (2007, 116) mukaan ikääntyminen lisää yksinäisyyden tunnetta. Ikääntyneet omaksuvat terveyden heikkenemisen, sosiaalisten suhteiden vähyyden, leskeytymisen ja yksin asumisen osaksi ikääntymiseen kuuluviksi asioiksi. Ikääntyneet kokevat myös oman itsensä ja muiden ihmisten käyttäytymisen muuttumisen luovan yksinäisyyttä. (Palkeinen 2007, 116.) Myös Uotilan (2011, 46–50) tutkimuksessa iäkkäät selittävät yksinäisyyttään oman itsensä muuttumisella, heikolla asemalla yhteiskunnassa, heikentyneellä fyysisellä toimintakyvyllä ja vähäisillä ihmissuhteilla. Toisaalta ikääntyneet puhuvat yksinäisyydestä lievänä ja hetkellisenä ilmiönä, eikä yksinäisyys hallitse iäkkään elämää julkisuudessa esitetyllä tavalla (Palkeinen 2007, 116).

Ikääntyneet kokevat sosiaalisen median ja sähköpostin käytön vähentävän yksinäisyyden tunnetta, mutta ei sosiaalisen eristytymisen tunnetta. Internetin käyttö auttaa paremmin ylläpitämään sosiaalisia suhteita kuin luomaan uusia suhteita. Internetin käyttöön motivoituneet iäkkäät kokevat internetyhteyksien helpottavan tavoittaa ihmisiä, tavata uusia ihmisiä ja tuntea olevansa yhteydessä ystäviin ja sukuun. (Cotten, Anderson & McCullough 2013.)

5.2.2 Sosiaaliset ympäristötekijät

Sosiaalisen tuen merkitys korostuu ikääntyessä, kun yhteydet työyhteisöön vähenevät ja lapset eivät enää asu vanhempiensa luona. Myös ihmisen terveydentilan muutokset voivat lisätä tuen tarvetta. Perhe, ystävät, naapurit ja tuttavat tarjoavat epävirallista sosiaalista tukea ja luovat turvaverkoston. (Hooyman & Kiyak 1991, 295–296.) Sosiaalisen tuen puute heikentää terveyttä ja hyvinvointia. Ikääntyneet, joilla on vähän sosiaalisia yhteyksiä, kokevat muita

ikäntyneitä useammin joutuvansa sosiaalisesti eristetyiksi. Ikääntyneistä naiset eivät kärsi yksinäisyydestä ja vähäisistä sosiaalisista yhteyksistä niin paljon kuin miehet. (Cornwell & Waite 2009, 44.) Cohen (2004, 676) tarkoittaa sosiaalisella tuella sosiaalisten verkostojen tarjoamia psykologisia ja aineellisia voimavaroja, joiden tarkoitus on edistää ihmisen selviytymistä stressistä. Sosiaalinen tuki voi olla aineellista apua selviytyä arjessa, neuvontaa ja opastusta tai empatiaa, huolehtimista ja turvaa (Cohen 2004, 676–677). Hoivassa on mukana sosiaalisia suhteita, luottamusta ja resursseja. Hoivassa ollaan toisista riippuvaisia. (Anttonen 2011, 149.) Hoiva on toisista ihmisistä huolenpitoa, joka voi olla palkatonta työtä kotona ja lähiyhteisössä. Hoivaa toteutetaan yhteiskunnassa vallitsevien ja hyväksytyjen normien ja arvojen mukaan. (Anttonen 2011, 140–141.) Apua tarvitsevalle ikääntyneelle lapset ja perhe ovat tärkeä sosiaalinen tuki (Hooyman & Kiyak 1991, 324). Yksin elävät vanhukset turvautuvat ystäviin, naapureihin ja tuttaviiin saadakseen epävirallista apua. Vaikka vanhuksella olisi lapsia ja sukulaisia, hän voi kuitenkin turvautua ystäviin saadakseen apua, koska ystävyys perustuu sukulaisuutta enemmän vapaaehtoisuuteen ja vastavuoroisuuteen. (Hooyman & Kiyak 1991, 319.)

Vaaraman (2004, 146) mukaan ikääntyvien yli 75-vuotiaiden toimintakykyyn vaikuttavat fyysinen ja psyykinen terveys, sosiaaliset verkostot sekä asunto ja asuinympäristö. Toimintakyvyllä on suuri merkitys, kuinka hyvin kotona asuva ikäihminen selviää arkiaskareistaan itsenäisesti. Kotiin annettavilla palveluilla ja hoidolla kotona asuvien heikentynyttä toimintakykyä voidaan kohentaa. Epävirallinen läheisten ja ystävien antama apu on silti ikääntyneiden yleisin avun lähde. Kotiin annettavan avun tulisi olla terveyden- ja sairaanhoidon lisäksi apua arkiaskareisiin eli kodinhoitoon, siivoukseen, ruoanlaittoon ja asiointiin annettavaa apua. Esteetön asunto ja asuinympäristö, esimerkiksi hissi hankalien portaiden sijaan ja hyvät liikenneyhteydet, vähentävät ulkopuolisen avun tarvetta. Asuntojen rakentamisen tulisi pohjautua elämänkaariajatteluun, jotta asuntoja pystytään muuttamaan elämäntarpeiden mukaan. Toimintakyvyn tukemisen ei Vaaraman mukaan tule olla pelkästään sairauksien hoitoa, vaan myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksistä tulee huolehtia. (Vaarama 2004, 185–186.)

Ympäristöministeriön selvityksen (Jalava, Lahtinen, Tyvima, Vuorela & Arolinna 2017, 59) mukaan ikääntyneet tarvitsevat monimuotoisia asumisen vaihtoehtoja. Asumisen ongelmat ovat moninaisia. Pienissä kunnissa ikääntyvillä on vähän asumisen vaihtoehtoja. Suurissa ja keskisuurissa kunnissa ikääntyneille suunnattujen asuntojen määrän ei koeta olevan riittävä. Useissa kunnissa vuokra-asuntoja on riittävästi, mutta ne eivät sovellu ikääntyneiden asumiseen. Asumisen esteinä ovat esimerkiksi ahdas kylpyhuone, korkeat kynnykset ja puuttuva hissi. Vanhoissa kerrostaloissa tulee ajankohtaiseksi julkisivu- ja putkiremontteja, joiden kustannukset voivat koitua ikääntyneille liian kalliiksi. (Jalava ym. 2017, 23.) Ikääntyneille toivotaan tulevaisuudessa esteetöntä ja kohtuuhintaista asumista palveluiden äärellä (Jalava ym. 2017, 19). Asumisessa tulisi suosia sukupolvien ylittävää yhteisöllisyyttä, ja ikääntyneiden asuntojen tulisi sijaita muun väestön keskuudessa (Jalava ym. 2017, 64). Myös Rappen, Topon ja Rajaniemen (2017, 101-102) mukaan korttelikohtaisia yhteistiloja tulisi suosia, sillä yhteistilat vahvistavat yhteisöllisyyttä.

Fyysinen ympäristö voi tukea aktiivista ikääntymistä. Turvaton asuinympäristö ei kannusta ikääntyneitä liikkumaan, mikä lisää ikääntyneen riskiä eristäytyä ja kärsiä masennuksesta. Harvaan asutuilla alueilla vanhusväestö voi jäädä ilman tukipalveluita ja joutua eristetyksi, kun nuoremmat ovat muuttaneet töihin kaupunkikeihin. Ikääntyneiden turvallisen kotona asumisen vaatimukset tulee ottaa huomioon jo asuntojen rakentamisvaiheessa. Kaatumisia voidaan vähentää asentamalla kotiin liikkumista helpottavia tukikahvoja, välttämällä liukkaista lattiapintoja ja huolehtimalla riittävästä valaistuksesta. (World Health Organization 2002, 27–28.) Asuntojen esteettömyyttä pidetään tärkeänä myös ympäristöministeriön selvityksessä. Selvityksen mukaan ikääntyneitä edustavat järjestöt ja kuntien ja valtion viranomaiset pitävät tärkeinä myös asuinalueen palveluiden saatavuutta ja kohtuuhintaisia asuntoja. (Jalava ym. 2017, 19.) Asuinympäristön tulisi edistää yhteisöllisyyttä, sillä se parantaa elämänlaatua ja hyvinvointia (Jolanki, Leinonen, Rajaniemi, Rappe, Räsänen, Teittinen & Topo 2017, 112). Asuinalueiden palvelukortteleiden palvelumallit tarjoavat asukkaille mahdollisuuden kohdata ja toimia yhdessä. Asuinympäristön kehittämisessä on kuitenkin huolehdittava, että asuinympäristö sopii myös toimintakyvyltään heikentyneille ihmisille. (Jolanki ym. 2017, 117.)

Lähipalveluiden eli päivittäin käytettävien palveluiden tulee olla helposti saavutettavissa. Lähipalvelut ovat tärkeitä vanhuksille ja vammaisille ja niille, joilla ei ole käytettävissä autoa. (Kytö 2012, 18.) Ihmisten käsitys lähipalveluiden saavutettavuudesta vaihtelee asuinpaikan mukaan. Kaupungeissa, taajamissa ja kirkonkylissä asuvat mieltävät palvelun lähipalveluksi, jos palvelu on saavutettavissa enintään viiden kilometrin etäisyydellä kodista. Maaseudulla asuvien mielestä lähipalvelut voisivat olla enintään yhdeksän kilometrin etäisyydellä kodista. (Zitting & Ilmarinen 2010, 52.) Palvelun saavutettavuus määrittelee sen, voidaanko palvelua pitää lähipalveluna. Esimerkiksi omalla autolla liikkuva mieltää lähipalveluiksi etäämmälläkin sijaitsevat palvelut. Toisaalta liikkumisvaikeuksista kärsivälle fyysisesti lähelläkin tarjolla olevat lähipalvelut voivat jäädä ulottumattomiksi. (Lehtola 2008, 26.) Sähköisiä palveluita voidaan pitää myös lähipalveluina, jos asiakkaalla on käytettävissään tietokone ja tietoverkkoyhteydet (Zitting & Ilmarinen 2010, 55). Lehtola (2008, 25) määrittelee maaseudun asukkaiden liikkumisen ja palveluiden käytön tutkimuksessa lähipalveluiksi esimerkiksi sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanoton, koulun perusopetuksen ja lähikaupan. Myös kotiin tarjottavat liikkuvat palvelut kuten kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat lähipalveluita (Lehtola 2008, 24–25). Lähes kolme viidestä 80 vuotta täyttäneistä koki lähipalveluiden saatavuudessa ongelmia Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman 2014a, 50).

Lillrankin ja Venesmaan (2010, 70) mukaan terveydenhuollon hyvä saatavuus tarkoittaa, että kansalaisen tarvitessa terveydenhuoltopalveluita palvelut ovat välttämättä saatavilla. Palvelun tarjonnan saatavuuteen vaikuttavat palvelupisteen paikkasaatavuus ja aikasaatavuus. Paikkasaatavuus tarkoittaa palvelun etäisyyttä tarvitsijasta. Aikasaatavuus tarkoittaa kuluvaa aikaa saada palvelua. Aikasaatavuuteen vaikuttavat sekä odotusaika saada palvelua että palveluun matkustamiseen kuluva aika. Kiireellisessä tapauksessa palvelu, esimerkiksi ensihoito, annetaan potilaan luona. Palvelun kysynnän saatavuuteen vaikuttavat tarvitsijan henkilökohtaiset ja taloudelliset tekijät. Tarvitsijan tietous saatavilla olevista palveluista, motivaatio, kieli ja kulttuuri voivat vaikuttaa hoitavan lääkärin

valintaan. Palvelukysynnän taloudelliset tekijät vaikuttavat esimerkiksi, hakeutuuko asiakas julkisen vai yksityisen palvelun piiriin. (Lillrank & Venesmaa 2010, 74–78.)

Tedre ja Pulkkinen (2010, 8–9) ovat tutkineet Itä- ja Pohjois-Suomen harvaan asuttujen vanhustyönjohtajien näkemyksiä kotipalveluiden saatavuudesta etäällä taajamista asuvien koteihin. Tutkimuksen mukaan etäällä taajamista eläminen vaikeutuu, jos ihmisellä on kotiin sidottua palvelutarvetta. Saadakseen hoivaa maaseudulla asuvan ja palveluita tarvitsevan on turvaututtava vapaaehtoisten ja muiden paikallisten palveluihin. Syrjäisellä maaseudulla asuva voi joutua luopumaan oikeudesta tarpeita vastaavista sosiaali- ja terveystalvetaista tai oikeudesta valita asuinpaikka. Vanhustyönjohtajien ajattelutapa on palvelujärjestelmälähtöistä, eikä se korosta ihmisen elämänvalintoja. Palveluita luvataan tarpeiden mukaan, kun asiakas muuttaa palveluiden luokse taajamiin. Taajamissa asuville vanhuksille luvataan tarjottavaksi sekä julkisia että yksityisiä hoivapalveluita. Tedre ja Pulkkinen pohtivat, että kuntien olisi parempi näkyvästi ilmaista, kuinka kaukana keskustasta asuvalle voidaan tarjota vanhustalvetaista kotiin. (Tedre & Pulkkinen 2010, 11–14.)

Vanhustyönjohtajien mukaan kotipalvelutyössä työmatkoihin käytettyä aikaa ei voida tehostaa (Tedre & Pulkkinen 2010, 10). Muissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että kotipalvelun työn tuottavuutta voidaan tehostaa ja asiakkaan luona käytettävää aikaa lisätä esimerkiksi ottamalla käyttöön kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmä ja optimoimalla työvuorojen suunnittelua (Erkkilä 2015, 7–8). Harvaan asuttujen seutujen kotihoidon toimintojen tehostamista tutkittiin kahdessa itäsuomalaisessa kunnassa. Kotihoitajien reittejä, aikatauluja ja työvuoroja suunniteltiin uudestaan optimoimalla tietokoneohjelmalla asiakaskäyntien määrää, asiakkaan luona käytettyä aikaa ja kuljettuja matkoja. (Bräysy, Arola & Väisänen 2012, 45.) Tutkimustuloksissa saatiin vaihtoehtoisia työvuoromalleja, joissa asiakkaan luona käytettävä aika kasvoi nykyisestä 40 prosentista 70 prosenttiin työvuoron ajasta ja työvuoron tehokkuus eli asiakaskäyntien määrä yhden työtunnin aikana kasvoi 55–70 prosenttia (Bräysy, Arola, Dullaert & Väisänen 2012, 17–18).

Jaakkola (2015, 193–194) on todennut väitöskirjassaan maaseudulla asuvien kolmasikäikäisten huolenaiheina olevan tulevaisuuden asumisen, palveluiden riittävyden, yksinäisyyden ja itsemääräämisoikeuden sivuuttamisen. Jos toimintakyvyn vajavuuksien vuoksi joutuu muuttamaan saadakseen hoitoapua, tutkittavat epäilivät kuntien määräävän hoitopaikan, mikä kyseenalaistaa yksilön itsemääräämisoikeuden. Muutto taajaman palvelutaloon pelottaa, sillä palvelutalossa asuttaessa omista töistä ja asioiden hoidosta joutuu luopumaan. (Jaakkola 2015, 194–195.) Maaseudulla asumisen ehtoina nähtiin kohtuullinen terveys, toimintakyky, naapuriapu ja kulkumahdollisuudet (Jaakkola 2015, 175).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017a, 35) määrittelee kotona asuvaksi henkilön, joka ei ole pitkäaikaishoidossa sairaalassa tai terveyskeskuksessa tai hoidossa vanhainkodissa tai vanhusten tehostetussa palveluasumisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan palveluiden tulee olla oikea-aikaisia ja lähellä asiakasta. Kuitenkin palveluiden keskittämistä perustellaan palveluiden laadulla ja turvallisuudella ja iästä kuunnellaan palveluiden kehittämisessä ja päätöksenteossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 13.) Tedren ja Pulkkisen (2010, 7) mukaan viranomaiset eivät suosituksissaan ota kantaa elämän suuriin siirtymiin, esimerkiksi asuinympäristön muuttumiseen, vaikka muutto on todettu yhdeksi merkittäväksi stressitekijäksi. Kun vanhuksen asunnon sijainti määritellään epämääräisesti, kunnilla on mahdollisuus ohjailla asuinpaikkaa (Tedre & Pulkkinen 2010, 8).

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymän palvelutuotantosuunnitelmassa kuvataan perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon ja sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintoja Pohjois-Karjalassa vuonna 2030. Julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden saavutettavuuden tavoitteena vuonna 2030 on, että 95 prosenttia asukkaista saavuttaa sosiaali- ja terveyspalveluiden toimipisteen viimeistään puolen tunnin kuluessa henkilöautonopeudella. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2018.)

Kotona asumista tukevia palveluita ovat myös kuljetuspalvelut. Maaseudulla asuvien ikääntyvien palveluiden käyttö voi vaarantua, jos kodin ja palveluiden välillä ei ole kulkuyhteyksiä tarjolla. Pääsy jalankulkumatkan ulottumattomissa olevien

palveluiden äärelle vaatii monelta oman auton ja ajokortin. Autottomat ovat muita heikommassa asemassa, jos julkista liikennettä ei ole tarjolla. Palveluiden äärelle päästäkseen iso osa päivästä voi kulua matkustamiseen. (Tedre & Pulkkinen 2011, 302.) Vaikka kuljetuspalveluita olisi tarjolla, vanha ihminen voi tarvita liikumisapua autoon noustessaan ja sieltä poistuessaan. Erilaiset kuljetusmallit voivat tarjota apua maaseudun ikääntyneille. Kutsutaksin ja naapurin antama kuljetusapu ja tavaroiden kantoapu voi olla monelle ikääntyneelle kulkemisen välttämätön apu. (Tedre & Pulkkinen 2010, 13.)

5.3 Palveluodotuksiin vaikuttavat tekijät

Palveluodotuksiin vaikuttavat asiakkaan aiemmat kokemukset palveluista. Asiakas arvioi kokemansa palvelun laatua ja vertaa saamaansa palvelua palveluodotuksiin. Palvelukokemukset voivat muuttaa asiakkaan odotuksia tulevista palveluista. Koetun palvelun laatu vaikuttaa asiakassuhteeseen myös pidemmällä aikavälillä kuin yksittäisessä palvelutapahtumassa. Alaluvuissa tarkastellaan, kuinka palvelun käsite ymmärretään ja kuinka palvelukokemukset vaikuttavat odotuksiin.

5.3.1 Palvelun käsite

Grönroos (2009, 77) määrittelee palvelun aineettomien toimintojen prosessiksi, jossa ratkaistaan asiakkaan ongelmia ja jossa toimitaan useimmiten asiakkaan kanssa jonkinlaisessa vuorovaikutuksessa. Palvelu on asiakkaan tukemista. Palveluyrityksen on tunnettava asiakkaan toiminnot, jotta yritys pystyy tukemaan asiakasta. (Grönroos 2009, 506–507.) Palvelu yleensä tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti (Grönroos 2009, 79). Asiakas osallistuu tavallisesti palvelun tuotantoon. Esimerkiksi hiusten leikkaus ei onnistu ilman asiakkaan läsnäoloa. (Normann 2000, 20.) Palvelun suorituksessa on samanaikaisen tuottamisen ja kuluttamisen vuoksi vaihtelua. Yksi hotelli voi tarjota nopeaa palvelua, mutta viereisessä hotellissa palvelu on hidasta ja tehotonta. Palvelut ovat suorituksia, joita ei voi tuottaa varastoon. (Mudie & Pirrie 2006, 4–5.) Vuorovaikutteisessa palvelutilanteessa työn tuottavuus ei yleensä voi kasvaa (Lillrank 1998, 80).

Julkisen palvelun tuotannossa kasvokkain tapahtuvan opetuksen tai hoivan tuottavuutta on vaikea tehostaa. Beethovenin sinfonian soittaminen kestää tänäkin päivänä yhtä kauan kuin kaksisataa vuotta sitten. (Korkman 2011, 43.)

Rathmellin (1966, 33) mukaan palveluita ja tuotteita ei voi aina erottaa. Useimmat tuotteet ollakseen asiakkaalle hyödyllisiä vaativat tukipalveluita. Vastaavasti useimmat palvelut vaativat rinnalla tuotteita ollakseen hyödyllisiä. (Rathmell 1966, 33.) Palvelut tuottaakseen asiakkaalle hyötyä voivat vaativat rinnalleen muita palveluita. Normannin (2000, 76) mukaan ydinpalvelu on palvelua, jota yritys ensisijaisesti tarjoaa ja asiakas odottaa. Oheispalvelu tukee ydinpalvelua, ja se voi olla välttämätön ydinpalvelun tuottamiseksi (Normann 2000, 76).

Palvelun laadun määrittely on monisäikeistä (Grönroos 2009, 98). Garvin (1984, 26) luokittelee laadun määritelmät lähestymistavan mukaan viiteen ryhmään. Ylivertaisuutta korostava lähestymistapa näkee laadun ylivertaisena ja yleisesti tunnistettavana, joka on merkki tuotteen tai palvelun tinkimättömästä tasosta. Laadun oppii tunnistamaan kokemusten kautta. Toisen ryhmän mukainen laadun määritelmä korostaa tuotteen ominaisuuksia. Tuotteen laatu määräytyy tuotteessa käytetyistä mitattavista materiaaleista. Palvelun laadun täsmällinen mitaaminen on kuitenkin haasteellista. Garvinin esittämä kolmas laadun ryhmä, käyttäjälähtöinen laadun lähestymistapa, määrittelee tuotteen laadukkaaksi, jos tuote täyttää parhaiten kuluttajan tarpeet ja toiveet. Palvelun laadun määrittelyssä käyttäjälähtöinen laadun arviointi on yleisesti tunnustettua. Käyttäjälähtöinen laadun määrittely on kuitenkin ongelmallista, koska kuluttajilla ei aina ole riittävästi tietoa ja kykyä ilmaista tuotteelle ja palvelulle asettamia odotuksia. Neljäs lähestymistapa painottaa suunnittelun ja valmistuksen merkitystä laadun määräytymisessä. Laatu on tuotteelle tai palvelulle asetettujen vaatimusten täyttymistä. Laatu rakentuu yrityksen sisällä, mikä ei korosta asiakkaan käyttäjäkohtaista laadunäkemyä. Viides laadun määrittelyn lähestymistapa näkee laadun asiakkaan kokemana arvona. Ostaja arvioi laatua saavuttamansa edun ja antamansa uhrauksen eli hinnan suhteena. Korkea hinta ei siten aina takaa korkeaa laatua. (Garvin 1984, 25–28; Mudie & Pirrie 2006, 86–89.)

5.3.2 Palvelun laadun ulottuvuudet

Grönroos (2009, 105) jakaa palvelun kokonaislaadun asiakkaan odottamaan laatuun ja asiakkaan kokemaan laatuun. Asiakkaan odottamaan laatuun vaikuttavat asiakkaan tarpeet ja aiemmat kokemukset palvelusta sekä palveluntuottajan imago ja viestintä. Viestintä on osa markkinointia ja asiakkaaseen kohdistuvaa. Asiakkaan kokemassa palvelun laadussa on kaksi ulottuvuutta. Koettuun laatuun vaikuttavat palvelun lopputulos eli tekninen laatu ja se, miten asiakas saa palvelun eli toiminnallinen laatu. Palvelun tekninen laatu on sitä, mitä asiakkaalle jää palvelun jälkeen. Palvelutapahtumalla on aina vaikutusta palveluntuottajan julkisuuskuvaan. Imagolla on vaikutusta koettuun laatuun ja odotettuun laatuun. Jos yrityksen itsestään antama kuva on positiivinen, asiakas todennäköisesti sallii palvelussa virheitä. Sattuneista virheistä yrityksen imago kärsii. Jos yrityksen imago on jo valmiiksi kielteinen, palvelun virheet koetaan suurempina. (Grönroos 2009, 101–102.)

Lecklinin (2006, 18) mukaan laatu yleisesti ymmärretään asiakkaiden tarpeiden täyttämisenä tavalla, joka on yritykselle tehokasta ja kannattavaa. Palvelut ovat pohjimmiltaan aineettomia. Koska palvelu tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti ja usein asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa, palvelun laadun arviointi on vaikeampaa kuin tuotteen laadun arviointi. Palvelutapahtuman laatu voi vaihdella palveluntuottajan, asiakkaan ja ajankohdan mukaan. Esimerkiksi asiakkaan on vaikeampaa arvioida terveydenhuollon palveluiden laatua kuin autojen laatua. (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 15–16.)

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985, 43–44) ovat luoneet palvelun laadun käsitelmän ja tutkimusmenetelmän, jolla mitataan asiakkaiden käsityksiä palvelun laadusta. Tutkijat päätyivät alun perin kymmeneen palvelun laatua määrävään tekijään eli ulottuvuuteen, joilla on asiakkaille merkitystä (Parasuraman ym. 1985, 47). Zeithaml ym. (1990, 25) päätyivät myöhemmin tutkiessaan palvelun laadun mittaamenetelmiä viiteen laadun ulottuvuuteen: vakuuttavuus, empatia, konkreettinen ympäristö, luotettavuus ja reagoitavuus (Grönroos 2009, 116; Wilson, Zeithaml, Bitner & Gremler 2016, 77). Vakuuttavuus kuvastaa työntekijöiden ky-

kyä saada asiakas luottamaan yritykseen. Vakuuttavuuteen kuuluvat alkuperäisistä kymmenestä ulottuvuudesta pätevyys, kohteliaisuus, uskottavuus ja turvallisuus. Empatialla tarkoitetaan yrityksen yksilöllistä huolenpitoa asiakkaasta. Empatia sisältää myös saavutettavuuden, viestinnän ja asiakkaan ymmärtämisen ulottuvuudet. (Parasuraman ym. 1985, 47.) Konkreettinen palveluympäristö tarkoittaa yrityksen toimintaympäristöä, jonka asiakas kokee miellyttäväksi. Luotettavuudella tarkoitetaan yrityksen kykyä suoriutua lupaamastaan palvelusta. Reagoitavuus tarkoittaa halukkuutta auttaa asiakkaita viipymättä. (Wilson ym. 2016, 77–78.)

5.3.3 Palvelun laadun mittaaminen

Laatua arvioidaan asiakkaan tarpeisiin nähden. Lecklinin (2006, 18) mukaan yrityksen toiminta on laadukasta, jos yritys tehokkaalla ja kannattavalla tavalla täyttää asiakkaan tarpeet. Laatu voidaan yrityksen kannalta nähdä yhtenä kriittisenä menestystekijänä, joka vaikuttaa liiketoiminnan onnistumiseen tai epäonnistumiseen (Lecklin 2006, 23). Palvelun laadun mittaamista varten on kehitetty attribuuttipohjaisia mittausmalleja ja kvalitatiivisia malleja. Attribuuttipohjaiset mittausmallit kuvaavat palvelun ominaisuuksia. Kvalitatiiviset eli laadulliset mallit tutkivat esimerkiksi palvelun kriittisiä tapahtumia eli tilanteita, joissa palvelu poikkesi odotetusta. (Grönroos 2007, 83.)

Berryn, Parasuramanin ja Zeithamlin kehittämässä SERVQUAL-menetelmässä mitataan asiakkaiden odottaman ja kokeman palvelun laadun eroja. Menetelmässä asiakkaat arvioivat kyselylomakkeella esitettyjä väittämiä laadun viideltä osa-alueelta. Palvelualalla toimiviin yrityksiin kohdistuvilla väittämillä tutkitaan asiakkaiden palveluodotuksia. Yksittäiseen yritykseen kohdistuvilla väittämillä tutkitaan asiakkaan palvelukokemuksia. Mittausmenetelmässä on 22 odotuksia kuvaavaa väittämää ja vastaavat 22 kokemusta kuvaavaa väittämää. Arvioinnissa käytetään seitsemänportaista järjestysasteikkoa (Likert) reuna-arvojen tulkinnoilla 1 vahvasti eri mieltä ja 7 vahvasti samaa mieltä. Laskemalla palvelukokemusten ja palveluodotusten arvosanojen erotuksia saadaan numeerisia arvoja, jotka kuvaavat koetun ja odotetun palvelun laadun välisiä eroja. Koettu palvelu joko kumoaa tai vahvistaa palveluodotuksen. (Zeithaml ym. 1990, 175–176.)

SERVQUAL-menetelmää on kritisoitu, koska menetelmässä käytetty palveluodotuksien käsite ei ole selkeä. Menetelmässä palveluodotuksia mitataan käytävään palveluun nähden. Palveluodotuksia voidaan kuitenkin mitata ja kohdistaa myös kyseisen toimialan parhaimpaan palveluun tai ihanteelliseen palveluun. Palveluodotusten mittaaminen on myös ongelmallista, sillä asiakkaan odotukset voivat muuttua palvelun aikana. Koetun palvelun laadun selvittämiseksi tulisi mitata palvelun aikaisia odotuksia. Asiakas vertaa kokemaansa palvelua odotuksiin, joihin asiakkaan kokema palvelu on vaikuttanut. Ennen palvelukokemusta mitatut palveluodotukset eivät vastaa niitä palveluodotuksia, joihin asiakas vertaa palvelukokemustaan. (Grönroos 2007, 87.) Gunawardane (2010, 48) onkin tutkimuksessaan todennut terveydenhuollon asiakkaiden muuttavan odotuksiaan toistuvien palvelukohtaamisten myötä.

Cronin, Jr ja Taylor esittivät SERVPERF-menetelmän palvelun laadun mittaamiseksi. Menetelmässä palvelun laatua mitataan koetun palvelun perusteella. Koetun palvelun ja odotetun palvelun poikkeavuudet eivät vaikuta palvelun laadun arvioon. Menetelmässä asiakkaan kokemaan palvelun laatuun vaikuttavat palvelun suorittaminen kaikista tarkasteltavista palvelu-ulottuvuuksien näkökulmista. (Cronin, Jr & Taylor 1992, 64; Adil, Al Ghaswyneh & Albkour 2013, 69.) SERVPERF-mittausmenetelmässä on 22 väittämää koetusta palvelusta, joita asiakkaat saamansa palvelukokemuksen perusteella arvioivat seitsemänportaisella numeerisella asteikolla. SERVPERF-menetelmässä väittämien määrä on puolet SERVQUAL-menetelmään verrattuna, koska SERVPERF-menetelmässä ei ole palveluodotuksiin kohdistuvia väittämiä. (Cronin, Jr & Taylor 1992, 64.)

Mudie ja Pirrie (2006, 90) jakavat asiakkaan kokeman palvelun laadun kovaan ja pehmeään standardiin. Valvio (2010, 79–80) käyttää asiasta kovan ja pehmeän laadun käsitteitä. Kova laatu vastaa luotettavuutta ja reagointialttiutta Zeithamlin ym. (1990, 25) palvelun laadun ulottuvuuksissa. Kova laatu muodostuu palvelun luotettavuutta mittaavista ominaisuuksista, esimerkiksi lääkäriissä käynnille varattu aika toteutuu, ja reagointialttiutta mittaavista ominaisuuksista, esimerkiksi kuinka kauan asiakas odottaa puhelinpalvelussa saadakseen palvelua (Mudie & Pirrie 2006, 90). Pehmeä laatu vastaa Zeithamlin ym. (1990, 25) palvelun laadun

ulottuvuuksissa vakuuttavuutta ja empatiaa. Pehmeään laatuun liitetään kohteliaisuutta, luottamusta, huolenpitoa ja ymmärrystä. Näitä pehmeään laatuun liitettäviä ominaisuuksia on vaikeaa mitata, joten asiakkailta itseltään on kysyttävä, miten he kokevat palvelukohtaamiset. (Mudie & Pirrie 2006, 90.)

Asiakas arvioi palvelun laatua palveluiden ulottuvuuksien näkökulmasta. Asiakkaan palveluodotuksiin vaikuttavat yksilölliset tarpeet, aiemmat kokemukset palvelusta ja toisten asiakkaiden kertomat kokemukset ja yrityksen markkinointiviestintä. Myös palvelun hinta ja yrityksen imago vaikuttavat palveluodotuksiin. (Zeithaml ym. 1990, 19–20; Grönroos 1998, 102.) Asiakas vertaa palvelukokemustaan omiin odotuksiin (Ylikoski 2001, 120). Kokonaislaatuun vaikuttaa odotetun ja koetun laadun välinen kuilu eli asiakkaan odottaman palvelun laadun ja asiakkaan kokeman palvelun laadun ero (Grönroos 2009, 105–106).

Parasuraman ym. (1985, 44) ovat kehittäneet asiakkaan kokeman palvelun laadun ja odottaman palvelun laadun eroa selittävän kuiluanalyysimallin. Kuiluanalyysimalli kuvaa palveluyrityksen sisäisiä laatuerojen syntymiseen liittyviä tekijöitä eli kuiluja. Näitä palvelun laadun eroja selittäviä tekijöitä mallissa on neljä. Ensimmäinen kuilu on palveluntarjoajan puutteellinen näkemys asiakkaan odotuksista. Toisen kuilun mukaan palveluyrityksen johdon asettamat laatuvaatimukset eivät täsmää asiakkaiden laatuodotuksiin. Kolmas kuilu, palvelun toimituksen kuilu, syntyy, kun yrityksen palvelun tuotanto ja toimitus eivät noudata yrityksen laatuvaatimuksia. Neljännen kuilun mukaan asiakas kokee, että toimitus ei täytä yrityksen markkinoinnissa asiakkaalle annettuja lupauksia. (Zeithaml ym. 1990, 36–45; Grönroos 1998, 102–107; Wilson ym. 2016, 94–99.)

Asiakas kokee palvelun laadun palveluntarjoajan kanssa käymässä vuorovaikutustilanteessa (Grönroos 2009, 101–102). Asiakas vertaa kokemaansa palvelun laatua odottamaansa palvelun laatuun (Grönroos 2009, 105). Grönroos (1998, 98–99) jakaa palvelun laadun huonoksi, hyväksyttäväksi, hyväksi tai liian hyväksi. Laatueroa, jossa asiakkaan laatuodotukset ovat korkeammalla kuin toimittajan laatu, Lecklin (2006, 91) nimittää laatuaukoksi. Jos asiakas kokee, että hänen odottama palvelun laatu ei täyty, laatu on huonoa. Hyväksyttävässä laadussa

odotukset täyttyvät. Jos asiakkaan odotukset ylittyvät, laatu on hyvää. Lecklin kuvaa tilannetta yrityksen kilpailueduksi. Jos asiakas kokee laadun liian hyväksi, asiakkaalle voi syntyä mielikuva, että palvelu on ylihintaista, vaikka asia ei niin olisikaan. (Grönroos 1998, 98–99; Ylikoski 1999, 120; Lecklin 2006, 91.)

Koetun palvelun laadun mallissa asiakas hyväksyy vaihtelua kokemansa palvelun laadussa. Asiakkaan hyväksymää palvelun ominaisuuden laadun vaihtelua nimitetään palvelun laadun sietoalueeksi. Sietoalueen alaraja, riittävä palvelun taso, on asiakkaan hyväksymä alin taso kokemassaan palvelussa. Sietoalueen yläraja on asiakkaan odottama palvelutaso. Asiakas voi siis hyväksyä palvelun, joka ei yllä odotetulle tasolle, mutta palvelun on kuitenkin oltava riittävä. (Holmlund 1996, 61–62; Grönroos 2009, 150; Palmer 2014, 287–288.) Mudie ja Pirrie (2006, 89) käyttävät standardi-käsitettä tarkoittaessaan palvelun tasoa, jonka asiakkaat kokevat riittävän. Toisaalta palveluyritys näkee standardin palvelutasona, johon yritys pyrkii (Mudie & Pirrie 2006, 89).

Palvelutoiminnassa asiakaskohtaukset eli palvelukohtaukset ovat asiakkaan kokeman laadun kannalta olennaisia, sillä palvelut toimitetaan asiakaskohtauksissa. Asiakas käyttää kohtauksissa palveluntoimittajan resursseja. Näitä palvelukohtauksia kutsutaan totuuden hetkiksi. Palveluntoimittaja osoittaa asiakkaalle totuuden hetkissä toimittamansa palvelun laadun, mikä tarjoaa palveluntoimittajalle mahdollisuuden lisätä asiakkaan uskollisuutta yritykseen. Asiakas muodostaa totuuden hetkistä käsityksiä yrityksen palvelun laadusta. (Lecklin 2006, 92–93; Grönroos 2009, 111; Wilson ym. 2016, 82–83.)

Palvelun laatua voidaan mitata myös kvalitatiivisesti tutkimalla palveluprosessin kriittisiä tapahtumia. Menetelmässä palvelun käyttäjä kuvailee tarkasti kriittistä tapahtumaa eli tilannetta, jossa palvelu tai palveluprosessin mikä tahansa vaihe tai lopputulos poikkesi odotetusta. Poikkeama voi olla joko myönteinen tai kielteinen. Tutkija analysoi kriittisiä tapahtumia sekä etsii laatuongelmia ja syitä näihin ongelmiin. (Holmlund 1996, 59–61; Grönroos 2009, 120.)

Kriittisten tapausten tutkimusmenetelmässä asiakas saa kertoa tapauksesta omin sanoin omasta näkökulmastaan. Menetelmä soveltuu hyvin sellaisten palvelualojen tutkimuksiin, joissa palvelu on uutta ja muuta tutkimustietoa on vähän. Menetelmällä tutkitaan palvelukohtaamisten ongelmatilanteita ja selvitetään asiakaspalvelutilanteiden vahvuuksia ja heikkouksia. (Wilson ym. 2016, 114–115.) Myös kulttuurien vaikutusta asiakkaiden palveluodotusten ja koetun palvelun eroihin on tutkittu kriittisten tapausten menetelmällä (Stauss & Mang 1999, 330). Kriittisten tapausten tutkimusmenetelmää arvostetaan laadullisena tutkimusmenetelmänä palvelututkimuksessa, koska menetelmä rajaa tutkittavan ilmiön ja tuottaa ilmiöstä täsmällisiä kuvauksia (Gremler 2004, 68).

Bitner, Booms & Tetreault (1990, 71) ovat tutkineet palveluyritysten työntekijöiden toimintaa palvelukohtaamisten kriittisissä tapahtumissa asiakkaan näkökulmasta. He luokittelivat tapausten perusteella kolme pääryhmää, jotka kuvaavat palvelua kriittisissä tilanteissa: palveluhäiriöiden käsittely, mukautuminen asiakkaan tilanteeseen ja oma-aloitteinen toiminta palvelutilanteessa. Palveluhäiriötä käsiteltäessä palveluntuottajan toiminta ratkaisee, millainen vaikutelma asiakkaalle jää kriittisestä tapauksesta. Asiakkaan tilanteeseen mukautumisella tarkoitetaan, että yritys tarjoaa yksilöllistä palvelua, jos asiakkaalla on erityisiä vaatimuksia tai tarpeita. Kolmannen ryhmän mukaisessa tapauksessa työntekijän ennakoimaton, pyytämätön ja oma-aloitteinen toiminta palvelutilanteessa voi vahvistaa asiakkaan tuntemaa positiivista palvelukokemusta tai lisätä asiakkaan tyytymättömyyttä. (Bitner ym. 1990, 74–78.) Bitner, Booms & Mohr (1994, 95) laajensivat myöhemmin kriittisten tapausten tutkimusta palveluyritysten työntekijöiden näkemyksillä. Tässä yhteydessä neljänneksi kriittisen tapauksen ryhmäksi osoittautuivat asiakkaat, jotka eivät oman tilansa ja käytöksen vuoksi palveluntarjoajasta riippumatta halua tehdä yhteistyötä palveluntarjoajan kanssa (Bitner ym. 1994, 104–105).

Palvelutoiminnan laadun mittaaminen on monisyistä, koska asiakkaat arvostavat ja kokevat palvelun ominaisuuksia eri tavalla. Esimerkiksi terveyspalveluiden laadun mittaaminen on todettu ongelmalliseksi: toinen asiakas arvostaa lyhyttä odotusaikaa päästäkseen erikoislääkärin vastaanotolle, toinen arvostaa lääkärin asiantuntijuutta ja on valmis odottamaan kauemmin. Pitkä jonotusaika voi olla

merkki osaavasta erikoislääkäristä, joka on asiakkaiden keskuudessa suosittu. Lääkäripalvelun laadun tai lääketieteellisen hoidon tehokkuuden mittaaminen vaatii subjektiivista arviointia. Hoidot eivät kuitenkaan pääty aina halutulla tavalla, sillä aina ei ole mahdollista toipua. (Palmer 2014, 280–281.)

Le Grandin (2007, 7) mukaan julkisten terveystalveluiden tulee olla laadukkaita, tehokkaita, valmiita reagoimaan asiakkaiden tarpeisiin, vastuullisia veronmaksajia kohtaan ja oikeudenmukaisia. Laatu voidaan määrittellä monella tapaa, esimerkiksi sairaalan henkilöstön koulutustasolla tai henkilöstön palvelualltiudella tai palvelun odotusajalla. Laatua arvioidaan myös tuloksilla, esimerkiksi suoritettujen toimenpiteiden määrällä. Asiakas voi tulkita laatua tuloksella, kuinka terveydentila muuttui hoidon aikana. Palvelu on tehokasta, kun palvelua tuotetaan mahdollisimman paljon ja laadukkaasti käytettävällä resurssilla. Julkisen palveluntuotannon on vastattava asiakkaan tarpeisiin, mutta yhteiskunnan etu huomioon ottaen. (Le Grand 2007, 7–9.) Resursseja voidaan joutua jakamaan maantieteellisesti oikeudenmukaisten palveluiden toteuttamiseksi (Le Grand 2007, 10).

Asiakastyytyväisyys on koettua palvelun laatua laajempi käsite. Asiakastyytyväisyys voidaan kuvata asiakkaan arviona palvelusta, onko palvelu täyttänyt asiakkaan tarpeet ja odotukset. Jos tarpeet ja odotukset eivät ole täytyneet, asiakas on tyytymätön. (Kotler, Armstrong & Wong 2008, 372–377; Wilson ym. 2016, 72.) Asiakastyytyväisyys on myös dynaaminen käsite. Palvelun tai tuotteen yksittäiset piirteet tuottavat tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä. Asiakas kokee palvelun laadun ja kokemukseen nojautuen muodostaa kokonaiskäsityksen, onko tyytyväinen vai tyytymätön saamaansa palveluun (Grönroos 2009, 120–121; Wilson ym. 2016, 72). Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat koetun palvelun laadun lisäksi hinta sekä asiakkaan tilannekohtaiset ja henkilökohtaiset tekijät. Esimerkiksi perheen mielipiteet palvelusta voivat vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen. Myös asiakkaan mieliala vaikuttaa tyytyväisyyden tunteeseen. Positiiviset tunteet, kuten iloisuus ja mielihyvä, lisäävät tyytyväisyyttä. Vastaavasti negatiiviset tunteet, kuten suru ja viha, lisäävät tyytymättömyyttä. (Wilson ym. 2016, 72–73.) Tyytyväinen asiakas on yleensä ostouskollinen, ellei hän pidä palvelun hintaa liian korkeana

tai halua muusta syystä vaihtaa palveluntuottajaa (Lecklin 2006, 113). Syitä vaihtaa palveluntuottajaa voivat olla kilpailijoiden tarjoamat uudenlaiset asiakkuudet (Storbacka & Lehtinen 1997, 102).

Cronin, Jr ja Taylor (1992, 55) ovat tutkineet palvelun laadun, asiakastytyvyyden ja ostoaikomusten suhdetta. He esittävät, että asiakastytyvyys vaikuttaa palvelun laatua enemmän ostoskäyttäytymiseen. Kuluttajat eivät aina palvelua ostaessaan valitse parasta laatua, vaan ostamiseen ja asiakastytyvyyteen vaikuttavat myös palvelun sopivuus, hinta ja saatavuus. (Cronin, Jr & Taylor 1992, 65.)

Koetun palvelun laadun mallit selittävät palvelua staattisena tapahtumana, vaikka asiakkaan kokemukset palvelun laadusta muuttuvat asiakassuhteen jatkuessa. Asiakas kokee palvelua jatkuvissa vuorovaikutustilanteissa, joten koetun laadun mittaamiseen on kehitetty myös dynaamisia vuorovaikutustilanteita tutkivia malleja. Dynaamiset mallit kuvaavat palvelun laadun kehittymistä pitkäaikaisissa asiakassuhteissa. (Grönroos 2009, 123.)

5.3.4 Palvelun laatu asiakassuhteissa

Holmlund (1996, 15) on tutkinut koettua palvelun laatua yritysten välisissä suhteissa. Palveluiden vuorovaikutustilanteita selittävä dynaaminen suhdemalli kuvaa asiakaspalvelutilanteet jatkuvana tekojen, palvelukohtaamisten ja tapahtumasarjojen hierarkkisena virtana (Holmlund 1996, 49). Malli soveltuu myös kuluttajan ja yrityksen välisen asiakassuhteen analysointiin. Mallissa analysoidaan vuorovaikutustilanteita vuorovaikutuskokonaisuuksien viidellä eri tasolla: teko, episodi, tapahtumasarja ja suhde. Pienin vuorovaikutustilanteessa tarkasteltava yksikkö on teko. Useampi teko muodostaa episodin eli palvelukohtaamisen. Tapahtumasarja, joka on useimmiten aikaan sidottu, sisältää peräkkäisiä palvelukohtaamisia. Palvelun tapahtumasarjat voivat olla ajallisesti sekä peräkkäisiä että limittäisiä, mutta ne voivat jatkua ajallisten keskeytysten jälkeenkin. Useat tapahtumasarjat muodostavat suhteen, joka on suhdemallin suurin vuorovaikutustaso. (Grönroos 2009, 124.)

Holmlundin koetun suhteen laadun mallissa koettua laatua mitataan dynaamisen suhdemallin jokaisella vuorovaikutustasolla. Laatu voidaan kokea heikoksi, sopivaksi tai hyväksi. Laadun kokemukset tekojen ja episodien aikana vaikuttavat ylemmän tason eli tapahtumasarjan kokonaislaadun käsitykseen. Edelleen tapahtumasarjojen laatukokemukset vaikuttavat koetun suhteen laatuun. Laatukokemukset vaikuttavat myös tulevien tekojen kokemuksiin. Mallin ylemmillä tasoilla muodostuneet kokemukset vaikuttavat viiveellä tulevien tapahtumien alempien tasojen laatukokemuksiin. Suhdemallin yksittäisen tason tapahtuman laatuun vaikuttavat siis sekä ylempien tasojen että alempien tasojen laatukokemukset. (Holmlund 1996, 52–54; Holmlund 1997, 160; Grönroos 2009, 123–126.) Suhdemallin avulla koetun palvelun laatua on mahdollista analysoida yksityiskohteisemmin kuin perinteisillä staattisilla malleilla (Holmlund 1996, 84).

Liljanderin ja Strandvikin dynaaminen palvelun laadun malli kuvaa palvelulaatua sekä yksittäisessä palvelutapahtumassa että pitkäaikaisessa asiakassuhteessa (Grönroos 2007, 97). Malli selittää palvelun laatua, palvelun arvoa ja asiakastyytyväisyyttä kahdella tasolla: palvelukohtaamisen eli episodin tasolla ja asiakassuhteen tasolla (Liljander & Strandvik 1995, 3).

Palvelukohtaamisessa koettuun laatuun vaikuttavat asiakkaan palveluodotukset ja palvelun vertailukohtat. Vertailukohtana Liljander (1995, 45) mainitsee esimerkiksi ennakko-odotukset, asiakkaan kokemukseen pohjautuvat normit, palvelun vähimmäistason ja riittävän tason, ihanteellisen ja toivotun palvelun, asiakkaan tarpeet ja arvot, palvelulupaukset, palvelun oikeutetun laadun tai oikeudenmukaisuuden. Asiakas odottaa palvelulta tasoa, johon hän saamaansa palvelua vertaa. Hän hyväksyy palvelun, jonka laatu on sietoalueella eli hänen kokemansa palvelun laatu on riittävän ja odotetun tason välillä. (Liljander & Strandvik 1995, 10.)

Palvelukohtaamisen aikana asiakkaan kokema laatu ja asiakkaan palveluun suoriuttama uhrauksen suuruus määräävät palvelukohtaamisen arvon. Uhraus voi olla esimerkiksi palveluun kulunut aika tai palvelun hinta. Palvelukohtaamisen arvo

asiakkaalle vaikuttaa, onko asiakas tyytyväinen vai tyytymätön palvelutapahtumaan. Asiakastyytyväisyys vaikuttaa edelleen asiakkaan tulevaan käyttäytymiseen ja asiakasuskollisuuteen. (Liljander & Strandvik 1995, 8–9.)

Asiakkaan käyttäytymistä ohjaavat myös asiakkaan ja palveluntarjoajan väliset sidokset, jotka kuvaavat asiakkaan sitoutumista suhteeseen. Sidokset ovat asiakassuhteen lopettamisen esteitä. Sidos voi olla esimerkiksi juridinen tai taloudellinen. Juridinen sidos pohjautuu sopimukseen. Taloudellisessa sidoksessa asiakas voi esimerkiksi saada alennuksia. Maantieteellinen sidos sitouttaa asiakasta palveluntuottajaan, jos välimatkat ovat pitkiä ja palvelutarjonta on vähäistä. (Liljander & Strandvik 1995, 16–17.)

Suhteen tasolla asiakas vertaa peräkkäisissä palvelutapaamisissa kertyneitä kokemuksia asiakassuhteeseen ja muodostaa käsityksen suhteen laadusta. Suhteen laatu ja asiakkaan suhteeseen tekemät uhraukset määrittävät suhteen arvon. Suhteen arvo vaikuttaa, onko asiakas tyytyväinen vai tyytymätön suhteeseen. Suhteen arvo vaikuttaa myös palveluntarjoajan imagoon. Tyytymättömyys yksittäiseen palvelukohtaamiseen ei välttämättä vaikuta vielä suhteen arvoon ja imagoon, jos aiemmat palvelukokemukset ovat positiivisia. (Liljander 1995, 32–36; Liljander & Strandvik 1995, 5–9; Grönroos 2009, 127–128.)

Ojasalo (1999, 81) on laadun muutoksia ja asiakassuhteiden hallintaa tutkissaan todennut asiakkaan odotusten muuttuvan asiantuntijapalveluissa. Kokeemukset ja muuttuvat odotukset muuttavat myös palvelun laadun käsitystä. Ojasalo (2000, 282) jakaa odotukset kolmeen luokkaan. Sumeat eli hämärit odotukset ovat esillä, kun asiakas odottaa palveluntuottajalta ratkaisua ongelmaan, mutta asiakas ei tiedä, mitä pitäisi tehdä. Asiakkaalla on myös eksplisiittisiä eli julkilausuttuja odotuksia, jotka voivat olla realistisia tai epärealistisia. Epärealistisia odotuksia palveluntuottaja ja asiakas eivät todennäköisesti pysty täyttämään. Hiljaiset eli implisiittiset odotukset ovat asiakkaalle ilmiselviä odotuksia, joita hän ei tietoisesti tuo esille vaan pitää niitä itsestään selvänä. Palveluntuottajan tulisi kyetä tunnistamaan asiakkaan hämärit ja hiljaiset odotukset, jotta niistä tulisi julkilausuttuja odotuksia. Myös epärealistiset odotukset tulisi pystyä muuttamaan realistisiksi odotuksiksi. (Ojasalo 1999, 95–97; Grönroos 2009,

131–135.) Odotusten hallinnalla pyritään pitkäkestoisempaan palvelun laatuun lyhytkestoisen laadun tästä kärsimättä (Ojasalo 1999, 112).

6 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä työelämässä toimivat odottavat sosiaali- ja terveystalveluilta työuran jälkeen ja kuinka nämä odotukset tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalveluita. Tavoitteena on saada tietoa tekijöistä, jotka vaikuttavat siihen, mitä palveluita ikääntyneet odottavat.

Työssä asetetaan tutkimuskysymykset:

1. Millaisena työelämässä olevat näkevät vanhuutensa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeeseen?
3. Millaisia sosiaali- ja terveystalveluita työelämässä olevat odottavat työelämän jälkeen?

Tutkimuksen viitekehys ohjaa tutkimuksen rajaamista. Tässä tutkimuksessa lähestytään palveluiden tarvetta ja odotuksia ikääntymisen ja elämäkokemuksen kautta.

7 Tutkimuksen menetelmälliset valinnat

Tutkimuksessa selvitetään työelämässä olevien odotuksia sosiaali- ja terveystalveluilta. Aineistonkeruun perusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska tarkoituksena on saada tietoa työikäisten itsensä kertomana. Haastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi, kun tutkittavan rooli on olla aktiivinen ja luoda ilmiölle merkityksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 205). Aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui laadullinen sisällönanalyysi, sillä menetelmä sallii tarkastella

haastatteluaineistoa monesta näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Tutkimuksen teoreettiseksi viitekehyykseksi muodostuivat vanhuudenkuva ja palveluiden odotuksiin vaikuttavat tekijät. Haastatteluiden teema-alueiksi valittiin viitekehyyksen määrittelemät näkökulmat.

7.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmän, harkinnanvaraisen näytejoukon perusjoukosta, muodostavat seitsemän työelämässä olevaa 40–70-vuotiasta itäsuomalaista. Tutkimusaineisto koostuu tutkimukseen osallistuneiden haastatteluista. Rajasin kohderyhmästä pois nuoremmat aikuiset, koska heidän työelämäuransa jatkuvat vielä vuosikymmeniä ja heidän palvelutarpeensa on oletettavasti ajankohtaista vasta 30–40 vuoden kuluttua. Laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesti rajaan kohderyhmän pieneen määrään tapauksia, joita analysoin perusteellisemmin (Eskola & Suoranta 2008, 18).

Haastateltavista kaksi oli alle 50-vuotiasta, kolme alle 70-vuotiasta ja kaksi 70 vuotta täyttäneitä. Kaikki haastateltavat olivat edelleen työelämässä. Kaikilla tutkituilla oli joko ammatti- tai korkeakoulututkinto. Toimihenkilöitä oli viisi ja yrittäjiä kaksi. Haastatelluista miehiä oli neljä ja naisia kolme. Yksi haastateltava asui yksin ja muut puolisonsa kanssa.

7.2 Aineiston hankinta

Haastateltavien valintaa ohjasivat alueellisuus, elämäkokemus ja palveluiden tarpeen ajankohtaisuus tulevana vuosikymmeninä. Tutkimuksessa haastattelin ihmisiä, jotka todennäköisesti turvautuvat maakunnallisiin sosiaali- ja terveystalouteihin. Hain haastateltavia erilaisista itäsuomalaisista työyhteisöistä. Haastateltavien kohdejoukko valikoitui saavutettavuuden perusteella. Haastateltavat löytyivät melko helposti, sillä kysymistäni haastateltavista vain kaksi kieltäy-

tyi. Sosiaali- ja terveystalvelurakenteiden suunnitellut muutokset ja haastateltavien omakohtaiset kokemukset palveluista vaikuttivat innostavan osallistumaan tutkimukseen.

Arvioin soveltuvuuttani tutkimuksen haastattelijaksi. Haastattelijana käyn vuoropuhelua haastateltavan kanssa tutkimusaiheesta ja samalla tutustun tutkimusaineistoon ensimmäisen kerran. Tutkijana analysoin haastatteluaineistoa ja teen tulkintaa. Haastattelijan tehtävänä on hankkia informaatiota ja helpottaa haastattelun aikaista kommunikaatiota (Hirsjärvi & Hurme 2014, 97). Haastateltavan odotetaan antavan vastauksia kysymyksiin, mutta hänellä on myös oikeus olla vastaamatta kysymyksiin (Hirsjärvi & Hurme 2014, 94). Koskinen, Alasuutari & Peltola (2005, 112) toteavat, että haastattelijan kanssa samanlaisia ihmisiä on helppo haastatella. Iältäni ja työelämäkokemukseni perusteella kuulun tutkittavien ryhmään. Omakohtainen kokemus ikääntyneiden auttamisesta helpottaa ymmärtämään tutkimusongelmaa. Lisäksi olen aktiivinen terveystalveluiden käyttäjä.

Esitin haastattelupyynnön ottamalla yhteyttä mahdollisiin haastateltaviin puhelimitse tai käymällä työpaikoilla. Kerroin tässä yhteydessä tutkimuksen tarkoituksen ja miksi pidän tärkeänä tutkimukseen osallistumista. Mikäli henkilö suostui haastatteluun, sovimme haastattelun ajankohdasta ja paikasta. Tässä yhteydessä jätin haastateltavaksi suostuneelle kirjeen haastattelusta (liite 1) ja suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta (liite 2). Puhelimitse haastatteluun suostuneelle toimitin kirjeen ja lomakkeen sähköpostitse ennen sovittua haastattelua.

Keräsin tutkimuksen aineiston teemahaastattelulla, koska tarkoituksena oli kysyä, mitä ihmiset odottavat palveluilta. Kanasen (2015, 148) mukaan teemat ovat keskustelun aiheita. Palveluodotukset ovat yksilöllisiä, joten on oletettavaa, että haastatteleamalla saan monitahoisia vastauksia. Haastateltava on roolissaan aktiivinen, ja hän antaa asioille omia tulkintoja ja merkityksiä. Merkitykset ja tulkinat syntyvät vuorovaikutuksessa teemahaastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 48.) Työssäni tutkitaan vaikeita ja arkoja, omaan terveyteen liittyviä aiheita. Haastattelu soveltuu hyvin tällaisen tiedon keräämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2014,

35). Haastattelu on tutkijan ja tutkittavan välistä vuorovaikutusta keskustellen (Kananen 2015, 148).

Teemahaastattelulle on ominaista, että kohderyhmällä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä ja tutkija on tutustunut tutkimusaiheeseen. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa tutkija kohdentaa haastattelun tutkimusaiheeseen muutamalla teemalla. Tutkija valitsee teemat tutustuttuaan tutkimusaiheen kokonaisuuksiin ja prosesseihin ja laatii tilanneanalyysin perusteella haastattelurungon. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 47.) Hirsjärven, Remeksen & Saja-vaaran (2013, 208) mukaan teemahaastattelulle on tyypillistä, että haastattelun aiheet ovat tiedossa, mutta tarkkoja kysymyksiä ei ole määritelty.

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun aiheita rajoitetaan teemoilla. Tutkivassa haastattelussa keskustelu on avointa, mutta se noudattaa suunniteltua rakennetta. Tutkimus vaatii ymmärtämään ilmiön teoreettista taustaa, mistä ilmiössä on kysymys. Haastattelun teemat pohjautuvat teoriaan, jonka pohjalta uutta tietoa ja näkökulmia etsitään. Teemat ohjaavat haastattelun kulkua. (Kvale 2007, 37–39.)

Päädyin tutkimuksessani kolmeen teemaan: vanhuskuvaan, palvelutarpeeseen vaikuttaviin tekijöihin ja todennäköisesti käytettäviin sosiaali- ja terveystalvueluihin. Haastattelussa osallistujalla tulee olla vapaus ilmaista tutkimusaiheesta itselleen merkityksellisiä asioita, joita valitsemani teemat eivät liikaa rajoita. Eskolan ja Suorannan (2008, 19) mukaan tutkijan ennakko-oletukset tutkittavasta ilmiöstä eivät saa rajoittaa tutkimusta tai tutkimustuloksia. Kun tutkija ottaa muodostamansa ennakko-oletukset huomioon analyysissä, hän voi oppia uutta tutkimustyössään (Eskola & Suoranta 2008, 19–20).

Teemahaastattelun toteuttamiseksi laadin haastattelurungon valitsemieni teemojen pohjalta. Liitteessä 3 on esitetty tutkimuksen taustakysymykset ja teemoittain esitetyt kysymykset. Jokaisella teemalla on muutamia kysymyksiä, jotka toimivat haastattelun aikana virikkeitä antavina aiheina. Haastatteluissa ei ollut tarkoitus, että kaikki kysymykset käydään läpi systemaattisesti läpi valitussa järjestyksessä, vaan kysymysten tarkoitus oli kohdistaa haastattelu ongelmien kannalta

keskeisiin asioihin. Koskisen ym. (2005, 108–109) mukaan hyvä haastattelurunko toimii haastattelijan muistin tukena.

Haastattelun äänittämiselle olin kysynyt haastateltavalta luvan ennakkoon haastattelusta sovittaessa. Tallensin haastattelujen keskustelut kahdelle itsenäisesti toimivalle digitaaliselle tallentimelle. Kirjallisia muistiinpanoja en tehnyt haastattelun aikana, vaan haastattelurunko toimi myös muistilistana.

Vaikka tutkimus sisältää arkaluonteisia asioita, kuten ikääntymistä ja mahdollisten vajavuuksien mukana tulevaa riippuvuutta muista, tämä ei vaikuttanut haastattelujen toteutukseen. Haastateltava itse määritteli, kuinka paljon itselleen hankaliksi koettuja asioita hän haastattelussa ilmaisi. Vaikeista ja aroista asioista puhuminen ei välttämättä ole haastateltavalle, elämää kokeneelle ahdistavaa, sillä hänellä on voinut olla aikaa ajatella ja käsitellä asiaa jo kauemmin (Lumme-Sandt 2009, 139).

Haastattelin kohderyhmään valitut jäsenet huhtikuussa 2016. Haastattelut pystyttiin käymään pääasiassa ilman ulkoisia häiriötekijöitä. Yksi haastattelu keskeytyi 15 minuutiksi haastateltavan vastaanottaman puhelun ajaksi. Haastattelun tallentaminen keskeytettiin puhelun ajaksi. Haastattelu tallennuksineen jatkui keskeytyksen jälkeen. Haastattelut kestivät 40 minuutista aina tuntiin ja 40 minuuttiin. Suoritin haastattelut haastateltavan valitsemissa tiloissa joko haastateltavan kotona, varatuissa kokoustiloissa tai työpaikkojen rauhallisissa tiloissa. Haastattelutilojen käytölle olin kysynyt luvan tilojen haltijoilta.

Haastateltavia kertyi seitsemän, sillä kertomusten sisällöt alkoivat toistua haastatteluiden kesken. Tutkimusongelman näkökulmasta haastattelut eivät tuoneet enää esille uutta tietoa. Aineisto alkoi saturoitua eli kylläntyä. Eskola ja Suoranta (2008, 63) käyttävät aineiston kylläntymistä yhtenä kriteerinä kvalitatiivisen aineiston määrää ohjaavana tekijänä. Koska aineiston hankinta ei tuonut ilmiön kannalta uutta ja tutkimuksen resurssit olivat rajalliset, tutkimuksessa päädyttiin haastatteluiden aikana seitsemään haastateltavaan.

7.3 Aineiston purkaminen

Tutkimuksen haastattelut tallennettiin äänitiedostoiksi. Kukin haastattelu oli tallessa omana äänitiedostona. Seitsemästä haastattelusta kertyi aineistoa yli kahdeksan tuntia. Lyhimmän haastattelun kesto oli 40 minuuttia ja pisimmän tunti 39 minuuttia.

Haastattelujen äänitallenteet litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti tekstiksi. Litteroitua tekstiä kertyi yhteensä 127 sivua. Kestoltaan lyhimmän haastattelun teksti oli kymmenen sivua ja pisimmän haastattelun teksti oli 22 sivua. Haastateltavan vastaus alkoi tekstissä aina omalta riviltään haastateltavan tunnisteella H1, ..., H7. Haastattelijan kysymys alkoi omalta riviltään haastattelijan nimikirjaimilla "JP". Taukojen pituudet tekstissä eivät käy ilmi. Tutkija tutustui aineistoon litterointivaiheessa toisen kerran. Ensimmäisen kerran aineisto tuli esille haastattelutilanteessa. Hirsjärvi & Hurme (2014, 140) suosivat tilannetta, jossa tutkija itse purkaa aineiston tekstiksi, koska tällöin kirjoitettu aineisto saadaan tutkijan haluamaan muotoon.

7.4 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Tämän tutkimuksen laadullinen aineisto analysoidaan aineistolähtöisesti sisällönanalyysin mukaisilla menetelmillä pääosin Hirsjärven ja Hurmeen (2014, 135–179) sekä Tuomen ja Sarajärven (2002, 93–121) kuvaamalla tavoilla. Analyysissa sovelletaan aineistosta lähtevää induktiivista päättelyä. Jo haastattelun aikana haastattelijä tiivistä ja tulkitsi haastateltavan kuvausta ja kertomaa. Haastateltavalla oli mahdollisuus korjata ja tarkentaa kertomaansa. Tällaista haastattelumenetelmää kuvataan itseäänkorjaavaksi (Hirsjärvi & Hurme 2014, 137).

Sisällönanalyysia pidetään laadullisen tutkimuksen perusmenetelmänä, koska se voidaan nähdä aineistojen analyysin teoreettisena kehyksenä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Sisällönanalyysissa aineistosta tehdään havaintoja, aineistoa tiivistetään, aineistosta etsitään samanlaisuuksia ja eroavaisuuksia (Latvala & Vanha-

nen-Nuutinen 2003, 23). Aineistosta tehtävät tulkinnat ohjaavat analyysia eteenpäin (Eskola & Suoranta 2008, 150). Sisällönanalyysissa aineisto pyritään esittämään tiiviissä ja selkeässä muodossa, jossa on kuitenkin mukana aineiston kertoma informaatio (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110).

Aineistolähtöisessä analyysissa edetään aineiston yksittäisistä havainnoista yleistyksiin. Empiirisessä tutkimuksessa teoriaa voidaan hyödyntää sekä keinona että päämääränä. Teoria keinona jäsentää tutkimusta ja ohjaa uuden tiedon etsinnässä. Jos empiirisessä tutkimuksessa teoria on päämääränä, tavoitteena on teorian kehittäminen. Laadullisessa tutkimuksessa teoriaa tarvitaan tutkimusaineiston tarkastelussa ja tehtäessä tulkintoja. (Eskola & Suoranta 2008, 81–82.) Myös tässä tutkimuksessa teoria on keinona, sillä vanhuskäsityksen ja palveluiden teoria on mukana aineiston analyysissa.

Aineiston analyysissa tutustutaan aineistoon. Aineisto pilkotaan osiin ja pilkoituista osista rakennetaan tulkintaa. Analyysin päämääränä ei ole ainoastaan kuvata aineistoa, vaan kuvata myös tavoitteita ja tapahtumia, joihin aineisto viittaa. Analyysissa tulkitsemme, selitämme ja haemme ilmiölle uudenlaista näkemystä. Aineisto pilkotaan käsitteiksi ja käsitteiden välille rakennetaan tulkitsemalla yhteyksiä. (Dey 1993, 30.)

Hirsjärvi ja Hurme (2014, 143–144) jakavat laadullisen aineiston käsittelyn analyysiin ja synteisiin. Analyysilla he tarkoittavat aineiston erittelyä ja luokitusta. Synteesissä aineistoa tulkitaan ja rakennetaan uutta näkemystä. Tulkinnan tarkoitus on käsitellä ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisemmin. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 144.) Kirjoitettua aineistoa luetaan useaan kertaan. Tutkittava ilmiö jäsentyy, kun aineistoa luokitellaan vertailemalla aineistossa samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. (Dey 1993, 94.) Deyn mukaan luokkien tulee perustua sekä teoriiaan että empiriaan. Aineistosta todennettujen luokkien tulee olla yhteydessä toisiin luokkiin. (Dey 1993, 96–97.) Aineistoa luokitellaan induktiivisesti päätellen eli aineistosta lähtien (Hirsjärvi & Hurme 2014, 136, 150).

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 110–111) nimittävät aineiston pilkkomista ja ilmausten etsimistä pelkistämiseksi eli redusoinniksi. Aineistosta erotetuista pelkistetyistä

ilmauksista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään eli klusteroidaan yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien perusteella. Tässä vaiheessa pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan alaluokkia. Luokkaan valituiksi tulleilla ilmauksilla on jokin yhdistävä tekijä, jota nimitetään luokan nimeksi tai luokan kuvaamaksi käsitteeksi. Analyysia jatketaan yhdistämällä alaluokkia käsitteellisesti suuremmiksi pääluokiksi. Luokkia yhdistelevää vaihetta kuvataan abstrahoinniksi, jossa luokittelun kautta valitun olennaisen tiedon pohjalta rakennetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115; Latvala & Vanhala-Nuutinen 2003, 26–29; Hsieh & Shannon 2005, 1279.)

Aineistoa luokiteltaessa menetetään tietoa luokkien välisistä suhteista. Siksi analyysissa tarkastellaan myös luokkien kuvaamien käsitteiden yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien määrää sekä käsitteiden välistä vuorovaikutusta. Vaikka luokat eroavat omaisuuksien suhteen, luokkien välillä voi aineiston perusteella löytyä niitä yhdistäviä tekijöitä. (Dey 1993, 152.) Luokiteltua aineistoa yhdistellään etsimällä luokkien välillä samankaltaisuuksia tai säännönmukaisuuksia. Luokkien yhdistelyä Hirsjärvi ja Hurme kuvaavat deduktiiviseksi vaiheeksi. Yhdistely pohjautuu tutkijan ajatuksiin, jonka pohjalta aineistoa voidaan ymmärtää myös teoreettisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 150.)

Yhdistetyillä luokilla tutkittavaa ilmiötä voidaan ymmärtää teoreettisesti. Tekeillä ilmiöstä tulkintoja tutkittava ilmiö voidaan liittää laajempaan asiakokonaisuuteen. (Alasuutari 2011, 229–230.) Analyysin tuloksista etsitään merkityksiä, jotka voivat olla yleistettävissä laajemmin kuin yksittäistapauksiin (Alasuutari 2011, 243). Tutkimusaiheesta on esillä useita tulkintoja. Haastattelututkimuksessa haasteltava tulkitsee ilmiötä omasta näkökulmasta. Haastattelija ja tutkija tulkitsevat haastateltavien tulkintoja. Tutkimuksen lukija tulkitsee edelleen tutkijan, haastattelijan ja haastateltavien tulkintoja. Tutkijan pyrkimyksenä on tehdä tulkintoja ja tuoda esille näkökulmia, jotka myös lukija voi tutkijan esittämään aineistoon tukeutuen löytää. Lukijan ei kuitenkaan tarvitse olla yhtä mieltä tutkijan esittämistä näkökulmista. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 151.)

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2003, 24) mukaan sisällönanalyysin prosessiin vaikuttaa, tutkitaanko aineiston ilmisältöä vai piilosisältöä. Aineiston ilmisältöön kohdistuvassa tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu aineiston sanalliseen kerrontaan. Piilosisältöä tutkittaessa analysoidaan haastatteluaineiston keskusteluista myös rakenteita, esimerkiksi naurahduksia ja huokauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–168.) Tässä tutkimuksessa analysoin aineistosta esille tulevaa ilmisältöä, koska tutkimuksen tarkoitus on tulkita haastattelujen selkeästi ilmaisemia kertomuksia.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston litteroinnin jälkeen valitaan analyysiyksikkö. Analyysiyksikön valintaa ohjaavat aineiston laatu, tutkimusongelma ja tutkimustehtävä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25–26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168.) Tämän tutkimuksen analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden, joka voi olla ilmaistuna lauseen osalla, lauseella tai useampana lauseena.

7.4.1 Aineiston pelkistäminen

Analyysiprosessi alkaa aineistoon tutustumisella. Aineistoa on syytä lukea useampaan kertaan, jotta tutkijalle hahmottuu, mitä aineisto kertoo. (Eskola & Suoranta 2008, 151.) Aineiston lukeminen on vuorovaikutteista: aineistolle esitettävät kysymykset auttavat löytämään aineistosta tutkimukselle merkityksellisiä ilmiöitä (Dey 1993, 83–84). Kun aineistosta poimitaan erilleen tutkimustehtävää kuvaavia ajatuskokonaisuuksia, aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennaista tietoa pois. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston pelkistämiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–112.) Deyn (1993, 88) mukaan aineistoa luettaessa on syytä tehdä muistiinpanoja ja merkintöjä seikoista, joita aineisto herättää.

Luin litteroitua haastatteluaineistoa useampaan kertaan. Tarkastelin aineistoa vanhenemisen ja palveluiden tarpeeseen vaikuttavien tekijöiden näkökulmista. Alasuutarin (2011, 32) mukaan aineistoa on syytä tarkastella valitusta näkökulmasta, jotta aineisto pelkistyy pienemmäksi määräksi hallittavia havaintoja. Luemisen aikana esitin aineistolle teemojen mukaisia tutkimuskysymyksiä. Tässä

käytin hyväkseni haastattelujen teemaluetteloa. Eskola ja Suoranta (2008, 152) suosivat teemahaastattelurungon käyttämistä apuna aineistoa seulottaessa. Poimin tekstistä ilmauksia vastauksina esittämiini kysymyksiin. Lisäksi pohdin koko ajan, mitä haastateltava kertoo. Kirjoitin tekstistä poimimani ajatuksen pelkistetyksi ilmaukseksi tekstinkäsittelyohjelmalla kommentiksi sivun reunalle. Yksilöin pelkistetyn ilmauksen haastateltavan tunnisteella, jota seurasi kirjoitetun aineiston sivunumero viitaten tekstin sivulle, josta ilmaus löytyy. Esimerkiksi kommentin aloittava merkintä H4_5 viittaa neljännen haastateltavan tekstiin sivulle viisi. Muodostin erillisen tekstitiedoston haastatteluista poimituista pelkistetyistä ilmauksista. Esimerkkinä aineiston pelkistämisestä taulukossa 1 tarkastellaan tutkittavien näkemyksiä, millaisena työelämässä olevat näkevät vanhuutensa.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä tutkimuskysymyksessä, mitkä tekijät vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeeseen.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
"Että otettas se fyysinen kunto siihen mukaan, että minkälaista palveluu niin ku tarvihee sillä hetkellä."	Apua tarpeen mukaan
"– – tuota tulee dementoiduksi tai sitten ruppee puhumaan sekavia eikä sitten alkaa mielenterveys ... Silloin asia erikseen. Silloin tarvitaan jo ammattiauttajaa."	Avuttoman palvelutarve
"– – ravinto on yks asia ja mitä miettii, että se olis semmosta, joka edesauttas, että pysyis hyvässä kunnossa – –"	Ravintotottumukset
"On, on varmasti, että tuota jaksaa, pystyy pidemmin ja kauemmin asioita ja monipuolisemmin tehdä, kun on hyvä fyysinen kunto siellä alla. Ett se on yks motiivi liikkua."	Motivaatio liikkumiseen
"– – inhimillisestä näkökulmasta toivoisi, että jokaisella on mahdollisuus tietynlaiseen tasoon."	Apua taloudellisesta tilanteesta riippumatta
"Eli mikä elämässä on merkityksellistä, niin kyllä se on ehdottomasti terveys minun mielestä – –"	Terveyden tärkeys
"– – tehdään tätä ennaltaehkäisevää työtä eikä sitten hoideta, vaan kun jo ollaan aika pitkällä jonkun sairauden piirissä."	Ennaltaehkäisevät palvelut

Suoritin tietokoneella komentosarjoja, jotka laskivat pelkistettyjen ilmauksien esiintymiskertojen lukumäärät. Kokosin pelkistetyt ilmaukset ja ilmauksien lukumäärät taulukkolaskennan sivulle. Laskennan tuloksena sain kokonaisnäkemysen ilmiöiden kattavuudesta ja yleisyydestä tässä tutkimusaineistossa. Lisäksi ohjelmoin ja suoritin tietokoneella komentosarjoja, joiden tuloksena sain taulukon, jonka rivi alkaa pelkistetyllä ilmauksella ja sitä seuraa vaihteleva määrä viittauksia haastatteluaineistoon, josta kyseinen ilmaus löytyy (taulukko 2). Viittaukset lähdeaineistoon, tässä tapauksessa litteroituun haastatteluun, auttavat

analyysiprosessissa ja helpottavat tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua. Dey (1993, 77) suosii ohjelmistojen käyttöä laadullisen aineiston käsittelyssä.

Taulukko 2. Malli pelkistettyjen ilmauksien listasta, joka sisältää viittaukset haastatteluaineiston sivuille.

Pelkistetty ilmaus	Haastattelun tunniste_sivunumero
Apua tarpeen mukaan	H2_5, H3_12, H5_11, H5_5, H7_12, H7_3
Avuttoman palvelutarve	H1_7, H7_8
Apua taloudellisesta tilanteesta riippumatta	H4_8, H4_9, H6_19, H7_17
Ennaltaehkäisevät palvelut	H6_16
Motivaatio liikkumiseen	H1_3, H5_3
Ravintotottumukset	H3_2
Terveyden tärkeys	H3_1, H4_1, H4_14, H4_2, H4_4, H5_1

7.4.2 Aineiston ryhmittely

Analyysin tarkoituksena on selvittää, mitä aineistossa kerrotaan tutkittavasta ilmiöstä. Aineistoa pelkistettäessä aineisto pilkkoutuu irrallisiksi ajatelmiksi. Pelkistämistä seuraavassa analyysin vaiheessa aineistosta poimittuja pelkistettyjä ilmauksia ryhmitellään samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien mukaan. Aineistoa luokitellaan eli ryhmitellään, jotta aineistoa voidaan verrata (Hirsjärvi & Hurme 2014, 147). Ryhmittelyä varten aineistolle luodaan luokkia, joiden on oltava todennettavissa empiirisesti aineistosta ja käsitteellisesti suhteessa tutkimusongelmaan (Dey 1993, 96). Kullekin luokalle annetaan luokan sisältöä kuvaava nimi. Luokkien muodostamista voi ohjata esimerkiksi tutkimusongelma, aineisto ja tutkittavaan ilmiöön liittyvä teoria (Hirsjärvi & Hurme 2014, 148). Tuomi ja Sarajärvi (2002, 112–113) käyttävät aineiston ryhmittelystä myös nimitystä aineiston klusterointi.

Ryhmittelin aineistosta esiin tulleita pelkistettyjä ilmauksia tutkimuskysymysten ohjaamana. Yhdistin yksittäiseen luokkaan samaa ongelmaa kuvaavat pelkistettyjen ilmauksien asiasisällöt. Annoin ryhmittelyn ensimmäisessä vaiheessa muodostuneille alaluokille alaluokkia kuvaavan käsitteen nimen. Aineiston ryhmittelyä kuvaavat taulukossa 3 esitetyt pelkistetyt ilmaukset, joita yhdistelemällä on muodostettu alaluokkia.

Taulukko 3. Esimerkki pelkistettyjen ilmauksien ryhmittelystä eli klusteroinnista alaluokkiin.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Apua tarpeen mukaan	
Avuttoman palvelutarve	Avuntarve
Apua taloudellisesta tilanteesta riippumatta	
Ennaltaehkäisevät palvelut	
Motivaatio liikkumiseen	Terveystä huolehtiminen
Ravintotottumukset	
Terveysten tärkeys	

7.4.3 Aineiston käsitteellistäminen

Aineiston käsitteellistäminen alkaa jo aineiston ryhmittelyn aikana. Pelkistämässä ja ryhmittelyssä aineistosta erotetaan tutkittavan ilmiön kannalta olennainen tieto. Valikoidusta tiedosta muodostetaan käsitteitä, joita luokitellaan. Luokitusta jatketaan aineiston poimitun tiedon ohjaamana yhdistämällä alaluokkien kuvaamia käsitteitä ylemmän luokan käsitteiksi. Aineiston käsitteellistämisen eli abstrahoinnin tuloksena saadaan teoreettinen käsitejärjestelmä, jonka sisältö pohjautuu empiriaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114–115.) Hirsjärvi ja Hurme

(2014, 150) kuvaavat aineiston käsitteellistämistä analyysin deduktiiviseksi vaiheeksi, jossa käsitteitä muodostetaan aineistoon pohjautuen ja johon vaikuttavat tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ja tutkijan ajattelu.

Jatkoin aineiston ryhmittelyä yhdistämällä muodostuneita alaluokan käsitteitä ylemmän luokan käsitteiksi. Luokittelun ja käsitteellistämisen apuna laskin, kuinka laajasti ja kuinka usein haastateltavat toivat esille pelkistettyjen ilmauksien kuvaamia ilmiöitä. Deyn (1993, 27) mukaan laadullisen aineiston analyysissä esiintymiskertojen määrän laskenta täydentää analyysia esimerkiksi, kun luokittelemme aineistoa. Ylemmän luokan eli yläluokan käsitteille muodostin edelleen yläluokkia yhdistäviä käsitteitä.

Haastatteluihin perustuvassa laadullisen aineiston tutkimuksessa tehdään tulkintoja useammassa vaiheessa. Haastattelija tekee tulkintoja haastateltavasta. Tutkija tulkitsee aineistoa edelleen analyysin aikana. Analyysin tarkoituksena on vakuuttaa tutkimuksen lukija, että tutkimuksessa esitetyt tulkinnot ovat mahdollisia, kun lukija tarkastelee ilmiötä tutkijan esittelemään aineistoon perustuen. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 151.)

8 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksessa haetaan haastatteluaineistoon perustuen tietoa odotuksista työuran jälkeisiltä sosiaali- ja terveystalvueluilta. Vastauksia etsitään vanhuskäsityksen ja palveluiden tarpeisiin vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta.

8.1 Työikäisten käsityksiä vanhuudesta

Käsitys omasta vanhuudesta vaikuttaa tutkittavien keskuudessa siihen, millaisia elämänvalintoja työikäiset tekevät. Työikäiset elävät aktiivista elämää, jossa he arvostavat itsenäisyyttä ja vapautta, mutta kokevat silti yhteisöllisyyden tärkeäksi.

Ikääntymisen mukana tuleviin vajavuuksiin he varautuvat terveyttä ja hyvinvointia vahvistavilla harrastuksilla.

Vastaukset tutkimuskysymykseen, millaisena työelämässä olevat näkevät vanhuutensa, jakaantuvat aktiivisen ikääntymisen ja voimaannuttavan elämänasenteen yläluokkiin (taulukko 4). Aktiivisella ikääntymisellä tarkoitetaan haastateltujen toimintatapoja, jotka ylläpitävät ihmisten toimintakykyä ja antavat mahdollisuuden toteuttaa omia tavoitteita ja tehdä valintoja. Voimaannuttava elämänasenne kuvaa niitä tekijöitä, jotka vahvistavat ihmisen hyvinvointia.

Taulukko 4. Työikäisten vanhuskuvan jakaantuminen alemman tason käsitteisiin.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
Vanhuskuva	Aktiivinen ikääntyminen	Itsenäisyys ja vapaus
		Yhteisöllisyys
	Voimaannuttava elämänasenne	Harrastustoiminta
		Hyvinvointi
		Terveydestä huolehtiminen

8.1.1 Aktiivinen ikääntyminen

Yläluokan käsite aktiivinen ikääntyminen sisältää itsenäisyyttä ja vapautta sekä yhteisöllisyyttä kuvaavat alaluokat. Aktiivinen ikääntyminen kuvaa arkea, jossa toisaalta arvostetaan itsenäisyyttä ja vapautta, mutta toisaalta koetaan yhteisöllisyyttä. Arjessa itsenäisyys ja vapaus koetaan itsenäisinä elämänvalintoina.

Mutta se, että niinä viimesinä vuosina mä voisin sitä työtä tehdä sillä tavalla kun mä itte haluan semmosessa rytmissä. Eli jos mua tuntuu, että

mä en nyt jaksa, niin mä en tee silloin. Et semmonen joustavuus siinä pitäis olla mut mä uskon, että työnantajat tämmösen joustavuuden tulee hyväksymään, koska ne kuitenkin toivon mukaan laskee entistä enemmän sen kokemuksen varaan, mitä semmosella ihmisellä on antaa siihen työpanokseen. (H3, 8.)

Haastateltu toivoo ikääntyessään itse voivansa vaikuttaa työn määrään ja työskentelytahtiin ja uskoo työnantajien ottavan tämän huomioon. Käsitystään hän perustelee työvuosien aikana kertyneellä kokemuksella, jota hän voi työnantajalleen tarjota.

Ikäluokkien itsenäisyys näkyy suhtautumisessa auttamiseen. Sukupolvien oletetaan huolehtivan itsestään.

Ett kun ovat töissä, on lapset, on kaikki niin ku heijän oma aktiviteetti muuallekin näillä nuorilla, niin eihän ne ennää niin kun tarvii ennää hoitaa minnuu tai minun asioita (H7, 4).

Tutkittava ei odota apua nuoremmilta sukupolvilta. Hän perustelee näkemystään sukupolvien itsenäisyydellä. Nuoremmalla sukupolvella on vastuu omista lapsistaan. He käyvät töissä, eikä heidän odoteta tarjoavan apua vanhempien sukupolvien avuntarpeeseen.

Yhteisöllisyyden merkitys tulee esille sosiaalisten kontaktien tarpeessa.

Onko sitten mahdollisuus mennä, jossa on saman ikäluokan ryhmä? Sitten, pystyykö liikkumaan, liikuntaryhmiin ja sitten kaikenlaisiin, vaikka kuoroon ja vesijumppaan, kävelemään ja ... Nyhän puhutaan paljon sellaisista miestenkin ryhmistä, että miehet on niin kun arempia lähtemään ikäryhmään. Mie uskon, jos ei ikään oo ollu tekemisissä ihmisten kanssa, niin kyllä lähteminen ... Mielellään, että ois seuraa, pystyy kävelemään. Menisin semmoiseen, missä ois muutama pappi kokoontuu, niin aina sitä juttua riittäis. (H1, 8.)

Haastateltu mies kertoo kaipaavansa ryhmässä toteutettavia harrastuksia ja suunnittelee menevänsä tulevaisuudessa mukaan ryhmätoimintaan. Tutkittavan mukaan miehet kuitenkin arkailevat yhteistä toimintaa ikäistensä kanssa. Yhteisöllisyys kuitenkin jatkuu myöhemmässä iässä, jos on elämänsä aikana toiminut ihmisten parissa. Haastateltava kokee yhteisöllisyyden tärkeäksi, vaikka ihmisten sosiaalisia kontakteja voi rajoittaa yhteisten tapahtumien puute ja oma terveydentilanne.

8.1.2 Voimaannuttava elämänasenne

Yläluokan käsite voimaannuttava elämänasenne sisältää näkökulmia ja toimintoja, jotka luovat voimavaroja itsensä auttamisessa. Voimaannuttava elämänasenne jakaantuu aineiston perusteella harrastustoimintaa, hyvinvointia ja terveydestä huolehtimista kuvaaviin alaluokkiin. Harrastukset ja terveydestä huolehtiminen tuovat mukanaan hyvinvointia. Harrastusten merkitystä voimaannuttavana tekijänä kuvaa haastateltavan mielipide:

Puutarha on yks, joka tulee kuvaamaan mun elämää. Käsiyöt, lukeminen ja ystävät. Ja tietysti lapset ja lastenlapset. (H7, 1.)

Haastatellun mukaan monipuoliset harrastukset kuuluvat elämään. Voimaannuttavana tekijänä ovat myös sosiaaliset suhteet. Harrastusten merkityksenä nähdään myös terveydestä huolehtiminen.

On, on varmasti, että tuota jaksaa, pystyy pidemmin ja kauemmin asioita ja monipuolisemmin tehdä, kun on hyvä fyysinen kunto siellä alla. Ett se on yks motiivi liikkua. Että mahdollisimman paljon sitä omaa toimintakykyä säilyy, niin ku siellä sitten vanhempanakin ja olisi vireää, aktiivinen ikämummo. (H5, 3.)

Tutkittavaa motivoi liikkumaan fyysisestä kunnosta huolehtiminen. Tavoitteena on säilyttää toimintakykyä ja vireyttä mahdollisimman pitkään.

Hyvinvoinnin kokonaisvaltainen näkemys tulee ilmi haastatellun kertomuksessa, jossa hän kuvaa ikääntymistä.

No hyvä arki koostuu sopivasti työstä, vapaa-ajasta ja läheisistä ihmisistä siinä ympärillä, että... Ja suurissa määrin nyt, kun varmaan enenemissä määrin sitten terveydestä ja hyvinvoinnista, että ne on varmaan semmosia kulmakiviä sitten elämässä. (H5, 1.)

Tutkittava korostaa hyvinvoinnin, terveyden ja läheisten merkitystä elämässä. Hyvään arkeen kuuluu myös työn ja vapaa-ajan sopiva määrä.

8.2 Sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeisiin vaikuttavia tekijöitä

Asuinympäristö ja käytettävissä olevat voimavarat vaikuttavat, millaisia sosiaali- ja terveystalveluita tutkittavat olettavat tarvitsevansa myöhemmällä iällä. Talveluiden tarvetta määrittelevät kodin sijainti ja kodin soveltuvuus asumiseen omat rajoitteet huomioon ottaen.

Vastaukset toiseen tutkimuskysymykseen, mitkä tekijät vaikuttavat sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeeseen, sisältävät kotona arjessa selviytymisen tekijöitä ja omien rajoitteiden tiedostamista (taulukko 5). Ikääntyvän arjessa käytetään talveluita tarpeen mukaan ja varaudutaan muutoksiin, joihin vaikuttavat omat voimavarat.

Taulukko 5. Sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeisiin vaikuttavien tekijöiden jakaantuminen alemman tason käsitteisiin.

Pääloukka	Yläloukka	Alaloukka
		Asuminen
	Kotona selviytyminen	Avuntarve
		Ikäteknologia
		Kotitalvelut
Palveluiden tarpeisiin vaikuttavat tekijät		
		Huoli selviytymisestä
	Omien rajojen tiedostaminen	Käsitys ikääntymisestä
		Sopeutuminen
		Varautuminen

8.2.1 Kotona selviytyminen

Yläloukan käsite kotona selviytyminen kuvaa kotiympäristön olosuhteista syntyviä talvelutarpeita. Kotona selviytyminen sisältää alaloukkina asumisen, avuntarpeen, ikäteknologian ja kotitalveluiden käsitteet. Teknologiset ratkaisut tarjoavat

kotipalveluiden toteuttamiselle uusia mahdollisuuksia. Suunnitelmat asua ikääntyneenä vaihtelevat haastateltavilla.

Et mun kohdalle jos sitten tämmönen visio, mutta kyllä kun suunta on menossa siihen, että mahdollisemman pitkään kotona. Että kyllä se koti on se ykköspaikka, missä niin kun haluaisin olla. (H1, 5.)

Tutkittava pitää ensisijaisena asuinpaikkana ikääntyneenä omaa kotia. Hän perustelee käsityksensä yleiseen suuntaukseen, jossa kotona asumista pidetään yksilölle parhaimpana.

– – kun tarvii jotakin tukipalveluja, niin se mahollisimman pitkään omassa kodissa tai jonkinlaisessa kodinomaisessa ympäristössä asuminen ois mahollista, mutt en mä nää poissuljettuna ettenkö itse jonkinnäköisessä palvelutalossa tai palveluasumisessa (H4, 6).

Tutkittava haluaa asua omassa kodissaan tai kodinomaisessa ympäristössä, jos tämä vain käytännössä järjestyy. Hän kokee myös palveluasumisen olevan mahdollista yhtenä asumismuotona.

Mut, ett maailmakin on sellainen, ett ei voi tietää, onko omat lapset edes Suomessa sitten, kun itse on ikääntynyt. – – Thaimaahan tämmösen vanhusten palveluasumisen, jonne veivät sitten omia iäkkäitä tai iäkkäitä. Muistaakseni ruotsalaisia. Ei sitä tiedä, vaikka ... niin .. voisin mä kuvitella vaikka tosiaan Aasiassakin sitten ikääntyneenä. (H4, 6.)

Tässä haasteltu kertoo, että palveluasuminen voi järjestyä myös ulkomailla, varsinkin jos omat lapsetkin asuvat ulkomailla. Kertomuksesta käy ilmi myös ystävyysuhteiden tärkeys.

Kun ikää tulee, niin se tuttu ympäristö, se toimiminen, se säilyy ihmisen aivoissa kaikista pisimpään. Ja jos ihminen siitä viedään uuteen ympäristöön, niin voi käydä niin, ettei loppuelämän aikana ehdi tottua enää. (H6, 9.)

Yksi haastateltu perustelee kotona asumista ympäristön tuttuudella. Tutussa asuinympäristössä ihmisen ajatustoiminta pysyy virikkeellisenä. Asuinpaikan muuttumiseen hän suhtautuu varauksella.

Selviytyäkseen ikääntyneenä kotona haastatellut kertovat tarvitsevänsä apua jossakin elämän vaiheessa.

Missä vaiheessa luulet palveluja tarvitsevan, niin mä luulen, että se on niin kun semmonen, sanoisko venyvä käsite, että ... Varmaan, mitä vanhemmaksi tulee, sitä enemmän niitä ehkä tarvii. Et se niin ku pikku hiljaa palvelujen tarve kasvaa. Jos kaikki menee normaalisti. (H3, 12.)

Haastateltu arvioi tarvitsevansa palveluita vanhetessaan. Palveluiden tarve on yksilöllistä, ja se kasvaa ikääntymisen myötä vähitellen.

Auttaminen on vastavuoroista. Apua kotona selviytymiseen halutaan antaa toisille, mutta sitä otetaan mielellään myös vastaan.

Tavallaan semmosta auttamis, ei nyt velvollisuutta, mutta semmosta niin ku pyyteetöntä apua, joo. Kyllä, kyllä. Nii näkisin, että pystyisin ja haluisinkin auttaa, että jos vaan niin ku jossain apua vain tarvitaan, että ... Ja toki semmonen pyyteetön, tuli se sitten joltain yhdistykseltä tai vastaava apu sitten itselle aikanaan, niin varmasti ottaisin sen vastaan ihan mielelläni. (H5, 6.)

Tutkittava kokee vapaaehtoisuuteen perustuvan auttamisen mielekkäänä. Vastaavasti hän ottaisi apua vastaan, jos hän sitä tulevaisuudessa tarvitsee

Haastatellut uskovat ikääntymistä tukevien teknologisten ratkaisujen auttavan kotona asumista. Teknologisten ratkaisujen ei kuitenkaan uskota korvaavan inhimillistä hoivaa, mitä kuvastaa haastatellun mielipide:

Mä en niistä tykkää, kyll ne siivoomaan voi tulla, mutta (naurahtaa) tuota jos ne sohvalle mun kans istuu, mä uskon, että mä en kauheesti siitä innostu, mut ne on enemmänkin väsymättömiä duunintekijöitä, mut ei niistä seurustelijoiks kyllä ole. Se on kyll mun mielipide. (H3, 9.)

Haastateltu ei näe palvelurobotteja inhimillisen hoivan ja huolenpidon korvaajana. Robotit soveltuvat suorittamaan rutiininomaisia tehtäviä.

Videoyhteyksien koetaan tarjoavan mahdollisuuksia kotona asumisen tueksi. Keskusteluyhteys lääkäriin nähdään mahdollisuutena.

Voi tuota olla jopa niin kotikoneelta niin voit saada vastaanottoajan lääkärille ja lääkäri voi konsultoida suoraan niin, että näkee kuvaruudun kautta potilaan. Ja sekin on lääkärille, uskoisin näin, kuin että puhelimesta keskustele. Näkee kuitenkin tuota niin kuvasta jotain, minkälaisessa kunnossa se potilas puhuu siellä. Ja tämä monipuolistaa sitä tuota niin hoitomahdollisuuksia ja kotona pysymistä. (H6, 19.)

Haastateltu näkee asiakkaan ja lääkärin välisen videoyhteyden auttavan kotona asumista. Lääkäri pystyy kuvanvälityksellä arvioimaan potilaan yleistä vointia. Ratkaisu monipuolistaa hoitomahdollisuuksia puhelinkeskustelua täydentäen.

Kotona asumista tukevat kotiin saatavat palvelut. Haastatellut pitävät ammattitaitoista apua tärkeänä.

– – niin kotona käydään, sanotaanko siivoojan käynti ja terveydenhoitajan käynti, että antaa käit pystyyn, että tulee oikeat lääkkeet ja muut ja oikeaan aikaan ja sillä voi vanhus ottaa yksinään vika purkistakin, ja voi olla kelloja vähän erilaisia (H1, 4).

Haastateltu arvostaa ikäihmisestä huolehtimista. Ikäihminen voi tarvita apua oikeiden lääkkeiden annostelussa ja oikea-aikaisessa ottamisessa.

Ikääntynyt tarvitsee säännöllisesti sosiaalisia kontakteja. Tarve täyttyy oleskelemalla kodin ulkopuolella.

No jos mulla on liikuntakyky, niin mä lähtisin pois kotoa, silloin tällöin. Joko kyläilemään, jopa matkoille, jos mahdollista ja sitten tuota ihan päivittäin käydä jossain, vaikka torilla kahvilla. Joku tämmönen . Että tuota, se vaatii sen liikuntakyvyn. Tai saattajan. Ja silloin jos on saattajasta kyse, niin silloin tulee siinä sitä pollaakin hoidettua, koska siinä on sitten puhekaveri. (H3, 10.)

Haastatellun mukaan kotona asuva voi tarvita jossakin vaiheessa apua ulkoilutuksessa, jos liikuntakyky heikkenee. Avustajan roolissa merkityksellistä on myös keskustelukumppani.

8.2.2 Omien rajojen tiedostaminen

Yläluokan käsite omien rajojen tiedostaminen sisältää tietoisuuden mahdollisesti ajan mittaan vähenevistä voimavaroista ja ennakoivia toimintoja muuttuvaan elämäntilanteeseen sopeutumista varten. Alemman luokan käsitteitä ovat huoli selviytymisestä ja käsitys ikääntymisestä sekä varautuminen ja sopeutuminen.

Ikääntyneenä arjessa selviytyminen huolestuttaa, koska yhteiskunta muuttuu ja olo koetaan turvattomaksi.

Koska nyt Suomi kansainvälistyy, niin ja totta kai meillä omankin maan nuoriso on eri tyyppistä, kun sitä löytyy kaikenlaista sitten, jotta. Just tommosen, että voi joutua niin kuin eilissäkin, vanhuksia ryöstetään melkein, naisia lähinnä 80–90-vuotiaita mummoja kato. (H1, 19.)

Haastateltu kokee huolta ikääntyneiden ihmisten ryöstön uhriksi joutumisesta. Yhteiskunnan turvattomuuden syynä hän näkee niin kansainvälistymisen kuin suomalaisten tapojenkin muuttumisen.

Haastattelussa tulee esille huoli toimeentulosta, kun jäädytään eläkkeelle.

– – taloudellista tilannetta, että pärjääkö eläkkeellä ja miten pärjää ja onko se riittävä pärjää ja riittää elämiseen ja sitten myös tietysti, koska ei oo enää työelämässä mukana ja sitten pitää mieltä myös niitä elämisen kustannuksia (H3, 2).

Haastateltu arvioi taloudellisen tilanteen muuttumista. Häntä arveluttaa, kuinka eläkeaikaiset tulot riittävät elämiseen. Siksi hän mieltii myös elämisen kustannuksia.

Käsitys ikääntymisestä auttaa tiedostamaan omien voimavarojen rajallisuutta.

Et mun mielestä se vanheneminen ja ikääntyminen se on varmaan aika yksilöllinen käsite ja mie tietysti sitä varmaan määrittää se terveys siellä myöhemmässä vaiheessa elämää varsinkin, missä kohtaa ihminen on vanha että se on varmaan niin ku terveydestä ite aattelen terveyteen liittyvä asia ja niin kun siihen että (H4, 4).

Tutkittavan mukaan ikääntyminen on yksilöllistä. Vanheneminen on sidoksissa ihmisen terveyteen. Toisaalta tutkittavat kertoivat aktiviteettien vaikuttavan vanhuuden kokemiseen.

Eläkkeellä olemisen vuoden tekemiset, ne ovat kyllä todella hyvin persoonakohtaisia. Joku voi kalastaa ja ynnä muuta. Mutta tärkeintä on se, että tekee jotain. Ja että ei jää paikalleen istumaan. Uskoisin, silloin äkkiä vanheta. Tuota noin ihan ulkoisestikin. (H6,11.)

Haastateltu suosittelee liikkumaan ja tekemään eläkkeellä ollessa. Vanhuus koetaan helposti, jos ollaan paikallaan eikä liikuta.

Omien rajojen tiedostaminen ilmenee myös sopeutumisenä nykytilaan tai ennakoitavaan tulevaisuuteen. Tämä tulee esiin terveyteen liittyvissä asioissa.

– – että kun eläkkeelle pääsee, oli tulevaisuudensuunnitelmat upeat – – se ensimmäinen vuosi on se sokkivuosi eläkeläiselle, että oppia olemaan sen sairauden kanssa toimeen. Eli vei hänellekin vuoden, että periaatteessa vanheni ulkonäöllisesti viis vuotta vuoden aikana. Sitten kun rupes elämään sen kanssa, niin nyt sitten nuorentuu (naurahtaa). (H1, 5.)

Tässä haasteltu kertoo tuttavapiirissä sattuneesta tapauksesta, jossa ihminen juuri eläkkeelle päästyään sairastui ja joutui sopeutumaan sairauteen. Sairauteen tottuminen ja sen hyväksyminen oli henkisesti raskasta, mikä näkyi ulospäin.

Haastatteluissa ikääntymiseen varautuminen tulee esille kodin muuttumisessa. Haastatellut suunnittelevat tulevaisuutta ja pohtivat elämänvalintoja.

Koti on paikka, missä viihdytään. Että tuota, jos on paha paikka, jossa ei viihdy, niin ei se tunnu kodilta. Mutta tarkoitus on nyt pienempään kotiin muuttaa. Jos nyt lähitulevaisuudessa. – – No vanhuuteen varautumista. Tässä on iso talo, paljon pihatöitä, niin tuota muuttaa kaupunkiin kerrostaloasuntoon, niin siellä ei niin paljon tarvitse itse tehdä. Ja lähemmäksi tulee muutkin palvelut. (H2, 3.)

Haastateltu pohtii tulevaisuuden asumismuotoa. Valinnoissaan hän varautuu vanhuuteen ja ottaa huomioon voimavarat. Kodin on oltava paikka, jossa viihtyy. Hän epäilee, jaksako ylläpitää isoa omakotitaloa, joka vaatii paljon pihatöitä. Hän näkee ratkaisuna muuttaa kaupunkiin kerrostaloasuntoon, jossa ei itse tarvitse tehdä kaikkea. Kaupungissa myös palvelut ovat nykyistä lähempänä.

8.3 Työelämän jälkeisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin kohdistuvat odotukset

Aiemmat palvelukokemukset ja tarve vaikuttavat, mitä ihmiset odottavat sosiaali- ja terveyspalveluilta. Palvelukokemuksista on tutkittaville muodostunut käsitys koetun palvelun laadusta, joka vaikuttaa tulevaisuudessa tarvittavien palveluiden odotuksiin.

Vastaukset kolmanteen tutkimuskysymykseen, millaisia sosiaali- ja terveyspalveluita työelämässä olevat odottavat työelämän jälkeen, jäsenyivät palveluista saatuihin kokemuksiin ja palveluiden avustavaan merkitykseen (taulukko 6). Tutkittavat arvioivat kokemansa palvelun laatua eli kuinka hyvin käytetty palvelu on vastannut heidän odotuksiaan. Koetut palvelut vaikuttavat tutkittavien odotuksiin tulevaisuudessa tarvitsemistaan palveluista. Palveluiden hinta korostuu palveluvaatimuksissa.

Taulukko 6. Työelämän jälkeisiin sosiaali- ja terveystalvaeluihin kohdistuvien odotusten jakaantuminen alemman tason käsitteisiin.

Pääluokka	Yläluokka	Alaluokka
	Kokemuksia palveluista	Koettua palvelua Palveluiden arviointia
Odotetut palvelut	Palvelut apuna	Palveluodotuksia ja -vaatimuksia Palveluiden kustannukset

8.3.1 Kokemuksia palveluista

Yläluokan käsite kokemuksia palveluista kuvaa tutkittavien kokemuksia sosiaali- ja terveystalvaeluista. Tutkittavat kertovat, kuinka he ovat kokeneet saamansa hoitopalvelun. Koettua palvelua he arvioivat vertaamalla palvelua omiin odotuksiin. Kiireellisen hoidon kokemus korostuu vastauksissa.

– – että terveystalvaeluksen rooli pitäis saada entistä selkeämmäksi, niin, että se kapasiteetti siellä ois sellainen, että jos jotain apua tarvii, niin sitä ei tarvitse tuota kuukautta jonottaa. Tai sitten jos tarvitsee kiireellistä apua, niin siinä sitten nopeasti pääsee. Se on nyt toivon mukaan parempaan suuntaan menossa ja nyt siellä kuitenkin useimmiten joku vastaa puhelimeen, mutta oli vaiheita – –, että ei puhelimella sinne päässyt. Ja minä luultavasti säilyin hengissä sen takia, että eivät ottanu, eivät vastannu ja sain yksityisen ajan – –. Ja mulla todettiin – – ja kiireesti niin keskussairaalaan ennen kuin – – ja minä en tienny siitä vaarasta vielä ite mitään. Mutta se asiantuntija, yksityinen lääkäri sano, että nyt on kiire – –. (H6, 8.)

Tutkittava tuo esille kertomuksessaan tilanteen, jossa ei saanut palvelua lainkaan, vaikka itse koki sitä tarvitsevan. Hän ei saanut puhelimitse yhteyttä terveystalvaelukseen ja haki välitöntä apua yksityiseltä lääkäritä. Saatuaan yksityiseltä lääkäritä apua hän pääsi keskussairaalatasoiseen kiireelliseen hoitoon.

Kokemus palvelusta voi olla myös kokemusta läheisen saamasta hoiva-asumisen palvelusta.

Kun meen vielä, missä miun äiti on tuohon hoitokotiin. Siellä on, just valmistu lähihoitaja, nuori mies. Aivan upee. Siis se niitten mummojen ja pappojen kanssa on kuin kala vedessä. – – Keskustelee ja samalla hoitaa ja on iloinen ja ei koskaan oo vihainen eikä äksy. (H7, 15.)

Tutkittava kertoo kokemuksena äitinsä saamasta hoivakodin palvelusta. Kertomuksessa korostuu palvelutyöntekijän sosiaalisuus ja positiivinen asenne asiakaspalveluun.

Haastatteluissa käy ilmi kokemuksia työterveyshuollon tarjoamasta palvelusta.

Tietysti tällä hetkellä oon hyvän työterveyshuollon piirissä, joka tarjoaa tietysti näitä päällisin puolin ne terveyspalvelut, mitä on tarvinnut – – Mutta oman elämäni kannalta ihan on ollu kattavat palvelut. (H4, 19.)

Arvioidessaan saamaansa palvelua palvelutarpeen täytyminen määrää, kuinka riittäväksi haastateltu näkee palvelun. Haastateltu kertoo saaneensa työterveyshuollosta riittävästi palveluita.

Työterveyshuollon ja terveysasemien palvelukokemuksista kertoo haastatellun mielipide.

Mutt mie kun oon tietysti työterveyshuollon piirissä, meill on huippuhyvä työterveyshuolto. Mutt en tiijä sitten kun jään eläkkeelle, niin jää pois, niin. Mut kyll täälläkkii terveysasemat on kyllä ollu hyviä. Ett, minkä mie oon käyn vähäsen niissä.

Haastateltu arvioi kokemansa työterveyspalveluiden laadun olevan hyvä. Hän uskoo myös terveysasemapalveluiden laadun hyväksi, vaikka hän ei kuitenkaan ole käyttänyt paljoa näitä palveluita.

Terveyspalveluiden ongelmana useampi haastateltava kokee pitkän jonotusajan päästäkseen palveluiden piiriin.

Puoli vuottakin saattaa joutua jonottamaan hammaslääkärihoitoon tai kuukauden tuonne terveyskeskukseen pääsyyn, niin se voi olla jollain myöhäistä jossain tapauksessa. – – No sitten yksityisen palvelun tarjoajalta yleensä saa nopeammin. (H2, 6.)

Haastateltavan mukaan hammaslääkäriin ja terveyskeskuksen palveluihin pääsyä joutuu jonottamaan kauan, mutta yksityiseltä palveluntarjoajalta palvelua saa nopeammin.

Haastateltu kertoo pitkien hoitoketjujen olevan potilaalle ongelmallisia.

Tämän hetken yks heikkous on se, että jos olet saanut erityishoitoa jossakin ja sinut sieltä kotiutetaan ja tuleekin sitten tuota jälkikomplikaatioita muodossa tai toisessa, niin sä et voi ottaa yhteyttä siihen yksikköön, joka sinut kotiutti, vaan sä lähet taas sieltä terveyskeskuksen kautta porras portaalta. – – Tällainen seuranta on olemassa, mutta sitten jos tulee jotakin äkillistä tarvetta, niin siihen ei ole, vaan se lähtee siitä ketjua ylöspäin. Kotiuttamisketju on lyhyt, mutta hoitopääsyketju on pitkä. Sillä tietenkin karsitaan, ja muutama kuupahaa välistä. (H6, 9.)

Tutkittava kokee sairaalapalveluiden toimintatavat jäykiksi. Jos erikoissairaanhoidosta kotiutettu asiakas tarvitsee jatkohoitoa komplikaatioiden vuoksi, asiakas ei voi ottaa yhteyttä suoraan hoitaneeseen yksikköön, vaan hän joutuu ottamaan yhteyttä terveyskeskuksen kautta saadakseen hoitoa. Tutkittava kokee, että kaikki asiakkaat eivät kestä pitkään odottaa hoitopääsyä.

Ikäihmisten kotona asumista tukevien palveluiden haastateltu kokee riittämättömiksi.

– – että pitäis olla jonkinlainen järjestelmä, ett tämmönen vanhus, joka on saanu jonkun sairauskohtauksen tai on ollu sairaalahoidossa pidemmän jakson, niin tuuvaan kottiin suoraan yksin asummaan. Ja omaiset on kaukana. Sitt myö naapurit kyll pietään huolta, mutt sitten se, että ei sitä voi jättää naapureitten vastuulle. Ett tääki rouva, joka mejän taloyhtiöss, niin hän ois ihan laitoshoidon tarpeessa. Kun hän eilen ovella, onko tämä minun koti. (H7, 6.) – – Kotisairaanhoido käy kerran viikossa. Se on kerran viikossa. Siinä on kuus muuta päivää sitten. (H7, 9.)

Haastateltava arvioi kotisairaanhoidon palveluiden olevan riittämättömiä. Hän kertoo naapureiden joutuvan ottamaan liian suuren vastuun ikäihmisen hoidossa.

8.3.2 Palvelut apuna

Yläluokan käsite palvelut apuna ilmentää palveluiden merkitystä ikääntyvien ihmisten arjessa. Tutkittavien aikaisemmat palvelukokemukset vaikuttavat tulevien palvelutarpeiden odotuksiin ja vaatimuksiin. Tutkittavat toivat esille palveluiden kustannusten merkitystä odotuksiin ja vaatimuksiin.

Palveluiden antamisen haasteet ja ammattitaito tulivat ilmi tutkittavien kertomuksissa, kun he vapaaehtoisesti auttavat apua tarvitsevia.

Että mielellään ei niin kun me ei oteta kiinni heistä tai muuta kun on heiveröiset luut, niin saattaa murtua tai muuta, että se pitää olla se ammatti, mikä on kokenut ja he just neuvoo, miten hänen kanssaan mennään. Mutta se, että miten mennään, ettei tulis vahinkoja. (H1, 12.)

Vapaaehtoistyötä tekevä tiedostaa haasteet ja vastuun ikääntyvien auttamistyössä. Auttaja toivoo ammatillista opastusta, millä tavalla autettavaa voi auttaa, jotta onnettomuuksilta voitaisiin välttyä.

Vapaaehtoiseen auttamistyöhön suhtaudutaan toisaalta varauksellisesti. Haastateltu korostaa ammattiosaajan vastuuta.

Mutt sitten sen pitää olla niin äärimmäisen tarkka se seula, että ketä lähetetään kenen luokse. Että mie, se ei oo ihan aukotonta, että sitten on semmosia, jotka menee järjestön kautta tulevat, käyttävät sitten hyväkseen vanhuksia, joilla ei oo niin ku enää kaikki tallessa tuolla pääkopassa. Että kyllä mie niin ku melekeen oisin sen, että ne ois niin ku yhteiskunnan puolelta palkattuja työntekijöitä, jotka ovat tietyllä tavalla vastuullisia ja niillä on ne tietyt kriteerit, miten heitä on otettu. (H7, 17.)

Haastateltu esittää uhkakuvan, jossa järjestöjen auttajat käyttävät hyväkseen muistisairaita vanhuksia. Hän luottaa yhteiskunnan järjestämiin auttajiin, jotka tekevät työtään vastuullisesti ja jotka on todettu auttamistyöhön soveltuviksi.

Palvelun luotettavuutta arvostetaan. Haastateltava kertoo saattajan merkityksestä apuna ulkona liikkumisessa.

Ja silloin jos on saattajasta kyse, niin silloin tulee siinä sitä pollaakin hoidettua, koska siinä on sitten puhekaveri. Se on tietysti. Ja kuka se saattaja on? Se voi olla ihan ulkopuolinenkin. Ei sen tarvi olla omia sukulaisia välttämättä. – – Mutta en mä siihen niin paljon panis painoo, enemmänkin se on luotettavuus ois se tekijä. Että kyl mä saatan hermostuakin, jos joku puhuu liikaa. että mieluummin se läsnäolo siinä ja

se luotettavuus on se tärkein asia, mikä sillä saattajalla on ja tietysti tää ... täähän voi ihan olla palvelua. (H3, 13.)

Haastateltava arvostaa saattajan luotettavuutta ja tilannetajua. Läsnäolo palvelukohtaamisessa on tärkeää.

Asiakasta tulee kuunnella. Tämä käy ilmi haastateltavan kertomuksessa lääkäriässä käynnistä.

Silloin kun kohtuullisen terve ihminen tulee pyytämään apua, niin siihen pitää suhtautua vakavasti eikä ottaa tuota niin, aha, tämä ei kannata enää. Koska kyseinen henkilö saattaa elää vielä vuosikausia ja tuota niin, jos sitä ei hoideta sitä sillä hetkellä, niin sitten tulee vielä paljon enemmän kustannuksia. (H6, 16.)

Kertoja odottaa terveydenhuolloilta, että terveydellistä apua pyytävää asiakasta kuunnellaan ja hänen kertomat oireet otetaan vakavasti. Hoitamattomat oireet tulevat kalliimmiksi kuin jos oireisiin paneuduttaisiin välittömästi.

Myös toisessa kertomuksessa haastateltava tuo ilmi asiakkaan kuulemisen tärkeyden. Asiakas itse on paras oireidensa kertoja.

Joo, tärkeitä on juuri, se että sitä pitää itsenikin kertoa tarkalleen, miltä se tuntuu, että lääkäri tietää, koska monesti lääkärikin pintapuolisesti katsoo niin kuin röntgenkuvaa ja sanoo "tälle ei oo mitään tehtävissä". Mutta kyllä sitä entistä enemmän pitäis kuulla sitä asianomaista. Eli ei kukaan turhan takia tule eläkeläinen lääkäriin, että on vähän niin, että me ollaan sitä ikäluokkaa, että muutenkin ei helposti valiteta, vaikka ois pikkusen vikaa, niin sitä vaan menee. (H1, 3.)

Terveys- ja sosiaalipalveluiden yhdenvertaista saatavuutta pidetään tärkeänä. Haastateltava kertoo hoitoon pääsyn mahdollisuudesta.

Miusta se on sillä tavalla, miusta tää on ollu hyvä. Ett kun vaan saadaan työntekijöitä sille puolen. Ett kaikille ois niin ku samanlaiset mahdollisuudet päästä hoitoon, olipa se sitten lääkäri tai sairaala tai mikä vaan hoitolaitos. Ett kaikilla ois se sama mahdollisuus . Tietysti jos on nyt siiten niin paljon varaa, ett on niitä yksityisiä huippukallita, niin sitte jos hyö ei halluu tähän tasapäistämishoitoon, nii menkööt sitten sinne. Mutt miust kaikilla pitää olla mahdollisuus siihen yhteiskunnan ylläpitämään hoitoon. (H7, 5.)

Haastateltava arvostaa nykyisenlaisen terveydenhuoltojärjestelmän mallia, mutta toivoo lisättävän hoiva-alan työvoimaa. Kaikilla tulee olla mahdollisuus saada yhteiskunnan ylläpitämää hoitopalvelua. Yksityisiä hoitopalveluita hän pitää kalliina.

Terveydenhuollon järjestäminen julkisena palveluna nähdään tärkeäksi. Haastateltava kertoo julkisen ja yksityisen terveydenhuollon merkityksistä.

Mutta erityisesti, kuitenkin peruslähtökohta on terveydenhoitopuolella on, että se perusterveydenhuolto on ja sairaanhoito, niin se tulee julkiselta. Se nämä yksityiset pitäis olla kuitenkin vaan lisänä siinä. (H6, 19.)

Haastateltavan mukaan perusterveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestäminen kuuluu julkiselle taholle. Yksityiset palvelut täydentävät julkista palvelua.

No terveyspalvelut kuuluu tietysti kunnalle ja se on sitten ensisijainen , mutta jos sieltä ei heti aikaa saa, niin sitten pitää katsella muuta vaihtoehtoa. Onko yksityinen palveluntarjoaja siinä? Että jos on sellainen tilanne, että tarvitsee sitä heti ja sitä ei kunnalta heti löydy, niin sitten yksityisen palveluntarjoajan puoleen pitää kääntyä. (H2, 6.)

Yksityisen palveluntarjoajan puoleen turvaututaan, jos jonotusaika hoitoon pääsulle julkisella palveluntarjoajalla on kohtuuttoman pitkä.

Haastateltavat toivovat kodinomaista palveluasumista, jos he eivät selviydy kotona.

Tietysti toivoisi, että pystyisi asumaan ainakin kodinomaisessa ympäristössä mahdollisimman pitkään. Onhan sitten tiettyjä tuettuja asumismuotoja ja varmasti on silloinkin kuin nytkin, että tota, jossa pystyy kuitenkin välttämään laitospäivien, ehkä on niin kun kodinomainen ympäristö. (H4, 5.)

Ainakin yhteisöllisyyttä se tuopi palveluasuminen. Ainakin siellä on se oma, ainakin tuolla on, oma huone. Sen saa kalustaa. Sinne saa tuoda omia esineitä. Ja siltä on se yhteisöllisyys. On ruokailut, on tapahtumat sinne olohuoneessa. (H7, 13.)

Haastateltavien mukaan palveluasuminen lisää yhteisöllisyyttä, mutta silti oma huone tuttuine kalusteineen tulee olla palveluasumisessakin.

Haastateltavien kertomuksista tuli esille tarve saada tietoa ikäihmisille suunnatuista palveluista.

Eläkeläistä pitäis entistä enemmän informoida ja ohjata liikunnan pariin ja että kukaan ei pääsis erakoitumaan, koska se on tämän päivän Suomessa. Se on noissa kerrostaloissa. Jos on puoliso kuollut esimerkiksi, ollaan aika yksinäisiä. (H1, 4.)

Haastateltava toivoo tietoa ja ohjausta liikunnasta. Liikkuminen auttaa torjumaan yksinäisyyttä.

Haasteltavat kertoivat näkemyksiään sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämisuunnauksista. Palveluiden keskittämistä ei nähdä aina hyvänä toimenpiteenä.

Erikoislaitteita ja erikoiskirurgeja, esimerkiksi, vaativat toimenpiteet, että niitä keskitetään sillä tavalla, että sekä henkilökunta että laitteet ovat tehokäytössä. Niin sehän tuo säästöjä. Mutta sitten kun ihmisille voi tapahtua mitä ihmeellisimpiä, ja nuorillekin, äkillisiä komplikaatioita, niin siinä onkin oltava tarkkana, että näitä erikoisapua tarvittavia, erityisapua tarvitseville yhtäkkisille, tuota noin sairastumisille, ne vastaanottopisteet riittävän lähellä. . – – Sitä erityisosaamista – – myös tarvitaan, sanotaan että vaikka ne ovat aluesairaaloita. – – On sitten onnettomuuksia tai jotain muuta yllättäviin paikkoihin verenvuotoja ynnä muuta, niin pitäis pystyy sitten hoitamaan, että tällainen henki voidaan pelastaa. (H6, 17.)

Vaativia toimenpiteitä ja sairaanhoidon laitteistoa keskittämällä haetaan toiminnan tehokkuutta ja säästöjä. Erityisosaamista tarvitaan kuitenkin kiireellisissä hoitotapauksissa riittävän lähellä aluesairaaloissa, mikä tulisi haastateltavan mukaan ottaa huomioon, jotta potilasturvallisuus ei vaarannu.

Haastattelussa tuli esille, kuinka yhteiskunnan rakenteet ovat muuttuneet ja muuttuvat tulevaisuudessakin.

Ja kaupungistuminen ja ihmisten muuttaminen kaupunkiin on johtanut siihen, että sitten lapset aattelee: noh viettäkää laitoksissa toi vanhuutenne, jos ette pysty elämään omissa oloissanne. Mutta tulevaisuudessa voi käsitys taas mennä siihen, että se on monella tapaa parempi elää siinä symbioosissa jälleen koko perhe, niin kuin ehkä jossain Etelä-Euroopassa tehdään eli perhesiteiden korostuminen tulee ehkä voimistumaan tulevaisuudessa ja samalla tulee myös näiden vanhempien ihmisten sanoisko huolehtiminen tulee pikkusen eri pohjalle elikkä siinä nyt ehkä ne entistä enemmän pyrkii olemaan siinä kotioiloissa. Joskin ehkä omissa oloissaan, mut kuitenkin hyvin lähellä. Ja silloin se vastuulliset henkilöt ovatkin ne omat lapset taikka sisaret taikka lähisukulaiset . (H3, 14.)

Haastateltava pohtii ikääntyvän väestön palvelurakenteen tulevaisuuden muutoksia. Haastateltava ennustaa tulevaisuudessa vastuun ikääntyvien ihmisten hyvinvoinnista siirtyvän yhteiskunnalta enemmän perheille ja sukulaisille.

Ja tää on niin sanottu hyvinvointivaltiomalli. Mutta se vois olla toisenlainen se hyvinvointivaltiomalli. Ei tämmönen laitoksiin sidottu malli ollenkaan, vaan tämmönen niin kun pehmeempiä arvoja sisältävä. Ja mä luulen, että hyvin monet vanhat ihmiset tykkäis tästä. (H3, 16.)

Yhteiskunnan muutoksen myötä palveluasumisesta on suosittu. Haastateltu arvioi, että palveluasumisesta luovutaan ja pehmeämmät arvot korostuvat asumisessa.

Ikääntyneiden auttamiseen sitoutuvia tulisi haastateltavan mukaan palkita työstään. Hän perustelee mielipidettään sillä, että yhteiskunnalta säästyy varoja, kun vapaaehtoiset tekevät auttamistyötä, joka muussa tapauksessa jäisi yhteiskunnan tehtäväksi.

Kyllä minusta heidän pitäis saada joku hyöty, palkkio tai mikä se nyt onkaan sitten, mutta joku hyöty siitä, että he tavallaan ottaa siinä sen yhteiskunnan tehtävän huolehtimalla niistä vanhuksista. Vaikka eihän sitä tällä tavalla pitäis aatella, mutta kuitenkin. Koska jos ei he huolehdi, niin yhteiskunta joutuu huolehtimaan. Totta kai se on yhteiskunnalle voittotilanne, että niistä huolehtii ja on vastuussa se lähipiiri. (H3, 15.)

Toisaalta haastatellut kertoivat myös sukupolvien itsenäisyydestä.

Tietenkin en enää ei olla riippuvainen niin kuin lapsista eikä lastenlapsista, niin kuin ennen vanhaan olivat vanhukset ukit ja mummit, että. Nyt jokainen osa-alue osaa olla itsenäisiä. Jokainen pärjää omillaan. Ja sitten tavataan silloin tällöin. Ei sitä enää kylää käydä silleen kuin ennen. (H1, 6.)

Haastateltava kertoo, että sukupolvet elävät erillään ja toisilta ei odoteta apua. Myös toisessa kertomuksessa haastateltava ei odota toisilta sukupolvilta vastikkeellista apua.

Ja mie silloin päätin, että ei koskaan mie tee sitä, että mie annan nyt tätä tai tulen hoitamaan teijän lapsia tai teen jotakin, niin teijän pittää tulla mulle tekemän jotakiin. (H7,3.)

Yhdessä kertomuksessa haastateltava pohtii väestörakenteen muutoksen vaikutusta ikääntyneistä huolehtimiseen. Koska ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa, nuorempi sukupolvi ei pysty huolehtimaan suuresta määrästä vanhusväestöä.

– – ikääntyminen on kasvanut väestörakenteessa ja silloin tietysti nuoret ei, se on kertakaikkinen mahdollisuus kuvitella, että ne pystys huolehtimaan tämmösestä suuresta joukosta vanhuksia, joiden ikä vielä näiden tekijöiden myötä, niin ku sä sanoit, kasvaa eli ne on pitempään täällä mukana. (H3, 8.)

Tutkittavien mukaan yhteiskunnan tulee kustantaa palveluita kansalaisilleen. Yhteiskunnan osuuden palveluiden kustannuksista oletetaan kuitenkin vaihtelevan

asiakkaan tulotason mukaan. Hoitamisen tasoon toivotaan myös elämäntapojen vaikuttavan.

No se riippuu vähän tuota henkilön tuloistakin, että osalle tulee varmaan, että yhteiskunta maksaa kaikki ja osalle sitten tuota, että yksilö maksaa suurimman osan (H2, 8).

Tutkittava toivoo kaikille järjestyvän oikeus tietynlaisen hoitoon. Hoitamisen tasoon toivotaan myös elämäntapojen vaikuttavan.

Tuo on viheliäinen kysymys, että, mikä on se riittävä taso ja millä se minimitaso saavutetaan. Ja minkälaiset elämänvalinnat on johtanut siihen että mitä kukakin minkälaisia palveluita kukakin voi odottaa itselleen niin kun saavan. Että se on hyvin niinku. Mutta totta kai, tietysti inhimillisestä näkökulmasta toivoisi, että jokaisella on mahdollisuus tietynlaiseen tasoon. – – niit tukipalveluita ja ne elämänvalinnat, että miten sä elät ja niin ku minkälaisia valintoja teet jo ihan oman hyvinvoinnin näkökulmasta. Mitä syöt, mitä juot, mitä liikut, miten teet, minkälaisen elämänennusteen voit ittelte rakentaa niillä elämänvalinnoilla tästä vaiheesta, niin niiden minusta niin ku huomioiminen myös sitten siellä. (H4, 9.)

Kull se miusta niin ku peruspalvelut kuuluu kaikille, varallisuutta kattomatta. Ett sitt jos jottain ekstra halluu, niin jos on mahdollisuutta, niin hankitkoon sen. Mut nää peruspalvelut kuuluu niin ku kaikille kansalle. (H7, 17.)

Haastateltavat suunnittelevat ostavansa kotiin tarjottavia palveluita tulevaisuudessa. Palveluita hankitaan jaksamisen ja terveydentilan mukaan. Palveluiden ostamista perustellaan myös työllistämisellä.

Joskus tuntuu, että ois ihana jo ikkunanpesijä jo tässä vaiheessa pyytää käymään. Mutta on ne vielä pessy, mutta ehoton varmasti varmasti käyttäsin niin ku palveluita hyväksi, jos niin ku tuntus oma fysiikka niin ku. Että ehkä mieluummin käytän palvelun kuin pyydän jonkun tekemään läheisen . Että sitä kautta vaikka työllistän vähän täällä ihmisiä. Ett jos vaan rahatilanne sallisi tämmöisen. (H5, 5.)

Se on vähän sama kuin nytkin kun yksityisen lääkärin palveluja käyttää, niin vastaavalla tavalla, niin voi ajatella, että käyttää sitten niitä muitakin palveluja (H6, 19).

Palveluiden ostamista perustellaan myös palvelun sisältöön vaikuttamisen mahdollisuudella.

Ja ainakin jos se on ostettavissa se palvelu, niin silloinhan siinä tuota voi tavallaan ittekin vähän määritellä, että minkälaista se palvelu tulis olla, rahojensa vastineeks (H3, 5).

Osa tutkittavista arvioi, että tulevaisuudessa kansalainen joutuu itse rahoittamaan tarvitsemiaan sosiaali- ja terveystalouksia nykyistä enemmän, koska yhteiskunta ei pysty huolehtimaan rahoituksesta. Tutkittava kokee tärkeänä omasta taloudesta huolehtimisen.

Kyllähän sitä tietysti odottaa, että yhteiskunta tukis, mutta mä pahoin pelkään, että tulevaisuudessa ei näin ole, vaan sulla pitää olla itte mahdollisuus se kustantaa se ostamasi palvelu ja sen takia myös se eläkkeellä tai sanotaan vanhana olemisen taloudellinen puolikin saisi olla kunnossa, että pystyt tammöstä hankkimaan. Ja mut tuota ideaalisiin tilanteisiin tietysti se, että yhteiskunta pystyisi ne hoitamaan, mut mä pahoin pelkään, että tulevaisuudessa näin ei ole. Entistä enemmän joutuu turvautumaan yksityisen puoleen. (H3, 6.)

Sosiaali- ja terveystalouksien nykyistä rahoitusmallia, jossa työntekijä ja työnantaja maksavat työuran aikana lakisääteisiä vakuutusmaksuja, yksi tutkittava pitää hyvänä. Hän olettaa, että nuoret eivät jaksaa ylläpitää vapaaehtoista vakuutusmaksua pitkäjänteisesti.

Tähän nykyiseen järjestelmään on Suomessa niin pitkään kuitenkin panostettu. Uskon, että se säilyy ja on ihan järkevä. Mutta sitäkin voi tietysti kehittää. Se, että suomalaisille tulisi nämä maksut vapaaehtoisten vakuutusten kautta, niin en usko, että se kunnolla onnistuu, koska sitä, kun nuorena menee työelämään, niin harva on kuitenkaan niin pitkäjänteinen, että ottaa siinä vaiheessa riittävän isot maksut hoidettavaksi vuosittain vakuutusten muodossa. (H6, 16.)

9 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työikäisten odotuksia työuran jälkeisiltä sosiaali- ja terveystalouksilta ja mitkä tekijät vaikuttavat palveluodotuksiin. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka nämä odotukset tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalouksia.

9.1 Työikäisten vanhuskäsitys

Haastateltavat pitävät tulevassa vanhuudessaan tärkeinä toimintakykyä ja hyvinvointia. Toimintakykyä halutaan pitää yllä voimaannuttavalla elämäntilanteella,

johon kuuluvat mielekkäät harrastukset ja omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen. Elämässä arvostetaan itsenäisyyttä ja vapautta tehdä omia valintoja. Toisaalta myös yhteisöllisyys koetaan itselle merkitykselliseksi.

Hyvinvoinnin merkitys kävi ilmi myös päijäthämäläiseen ikääntyvään väestöön kohdistuneessa alueellisessa pitkäaikaistutkimuksessa. Ikääntyviltä kysyttiin, mitä he pitävät elämässä tärkeänä hyvinvoinnin kannalta. Viisi tärkeintä hyvinvoinnin tekijää olivat terveys, suhteet perheenjäseniin, fyysinen kunto, mahdollisuus elää ympäristössä, jossa tuntee olevansa kotonaan ja mahdollisuus liikkua luonnossa. (Karisto & Konttinen 2004, 156–157; Haapola, Vaara & Karisto 2013, 84.) Omassa elämässään tutkittavat ovat tyytyväisiä ihmissuhteisiin, elinympäristöön ja asumisoloihin iästä riippumatta. Terveys ja fyysinen kunto kuitenkin heikenevät ikääntyessä. (Haapola ym. 2013, 86.) Hyvinvoinnille merkittävimpinä pidettyjen asioiden koettiin olevan tutkittavien keskuudessa hyvin (Karisto 2003, 212). Myös eri ikäryhmät arvostivat hyvinvoinnin kannalta samoja asioita (Karisto 2003, 214).

Haastateltavien vanhuskuvassa vaikuttavat hyvinvoinnin ja elämänlaadun merkitykset. Voimaannuttava arki ja elämänkokemuksen kartuttama elämäntapa vahvistavat ikäihmisen toimintakykyä ja laajemmin hyvinvointia (Hakonen 2008b, 121). Yhteisöllisyys selittyy tarpeella kuulua johonkin, mikä näkyy päivittäisissä toiminnoissa (Raphael ym. 1999, 201).

Tutkittavien kertomuksissa heijastuvat WHO:n käyttämät elämänlaadun ulottuvuudet eli fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä ympäristön vaikutus (WHOQOL group 1998, 552). Lawtonin (1983, 349) mukaan hyvässä elämässä on neljä ulottuvuutta: käyttäytymistaidot, psyykinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu ja objektiivinen ympäristö. Käyttäytymistaitoihin vaikuttavat terveys, toimintakunto, oppimis- ja havainnointikyky ja sosiaaliset suhteet. Psykkistä hyvinvointia määrittää mieliala. Mielialaa rasittavat huoli, pelko, masennus ja ahdistus. Mielialaa nostattavat positiiviset kokemukset. Myös yksilön asettamien ja saavuttamien päämäärien tasapaino vaikuttaa mielialaan. (Lawton 1983, 350–351.) Nuorempana positiivisista kokemuksista nauttinut ihminen osaa vanhempana hauraana nauttia pienemmistäkin mielihyvää tuottavista asioista (Lawton

1991, 20). Koettu elämänlaatu on subjektiivinen yksilön itsensä kokemana käsitys. Hauras vanhus voi arvioida elämänlaatuaan esimerkiksi kivun tai kognitiivisten taitojen määrällä, vapaa-ajan laadulla ja suhteella puolisoon ja lapsiin. (Lawton 1991, 10.) Objektiivisella ympäristöllä Lawton (1983, 352) tarkoittaa ympäristön vaikutusta yksilön elämään.

Myös Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen (2010, 127) ovat tutkineet suomalaisten elämänlaadun ulottuvuuksia. Suomalaisten elämänlaatu säilyy korkeana aina 70-vuotiaiksi saakka. Koettu elämänlaatu laskee 70 vuodesta alkaen kaikilla neljällä elämänlaadun ulottuvuudella. (Vaarama ym. 2010, 131.) Elämänlaatuun vaikuttavat tekijät pysyvät eri-ikäisillä samoina eläkeikään saakka. Elämänlaatua ylläpitävät terveys ja työkyky, työssä käynti, perhe ja riittävä toimeentulo. (Vaarama ym. 2010, 142.) Ennaltaehkäisevä terveydenhoito, omahoito ja terveydenhuoltoon pääsy korostuvat 65 vuotta täyttäneiden elämänlaadussa. Hoivan ja avun merkitys tulee tärkeäksi 80 vuotta täyttäneillä. Elämänlaadun säilymisen kannalta kotihoidon on autettava päivittäisissä toiminnoissa asiakasta ihmisarvoa kunnioittaen. (Vaarama 2009, 123–124.)

Ihmisen sosiaalinen asema vaikuttaa, millaisena hän elämänlaatunsa kokee. Työkyvyttömyys ja työttömyys heikentävät elämänlaatua. (Vaarama, Mikkilä & Hannikainen-Ingman 2014b, 32–33.) Hannikainen-Ingmanin, Kuivalaisen & Sallilan (2013, 107) mukaan toimeentulotuen asiakkaiden hyvinvoinnin puutteet ovat moniulotteisia. Toimeentulotuen asiakkaat tinkivät usein lääkärisä käynneistä ja lääkkeiden hankinnasta, vaikka heillä on työkykyyn ja terveyteen liittyviä ongelmia muuta väestöä enemmän (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 108).

Giddens (1994, 168) kyseenalaistaa yhteiskunnassa vallitsevan vanhuuden käsitteen, jossa vanhuutta ei kunnioiteta, vaan vanhusta pidetään yhteiskunnan ulkopuolisena jäsenenä. Vanhuus on oikeastaan elämäntapojen seurausta. Toden näköisyyteen sairastua ikääntyneenä vaikuttavat koettu stressi, ruokailutottumukset ja liikunnan määrä. (Giddens 1994, 168.) Giddens (1994, 196) korostaa itsensä kunnioittamisen ja itsensä toteuttamisen tuovan hyvinvointia.

Tutkittavat arvostavat itsenäisesti tekemiään päätöksiä ja elämänvalintoja. Seckerin, Hillin, Villeneau ja Parkmanin (2003, 380–382) mukaan ihminen, joka arjessa selviytyäkseen tarvitsee toisten apua, voi silti olla itsenäinen. Ikääntyneet tekevät itsenäisiä päätöksiä ottaessaan vastaan tarjolla olevan avun, jotta he selviytyvät päivittäisistä arkitoiminnoista. Ikääntyneet toteuttavat itsenäisyyttään ja valvovat elämäänsä valitsemalla avuntarjoajan ja maksamalla itse saamastaan avusta. (Hillcoat-Nallétamby 2014, 423–424.) Terveys- ja sosiaalipalvelut voivatkin edistää ikäihmisten itsenäisyyden tuntemusta. Itsenäisyyttä voidaan edistää esimerkiksi ehkäisemällä sairauksia, tarjoamalla apua, auttamalla sopeutumaan yhteisöön, tarjoamalla kotipalvelua ja tukemalla epävirallista hoivaa. Ikääntyviä tulisi rohkaista liittymään vastavuoroisia palveluita toisilleen tarjoaviin verkostoihin. (Secker ym. 2003, 388.)

9.2 Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeita määrittäviä tekijöitä

Sosiaali- ja terveyspalveluita koetaan tarvittavan ikääntyessä kotona asumisen tueksi. Tutkittavat arvostavat omassa kodissa asumista, mutta pitävät palveluasumista mahdollisena olosuhteiden vuoksi. Kotiin halutaan palveluita, kun ikääntyessä palvelutarve kasvaa vähitellen. Itse halutaan auttaa toisia kykyjen mukaan ja pyyteetöntä apua otetaan vastaan. Teknologian uskotaan helpottavan kotona asumista. Sosiaalisten robottien ei kuitenkaan uskota korvaavan inhimillistä hoivaa.

Haastateltavat tiedostavat omien voimavarojen vähenevän vanhetessa. He varautuvat vanhenemiseen elämänvalinnoilla. Omakotitalosta suunnitellaan muutettavan kaupunkiin kerrostaloon lähemmäksi palveluita. Aktiivisen työelämän sijaan he suunnittelevat muuta tekemistä. Terveyttä koetaan vaalia mielekkäillä harrastuksilla ja liikunnalla. Huoli toimeentulosta mietityttää, sillä eläkkeen riittävyydestä elämiseen ei olla varmoja.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeet määräytyvät arjessa selviytymisen mukaan. Tulos on aikaisempien tutkimusten mukainen. Rissanen (1999, 51) on tut-

kinut pohjoissuomalaisen kunnan maaseutukylissä asuvien yli 65-vuotiaiden ihmisten sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä ja tarvetta. Yksinasuvat käyttivät sosiaalitalveluita muulla tavalla asuvia enemmän. Myös naiset käyttivät miehiä enemmän sosiaalitalveluita. Fyysisen toimintakyvyn ja psykososiaalisen terveyden huonontuessa eli arjessa selviytymisen vaikeutuessa sosiaali- ja terveystalveluita käytetään enemmän. Kun kyky selviytyä arjessa toisten ihmisten kanssa kohenee, sekä sosiaali- että terveystalveluita käytetään vähemmän. (Rissanen 1999, 109.) Tutkimuksen mukaan kolmannes 65 vuotta täyttäneistä ei tuntenut tarvitsevansa käyttää terveystalveluita. Avioliitossa asuvat ikääntyneet käyttivät terveystalveluita muita enemmän. (Rissanen 1999, 87–88.)

Tässä tutkimuksessa haastatteluissa pohdittiin ikääntymisen vaikutuksia omatoimiseen selviytymiseen. Ikääntymiseen varaudutaan suunnittelemalla muuttoa palveluiden äärelle asuntoon, jossa eläminen koetaan nykyistä asumismuotoa helpommaksi. Ympäristöministeriön toteuttamassa erilaisiin senioritaloihin muuttaneiden haastattelututkimuksessa selvitettiin asumisratkaisujen perusteita (Laurinkari, Poutanen, Saarinen & Laukkanen 2005, 6). Senioritaloihin siirrytään oman tai puolison terveydentilan heikentymisen takia. Asuminen koettiin työlääksi aikaisemmassa omakoti- tai rivitalossa tai hissien puuttuminen hankaloitti asumista aiemmassa kerrostalossa. Muita perusteita muuttamiselle olivat yksinäisyys, turvattomuus tai liian suureksi koettu asunto. (Laurinkari ym. 2005, 32.) Ympäristöministeriön asuntotutkimuksen kyselyn mukaan yli 60-vuotiaat halusivat muuttaa pientalosta kerrostaloon vaivattomamman elämisen toivossa. Nykyinen asunto koettiin liian suureksi, kun lapset olivat muuttaneet pois kotoa. (Hirvonen, Manninen & Hakaste 2005, 14.) Ikääntyvät ihmiset myös muuttavat kaupunkikeskustoihin yhteisöllisten asumismuotojen ja palveluiden lähelle (Hämäläinen, Kojo, Lanne, Rytönen & Reisbacka 2013, 41). Suomen ympäristökeskuksen tutkimuksessa todettiin ikääntyneiden asunnon muuton perusteina olevan toisaalta vanhuuteen varautuminen ja sopivampaan asuntoon muuttaminen ja toisaalta toimintakyvyn alenemisen takia muutto palveluasuntoon. (Helminen, Vesala, Rehunen, Strandell, Reimi & Priha 2017, 92).

Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivoivat saavansa kotiin apua ja palveluita, jos he itse eivät koe selviytyvänsä. Tulos on yhtenevä Seniori 2000 -projektin

visioiden kanssa. Suomen itsenäisyyden juhlarahaston (Sitra) Seniori 2000 -projektissa visioitiin vuoden 2030 senioreita ja vanhuksia. Seniorit ovat aktiivisia toimijoita yhteiskunnassa. Kotoa ei tarvitse muuttaa asunnon esteisyyden takia, vaan kotiin saadaan hoivaa ja hoitoa. Kotiin asennetaan tarpeen mukaan teknologisia apuvälineitä elämisen helpottamiseksi. (Sonkin, Petäkoski-Hult, Rönkä & Södergård 1999, 34.) Ikihyvä-tutkimuksen mukaan ikääntyvät saivat eniten apua kodin siivouksessa ja alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua pukeutumisessa ja peseytymisessä. Muita palveluita ikääntyneet käyttivät piha- ja puutarhatöissä, asiointiapua ja apua polttopuiden teossa. (Karisto & Konttinen 2004, 75–76.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavat odottavat saavan apua voimavarojen heikentyessä ja arkisten asioiden hoitamisen vaikeutuessa. Toisaalta hyväkuntoisena ikääntyneenä halutaan auttaa muita. Aikuisten lasten antaman omaishoidon tutkimuksen mukaan sosiaalinen verkosto voi auttaa vastuullisen hoivan antajan taakkaa (Tolkacheva, Van Groenou, De Boer & Van Tilburg 2011, 46). Auttajien verkoston tulee jakaa antamaansa hoivaa useammille ja annettavan tuen on oltava pitkäaikaista. Toisaalta jos tukiverkoston jäsenet ovat erimielisiä hoivan antamisesta, se lisää vastuullisen hoivan antajan taakkaa. (Tolkacheva ym. 2011, 46.) Suomalaisiin perheisiin ja sukuihin kohdistuneen tutkimuksen mukaan suuriin ikäluokkiin kuuluvat antoivat eniten käytännön apua omille lapsilleen ja vasta sen jälkeen vanhemmille ja puolison vanhemmille. Annettu apu oli yleisesti kuljetusapua tai apua kotiaskareissa. (Haavio-Mannila, Majamaa, Tanskanen, Hämäläinen, Karisto, Rotkirch & Roos 2009, 54–55.)

Tutkimuksen mukaan kaikkein iäkkäimmille 80 vuotta täyttäneille on tärkeää, että he kokevat saavansa apua riittävästi ja riittävän usein. Ikääntyneet saavat apua useimmiten lapsiltaan tai puolisoltaan. Julkista kotihoitoa sai melkein joka viides 80 vuotta täyttänyt. (Vaarama ym. 2014a, 52–53.) Myös Hammarin, Rissasen ja Perälän (2008, 154) tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat tarvitsivat eniten apua raskaissa kotitöissä. Muuta apua tarvittiin ruoan valmistuksessa, peseytymisessä, ulkona liikkumisessa ja asioiden hoidossa, esimerkiksi kaupassa ja pankissa asioitaessa (Hammar ym. 2008, 154).

Lanne (2013, 265) on tutkinut kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liittyviä tarpeita ja palveluita. Kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liittyviä tarpeita ovat avun saavutettavuus, oman elämän hallinta, yhteisöön kuuluminen ja tapaturmien ennaltaehkäisy. Saavutettavuudella ymmärretään sekä palvelun että tiedon saavutettavuutta. Ikäihminen mieltää tärkeäksi palveluntarjoajan luotettavuuden. Oman elämän hallintaan sisältyy mahdollisuus liikkua esteettömästi. Yhteisöllisyyttä ikäihmiset kokevat naapuriavussa. Tapaturmien riskiä ikääntyneen kotona voi pienentää kiinnittämällä huomiota paloturvallisuuteen, asumisolosuhteisiin ja saatavilla oleviin apuvälineisiin. (Lanne 2013, 270–271.)

Haastateltavat uskoivat teknologisten ratkaisujen tulevan auttamaan kotona asumista. Teknologisilla ratkaisuilla tarkoitetaan teknisiä järjestelmiä, joissa on älykkyyttä eli järjestelmät pystyvät viestimään käyttäjien kanssa ja toimimaan osana laajempia tietojärjestelmiä (Viirkorpi 2015, 5). Käyttäjälle kätevä teknologia -projektissa on aiemmin tutkittu ikääntyneiden kokemuksia teknologian käytöstä (Wessman, Erhola, Meriläinen-Porras, Pieper & Luoma 2013, 10). Iäkkäiden elämänlaatua voidaan parantaa teknologisilla sovelluksilla ja järjestelmillä, jos niiden käyttö on yksinkertaista ja käyttäjälähtöistä. Tämä vaatii ikääntyneille suunnattua opetusta, opastusta ja käytännön apua. (Wessman ym. 2013, 45–46.) Käytössä olevia teknologisia kotona asumiseen turvaa tuovia järjestelmiä ovat esimerkiksi kuva- ja äänivälitteiset yhteydet ja paikantavat turvarannekkeet (Viirkorpi 2015, 35–41).

Älyteknologiaan pohjautuvilla ratkaisuilla voidaan tukea ikääntyneen kotona asumista ja kohentaa ikääntyneen toimintakykyä. Älyteknologioilla tarkoitetaan ihmisen kanssa vuorovaikutuksessa olevia turvallisuus- ja hyvinvointiteknologioita sekä tieto- ja viestintäteknologioita, joissa on tietoliikenneyhteys ja jotka pystyvät itsenäisiin päätöksiin. Teknologiset ratkaisut auttavat kotona asuvan ikäihmisen arkea esimerkiksi kodin turvallisuudessa ja avustavissa toiminnoissa. (Pietiläinen, Ranta-aho, Saarni, Salin, Vehviläinen & Vänni 2017, 24–25.)

Ikääntyneille kohdennettu teknologia on suunniteltu ylläpitämään ja vahvistamaan ihmisen elämänlaatua. Teknologian kehitys on kohdistunut ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, liikkumisen tukemiseen, sosiaalisten suhteiden

ylläpitoon, turvallisuuteen sekä arkipäivän ja vapaa-ajan toimintojen tukemiseen. Teknologian sovellukset tukevat näitä toimintoja seuraamalla ja mittaamalla ihmisen toimintoja ja ympäristöä, määrittelemällä oireita ja antamalla hoitoa. (Schulz, Wahl, Matthews, De Vito Dabbs, Beach & Czaja 2015, 726.) Terveyttä tuetaan esimerkiksi puettavilla sensoreilla, jotka mittaavat sykettä, verenpainetta, lämpötilaa ja liikkumisen aktiivisuutta. Ikääntyneen tarvitseman kotihoidon tueksi teknologian sovellukset esimerkiksi tarjoavat ohjelmia masennuksesta kärsiville tai valmennusohjelmia pitkäaikaissairaille noudattamaan ruokavaliota ja lääkitystä ja tukemaan liikuntaharjoituksia. (Schulz ym. 2015, 727.)

Kotiin sijoitettavan teknologian suunnittelua ohjaavat eettiset periaatteet. Teknologia ei saa loukata ihmisarvoa eikä tuottaa häpeää tai leimautumisen pelkoa. (Leikas & Launiainen 2016, 43.) Huomaamattomasti sijoitettu teknologia auttaa huomaamaan muistisairaana toimintakyvyn muutoksia varhaisessa vaiheessa (Leikas & Launiainen 2016, 16). Tietoa voidaan kerätä kodin laitteiden käyttökerrojen määrästä, mikä auttaa havaitsemaan ihmisen toimintakuntoisuuden muutoksia (Uusiteknologia.fi 2017). Järjestelmät voivat seurata ihmisen toimintakyvyn muutoksia keräämällä tietoa kodissa liikkumisesta, mutta ne eivät kerää kuvaa eikä tietoa, joista henkilön voisi tunnistaa (Leikas & Launiainen 2016, 41).

Älyteknologian turvallisuutta lisäävillä ratkaisuilla voidaan tukea ikääntyneiden kotona asumista. Mikäli henkilö antaa luvan itsensä paikantamiseen, henkilö voidaan ulkotiloissa paikantaa matkapuhelinverkkojen kattavuusalueella matkapuhelimen paikannuksella ja laajemmalla satelliittipaikannusjärjestelmällä. Sisätiloissa henkilön liikkumista on mahdollista seurata huoneistoon asennetuilla radiotaajuuksilla toimivilla paikannuslähettimillä. (Forsberg 2012, 6–8.) Automaattinen paloilmoinjärjestelmä ja liesien aikarajoitteiset toiminnot tuovat turvaa etenkin muistisairauksista kärsiville (Hämäläinen, Lanne, Jännes, Hanski, Rytönen & Reisbacka 2014, 37).

Haastateltavien näkemys palvelurobotteihin oli varauksellista. Robotit soveltuvat paremmin rutiininomaisiin tehtäviin, mutta inhimillistä hoiva ja sosiaalista kanssakäymistä robotit eivät korvaa. Suhtautumista hoivarobotteihin kysyttiin myös hyvinvointipalveluiden tulevaisuustutkimukseen liittyvässä kansalaisraadissa (Sorri

2017). Raatilaisten mukaan ketään ei saa pakottaa käyttämään hoivarobottia. Hoivatyössä käytettävästä robotiikasta toivottiin enemmän tietoa. Robottien tulee olla turvallisia käyttää ja käytön vastuiden tulee olla selkeitä. Kaikilla tulee olla halutessaan tasavertaisesti mahdollisuus käyttää saamassaan hoivassa robotiikkaa. Raatilaisten yhteinen mielipide oli myös, että inhimillistä hoivaa ja sosiaalista vuorovaikutusta robotit eivät saa syrjäyttää. (Sorri 2017.)

Suomalaiset suhtautuvat myönteisesti robotteihin. Suomalaisista 87 prosenttia kokee robottien olevan hyväksi yhteiskunnalle, sillä ne auttavat ihmisiä. Lähes puolet suomalaisista hyväksyy seura- ja hoivarobotit vanhuksien avuksi. Kuitenkin vanhemmat ihmiset suhtautuvat nuorempia hieman kielteisemmin robotteihin, sillä neljä kymmenestä 55 vuotta täyttäneestä hyväksyy robotit hoivassa. (European Commission 2015.) Hoivarobotit hyväksytään paremmin, jos ihmiset saavat lisää tietoa hoivaroboteista ja hyödyistä, kuinka hoivarobotit voivat lisätä ikääntyneiden riippumattomuutta ja itsenäisyyttä (ROSE Consortium 2017, 14). Suomessa yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa avustavia robotteja hyödynnetään leikkausoperaatioissa ja tekoälyä etädiagnostiikassa. Useiden kuntien kotihoitopalveluissa on käytössä etäläsnäoloteknologian sovelluksia, joissa asiakas on etäyhteyslaitteistojen välityksellä yhteydessä ja vuorovaikutuksessa kotihoitopalveluun. (ROSE Consortium 2017, 11–12.)

Japani on teollisuusrobotiikan edelläkävijävaltio maailmassa, ja valtio tukee robotiikan kehitystyötä hoiva-alalla. Väestörakenteen muutokset eli ikääntyvän väestön määrän kasvu ja syntyvyyden lasku lisäävät terveystalouden tarvetta. (Yuma 2017, 12.) Hondan (2016) mukaan hoiva-ala keskittyy liikaa apua tarvitsevan riskiin ja turvautuu liian paljon käyttämään pyörätuolia ja muita liikkumisen apuvälineitä sen sijaan, että rohkaisee ikääntyviä liikkumaan. Robotiikka voi lisätä apua tarvitsevien ihmisten itsenäisyyttä ja vastuuta. Palvelurobotit tarjoavat kaikille ikäryhmille hyvinvointia ja pienentävät kansallisia terveydenhuollon menoja. (Honda 2016.) Kehittämällä robotiikkaa hoitotyön ja hoitotyöntekijöiden avuksi Japani pyrkii helpottamaan hoitoalan työntekijäpulaa ja lisäämään työn tehokkuutta (Yuma 2017, 23). Robotilla tarkoitetaan konetta tai mekanismia, joka sisältää tunnistimia (sensoreita), älykkyyttä ja liikemekanismeja (Yuma 2017, 15).

Japanin asettaman strategian mukaan robotiikassa keskitytään hoiva-alalla viiteen toimintoalueeseen. Hoivarobottien odotetaan auttavan nousemaan sängystä, antavan kävelytukea ja apua peseytymisessä ja WC-käynneillä sekä valvovan esimerkiksi dementiaasta kärsivien tilaa. (Ministry of Economy, Trade and Industry 2015, 64–66.) Robotit voivat myös avustaa ruokailussa ja yhteydenpidossa (Yuma 2017, 41).

Tutkittavat suunnittelivat korvaavansa työssäkäyntiä mielekkäällä tekemisellä ja liikunnalla. Psykkisen hyvinvoinnin seuruututkimuksessa Lampinen (2004, 39) totesi ikääntyvällä hyvän liikkumiskyvyn ennustavan hyvinvointia. Liikkumiskyvyn heikkeneminen ja harrastusten väheneminen ennustivat heikentyvää psyykkistä hyvinvointia (Lampinen 2004, 60).

Osa haastateltavista oli huolissaan toimeentulon riittävydestä siirryttäessä eläkkeelle. Eläkeläisten toimeentulosta tehdyn pitkäaikaisen tutkimuksen mukaan eläkkeelle jäädessä nuorempien sukupolvien eläke on suurempi kuin vanhempien sukupolvien eläke (Rantala, Kuivalainen, Nyman & Lampi 2017, 76). Myös Rantala ja Suoniemi (2011, 4) tutkivat toimeentulon muuttumista eläkkeelle siirryttäessä. Välittömästi eläkkeelle siirryttäessä toimeentulo ei olennaisesti muutu, sillä eläkkeelle jäätessä ansiotyö voi edelleen jatkua, progressiivinen verotus tasaa tuloeroja ja eläkeläisellä voi olla myös muita tuloja. Toimeentulon riski kuitenkin kasvaa, kun eläkeläinen jää yksin omien tulojen varaan. (Rantala & Suoniemi 2011, 14.)

Ikääntyneiden taloudellinen asema Suomessa on parantunut 1960-luvun alussa perustettujen ansioeläkejärjestelmien kehittyessä (Koskinen 2007, 29). Eläkkeiden taso nousi, kun yleinen ansiotaso kohosi, naiset kävivät ansiotöissä enemmän ja pienet eläkkeet päättyivät (Tuominen, Kannisto & Nyman 2006, 53). Eläkkeelle siirtyvät säilyttävät kohtuullisen kulutustason, mikä on eläkejärjestelmän tavoite (Rantala 2003, 103). Yli 60-vuotiaiden mielestä heidän taloudelliseen tilanteeseen vaikuttavat eniten tulot ja eläkkeet sekä asunto ja muu omaisuus. Kuitenkin myös hyvä terveys ja perheen tuki lisäävät taloudellista turvallisuutta. (Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999, 37.) Eläkeläisten köyhyysriski on

palkansaajia korkeampi, ja eläkeläiset ovat lukumääräisesti suurin ryhmä köyhyysrajan alapuolella elävistä (Vaalavuo & Moisio 2014, 107). Suhteellisesti köyhiä ovat kotitaloudet, joiden tulotaso on alle köyhyysrajan eli tulotaso on alle 60 prosenttia keskimääräisestä tulotasosta (Vaalavuo & Moisio 2014, 101).

9.3 Odotuksia sosiaali- ja terveystalvueluilta

Tutkittavien työelämän jälkeisiin sosiaali- ja terveystalvueluiden odotuksiin vaikuttavat aiemmat palvelukokemukset ja toisten kertomat palvelukokemukset. Perusterveydenhuoltoon pääsyn nopeutta arvostetaan. Haastateltavat kertoivat hakeutuneensa yksityisen palveluntarjoajan luo saadakseen nopeammin apua. Haastateltavat toivovat kokonaisvaltaista hoitoa, sillä he kokevat itsensä unohde-tuiksi yksittäisten hoitovaiheiden jälkeen. Myös Zeithamlin ym. (1990, 19) mukaan asiakkaan aiemmat kokemukset saamastaan palvelusta ja toisten asiakkaiden kertomat kokemukset hyvästä palvelusta vaikuttavat palveluodotuksiin. Ystävien ja naapureiden suositukset lisäsivät asiakkaan odotuksia palvelusta. (Zeithaml ym. 1990, 19).

Tutkittavat odottivat palveluntarjoajilta osaamista ja ammattitaitoa. Terveystalvuel- ja sairaanhoitopalveluita käyttävällä on Suomessa oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Valvira ja aluehallintovirastot valvovat viranomaisina terveydenhuollon toimintaa (Sosiaali- ja terveystalvuelalan lupa- ja valvontavirasto 2008). Suurimmassa osassa Euroopan unionin jäsenvaltioita lääkäreiden toimiluvat ovat määräaikaista (Halila 2014, 326). Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilön veloitetaan ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Tutkimukseen osallistuneet pitivät lääkärisä käynnin palvelutilanteissa vuorovai- kutustaitoja tärkeinä. Sosiaali- ja terveystalvueluissa toimitaan ihmisten parissa, missä korostuu läsnäolo ja luottamus auttajan ja autettavan välillä. Potilaan omaa arviota ja kertomusta tulisi kuunnella. Hoivapalvelussa avustajalta odotetaan luotettavuutta. Mattilan (2001, 62) tutkimuksen mukaan sairaalan vuodeosastolla

sekä potilaat että hoitajat toivoivat toisiltaan vuorovaikutuksessa yhteistyökumppanuutta. Kumppanuudessa hoitaja kuuntelee potilaan ehdottamia hoitotoimia ja mielipiteitä. Tämä lisää luottamusta potilaan ja hoitajan välillä. (Mattila 2001, 63.) Potilas koki turvallisuutta, jos hoitaja oma-aloitteisesti ennakkoon kertoi tulevat hoitotapahtumat (Mattila 2001, 107). Rosqvistin (2003, 92) tutkimuksessa enemmistö sairaalan sisätautien klinikan vuodeosaston potilaista koki hoidon aikana itsemääräämisoikeuden toteutuvan ja pystyvän vaikuttamaan hoitotoimenpiteisiin. Potilaat tunsivat mielipahaa, jos he kokivat yksityisyytensä loukatuksi (Rosqvist 2003, 94).

Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivoivat yhdenvertaisia mahdollisuuksia saada hoitoa. Nykyisten terveystalouksien toteutumiseen vaikuttivat 1960- ja 1970-luvuilla terveystalouksjärjestelmän, sairausvakuutuksen ja työterveyshuollon uudistukset (Harjula 2015, 309). Työterveyshuolto ja yksityiset palvelut tulivat osaksi terveystalouksia, sillä julkisia palveluita ei ollut tarjolla riittävästi (Harjula 2015, 309). Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (2000) esitti jo vuonna 2000 huolensa Suomen epätasa-arvoisista terveystalouksista, sillä eräät kunnat eivät osoita riittävästi varoja terveydenhoitopalveluiden järjestämiseen. Rotkon ja Manderbackan (2015, 120) mukaan terveydenhuollon avopalveluiden kolmikanavainen rakenne rajaa ihmisten pääsyä hoitoon. Yksityisiä terveystalouksia on tarjolla vain kaupungeissa ja suuremmissa kuntakeskuksissa, ja yksityisten palveluiden asiakkaan maksuosuus rajaa pois käyttäjiä. Työterveyshuollon palvelut eivät ole tarjolla työttömille ja työvoiman ulkopuolisille. Terveystaloukskusten avoterveydenhuollon palvelut ovat ainoa kaikille terveystalouksia tarjoava kanava. (Rotko & Manderbacka 2015, 120.) Keskimäen (2010, 206) mukaan keskiluokkaan kuuluvilla ja keski-ikäisillä työelämässä mukana olevilla on kolminkertainen järjestelmä saada terveystalouksia. Häkkisen ja Alhan (2006b, 37) mukaan terveystaloukslääkäriissä käyvät pienituloiset ja työterveys- ja yksityislääkäriissä suurituloiset. OECD-maihin kohdistuneen tutkimuksen mukaan Suomessa suurituloiset käyttivät lääkäripalveluita tarpeeseen nähden pienituloisia enemmän (van Doorslaer, Masseria & OECD Health Equity Group 2004, 25).

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuudeksi huolehtia asukkaiden palveluiden järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan. Palvelut on järjestettävä asukkaita lähellä, mutta palveluita voidaan alueellisesti keskittää, jos se on perusteltua laadun turvaamiseksi. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön mukaan palveluiden tavoitteita ovat yhdenvertaisuus, tarpeenmukaisuus ja vaikuttavuus. Pitkäaikaisissa terveysongelmissa potilaalle on tärkeää päästä hoitoon, saada oikea-aikaista hoitoa ja asioida joustavasti palveluntuottajan kanssa sekä saada riittävästi tietoa. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017b, 18.)

Alueellisessa terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa 28,8 prosenttia Suomen väestöstä koki saaneensa riittämättömästi terveyskeskuslääkäripalveluita. Pohjois-Karjalassa noin joka kolmas koki terveyskeskuslääkäripalvelut riittämättömiksi. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2015.) Kiireettömään hoitoon pääsy aika avosairaanhoidon lääkäri vastaanotolle vaihtelee maakunnittain. Esimerkiksi vuoden 2017 lokakuussa yli kolmen kuukauden jonotusaika oli yleisintä Uudellamaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Nopeinta hoitoonpääsyä oli Keski-Pohjanmaalla, Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b, 1.) Pääsyä hammaslääkärille odotti yli kolme kuukautta 17 prosenttia asiakkaista. Suomalaisen hyvinvointi ja palvelut -kyselytutkimuksen aineistosta tehdyn tutkimuksen mukaan terveyskeskuslääkäriin pääsyä odotettiin keskimäärin neljä viikkoa, terveyskeskuksen hammaslääkäriin 20 viikkoa ja sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen 12 viikkoa. Yksityislääkäriin pääsyä odotettiin keskimäärin kolme viikkoa. (Nguyen & Seppälä 2014, 199.)

Hallituksen esityksessä laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas voisi valita suoran valinnan palveluita ilman erillistä palvelutarpeen arviointia (Hallituksen esitys 16/2018, 217). Suoran valinnan palveluita olisivat neuvonta- ja ohjauspalvelut sekä nykyiset perustason terveydenhuollon palvelut ja terveystarkastukset. Näitä palveluita tuottaisivat yleislääkäritasoiset sosiaali- ja terveyskeskukset. Esityksen mukaan suoran valinnan palveluiksi suunniteltavien palveluiden nykyinen saatavuus on ongelmallista, sillä perusterveydenhuollon palveluun pääsyä odotetaan pitkään. Palveluyksiköiden määrää

nostamalla valinnanvapauden myötä asiakkaiden hoitoon pääsyn odotetaan nopeutuvan. (Hallituksen esitys 16/2018, 338–339.)

Tässä tutkimuksessa haastateltavat kokivat monivaiheisen hoidon ongelmalliseksi. Yhden hoitovaiheen päättyessä eli palveluketjun katketessa asiakas ei voi jatkaa hoitosuhdetta tutussa ympäristössä vaan joutuu hakeutumaan uudestaan perusterveydenhuoltoon eli aloittamaan palveluprosessin alusta. Finne-Soverin (2016, 1739) mukaan kotihoidon palvelut ovat pirstaloituneita ja tukevat heikosti sairaalasta kotiin palaavia. Ehdotetussa valinnanvapauslainsäädännössä hoitosuhteen jatkuvuutta tavoitellaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisellä palvelutarpeen arvioinnilla ja asiakassuunnitelmalla (Hallituksen esitys 16/2018, 11). Maakunnan liikelaitoksella olisi kokonaisvastuu asiakkaan palvelutarpeen arvioinnista ja asiakassuunnitelmasta. Suoran valinnan palveluntuottaja arvioisi palvelutarpeen ja laatisi asiakassuunnitelman suoran valinnan piirissä olevista palveluista. Palveluntuottaja ohjaisi asiakkaan maakunnan liikelaitokseen, jos asiakkaalla on tarvetta maakunnan liikelaitoksen tuotantovastuulla olevaan palveluun. Asiakkaan tiedot olisivat eri tuottajien saatavilla Kanta-palvelun kautta. (Hallituksen esitys 16/2018, 99–100.)

Haastateltavat kokivat sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä julkiseksi palveluksi. Samanlaiseen tulokseen ovat päätyneet Muuri ja Manderbacka (2014, 260) selvittäessään suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustaa. Julkisten sosiaali- ja terveystalouden tuottaminen koettiin tärkeäksi ja palveluiden rahoitusta haluttiin kasvattaa. Myös yksityisiä palveluita haluttiin lisätä, sillä ne täydentävät julkisia palveluita. (Muuri & Manderbacka 2014, 267–268.)

Tutkimukseen osallistuneet pitivät yksityistä terveydenhuoltoa julkista terveydenhuoltoa täydentävänä. Tutkittavien mukaan yksityislääkäriin pääsee julkisen palvelun lääkäriä nopeammin. Myös valtioneuvoston asettamassa palvelusetelikeilussa mukana olleiden asiakkaiden yleisin syy siirtyä yksityisen palveluntarjoajan asiakkaaksi oli lääkäriaikojen saatavuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 15). Nguyenin ja Seppälän (2014, 206) mukaan julkisen tervey-

denhuollon palveluissa hoitoon pääsy ei ole yhtä nopeaa kuin yksityisen terveydenhuollon palveluissa. Työ- ja elinkeinoministeriön (2015, 26) tilaaman tutkimuksen mukaan kuluttajat ovat valmiita maksamaan osan itse yksityisistä palveluista, koska he kokevat pääsevänsä palveluiden piiriin nopeammin yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Muita syitä hakeutua yksityisten palveluiden piiriin olivat palveluiden laatu ja sujuva palvelu (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015, 26).

Tutkittavat toivoivat saavansa enemmän ja helpommin tietoa ikääntyneiden palveluista. Myös hallituksen esityksessä laiksi valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa todetaan, että asiakkailta ei ole saatavissa tarvittavaa tietoa yhteneväisesti palveluyksikön valinnasta ja saatavissa olevista palveluista (Hallituksen esitys 16/2018, 41–42). Palvelusetelin käyttöönottokokeilussa asiakailta kerätyn palautteen perusteella asiakkaat toivovat palveluntuottajilta henkilökohtaista ja kohdennettua viestintää saatavilla olevista palveluista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 59).

Kansalaisille suunnatuissa julkisissa sosiaalipalveluissa tieto- ja viestintäteknologiaa hyödynnetään useimmiten palveluiden tiedottamisessa ja asiakaspalautteen antamisessa. Sosiaalipalveluiden verkkosivuilla tiedotetaan yleisesti myös hyvinvointia tukevista palveluista. Sosiaalipalveluiden asiakasryhmille suunnatuissa sähköisissä palveluissa yleisintä on mahdollisuus hakeutua palveluun. Etäpalvelua videoneuvotteluna asiakkaan ja työntekijän välillä on tarjolla noin joka kolmannella julkisen sosiaalipalvelun tuottajalla. Asiakkaat voivat usein myös itse suorittaa avuntarpeen arviointitestejä ja laskea etuuksia. Vähemmän on tarjottu asiankäsittelyn sähköistä seuraamista ja vertaistukiryhmätoimintaa. (Kärki & Ryhänen 2015, 57–59.) Yksityiset sosiaalipalveluntuottajat eivät kovin yleisesti järjestä asiakkailleen sähköisiä palveluita, sillä yhdistyksistä 60 prosenttia ja yrityksistä 80 prosenttia ei tarjoa lainkaan sähköisiä palveluita (Kärki & Ryhänen 2015, 86–87). Sosiaalityön neuvontaa annetaan myös pikaviestinpalveluna, jossa asiakas ja sosiaalityöntekijä ovat reaaliaikaisesti yhteydessä kirjoittamalla (Salmela & Mämmi-Laukka 2017, 163).

Teknologiset sovellukset muuttavat sosiaalipalveluiden toimintatapoja. Asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden kohtaaminen kasvotusten säilyy sosiaalityössä keskeisenä, sillä asioiden selvittely perustuu luottamukseen ja vastavuoroisuuteen. Asiakaspalvelu toimistoissa säilyy, mutta tarjolle tulee vaihtoehtoisia palvelumuotoja. (Pohjola 2014, 127.) Harvaan asutuilla alueilla palveluita voidaan tuoda lähemmäksi asiakkaita liikkuvina palveluina (Lehtola 2007, 80). Julkisen hallinnon asiakaspalvelun saatavuutta ja toiminnan tehokkuutta parannetaan yhteispalvelun asiointipisteillä (Laki julkisen hallinnon yhteispalvelusta 223/2007). Yhteispalvelupisteessä toimeksisaaja hoitaa yhteispalvelusopimuksen perusteella valtion ja kunnan viranomaisten avustavia asiakaspalvelutehtäviä yhteistyössä. Asiakaspalvelupisteiden toimintaa ehdotetaan kehitettäväksi palvelutapahtumia monipuolistamalla. Palveluntuottaja voi tavata asiakkaan palvelupisteessä, palvelua annetaan etäpalvelulaitteistolla ja palvelutapahtuma voidaan panna vireille yleistä neuvontaa antamalla. (Valtiovarainministeriö 2013, 37–38.)

Haastateltavat pitivät palveluiden keskittämistä ongelmallisena, koska kiireellisen avun saaminen koettiin vaarantuvan, jos palvelut sijaitsevat etäällä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä synnytyspäivystyksen ja erikoissairaanhoidon palveluiden saavutettavuudesta todetaan yhdensuuntaisten matka-aikojen kasvavan harvaan asutuilla alueilla useampaan tuntiin, jos palveluyksiköitä vähennetään (Huotari, Antikainen, Pukkinen & Rusanen 2012, 49–50). Uusi perusterveydenhuollon yksittäinen ympärivuorokautinen päivystyspiste vähentää matka-aikaa hoitoon eteläisessä Suomessa vähän, mutta harvaanasutuilla alueilla enemmän (Huotari, Antikainen & Rusanen 2013, 40).

Väestörakenteen muuttuessa palveluita tarvitsevia ikääntyneitä on enemmän. Tässä tutkimuksessa osa tutkittavista ennustaa hoivavastuun siirtyvän yhteiskunnalta enemmän perheille. Ikääntyessä halutaan asua kotona, jonne odotetaan saatavan apua. Toisaalta varaudutaan palvelutarpeeseen, ja muutto palveluiden äärelle ja tarpeen mukaan palveluasuntoon on yksi vaihtoehto.

Vilkon, Muurin ja Finne-Soverin (2010, 62) mukaan perheen, omaisten, ystävien tuttavien ja naapureiden antama apu on epävirallista huolenpitoa ja auttamista.

Virallisena apuna pidetään apua, joka perustuu autettavan esittämään tarpeeseen (Vilkko ym. 2010, 62). Ikääntyneiden saamaa apua selvittävässä tutkimuksessa laitosten ulkopuolella asuvat ikääntyneet saivat enemmän epävirallista apua kuin virallista apua (Blomgren, Martikainen, Martelin & Koskinen 2006, 170–171). Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Valviran raportissa todetaan, että omaiset ja läheiset käyttävät enemmän aikaa hoivan antamiseen kuin virallinen kotihoito. Puolisot antoivat hoivaa sitä enemmän, mitä suurempi avuntarve oli. (Finne-Soveri, Heikkilä, Mäkelä, Asikainen, Vilkko, Andersson, Hammar, Jokinen & Noro 2014, 64.) Ikäihmiset ovat merkittävä läheisapua antava ryhmä, millä on myös taloudellista merkitystä (Vilkko ym. 2010, 75). Epävirallisen tahon antama apu saattaa korostua tulevaisuudessa, kun ikääntyneitä on nykyistä enemmän (Blomgren ym. 2006, 176). Tutkijat pohtivatkin, ollaanko Suomessa palaamassa kohti omaishoitoyhteiskuntaa (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010b, 279).

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselytutkimuksessa suomalaiselta aikuisväestöltä kysyttiin mielipidettä omien varojen vapaaehtoisesta käyttämisestä vanhuuden hoitomenoihin. Mitä vanhemmasta ikäluokasta oli kyse, sitä suopeammin suhtauduttiin vanhuuden hoitomenojen vapaaehtoiseen rahoittamiseen omilla varoilla. Kolme neljästä 75 vuotta täyttäneestä suhtautui vapaaehtoiseen rahoittamiseen myönteisesti. Nuorimmistakin aikuisista eli 18 vuotta täyttäneistä lähes joka toinen suhtautui asiaan myönteisesti. (Vilkko, Muuri, Saarikalle, Noro, Finne-Soveri & Jokinen 2014, 232.)

10 Pohdinta

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat seitsemän työelämässä olevaa 40–70-vuotiasta itäsuomalaista. Tutkittavat asuivat erilaisissa asuinympäristöissä niin maaseudulla kuin erikokoisissa kaupungeissa. Kohderyhmän henkilöt olivat palkansaajia ja yrittäjiä, naisia ja miehiä. Laadullisen tutkimuksen pienen aineiston perusteella tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkia itäsuomalaisia koskeviksi.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia odotuksia työelämässä toimivilla on työelämän jälkeisiltä sosiaali- ja terveystalvueluilta ja kuinka odotukset tulisi huomioida suunniteltaessa tulevaisuuden palveluita. Tutkimukseen valitut 40–70-vuotiaat käyttävät todennäköisesti tulevaisuudessa sosiaali- ja terveystalvueluita ikääntyessään nykyistä enemmän. Tutkimuskysymyksillä haettiin vastauksia vanhuskuvasta, palvelutarpeisiin vaikuttavista tekijöistä ja palveluodotuksista. Tutkimuksen kohderyhmä valittiin tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten mukaisesti edustamaan tutkimuksen kohteena olevaa perusjoukkoa eli ihmisiä, joilla on elämäkokemusta ja joille palvelutarve tulee ajankohtaiseksi tulevina vuosikymmeninä.

10.1 Aineiston luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen validiteetti tarkoittaa pyrkimystä kuvata ja raportoida tutkimus totuudenmukaisesti (Eriksson & Kovalainen 2016, 305). Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimusaineiston, tutkimuksen tulosten ja johtopäätösten välistä pätevyyttä (Eskola & Suoranta 2008, 213). Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan, ovatko tutkimuksen tulokset oikeita ja täsmällisiä tutkijan, tutkittavien tai tutkimuksen lukijan näkökulmasta (Creswell & Miller 2000, 125).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan vahvistaa luetuttamalla tutkimuksen aineisto ja tulkinta vastaajalla (Silverman 2005, 212). Tässä tutkimuksessa aineistoa ei resurssien rajoissa pystytty luetuttamaan haastateltavilla. Luotettavuutta voidaan vahvistaa myös triangulaatiolla eli tutkimusta tehdään usealla menetelmällä tai usealla aineistolla (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142). Tämän tutkimuksen toteutti yksi tutkija yhdellä aineistolla. Haastateltavien odotuksia sosiaali- ja terveystalvueluilta tutkittiin palvelutarpeiden ja vanhuskuvan näkökulmasta. Muita tutkimusmenetelmiä ei tämän tutkimustyön laajuudessa ollut käytettävissä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan osoittaa useilla kriteereillä. Tulosten oletetaan olevan totuudenmukaisia. Lukija voi dokumentaation perusteella arvioida,

kuinka hyvin tulokset kuvaavat todellisuutta ja onko päättelypolku aineistosta tuloksiin ristiriidaton. (Eriksson & Kovalainen 2016, 308.) Dokumentoin tutkimuksen vaiheet haastatteluvaiheen, sisällönanalyysin luokituksineen eli koodauksen sekä tulokset ja johtopäätökset. Tulosten ja johtopäätösten tueksi olen esittänyt ilmiön taustaa muista tutkimuksista. Tutkimusaineistoa ei ole lukenut kukaan tutkimuksen ulkopuolinen. Tutkimusaineistoa laatiessani olen sitoutunut olemaan luovuttamatta aineistoa ulkopuolisille.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös aineiston kattavuudella. Kattavuutta arvioidaan aineiston koolla sekä analyysin ja tulkinnan onnistuneisuudella. Tutkimusaineiston kokoa, tässä tutkimuksessa haastattelujen määrää, ohjaa uusien havaintojen esilletulo. Kun haastattelukertomusten sisällöt alkavat toistua haastattelujen kesken, aineisto saturoituu eli kyllääntyy. (Eskola & Suoranta 2008, 62.) Tässä tutkimuksessa haastateltavat toivat esille samoja asioita, joten aineistoksi kertyi seitsemän haastattelua. Äänitallennettua aineistoa kertyi yli kahdeksan tuntia.

10.2 Tutkimuksen eettiset valinnat

Tutkijan on noudatettava tutkimuksessaan eettisiä normeja. Tutkittavien itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan siten, että tutkittavat voivat päättää, osallistuvatko he tutkimukseen. Päätöksenteon tueksi tutkijan on kerrottava tutkittavalle tutkimuksen tarkoituksesta ja kerrottava, kuinka tutkittavan tietoja käytetään ja käsitellään tutkimuksessa. (Kvale 2007, 27.) Ottaessani yhteyttä mahdollisiin tutkittaviin kerroin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksen ja miksi on tärkeää, että tutkittava suostuisi haastateltavaksi. Tutkittavalla oli mahdollista kysyä tutkimuksesta ennen päätöstä osallistumisesta.

Tutkijan on vältettävä tuottamasta tutkimuksellaan vahinkoa tutkittavalle. Vahingoittumista vältetään huolehtimalla tutkimusaineiston tietosuojasta niin, että aineisto ei ole ulkopuolisten tiedossa. (Kuula 2011, 62.) Tässä tutkimuksessa kerroin tutkittaville ennen päätöstä osallistua tutkimukseen haastatteluaineiston käsittelyn periaatteet.

Tutkimukseen osallistuvien yksityisyyttä kunnioitetaan. Tutkittava määrittelee, mitä tietoja hän tutkimukseen antaa. Tutkimusaineiston käsittelyssä, esimerkiksi haastatteluaineiston litteroidussa tekstissä, ei haastateltavan henkilöllisyys saa tulla ilmi. Tutkimusraportteihin otetuissa haastatteluaineiston suorissa lainauksissa ei saa olla tunnisteita, joista kävisi ilmi tutkittavan identiteetti. (Flick 2007, 75.) Tutkimusaineistoa on myös käsiteltävä tutkittavalle annettujen lupauksen mukaisesti. Tutkittavan on voitava luottaa tutkijan tutkimuksesta antamiin lupauksiin. Tutkijan oletetaan selvittävän tutkittavalle, kuinka luottamuksesta tutkimuksen aikana huolehditaan. (Mäkinen 2006, 115–116.) Tutkimuksessani haastatteluaineistojen litteroidut tekstit ja opinnäytetyö eivät sisällä tietoja, joista tutkittava voitaisiin tunnistaa. Kerroin tutkimukseen osallistuville noudattavani kirjallisessa suostumuksessa (liite 2) sovittuja tutkimusperiaatteita.

10.3 Johtopäätökset

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä on monia näkökulmia. Lainsäätäjä arvioi ja toteuttaa palveluiden uudistamista yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Väestörakenteen muutos pienentää työssäkäyvien määrää ja lisää ikääntyneiden palveluiden tarvetta. Rajalliset rahoitusresurssit lisäävät palveluiden järjestämisen haasteita.

Palveluiden käyttäjien – asiakkaiden – näkökulmaa ei tule unohtaa suunniteltaessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluita. Palveluiden käyttäjät odottavat palveluntuottajilta ammatillista osaamista ja laatua. Palveluissa tiedonsaannin ja vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu toteutettaessa laadukasta palvelua. Monivaiheisen hoidon saanti katkeamattomasti koetaan tärkeäksi. Palveluiden tulee olla yhdenvertaisesti saatavissa. Tutkittavat näkevät palveluiden keskittämisen vaarantavan saada kiireellistä hoitoa. Tutkittavien mukaan palveluiden tulee olla julkisia, joita yksityiset palvelut täydentävät. Ikääntyneenä halutaan asua kotona, jonne odotetaan saatavan palveluita tarpeen mukaan. Osa tutkittavista ennusti hoivavastuun siirtyvän tulevaisuudessa yhteiskunnalta perheille nykyistä enem-

män. Ikääntyvien ihmisten palvelutarve ja palveluodotukset määräytyvät sen mukaan, kuinka arjessa selviydytään. Palvelutarpeeseen vaikutetaan omaehtoisilla valinnoilla ja varautumalla voimavarojen vähenemiseen.

Asiakkaiden ja lainsäätäjän näkökulmat palveluista eivät välttämättä ole ristiriitaisia. Asiakkaiden palveluodotusten huomioon ottaminen palveluiden järjestämistä suunniteltaessa voi osaltaan auttaa tuottamaan vaikuttavia sosiaali- ja terveyspalveluita tulevaisuudessa.

Tutkimus keskittyi Itä-Suomessa asuvien työssäkäyvien odotuksiin palveluilta. Suomessa on kuntien erilaisen väestörakenteen ja taloudellisen kantokyvyn vuoksi alueellisia eroja palveluiden järjestämisessä. Tutkimuksen tulokset eivät kerro palveluodotuksista väkirikkaimmissa Etelä-Suomen maakunnissa. Tulosten yleistettävyyttä voitaisiin arvioida laajemmassa yhteydessä, jos palveluodotuksia tutkittaisiin myös eteläsuomalaisen väestön keskuudessa.

Lähteet

- Aalto, A., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. TOIMIA Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansainvälinen asiantuntijaverkosto.
http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf. 30.11.2017.
- Action on Elder Abuse. 2007. Briefing Paper: The UK Study of Abuse and Neglect of Older People 2007. Action on Elder Abuse.
http://www.cpa.org.uk/cpa/briefing_paper_prevalence.pdf. 21.11.2017.
- Adil, M., Al Ghaswyneh, O.F.M. & Albkour, A.M. 2013. SERVQUAL and SERVPERF: A Review of Measures in Services Marketing Research. *Global Journal of Management and Business Research Marketing*. 13 (6), 65–76.
- Ahlstén, M. 2014. Yhteenvetoa ja jatkonäkymiä. Teoksessa Ahlstén, M. (toim.). Tiedän mitä tahdon! Kokemuksia henkilökohtaisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalveluissa. Kehitysvammaliitto ja Kehitysvammaisten Palvelusäätiö, 55–59.
<http://www.kvps.fi/images/tiedostot/Blogi/Tiedan-mita-tahdon-loppuraportti.pdf>. 27.8.2016.
- Ahonen, K. & Vaittinen, R. 2015. Eläkeikäisten kulutus Suomessa 1985–2012. Eläketurvakeskuksen raportteja 06/2015. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Airio, I., Moisio, P. & Niemelä, M. 2004. Intergenerational Transmission of Poverty in Finland in the 1990s. Series C:13. Department of Social Policy, University of Turku. Turku: Turun yliopisto.
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Alcock, P. 2001. The Comparative Context. Teoksessa Alcock, P. & Craig, G. (toim.). *International Social Policy. Welfare Regimes in the Developed World*. New York: Palgrave, 1–25.
- Allin, S. & Rudoler, D. 2016. The Canadian Health Care System, 2015. Teoksessa Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. & Sarnak, D. (toim.). *2015 International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund, 21–30.
- Alsop, R. & Heinsohn, N. 2005. Measuring Empowerment in Practice: Structuring Analysis and Framing Indicators. Policy Research Working Paper; No. 3510. World Bank, Washington, DC.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/8856>. 25.11.2017.
- Alzheimer Europe. 2005. Iceland 2005: Home care. <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2005-Home-care/Iceland>. 18.4.2017.
- Anttonen, A. 2011. Hoivan sosiaaliset merkitykset. Teoksessa Kotiranta, T., Niemi, P. & Haaki, R. (toim.). *Sosiaalisen toiminnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 135–151.

- Anttonen, A. & Meagher, G. 2013. Mapping marketisation: concepts and goals. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 13–22.
- Armstrong, P. 2013. Regulating care: lessons from Canada. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 217–227.
- Baltes, P.B. & Baltes, M.M. 1990. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Teoksessa Baltes, P.B & Baltes, M.M. (toim.). Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press, 1-34.
- Banerjee, A. 2013. The regulatory trap: Reflections on the vicious cycle of regulation in Canadian residential care. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 203–215.
- Bass, S.A. & Caro, F.G. 2001. Productive aging. A Conceptual Framework. Teoksessa Morrow-Howell, N., Hinterlong, J. & Sherraden, M. (toim.). Productive aging. Concepts and Challenges. Baltimore: the Johns Hopkins University Press, 37–78.
- Berg, A., Erlingsson, C. & Saveman, B-I. 2001. Global response against elder abuse. Report from Sweden. World Health Organization. http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_ea_swe.pdf. 21.11.2017.
- Bertelsen, T. & Rostgaard, T. 2013. Marketising in eldercare in Denmark: free choice and the quest for quality and efficiency. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 127–161.
- Bettio, F. & Plantenga, J. 2004. Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics* 10 (1), 85–113.
- Bitner, M.J., Booms, B.H. & Mohr, L.A. 1994. Critical Service Encounters: The Employee's Viewpoint. *Journal of Marketing* 58 (4), 95–106.
- Bitner, M.J., Booms, B.H. & Tetreault, M.S. 1990. The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. *Journal of Marketing* 54 (1), 71–84.
- Blomgren, J., Martikainen, P., Martelin, T. & Koskinen, S. 2006. Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2), 167–178.
- Bonoli, G. 1997. Classifying Welfare States: a Two-dimension Approach. *Journal of Social Policy* 26 (3), 351–372.
- Brommels, M., Aronkytö, T., Kananoja, A., Lillrank, P. & Reijula, K. 2016. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Bräysy, O., Arola, J., Dullaert, W. & Väisänen, J. 2012. Planning strategies for home care services. VASKE project. Joensuu: North Karelia University of Applied Sciences.

- Bräysy, O., Arola, J. & Väisänen, J. 2012. Optimoinnin mahdollisuudet kotihoidossa. Teoksessa Isoaho, K. & Viita, M. (toim.). VASKE Väljästi asuttujen alueiden sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen Pielisen Karjalassa ja Ylä-Savossa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja C:66. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, 43–49.
- Bury, M. 1995. Ageing, Gender and Sociological Theory. Teoksessa Arber, S. & Ginn, J. (toim.). Connecting Gender and Ageing. A Sociological Approach. Buckingham: Open University Press, 15-29.
- Börsch-Supan, A. 2005. Suomen vuoden 2005 eläkeuudistus. Kansantaloudellinen aikakauskirja 101 (1), 52–71.
- Canadian Life and Health Insurance Association. 2018. Canadian Life and Health Insurance Facts, 2018 Edition.
[https://www.clhia.ca/web/clhia_lp4w_Ind_webstation.nsf/resources/Factbook_2/\\$file/2018+FB+EN.pdf](https://www.clhia.ca/web/clhia_lp4w_Ind_webstation.nsf/resources/Factbook_2/$file/2018+FB+EN.pdf). 9.1.2019.
- Cohen, S. 2004. Social Relationships and Health. *American Psychologist* 59 (8), 676–684.
- Coleman, P. 2001. Adjustment in Later Life. Teoksessa Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. (toim.). Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology. London: SAGE Publications Ltd, 97–132.
- Cornwell, E.Y. & Waite, L.J. 2009. Measuring Social Isolation Among Older Adults Using Multiple Indicators From the NSHAP Study. *Journal of Gerontology: Series B* 64 (S1), 38–46.
- Cotten, S.R., Anderson, W.A. & McCullough, B.M. 2013. Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 15 (2).
<http://www.jmir.org/2013/2/e39/>. 19.12.2017.
- Clarke, J. 2006. Consumers, clients or citizens? Politics, policy and practice in the reform of social care. *European Societies* 8 (3), 423–441.
- Creswell, J.W. & Miller, D.L. 2000. Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory into Practice* 39 (3), 124-130.
- Cronin, Jr, J.J. & Taylor, S.A. 1992. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 56 (3), 55–68.
- Dey, I. 1993. *Qualitative Data Analysis. A User-Friendly Guide for Social Scientists*. London: Routledge.
- van Doorslaer, E., Masseria, C. & OECD Health Equity Group. 2004. Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD Health Working Paper No. 14. Paris: OECD.
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2016. *Qualitative Methods in Business Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Erkkilä, S. 2015. "Asiakkaat ovat ihmisiä – eivät prosentteja" Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä. Helsinki: SuPer ry.
- Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M. & Trydegård, G. 2013. Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 23–83.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

- Esping-Andersen, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. 2002. *Towards the Good Society, Once Again?* Teoksessa Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. & Myles, J. (toim.). *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 1–25.
- European Commission. 2015. *Special Eurobarometer 427: Autonomous Systems. Volume C: Country/socio-demographics. VolumeCFIEB824CNECTautonsyst20141212.xls*. Brussels: European Commission. https://data.europa.eu/euodp/fi/data/dataset/S2018_82_4_427_ENG/resource/55d52628-15c7-465f-a4d2-4edaca9d9157. 9.1.2019.
- Finne-Soveri, H. 2016. Löytyykö monisairaalle vanhukselle kuntouttava hoitopolku sairaalasta kotiin? *Lääkärilehti* 71 (24), 1739–1740.
- Finne-Soveri, H., Heikkilä, R., Mäkelä, M., Asikainen, J., Vilkkko, A., Andersson, S., Hammar, T., Jokinen, S. & Noro, A. 2014. Mitä on huomioitava vanhusten laitoshoidon vähennettäessä. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.). *Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 56–70.
- Flick, U. 2007. *Designing Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Forsberg, K. 2012. Teknologia avuksi ihmisten ja esineiden paikantamisessa. *KÄKÄTE-oppaita* 3/2012. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry.
- Frey, B. 2011. Public support. Teoksessa Towse, R. (toim.). *A Handbook of Cultural Economics, Second Edition*. UK: Edward Elgar Publishing Limited, 370–377.
- Garvin, D.A. 1984. What Does "Product Quality" Really Mean? *Sloan Management Review* 26 (1), 2543. <http://sloanreview.mit.edu/article/what-does-product-quality-really-mean>. 4.10.2017.
- George, L.K. 2011. Perceived Quality of Life. Teoksessa Binstock, R.H. & George, L.K. (toim.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Burlington: Elsevier, 320–336.
- Giddens, A. 1994. *Beyond Left and Right. The Future of Radical Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Goldman, D. & McGlynn, E. 2005. *U.S. Health Care. Facts About Cost, Access and Quality*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Gremler, D.D. 2004. The Critical Incident Technique in Service Research. *Journal of Service Research* 7(1), 65–89.
- Grignon, M. & Bernier, N. 2012. *Financing Long-Term Care in Canada. IRPP Study 33*. Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Grönroos, C. 1998. *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Porvoo: WSOY.
- Grönroos, C. 2007. *Service Management and Marketing. Customer Management in Service Competition*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Grönroos, C. 2009. *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Helsinki: WSOYpro.

- Gunawardane, G. 2010. An Assessment of the Dynamic Nature of Customer Expectations in Service Encounters. *California Journal of Operations Management* 8 (1), 44–53.
- Haapola, I., Vaara, E. & Karisto, A. 2013. Koettu hyvinvointi. Teoksessa Haapola, I., Karisto, A. & Fogelholm, M. (toim.). Vanhuusikä muutoksessa. Ikihyvä Päijät-Häme –tutkimuksen tuloksia 2002-2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmän julkaisuja 72, 2013. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöryhmä, 83–89.
- Haarni, I. 2009. ”Pitää lähteä liikkeelle” – aktiivisten eläkeikäisten selityksiä kansalais- ja vapaaehtoistoimintaan osallistumiselle. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (2), 81–94.
- Haavio-Mannila, E., Majamaa, K., Tanskanen, A., Hämäläinen, H., Karisto, A., Rotkirch, A. & Roos, J.P. 2009. Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus Suomessa. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 107. Helsinki: Kela.
- Hakonen, S. 2008a. Kolmas ikä voimaantumisen aikana. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 153–159.
- Hakonen, S. 2008b. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.). Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–152.
- Halila, H. 2014. Lääkärien täydennyskoulutuksesta osaamisen arviointiin. *Finnanest* 47 (4), 324–327.
- Hallituksen esitys 155/2012 eduskunnalle talous- ja rahaliiton vakaudesta, yhteensovittamisesta sekä ohjauksesta ja hallinnasta tehdyn sopimuksen hyväksymisestä sekä laiksi sopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta ja sopimuksen soveltamisesta sekä julkisen talouden monivuotisia kehyksiä koskevista vaatimuksista.
- Hallituksen esitys 324/2014 eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- Hallituksen esitys 15/2017 eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.
- Hallituksen esitys 47/2017 eduskunnalle laeiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä valtiontalouden tarkastusvirastosta annetun lain 2 §:n muuttamisesta.
- Hallituksen esitys 16/2018 eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- Hammar, T., Rissanen, P. & Perälä, M-L. 2008. Home-care clients’ need for help, and use and costs of services. *European Journal of Ageing* 5 (2), 147-160.
- Hannikainen-Ingman, K., Kuivalainen, S. & Sallila, S. 2013. Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa Kuivalainen, S. (toim.). Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Raportti 9/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 81–112.

- Harjula, M. 2015. Hoitoonpääsyn hierarkiat. Terveyskansalaisuus ja terveystalvet Suomessa 1900-luvulla. Tampere: Tampere University Press.
- Harrington, C. 2013. Understanding the relationship of nursing home ownership and quality in the United States. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 229–240.
- Harris-Kojetin, L., Sengupta, M., Park-Lee, E. & Valverde, R. 2013. Long-term care services in the United States: 2013 overview. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 3 (37). Washington, D.C.: National Center for Health Statistics.
- Health Canada. 2013. Canada Health Act Annual Report 2012–2013. Ottawa: Minister of Health of Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs/2013-cha-lcs-ar-ra/index-eng.php>. 9.1.2019.
- Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001. Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. Duodecim 117 (6), 653–660.
- Helminen, V., Vesala, S., Rehunen, A., Strandell, A., Reimi, P. & Priha, A. 2017. Ikääntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 20/2017. Helsinki: Suomen ympäristökeskus.
- Hemerijck, A. 2002. The Self-Transformation of the European Social model(s) Teoksessa Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. & Myles, J. (toim.). Why We Need a New Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 173–214.
- Hiilamo, H., Kangas, O., Manderbacka, K., Mattila-Wiro, P., Niemelä, M. & Vuorenkoski, L. 2010. Hyvinvoinnin turvaamisen rajat. Näkökulmia talouskriisiin ja hyvinvointivaltion kehitykseen Suomessa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hiilamo, H., Niemelä, H., Pykälä, P., Riihelä, M. & Vanne, R. 2012. Sosiaaliturva ja elämänvaiheet. Suomen sosiaaliturvan kehitys esimerkkien ja tilastojen valossa. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hillcoat-Nallétamby, S. 2014. The Meaning of "Independence" for Older People in Different Residential Settings. The Journals of Gerontology: Series B 69 (3), 419–430.
- Hinterlong, J., Morrow-Howell, N. & Sherraden, M. 2001. Productive aging. Principles and Perspectives. Teoksessa Morrow-Howell, N., Hinterlong, J. & Sherraden, M. (toim.). Productive aging. Concepts and Challenges. Baltimore: the Johns Hopkins University Press, 3–18.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, J., Manninen, R. & Hakaste, H. 2005. Asuntosuunnittelun ja -rakentamisen tila asukas- ja ammattilaiskyselyn valossa. Suomen ympäristö 791. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Holmlund, M. 1996. A theoretical framework of perceived quality in business relationships. Swedish School of Economics and Business Administration. Research Reports 36.
- Holmlund, M. 1997. Perceived quality in business relationships. Swedish School of Economics and Business Administration. Julkaisu 66. Väitöskirja.

- Honda, Y. 2016. Service robots using AI technology will become a good solution for the aging population. International Social Security Conference 2016. Osaka Institute of Technology. http://www.kwsp.gov.my/portal/documents/10180/5989228/2._Yukio_Honda_-_Robots_Japan_s_Future_Elderly_Care_Workers.pdf. 27.12.2017.
- Hooyman, N.R. & Kiyak, H.A. 1991. Social gerontology. A Multidisciplinary Perspective. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Hsieh, H. & Shannon, S. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9), 1277 –1288.
- Huotari, T., Antikainen, H., Pukkinen, M. & Rusanen, J. 2012. Synnytyspäivystyksen ja erikoissairaanhoidon palveluiden saavutettavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Huotari, T., Antikainen, H. & Rusanen, J. 2013. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystyspisteiden saavutettavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2013:27. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Häkkinen, U. & Alha, P. 2006a. Johtopäätökset. Teoksessa Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 90–91.
- Häkkinen, U. & Alha, P. 2006b. Avohoitopalvelut. Teoksessa Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 32–43.
- Hämäläinen, P., Kojo, H., Lanne, M., Rytönen, A. & Reisbacka, A. 2013. Ikäihmisen tulevaisuuden asuminen. Kirjallisuuskatsaus. VTT Technology 79. Espoo: VTT.
- Hämäläinen, P., Lanne, M., Jännes, J., Hanski, J., Rytönen, A. & Reisbacka, A. 2014. Ikäihmisten tarvelähtöisten palveluiden kehittäminen yritysten ja julkisten toimijoiden yhteistyönä. TupaTurva-loppuraportti. VTT Technology 155. Espoo: VTT.
- Ivarsson Westerberg, A. 2014. New Public Management och den offentliga sektorn. Teoksessa Ivarsson Werterberg, A., Waldemarson, Y. & Östberg, K. (toim.). *Det långa 1990-talet: när Sverige förändrades*. Umeå: Boréa Bokförlag, 85–119.
- Jaakkola, E. 2015. Yhteisöllisyys syrjäisellä maaseudulla asuvien ikääntyneiden arjessa. *Acta electronica Universitatis Lapponiensis* 175. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Jalava, J., Lahtinen, H., Tyvimaa, T., Vuorela, M. & Arolinna, S. 2017. Ikääntyneiden asumisratkaisujen tarve ja toteutus. Ympäristöministeriön raportteja 16/2017. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. 2017. Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Jónsson, P.V. & Pálsson, H. 2003. Toward Informed and Evidence-Based Elderly Care: The RAI Experience in Iceland. Teoksessa Milbank Memorial Fund (toim.). *Implementing the Resident Assessment*

- Instrument: Case Studies of Policymaking for Long-Term Care in Eight Countries. New York: Milbank Memorial Fund, 67–82.
- Julkunen, R. 2001. Hyvinvointiyhteiskunta – mikä se on ja mihin se kannustaa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 97 (2), 200–205.
- Julkunen, R. 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.). *Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 15–30.
- Julkunen, R. 2009. Hyvinvointivaltion idea ja pohjoismainen malli. Jyväskylän yliopisto. http://users.jyu.fi/~mjarvela/YKP-peruskurssis.09/peruskurssi_syys09.doc. 17.11.2016.
- Jylhä, M. 1990. Vanheneminen, toiminta ja vuorovaikutus. Teoksessa Pohjolainen, P. & Jylhä, M. (toim.). *Vanheneminen ja elämäntyyli. Sosiaaligerontologian perusteita*. Mänttä: Weilin+Göös, 106–134.
- Jyrkämä, J. 2005. Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Sankari, A. & Jyrkämä, J. (toim.). *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267–323.
- Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2015. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2015. ATH-taulukot. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.terveytemme.fi/ath/aikasarja2013-2015/raportti_html/ath_service_htenough_htdoc_cr.xml 15.5.2018.
- Kainulainen, S. 2016. Yksinäisen elämänlaatu. Teoksessa Saari, J. (toim.). *Yksinäisten Suomi*. Helsinki: Gaudeamus, 114–125.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 202. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kane, R.A. 2001. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist* 41 (3), 293–304.
- Kane, R.L. & Kane, R.A. 2001. What Older People Want From Long-Term Care, And How They Can Get It. *Health Affairs* 20 (6), 114–127.
- Kangas, O. 2014. Onnellisuus. Teoksessa Tulevaisuusvaliokunta (toim.). *Kestääkö hyvinvointiyhteiskunta? Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 2014: 4*. Helsinki: Eduskunta, 19–21.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansaneläkelaitos. 2018. Rahoitus. <http://www.kela.fi/rahoitus>. 9.1.2019.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kaplan, G.A., Salonen, J.T., Cohen, R.D., Brand, R.J., Syme, S.L. & Puska, P. 1988. Social Connections and Mortality From All Causes and From Cardiovascular Disease: Prospective Evidence from Eastern Finland. *American Journal of Epidemiology* 128 (2), 370–380.
- Karisto, A. 2003. Kohti hyvinvoinnin kokonaistarkastelua. Teoksessa Hirvonen, J., Konttinen, R., Haapola, I. & Karisto, A. (toim.). *Alueellinen hyvinvointibarometri. The Publication Series of the Institute for Regional Economics and Business Strategy*. Lahti: Helsinki University of Technology Lahti Center, 205–221.
- Karisto, A. & Konttinen, R. 2004. Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. *Tutkimus ikääntyvien elämäntyyliä*. Helsinki: Palmenia-kustannus.

- Karisto, A., Takala, P. & Haapola, I. 1997. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Helsinki: WSOY.
- Karsio, O. & Anttonen, A. 2013. Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 85–125.
- Karvonen, S., Kauppinen T. & Ilmarinen, K. 2010. Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 216–232.
- Kauhanen, J. 2016. Yksinäisen terveys. Teoksessa Saari, J. (toim.). Yksinäisten Suomi. Helsinki: Gaudeamus, 96–113.
- Kauppinen, T. & Karvonen, S. 2014. Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 80–97.
- Keskimäki, I. 2010. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47 (3), 201–207.
- Keskimäki, I. 2011. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä ja väestöryhmien ja alueiden välinen yhdenvertaisuus. Teoksessa Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P.M., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E. & Vuorenkoski, L. (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 82–92.
- Kiander, J. & Lönnqvist, H. 2002. Hyvinvointivaltio, sosiaalipolitiikka ja taloudellinen kasvu. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:20. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kinnunen, H. 2014. Eläkeuudistus, julkisen talouden sopeutustarve ja talouskehitys. BoF Online 2014:5. Suomen Pankki. <https://docplayer.fi/4398309-Eläkeuudistus-julkisen-talouden-sopeutustarve-ja-talouskehitys.html>. 22.9.2016.
- Kirkwood, T.B.L. 2005. Understanding the Odd Science of Aging. Cell 120 (4), 437–447.
- Kirkwood, T.B.L. 2017. Why and how are we living longer?. Experimental Physiology 102 (9), 1067–1074.
- Klavus, J. 2010. Suomalaisten terveys, terveystalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Kontio, K. 2007. Eläketurvan historia. Teoksessa Hietaniemi, M. & Ritola, S. Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskuksen käsikirjoja 2007:5. Helsinki: Eläketurvakeskus, 133–146.
- Korkman, S. 2011. Onko hyvinvointivaltiolla tulevaisuutta? Helsinki: Taloustieto Oy.
- Koskiahon, B. 2008. Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vastapaino.
- Koskinen, I., Alasuutari, P. & Peltonen, T. 2005. Laadulliset menetelmät kauppatieteissä. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

- Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Kautto, M. (toim.). Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2004:33. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 24–90.
- Koskinen, S. 2007. Ikäihmistien asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.). Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: Opetus-, kasvatus- ja koulutusalojen säätiö, 18–49.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Toiminta- ja työkyky. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 119–154.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kuusi, P. 1963. 60-luvun sosiaalipoliittika. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Kvale, S. 2007. Doing Interviews. London: SAGE Publications Ltd.
- Kytö, H. 2012. Lähipalvelujen merkitys kasvaa väestön ikääntyessä. Hyvinvointikatsaus 23 (2), 17–22.
- Kärki, J. & Ryhänen, M. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa vuonna 2014. Raportti nro 20/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012.
- Laki julkisen hallinnon yhteistalvuluista 223/2007.
- Laki kunta- ja talvuluurakenneluudistuksesta 169/2007.
- Laki omaishoidon tuesta 937/2005.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja talvuluidenhuollon talvuluusetelistä 569/2009.
- Laki sosiaali- ja talvuluidenhuollon suunnittelusta ja talvuluavustuksesta 733/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Laki talvuluidenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Laki toimeentulotuesta 1412/1997.
- Lampinen, P. 2004. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina. Studies in sport, physical education and health 99. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja talvuluystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Lanne, M. 2013. Käsityksiä kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liittyvistä tarpeista ja talvuluista. Gerontologia 27 (3), 262–276.
- Laslett, P. 1994. The Third Age, The Fourth Age and The Future. Ageing and Society 14 (3), 436–447.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö, 21–43.
- Laurinkari, J., Poutanen, V-M., Saarinen, A. & Laukkanen, T. 2005. Senioritalo ikääntyneen asumisvaihtoehtona. Kysely- ja haastattelututkimus

- Joensuussa, Kuopiossa ja Tampereella vuonna 2005. Suomen ympäristö 815. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Lawton, M. P. 1983. Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People. *The Gerontologist* 23 (4), 349-357.
- Lawton, M. P. 1991. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Teoksessa Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. & Deutchman, D. E. (toim.). *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, 3-27.
- Le Grand, J. 2007. *The Other Invisible Hand. Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Lecklin, O. 2006. *Laatu yrityksen menestystekijänä*. Helsinki: Talentum.
- Lehtola, I. 2007. Maaseudun toimintaympäristön muutos ja liikkuminen. *Tiehallinnon selvityksiä 18/2007*. Helsinki: Tiehallinto.
- Lehtola, I. 2008. Matka maalta markettiin. Liikkuminen ja palvelujen muutos itäsuomalaisella maaseudulla. *Tiehallinnon selvityksiä 25/2008*. Kuopio: Tiehallinto.
- Leikas, H. & Launiainen, J. 2016. *Anni ja Onni. Huomaamaton teknologia arjen apuna*. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:41. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.
- Liljander, V. 1995. Comparison standards in perceived service quality. Swedish School of Economics and Business Administration. *Julkaisu* 63.
- Liljander, V. & Strandvik, T. 1995. *The Nature of Customer Relationships in Services*. JAI Press Inc. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.5778&rep=rep1&type=pdf>. 8.9.2017.
- Lillrank, P. 1998. *Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Lillrank, P. & Venesmaa, J. 2010. *Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä*. Helsinki: Talentum.
- Lindell, C., Lehtonen, S. & Ryyänen, E. 2007. *Eläkkeiden rahoitus*. Teoksessa Hietaniemi, M. & Ritola, S. *Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskuksen käsikirjoja 2007:5*. Helsinki: Eläketurvakeskus, 51–68.
- Lumme-Sandt, K. 2009. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.). *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 125–144.
- Magazzino, C. 2012. Wagner's Law and Augmented Wagner's Law in EU-27. A Time-Series Analysis on Stationarity, Cointegration and Causality. *International Research Journal of Finance and Economics* (89), 205-220.
- Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R. & Huber, M. 2009. *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Martelin, T., Murto, J., Pentala, O. & Linnanmäki, E. 2014. *Terveys, terveyserot ja niiden kehitys*. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 62–79.
- Mattila, L-R. 2001. *Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen*.

- Acta Universitatis Tamperensis 816. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Melin, T., Koila, T., Tuominen-Thuesen, M. & Uotinen, S. 2012. Palveluseteliopas Käsikirja palvelusetelin käyttöönotolle ja hinnoittelulle. Helsinki: KL-Kustannus Oy.
- Middleton, S., Hancock, R., Kellard, K., Beckhelling, J., Phung, V-H. & Perren, K. 2007. Measuring resources in later life. A review of the data. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Ministry of Economy, Trade and Industry. 2015. New Robot Strategy. Japan's Robot Strategy. Vision, Strategy, Action Plan. http://www.meti.go.jp/english/press/2015/pdf/0123_01b.pdf. 28.12.2017.
- Mlinac, M.E. & Feng, M.C. 2016. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. Archives of Clinical Neuropsychology 31 (6), 506–516.
- Moisio, P. 2009. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa. Selvitys sosiaaliturvan kokonaisuudistus (Sata) -komitealle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu 2009:9. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moisio, P. 2010. Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 180–196.
- Moisio, P., Karvonen, S., Muuri, A., Vaarama, M. & Kestilä, L. 2014. Hyvinvoinnin vihollisista eriarvon vahingollisuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–12.
- Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. 2008. Johdanto. Teoksessa Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 14–26.
- Mudie, P. & Pirrie, A. 2006. Services Marketing Management. Oxford: Elsevier Ltd.
- Mullard, M. & Spicker, P. 1998. Social Policy in a Changing Society. London: Routledge.
- Murto, J., Kaikkonen, R., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M-L., Koponen, P. & Koskinen, S. 2014. Ikääntyneiden kokemukset terveydestään, toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta erityisvastuualueittain. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Muuri, A. 2008. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimeuteen. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Tutkimuksia 178. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Muuri, A. & Manderbacka, K. 2014. Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 260–269.

- Myles, J. 2002. A New Social Contract for the Elderly? Teoksessa Esping-Andersen, G. (toim.). Why we need a New Welfare State. Oxford: Oxford University Press, 130–172.
- Nemlander, A. & Sjöholm, M. 2015. Selvitys palvelusetelien käytöstä kuntien ja yhteistoiminta-alueiden sosiaali- ja terveystalouksissa sekä päivähoitossa – tilanne vuoden 2015 toukokuussa. Kuntaliitto, Sosiaali- ja terveystalouksien keskeinen yksikkö.
[https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/150820%20Palv elusetelin_kaytto2015.pdf](https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/150820%20Palv%20elusetelin_kaytto2015.pdf). 27.8.2016.
- Newman, J., Glendinning, C. & Hughes, M. 2008. Beyond Modernisation? Social Care and the Transformation of Welfare Governance. *Journal of Social Policy* 37 (4), 531–557.
- Nguyen, L. & Seppälä, T.T. 2014. Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveystalouksista. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 192–211.
- Niemelä, M. & Saarinen, A. 2015. Terveystalouksien politiikan muutokset. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L. (toim.). Terveystalouden muutokset. Tampere: Tampere University Press, 13–26.
- Niemelä, H. & Salminen, K. 2006. Suomalainen sosiaaliturva. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Eläketurvakeskus, Sosiaali- ja terveystalouksien ministeriö, Työeläkevakuuttajat ry.
- Normann, R. 2000. Service Management. Strategy and Leadership in Service Business. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Noro, A. 2011. Eroaako hoidon laatu ikäihmisten yksityisissä ja julkisissa palveluissa? Teoksessa Sinervo, T. & Taimio, H. (toim.). Ikäihmisten asumispalveluiden järjestäminen. Yksityisen ja kunnallisen tuotannon vertailua sekä kokemuksia kilpailuttamisesta. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 55–68.
- OECD. 2008. Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. Paris: OECD.
- OECD. 2016. Society at a Glance: OECD Social Indicators. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2016_9789264261488-en. 26.10.2016.
- OECD. 2017a. Preventing Ageing Unequally. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/employment/preventing-ageing-unequally_9789264279087-en. 9.1.2019.
- OECD. 2017b. Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators. Paris: OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017_pension_glance-2017-en. 9.1.2019.
- Ojasalo, J. 1999. Quality Dynamics in Professional Services. Publications of Swedish School of Economics and Business Administration. Julkaisu 76. Väitöskirja.
- Ojasalo, J. 2000. Näkökulmia laadun dynamiikan ja asiakassuhteiden hallintaan asiantuntijapalveluissa. Liiketaloudellinen aikakauskirja 49 (2), 279–289.
- Ólafsson, S. 2010. Pensions, Health and Long-term Care. Iceland. ASISP. Analytical Support of the Socio-Economic Impact of Social Protection

- Reforms. https://rafhladan.is/bitstream/handle/10802/484/0asisp_AN_R10_Iceland-1.pdf. 9.1.2019.
- Palkeinen, H. 2007. Yksinäisyys ja vanhuus – erottamaton parivaljakko? *Janus* 15 (2), 104–117.
- Palmer, A. 2014. *Principles of Services Marketing, Seventh Edition*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Palola, E. 2011. Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, E. & Karjalainen, V. (toim.). *Sosiaalipolitiikka – Hukassa vai uuden jäljillä?* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 283–309.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49 (4), 41–50.
- Parjanne, M. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pekurinen, M. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen pääpiirteet. Teoksessa Seppälä, T. & Pekurinen, M. (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2014:22. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 11–16.
- Pietiläinen, T., Ranta-aho, A., Saarni, L., Salin, S., Vehviläinen, P. & Vänni, K. 2017. Yhteisöllisyys ja kommunikaatio. Teoksessa *Ympäristöministeriö (toim.). Älyteknologiaratkaisut ikääntyneiden kotona asumisen tukena*. Ympäristöministeriön raportteja 7/2017. Helsinki: Ympäristöministeriö, 24–57.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. 2018. *Palvelutuotantosuunnitelma 2030*. *Palvelutuotantosuunnitelma 2030*. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/SiunSote/kokous/2018787-6-1.PDF>. 17.2.2018.
- Pohjola, A. 2014. Social Work, Services and Technology as Relations. Teoksessa Kilpeläinen, A & Pääkkönen, K. (toim.). *eCompetence for Social Work*. *Publications in the social sciences*. B, Research reports 64. University of Lapland, 125–131. http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61821/eCompetence_for_Social_Work_Kilpel%c3%a4inen_P%c3%a4ykk%c3%b6nen%20PDFA.pdf. 28.12.2017.
- Poikolainen, J. 2014. Lasten positiivisen hyvinvoinnin tutkimus – metodologisia huomioita. *Nuorisotutkimus* 32 (2), 3–22.
- Rantala, J. 2003. Tulojen muuttuminen siirryttäessä eläkkeelle. Teoksessa Hagfors, R., Hellsten, K., Ilmakunnas, S. & Uusitalo, H. (toim.). *Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla*. Helsinki: Eläketurvakeskus, 93–106.
- Rantala, J., Kuivalainen, S., Nyman, H. & Lampi, J. 2017. Eläkkeiden reaalin kehitys. Teoksessa Kuivalainen, S., Rantala, J., Ahonen, K., Kuitto, K. & Palomäki, L-M. (toim.). *Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo 1995-2015*. *Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2017*. Helsinki: Eläketurvakeskus, 59–88.
- Rantala, J. & Suoniemi, I. 2011. Toimeentulon muuttuminen eläkkeelle siirryttäessä – ekvivalenttitulosuhteen tarkastelua. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 3–16.

- Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev, H., Phillips, S. & Smith, T. 1999. Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International* 14 (3), 197–210.
- Rappe, E., Topo, P. & Rajaniemi, J. 2017. Yhteisöllisyys asumispalveluissa. Teoksessa Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. & Topo, P. (toim.). Asumisen yhteisöllisyys ja hyvä vanhuus. Valtoneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47/2017. Helsinki: Valtoneuvoston kanslia, 65–111.
- Rathmell, J.M. 1966. What Is Meant by Services? *Journal of Marketing* 30 (4), 32–36.
- Reipas, K. & Sankala, M. 2015. Laskelmia vuoden 2017 työeläkeuudistuksen vaikutuksista – Hallituksen esitykseen perustuvat arviot. Eläketurvakeskuksen raportteja 05/2105. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Riedel, M. & Kraus, M. 2011. The Organisation of Formal Long-Term Care for the Elderly. Results from the 21 European Country Studies in the ANCIEN Project. ENEPRI Research Report No. 95. Bruxelles: Centre for European Policy Studies.
- Riihelä, M. 2009. Essays on income inequality, poverty and the evolution of top income shares. VATT Publications 52/2009. Helsinki: Government Institute for Economic Research.
- Rintala, T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1950-luvulta 1990-luvulle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 132. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystieteiden koettu tarve. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja.
- Ritola, S. 2018. Eläke osana sosiaaliturvaa. Eläketurvakeskus. <https://www.etk.fi/elakejarjestelmat/elaketurva/elake-osana-sosiaaliturvaa>. 9.1.2019.
- Roberts, K.J. 1999. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations* 2 (2), 82–92.
- Rodger, J.J. 2000. From a Welfare State to a Welfare Society: The Changing Context of Social Policy in a Postmodern Era. Basingstoke: MacmillanPress Ltd.
- ROSE Consortium. 2017. Robotics in Care Services : A Finnish Roadmap. <http://roseproject.aalto.fi/images/publications/Roadmap-final02062017.pdf>. 6.2.2018.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Rostgaard, T. 2006. Constructing the care consumer: Free choice of home care for the elderly in Denmark. *European Societies* 8 (3), 443–463.
- Rotko, T. & Manderbacka, K. 2015. Sosioekonomiset erot terveydessä ja terveystieteiden käytössä. Teoksessa Niemelä, M., Kokkinen, L., Pulkki, J., Saarinen, A. & Tynkkynen, L-K (toim.). Terveystieteiden muutokset: Poliitiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: Tampere University Press, 115–129.

- Räsänen, P. 2004. Ikä- ja sukupolvityypillisten arvojen tarkastelua. Teoksessa Erola, J. & Wilska, T. (toim.). Yhteiskunnan moottori vai kivireki. Suuret ikäluokat ja 1960-lukulaisuus. Jyväskylä: Minerva Kustannus Oy, 199–214.
- Saarenheimo, M. 2014. Mitä vanhuudelle on tapahtunut? Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Saarenheimo, M. 2017. Vanhenemisen taito. Tampere: Vastapaino.
- Saari, J. 2009. Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Salmela, M. & Mämmi-Laukka, L. 2017. Kuinka voin auttaa? – Kokemuksia sosiaalityössä hyödynnettävistä digipalveluista. Teoksessa Kivistö, M. & Päykkönen, K. (toim.). Sosiaalityö digitalisaatiossa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 58. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 161–168.
- Savikuja, J. 2005. Johdatus yhteiskuntapolitiikkaan. Yhteiskuntapolitiikan tutkimuksia 12. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Schneider, C. 2010. Public Expectations of the Health Care System. Community Health Advisory Councils. Winnipeg: Winnipeg Regional Health Authority.
- Schulz, R., Wahl, H-W., Matthews, J.T., De Vito Dabbs, A., Beach, S.R. & Czaja, S.J. 2015. Advancing the Aging and Technology Agenda in Gerontology. *The Gerontologist* 55 (5), 724–734.
- Secker, J., Hill, R., Villeneuve, L. & Parkman, S. 2003. Promoting independence: but promoting what and how? *Ageing & Society* 23 (3), 375–391.
- Sigurðardóttir, S. 2013. Patterns of care and support in old age. School of Health Sciences, Jönköping University. Jönköping: School of Health Sciences.
- Sigurðardóttir, S., Sundstrom, G., Malmberg, B. & Bravell, M. 2012. Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health* 40 (1), 1–9.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Oulun opettajankoulutuslaitos. Väitöskirja.
- Silverman, D. 2005. *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Simonazzi, A. 2008. Care regimes and national employment models. Working Paper n. 113. Sapienza Università di Roma.
https://www.researchgate.net/publication/31340890_Care_Regimes_and_National_Employment_Models. 11.1.2019.
- Simonazzi, A. 2009. Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics* 33 (2), 211–232.
- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 34/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Socialstyrelsen. 2012. Kommunal eller enskild regi, spelar det någon roll? – en jämförelse av utförare av vård och omsorg om äldre.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-5-30>. 10.4.2017.
- Socialstyrelsen. 2016. Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2016. En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i

- hemtjänst och särskilt boende. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer/2016/2016-10-2>. 10.4.2017.
- Sonkin, L., Petäkoski-Hult, T., Rönkä, K. & Södergård, H. 1999. Seniori 2000. Ikääntyvä Suomi uudelle vuositukselle. Sitra 233. Helsinki: Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra.
- Sorri, A. 2017. Vanhojen ihmisten hoivarobotiikkaa käsitellyt kansalaisraati päätyi yhteiseen julkilausumaan. Bioetiikan instituutti. <http://www.bioetiikka.fi/?p=1052>. 8.5.2018.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2008. Valvira. <https://www.valvira.fi/valvira>. 12.12.2018.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansanvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus. 2018. STEA. <https://www.stea.fi/stea>. 14.10.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastuualueet. <http://stm.fi/sairaanhoidopiirit-erityisvastuualueet>. 5.7.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Iäkkäiden palvelut. <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>. 17.7.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016c. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitukseen liittyvä sanasto. <https://www.alueuudistus.fi/rahoitussanasto#12>. 15.8.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016d. Sote-uudistuksen tavoitteet. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>. 19.8.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Hoidon saatavuuden määrääjät ja muutostarpeet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Valinnanvapauskokeilun arviointi. Väliraportti Q1/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019a. Sosiaali- ja terveyspalvelujen on vastattava ihmisten tarpeisiin ja yhteiskunnan muutoksiin – palvelujen uudistaminen jatkuu. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-on-vastattava-ihmisten-tarpeisiin-ja-yhteiskunnan-muutoksiin-palvelujen-uudistaminen-jatkuu. 8.3.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019b. Sosiaalivakuutus. <https://stm.fi/sosiaalivakuutus>. 9.2.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö. 2016. Valinnanvapauden toteuttamisen ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamisen jatkovalmistelu. <https://alueuudistus.fi/documents/1477425/2969576/>

- 12.+Valinnanvapaus-+ja+monikanavarahoituslinjaus+2016-06-27.
26.7.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & valtiovarainministeriö. 2019. Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas – tehtyä työtä voidaan hyödyntää. https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa. 8.3.2019.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. & Vanhercke, B. 2018. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018. European Social Policy Network (ESPN). Brussels: European Commission.
- Stauss, B. & Mang, P. 1999. "Culture shocks" in inter-cultural service encounters? *Journal of Services Marketing* 13(4), 329-346.
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. 2015. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* 385 (9968), 640–648.
- Suomen perustuslaki 731/1999.
- Swedish Care International. 2018. Elderly Care in Sweden. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden>. 9.1.2019.
- Taipale-Lehto, U. & Bergman, T. 2013. Vanhuspalveluiden osaamistarveraportti. Raportit ja selvitykset 2013:14. Helsinki: Opetushallitus.
- Tallavaara, M., Autti, L. & Uusitalo, E. 2016. Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Selvityksiä 1:2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira).
- Tanhua, H. & Knape, N. 2016. Sosiaalimenot ja rahoitus 2014. Tilastoraportti 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130126/Tr02_16.pdf. 29.8.2016.
- Tedre, S. & Pulkkinen, A. 2010. Vanhuksen paikka maaseudulla – vanhustyönjohtajien näkemyksiä. *Maaseudun uusi aika* 18 (1), 5–16.
- Tedre, S. & Pulkkinen, A. 2011. Kulkeminen avaimena ikääntyvien maalla asumisen mahdollisuuksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 300–308.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 22.10.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiluonnoksen vaikutusten ennakoarviointi 30.6.2016 THL:n arviointiryhmä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2016:12. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Perusterveydenhuolto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelu-jarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto>. 9.1.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa lokakuussa 2017. Tilastoraportti 47/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135722/Tr47_17.pdf. 16.5.2018.

- Tilastokeskus. 2014. Suomen tilastollinen vuosikirja 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Tilastokeskus. 2015. Nuorten osuus väestöstä uhkaa yhä pienentyä. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html. 25.4.2017.
- Tilastokeskus. 2018. Nuorten määrä uhkaa vähentyä huomattavasti syntyvyyden laskusta johtuen. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html. 30.11.2018.
- Titmuss, R.M. 1974. Social Policy. An Introduction. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Titmuss, R.M. 1976. Commitment to Welfare. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Toiviainen, H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Toiviainen, H.K., Vuorenkoski, L. & Hemminki, E. 2005. Physicians' opinions on patients' requests for specific treatments and examinations. Health Expectations 8 (1), 43–53.
- Tolkacheva, N., Van Groenou, M., De Boer, A. & Van Tilburg, T. 2011. The impact of informal care-giving networks on adult children's care-giver burden. Ageing & Society 31 (1), 34-51.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, E., Kannisto, J. & Nyman, H. 2006. Eläkkeelle siirtyminen ja ikääntyneiden työllisyys. Teoksessa Uusitalo, H. (toim.). Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo. Kehitys vuosina 1990-2005. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2. Helsinki: Eläketurvakeskus, 31–50.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. 2015. Hoito- ja hoivapalveluiden tila ja tulevaisuudennäkymät. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 3/2015. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Acta Universitatis Tamperensis 1651. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- U.S. Government Accountability Office. 2010. Nursing Homes. Complexity of Private Investment Purchases Demonstrates Need for CMS to Improve the Usability and Completeness of Ownership Data. <http://www.gao.gov/products/GAO-10-710>. 8.1.2019.
- Uusitalo, R. & Nivalainen, S. 2013. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen vaikutus eläkkeellesiirtymisikään. Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 2013:5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Uusiteknologia.fi. 2017. Suomessa kehitetään uutta teknologiaa ikäihmisille. <https://www.uusiteknologia.fi/2017/01/12/suomessa-kehitetaan-uutta-teknologiaa-ikaihmisille>. 8.5.2018.
- Vaalavuo, M. & Moisio, P. 2014. Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 98–117.

- Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut. Nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Kautto, M. (toim.). Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 132–198.
- Vaarama, M. 2009. Care-related quality of life in old age. *European Journal of Ageing* 6 (2), 113–125.
- Vaarama, M. 2014. Sosiaalisesti kestävä kehitys. Teoksessa Tulevaisuusvaliokunta (toim.). Kestäkö hyvinvointiyhteiskunta?. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 2014: 4. Helsinki: Eduskunta, 21–22.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010a. Johdanto. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 10–19.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010b. Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 278–286.
- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014a. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 40–60.
- Vaarama, M., Mukkila, S. & Hannikainen-Ingman, K. 2014b. Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 20–39.
- Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L & Meriläinen, S. 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 126-149.
- Vabø, M., Christensen, K., Jacobsen, F. & Trætteberg, H. 2013. Marketisation in Norwegian eldercare: preconditions, trends and resistance. Teoksessa Meagher, G. & Szebehely, M. (toim.). Marketisation in Nordic eldercare. Stockholm: Department of Social Work, Stockholm University, 163–202.
- Valtiovarainministeriö. 2013. Asiakaspalvelu 2014 – Yhdessä palvelut lähelle. Julkisen hallinnon asiakaspalvelun kehittämishankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 2013:14. Valtiovarainministeriö.
- Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Helsinki: Kauppakamari.
- Verohallinto. 2017. Kotitalousvähennys A259/200/2016. <https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/47873/kotitalousvahenny7>. 20.5.2017.
- Vidlund, M., Ritola, S. & Rehn-Kiukkonen, M. 2007. Eläkejärjestelmän hallinto ja valvonta. Teoksessa Hietaniemi, M. & Ritola, S. Suomen eläkejärjestelmä. Eläketurvakeskuksen käsikirjoja 2007:5. Helsinki: Eläketurvakeskus, 35–49.

- Viirkorpi, P. 2015. Ikätekniikan hyvät käytännöt. KÄKÄTE-raportteja 7/2015. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry ja Vanhustyön keskusliitto ry.
- Vilkko, A., Muuri, A. & Finne-Soveri, H. 2010. Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 60–77.
- Vilkko, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Jokinen, S. 2014. Läheisavun moninaisuus. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 222–237.
- Vincent, J.A. 2003. Old Age. London: Routledge.
- Virtanen, A. 2018. Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136366/Tr13_18.pdf. 9.1.2019.
- Virtanen, M., Järvelä, K., Kaakkola, J., Luukinen, A., Pöyry, L., Raijas, A., Saastamoinen, M., Tuorila, H. & Vuorio, L. 2016. Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 5/2016. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
<https://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2016/kkv-selvityksia-5-2016-kilpailun-mahdollisuudet-ja-edellytykset-sote-palveluissa.pdf>. 13.8.2016.
- Wessman, J., Erhola, K., Meriläinen-Porras, S., Pieper, R. & Luoma, M-L. 2013. Ikäännytynyt ja teknologia – Kokemuksiani teknologian käytöstä. KÄKÄTE-tutkimuksia 2/2013. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry ja Vanhustyön keskusliitto ry.
- WHOQOL group. 1998. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28 (3), 551–558.
- Wiener, J. 2003. The role of informal support in long-term care. Teoksessa Brodsky, J., Habib, J. & Hirschfeld, M. (toim.). Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization, 3–24.
- Wiener, J.M., Hanley, R.J., Clark, R. & Van Nostrand, J.F. 1990. Measuring the Activities of Daily Living: Comparisons Across National Surveys. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Wilkinson, R. & Pickett, K. 2010. The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone. London: Penguin Books Ltd.
- Wilson, A., Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D.D. 2016. Services Marketing. Integrating Customer Focus Across the Firm. Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education.
- World Health Organization. 2001. Innovative Care for Chronic Conditions. Meeting Report 30–31 May 2001. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2002. Active Ageing. A Policy Framework. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2015. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization.
- Yeates, N. 2001. Globalization and Social Policy. London: Sage.
https://www.researchgate.net/publication/42794293_Globalization_and_Social_Policy. 21.5.2017.

- Yhdistyneiden kansakuntien taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea. 2000. YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitean viimeisimmät Suomea koskevat päätelmät ja suositukset 01/12/2000.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/7657/VNS%202_2004%20vp.pdf. 23.6.2018.
- Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? Helsinki: KY-palvelu.
- Yuma, K. 2017. Trends of Healthcare Robots in Japan. Innovaatiorahoituskeskus Tekes.
<https://www.slideshare.net/futurewatch/future-watch-trends-of-healthcare-robots-in-japan>. 23.12.2017.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. 1990. Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press.
- Zimmerman, M.A. 1995. Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology* 23 (5), 581–599.
- Zimmermann, H-P & Grebe, H. 2014. "Senior coolness": Living well as an attitude in later life. *Journal of Aging Studies* 28, 22–34.
- Zitting, J. & Ilmarinen, K. 2010. Missä on lähipalvelu? Lähipalvelukäsitteen määrittely ja käyttö julkisissa asiakirjoissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 43/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Haastattelun saatekirje

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutusohjelma

6.4.2016

Arvoisa vastaaja

Olen liiketalouden koulutusohjelman tradenomiopiskelija Karelia-ammattikorkeakoulussa. Teen opintoihini kuuluvaa opinnäytetyötä työikäisten odotuksista työuran jälkeisistä sosiaali- ja terveyspalveluista.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä tietoa työikäisten odotuksista sosiaali- ja terveyspalveluista siirryttyänne pois aktiivisesta työelämästä. Tutkittavana joudutte siis asettumaan tulevaisuuteen sijoittuvaan elämänvaiheeseen, jossa asutte vielä kotona ja oletettavasti pitkään.

Kerään tutkimusaineiston haastattelemalla. Haastattelussa pyydän pohtimaan ikääntymiseen liittyviä muutoksia, apuun ja palveluihin liittyviä odotuksia sekä avun ja palveluiden tarpeeseen liittyviä tekijöitä. Haastattelu on vapaaehtoinen. Voitte keskeyttää haastattelun, jos ette halua jatkaa tai haluatte jatkaa myöhemmin. Toivon kuitenkin, että kuvailisitte odottamianne palveluita ja niihin liittyviä tekijöitä. Haastatteluun osallistumalla voitte auttaa tiedonhankinnassa koskien työikäisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista.

Pyydän lupaa haastattelun äänittämiseen. Äänite toimii haastattelun tallenteena tutkimustyössä.

Käsittelen haastattelussa esille tulevaa tietoa luottamuksella tutkimustyön eettisten periaatteiden mukaisesti. Haastattelutietoa ei käytetä muuhun kuin tutkimustarkoitukseen. Henkilöllisyytenne pysyy tuntemattomana. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä tätä tutkimusta varten. Haastatteluaineisto säilytetään ja hävitetään asianmukaisella tavalla.

Terveisin

Jouko Parviainen

sähköposti:
puhelin:

Suostumus haastatteluun

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutusohjelma

6.4.2016

Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Olen saanut tietoa opiskelija Jouko Parviaisen (tutkija) tutkimuksesta ”Odotuksia työuran jälkeisiltä sosiaali- ja terveyspalveluilta”. Minulle on kerrottu tutkimuksen tarkoitus.

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen ilmoittamalla siitä tutkijalle.

Minulle on selvitetty tutkimusaineiston käsittelyn periaatteet. Henkilöllisyyttäni ei voi tutkimuksessa tunnistaa. Olen tietoinen, että haastattelutilanne tallennetaan äänitteeksi ja äänitettä käytetään haastatteluaineistona. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä tässä tutkimuksessa. Haastatteluaineisto säilytetään ja hävitetään asianmukaisella tavalla.

Minulla on oikeus esittää tutkijalle tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkimuksen aikana.

Edellytän tutkimuksessa noudatettavan edellä kuvattuja ehtoja.

Suostun osallistumaan tutkimukseen ehtojen mukaisesti.

_____.2016
paikka ja aika

allekirjoitus

nimen selvennys

Jouko Parviainen, tutkija

Tutkimuksen taustakysymykset ja teemat

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutusohjelma

6.4.2016
1

Tutkimuskysymykset

Odotuksia työuran jälkeisiltä sosiaali- ja terveystaloudelta

Tutkimustehtävä

Selvitetään, mitä työikäiset odottavat sosiaali- ja terveystaloudelta siirryttyään pois aktiivisesta työelämästä.

Taustakysymyksiä:

1. Sukupuolenne	<input type="checkbox"/> Nainen	<input type="checkbox"/> Mies	
2. Ikänne	<input type="checkbox"/> alle 40 v.	<input type="checkbox"/> 40–49 v.	<input type="checkbox"/> 50–59 v.
	<input type="checkbox"/> 60–69 v.	<input type="checkbox"/> 70 v. tai vanhempi	
3. Asumismuotonne	<input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> avio- tai avopuoliso <input type="checkbox"/> muu, mikä?		
4. Koulutuksenne	<input type="checkbox"/> peruskoulu <input type="checkbox"/> ylioppilas <input type="checkbox"/> ammatillinen tutkinto <input type="checkbox"/> korkeakoulututkinto <input type="checkbox"/> ei ammatillista koulutusta <input type="checkbox"/> muu, mikä?		
5. Työllisyystilanteenne	<input type="checkbox"/> töissä <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> muuta, mitä?		
6. Kuinka kauan olette olleet työelämässä (vuosina)?			
7. Kuinka kauan olette työskennelleet nykyisessä työpaikassanne (vuosina)?			

käännä

Tutkimuksen taustakysymykset ja teematKARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutusohjelma6.4.2016
2

8. Mikä on viimeisimmän työpaikkanne toimiala?

- alkutuotanto (maa- ja metsätalous, kalastus, luonnonvarat)
- teollisuus
- kauppa
- pankki
- liikenne
- liikunta- ja kulttuuripalvelut
- hoito/hoivapalvelut
- muu, mikä?

9. Mikä asema teillä on työpaikassanne?

- työntekijä
- toimihenkilö
- esimies
- johtaja
- muu, mikä

Tutkimuksen taustakysymykset ja teemat

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Liiketalouden koulutusohjelma

6.4.2016
3

Teema 1: OMA VANHUSKUVANI**Kysymyksiä:**

- Mikä elämässä on merkityksellistä?
- Millaiseksi koet elämän ja elinolojen laadun (terveys, ihmissuhteet, itsensä toteuttaminen, hyvinvointi)?
- Minkä verran olet miettinyt omaa vanhuuttasi?
- Miten uskot vanhuutesi menevän? Millainen on vanhuutesi?
- Millaisena näet oman terveytesi/toimintakykysi?
- Milloin vanhuus alkaa?
- Miten vanhuus vaikuttaa? Mitä vanhuudesta seuraa?
- Onko arki työpainotteinen? Mikä on arjen rytmi?
- Tarvitsetko apua arjessa?
- Mihin käsityksesi vanhuuteen perustuvat?
- Onko sinulla kokemuksia toisen ihmisen vanhenemisestä?
- Varaudutko jollakin tavalla vanhenemiseen?
- Muuttuuko koti ikääntymisen myötä?
- Muutatko kotia? Vaihdatko kotia? Miten se järjestyy?
- Kuinka tärkeäksi koet oman päätäntävällän omaa terveyttä ja hyvinvointia koskevissa asioissa?
- Mitkä tekijät vaikuttavat päätöksentekoon?

Teema 2: SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT**Kysymyksiä:**

- Millaista apua arvostat? Mitä toivot avulta?
- Millaisia palveluita arvostat? Millainen on hyvä palvelu?
- Mikä määrittää sitä, että koet tarvitsevasi palveluita? Mikä on kynnys?
- Mitä tarvitsemasi palvelut ovat?
- Missä elämänvaiheessa luulet palveluita tarvitsevasi?
- Mitä arvostat palveluissa?
- Keneltä odotat saavasi apua / palveluita, esimerkiksi, lapsilta, sukulaisilta, naapureilta, kunnalta (vai palveluita ostamalla)?
- Kenen tulee tarjota palveluita / apua?
- Kuinka uskot teknologisten ratkaisujen auttavan, teknologiaa hyödyntävät palvelut (geroteknologia), etäpalvelut?

Teema 3: PALVELUIDEN TARPEESEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT**Kysymyksiä:**

- Kuinka terveydentilasi vaikuttaa tarvitsemiisi palveluihin?
- Kuinka näet tarvitsemiesi palveluiden rahoitettavan?
- Odotatko yhteiskunnan maksavan avun ja tukevan näin elämistäsi vai oletko itse valmis kustantamaan tarvitsemiasi palveluita?
- Haluatko etsiä itsellesi sopivia palveluita?