



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Kirsi Wik

IÄKKÄIDEN TERVEYS, TOIMINTAKYKY JA HYVINVOINTIPALVELUJEN KÄYTTÖ

Terveysteen ja toimintakykyyn yhteydessä olevat tekijät sekä hyvinvointipalvelujen käyttö yli 65-vuotiaiden kuntalaisten näkökulmasta Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri -alueella.

Sosiaali- ja terveystalan kehittäminen ja johtaminen
2015

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Kirsi Wik
Opinnäytetyön nimi	Iäkkäiden terveys, toimintakyky ja hyvinvointipalveluiden käyttö – terveyteen ja toimintakykyyn yhteydessä olevat tekijät sekä hyvinvointipalveluiden käyttö 65-vuotiaiden kuntalaisten näkökulmasta Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri -alueella.
Vuosi	2015
Kieli	suomi
Sivumäärä	121
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Kunnan tuottamia hyvinvointipalveluja kehitetään jatkuvasti. Palveluiden kehittämistyössä on tärkeää saada tietoa siitä, miten kuntalaiset voivat, kuinka paljon kunnan palveluita käytetään ja koetaanko palvelut riittäviksi kuntalaisten näkökulmasta tarkasteltuna. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata yli 65-vuotiaiden terveyttä ja toimintakykyä ja tarkastella näihin liittyviä tekijöitä sekä kuvata hyvinvointipalvelujen käytön määrää Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri (K2)-alueella.

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat asiakasnäkökulma; hyvinvointipalvelut, joihin luetaan tässä työssä kuuluvaksi sosiaali- ja terveystieteiden palvelut sekä kulttuuri- ja liikuntapalvelut; iäkkäiden palvelutarpeeseen vaikuttavat tekijät ja kuntien rooli hyvinvointipalvelujen tuottajina. Opinnäytetyö perustuu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoimaan Alueellinen terveys ja hyvinvointi (ATH)-tutkimukseen. Opinnäytetyö perustuu filosofiselta lähtökohdaltaan positivismiin ja on kvantitatiivinen survey-tutkimus. Tutkimusaineistossa oli mukana 294 65–74-vuotiaista ja 440 yli 75-vuotiaista eli yhteensä 734 yli 65-vuotiaista tutkittavaa.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista yli 65-vuotiaista Vaasan ja K2-alueen asukkaista arvioi terveydentilansa ja toimintakykynsä hyväksi tai kohtalaiseksi. Terveystieteiden ja toimintakykyyn yhteydessä olevia tekijöitä olivat erityisesti ikä, sukupuoli, koulutus ja koettu tuloilla selviytyminen. Tutkittavat olivat käyttäneet sosiaali- ja terveystieteiden palveluista eniten lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluita terveyskeskuksessa. Kulttuuri- ja liikuntapalveluiden käyttö ei ollut kovin yleistä; kulttuuripalveluista oli käytetty paljon kirjastoa. Tutkittavat kokivat kunnan tarjoamat hyvinvointipalvelut pääosin riittäviksi. Terveystietokeskuslääkärin vastaanottopalvelujen riittävyyteen esiintyi tyytymättömyyttä molemmilla tutkimusalueilla.

Avainsanat: asiakas, iäkkäät, toimintakyky, terveys, palvelujen riittävyys, hyvinvointipalvelut

ABSTRACT

Author	Kirsi Wik
Title	The Health of Aged People, the Functional Ability and the Use of Welfare Services – Factors Related to Health and Functional Ability and the Use of Welfare Services from the Over 65-Year –Old Residents` Point of View in Vaasa and Mustasaari-Vöyri area.
Year	2015
Language	Finnish
Pages	121
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

Municipalities are constantly developing their welfare services. When developing the services, information about the residents´ health and functional ability as well as use of services from a user´s point of view is very important. The aim of this thesis is to describe the health and functional ability of residents over 65-years old in Vaasa and the Mustasaari-Vöyri (K2) area.

The key concepts of the thesis are the clients´ point of view; welfare services which include social and health care services and cultural and physical exercise services. Other important concepts are the special needs regarding the services for the elderly and the role of municipalities as service providers. The thesis is based on The Regional Health and Well-being Study (ATH, Finnish acronym) by National Institute for Health and Welfare (THL, Finnish acronym). The philosophical basis of this thesis is positivism and it is a survey-research. The study was participated by respondents belonging to two different age groups; people aged 65-74 years (294 participants) and people aged 75 or older (440 participants). Altogether there were 734 respondents aged 65 or older.

Most of the respondents (age 65 or older) estimated that their health and functional ability is good or moderate. Factors related to health and the functional ability were age, gender, education level and the experience of managing with the present income. The most used social and health care services were visiting either the doctor´s or nurse´s practice in a health care centre. Using the cultural and physical exercise services was not very common. The most popular cultural service was library services. The respondents estimated that most of the services were sufficient. Some respondents were discontent with the sufficiency of GP-service in both of the areas included in the research.

Keywords Client, elderly, health, functional ability, sufficiency of services, welfare services

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	ASIAKASNÄKÖKULMAN HUOMIOIMINEN JULKISELLA SEKTORILLA	8
	2.1 Asiakas-käsitteen määrittelyä	8
	2.2 Osallistuva asiakas	10
	2.3 Asiakas palvelujen arvioijana ja kehittäjänä.....	12
	2.4 Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen	15
3	HYVINVOINTIPALVELUT IÄKKÄIDEN TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN TUKENA	17
	3.1 Yleistä palvelutuotannosta	17
	3.1.1 Palvelujen laatu	19
	3.1.2 Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus.....	20
	3.1.3 Palvelujen riittävyys.....	22
	3.2 Hyvinvointipalvelut	25
	3.2.1 Sosiaali- ja terveystalvet	25
	3.2.2 Kulttuuripalvelut	28
	3.2.3 Liikuntapalvelut	31
	3.3 Iäkkäiden palvelutarpeisiin liittyviä tekijöitä.....	33
	3.3.1 Yhteiskunnalliset taustatekijät	34
	3.3.2 Koettu terveys	36
	3.3.3 Toimintakyky	37
	3.4 Hyvinvointipalvelujen ohjaus	41
4	KUNNAT PALVELUJEN TUOTTAJINA	43
	4.1 Kunnat uudistamistyön kohteena.....	43
	4.2 Tutkimuksen kohdekuntien tunnuslukuja.....	45
	4.3 Tutkimuksen kohdekuntien sosiaali- ja terveystalvet.....	46
	4.4 Tutkimuksen kohdekuntien kulttuuri- ja liikuntapalvelut.....	47
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	49

6	TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO	50
6.1	Tutkimusmenetelmä.....	50
6.2	Tutkimusaineisto.....	50
6.3	Tutkimusaineiston analysointi	51
7	TUTKIMUSTULOKSET	55
7.1	Taustatiedot.....	55
7.2	Luottamus	59
7.3	Toimintakyky	62
7.4	Terveys.....	70
7.4.1	Koettu terveydentila	70
7.4.2	Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö.....	71
7.4.3	Sosiaali- ja terveystalvelujen riittävyys.....	74
7.5	Kulttuuri.....	80
7.5.1	Kulttuuritalvelujen käyttö	80
7.5.2	Kulttuuritalvelujen riittävyys	83
7.6	Liikunta.....	85
7.6.1	Liikunnan harrastaminen.....	85
7.6.2	Liikuntatalvelujen riittävyys	87
7.7	Yhteenveto tuloksista.....	89
7.7.1	Taustatiedot	89
7.7.2	Luottamus.....	89
7.7.3	Toimintakyky	90
7.7.4	Terveys.....	91
7.7.5	Kulttuuri	92
7.7.6	Liikunta	92
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	94
8.1	Tulosten tarkastelu	94
8.2	Tutkimuksen eettisyys	101
8.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	103
8.4	Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	105
	LÄHTEET.....	110
	LIITTEET	

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. Koettu tulojen riittävyys vastaajien oman arvion mukaan (% , n= vastaajien lukumäärä).....	57
KUVIO 2. Internetin käyttö eri ikäryhmissä vastaajien ilmoituksen mukaan (%), n=kysymykseen vastanneiden kokonaislukumäärä.....	58
KUVIO 3. Vastaajien ilmoittama luottamus terveydenhuoltoon ikäluokittain ja alueittain (%).....	59
KUVIO 4. Vastaajien ilmoittama luottamus julkiseen sosiaalihuoltoon ikäluokittain ja alueittain (%).....	60
KUVIO 5. Vastaajien ilmoittama luottamus kunnan päätöksentekoon ikäluokittain ja alueittain (%).....	60
KUVIO 6. Vastaajien ilmoittama luottamus ihmisiin yleensä ikäluokittain ja alueittain (%).....	61
KUVIO 7. Vastaajien ilmoittama toimintakyky ADL-toiminnoissa, yli 75-vuotiaat (%).....	64
KUVIO 8. Vastaajien ilmoittama toimintakyky eri IADL-toiminnoissa, 65–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat (%).....	65
KUVIO 9. Tutkittavien toimintakyky kahden summamuuttujan mukaan jaoteltuna (%).....	67
KUVIO 10. Avun tarve arkipäivän askareissa yli 75-vuotiaiden vastaajien mukaan, n=416, (%).....	68
KUVIO 11. Vastaajien arvio omasta muistista, oppimis- ja keskittymiskyvystä (%).....	69
KUVIO 12. Vastaajien arvio koetusta terveydentilastaan (%).....	70
KUVIO 13. Vastaajien ilmoittamat käyntimäärät lääkärin ja hoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa viimeisen 12 kk:n aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).....	72
KUVIO 14. Vastaajien ilmoittamat käyttömäärät lääkärin ja/tai hoitajan tekemille kotikäynnille viimeisen 12 kk: n aikana (%).....	73
KUVIO 15. Vastaajien ilmoittama puhelinkontaktien määrä viimeisen 12 kk:n aikana ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).....	74

KUVIO 16. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).....	75
KUVIO 17. Yli 75-vuotiaiden vastaajien ilmoitus, onko heille tehty lakisääteinen palvelutarpeen arviointi K2-alueella ja Vaasassa (%).	79
KUVIO 18. Vastaajien ilmoittama osallistumismäärä musiikkitapahtumiin viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	80
KUVIO 19. Vastaajien ilmoittama osallistumismäärä esittävän taiteen (kuten teatteri) ja museo/taidenäyttelyyn tapahtumiin viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	81
KUVIO 20. Vastaajien ilmoittama käyntimäärät kirjastossa ja elokuvateatterissa viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	82
KUVIO 21. Vastaajien ilmoittamat käyntimäärät urheilutapahtumassa ja muussa kulttuuritapahtumassa katsojana osallistumiseen viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	82
KUVIO 22. Kirjasto- ja kulttuuripalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).....	83
KUVIO 23. Vastaajien mielipiteet kunnan kulttuuripalvelujen riittävydestä ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	84
KUVIO 24. Ulkona kävelyn (vähintään 20 minuuttia) useus yli 75-vuotiaiden vastaajien ilmoituksen mukaan, n=403, (%).	85
KUVIO 25. Kunnan liikuntapalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).	87
KUVIO 26. Vastaajien mielipiteet kunnan liikuntapalvelujen riittävydestä ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).	88
TAULUKKO 1. Vaasan, Mustasaaren ja Vöyrin väestötiedot vuosilta 2012 ja 2013. (Tilastokeskus 2014, Sotkanet 2014.)	46
TAULUKKO 2. Vastaajien ilmoittamat taustatiedot (%); n= vastaajien lukumäärä.	56
TAULUKKO 3. IADL-toiminnot, joista miehet selviytyvät naisia paremmin (yli 75-vuotiaat).	66

TAULUKKO 4. Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys vastanneiden ilmoituksen mukaan; Vaasa (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat, osa kysymyksistä on kysytty vain yli 75-vuotiailta).	76
TAULUKKO 5. Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys vastanneiden ilmoituksen mukaan; K2 (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat, osa kysymyksistä on kysytty vain yli 75-vuotiailta).	77
TAULUKKO 6. Lääkärin ja sairaanhoitajan terveyskeskus-vastaanoton riittävyys palvelujen tarvitsijoiden/käyttäneiden joukossa ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat).....	78
TAULUKKO 7. 65–74 -vuotiaiden ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla vastaajien ilmoituksen mukaan (%).	86
TAULUKKO 8. Yli 75 –vuotiaiden ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla vastaajien ilmoituksen mukaan (%).	86

LIITELUETTELO

LIITE 1. Tutkimuslomake, 55-74-vuotiaat, suomi.

LIITE 2. Tutkimuslomake, 55-74-vuotiaat, ruotsi.

LIITE 3. Tutkimuslomake, 75+ -vuotiaat, suomi.

LIITE 4. Tutkimuslomake, 75+ -vuotiaat, ruotsi.

1 JOHDANTO

Kuntien tehtävänä on tuottaa riittävät hyvinvointipalvelut kuntalaisille. Kuntapäätäjien onkin tarpeellista saada tietoa kuntalaisten toimintakyvystä ja terveydestä sekä kuntalaisten näkemyksistä palvelujen riittävydestä. Nämä tiedot auttavat palvelujen edelleen kehittämisessä. Tutkimukseen osallistumisen avulla kuntalaisilla on mahdollisuus tuoda näkemyksiään esiin ja osallistua.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointipalveluiden käyttöä yli 65-vuotiaiden kuntalaisten näkökulmasta Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri (K2)-alueella. Opinnäytetyö perustuu Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoimaan Alueellinen terveys ja hyvinvointi (ATH) –tutkimukseen.

Kunnissa on tapahtunut monia muutoksia viime vuosien aikana ja muutokset jatkuvat edelleen. Suuntana on suurempien kuntayksiköiden luominen minkä kautta pyritään turvaamaan kuntien palvelutuotantoa. Myös Vaasan seudulla kuntaliitossuunnitelmat ovat ajankohtaisia. Kuntaliitossuunnitelmienkin takia on mielenkiintoista tietää, mitä mieltä iäkkäät kuntalaiset ovat tällä hetkellä oman kuntansa palvelutuotannosta.

2 ASIAKASNÄKÖKULMAN HUOMIOIMINEN JULKISELLA SEKTORILLA

Mitrosen ja Rintamäen (2012) mukaan julkisen sektorin palvelukehityksen lähtökohtana on asiakaskohderyhmittäisten tarpeiden ja odotusten tunnistaminen sekä määrittely. Jotta tämä lähtökohta toteutuisi, tarvitaan tietoa kansalaisista eri palvelujen käyttäjinä. Väestöä kuntatasolla kuvaavien perustietojen avulla voidaan ennakoida ja arvioida tulevaa kehitystä sekä tarkastella asetettujen tavoitteiden toteutumista (Kaikkonen ym. 2014a, 4). Hyvinvointivaikutusten arvioinnin avulla voidaan parantaa päätöksentekoa sekä räätälöidä ennaltaehkäisevää työtä niin, että se kohdentuu kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden kannalta olennaisiin tekijöihin. Samalla edistetään toiminnan taloudellista tehokkuutta ja pitkäjänteisyyttä. (Eronen ym. 2013, 134.)

2.1 Asiakas-käsitteen määrittelyä

Asiakas-käsitteellä on alun alkaen tarkoitettu palvelun tai tuotteen vastaanottajaa, joka tarvitsee kyseistä tuotetta tai palvelua, saa palvelusta hyötyä ja maksaa siitä. Asiakkaalla on erilaisia odotuksia tuotteen, palvelun tai palveluprosessin suhteen. Palvelun tai tuotteen tulee vastata näitä odotuksia. Palvelun tuotosprosessia ei voida erottaa lopputuotteesta ja myös asiakkaasta tulee osa tuota prosessia. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 25–26.) Yrity maailmassa vaihtokeskeisessä markkinoinnissa asiakas käsitetään asiakkaaksi, kun hän on markkinointi- ja myyntitoimenpiteiden kohteena. Suhdemarkkinoinnissa puolestaan ajatellaan, että asiakassuhde on voimassa myös silloin, kun asiakas ei tee ostoja ja asiakkaita pitäisi kohdella asiakkaina riippumatta siitä, ostavatko he tietyinä hetkinä vai eivät. (Grönroos 2010, 63.)

Asiakas-käsite on siirtynyt julkishallintoon kahdesta eri suunnasta: toisaalta taustalla on markkinamainen käsitys New Public Management –suuntaukseen liittyen ja toisaalta taustaideologiana on suoraan osallistumiseen ja demokratiaan liittyvä näkemys kansalaisten vaikutusmahdollisuuksista suhteessa julkishallinnon tuotoksiin (Kettunen & Möttönen 2011, 57–58; Winblad & Blomqvist 2013, 57).

Asiakkaan ja kansalaisen roolit ovat näkökohdiltaan erilaiset. Kansalaisen roolissa on jokainen yhteiskunnan jäsen, ja toisinaan kansalaisen rooli täydentyy tai muuntuu asiakkaan rooliksi. Kansalainen tarkastelee palveluita erilaisesta näkökulmasta yleisemmällä tasolla, kun taas asiakkaan näkökulma on subjektiivinen, henkilökohtainen ja yksilöllinen. (Valkama 2012, 44; Pajukoski 2006, 188, 193.)

Asiakas-käsitteen sopimista kunnallisiin palveluihin on pohdittu, sillä yleensä palvelujen käyttäjillä (esimerkiksi potilaat) ei yleensä ole vahvaa ja aktiivista roolia suhteessa palvelun tuottajaan. Kuitenkin myös kunnallisissa palveluissa korostetaan entistä enemmän asiakaskeskeisyyttä, asiakaslähtöisyyttä ja asiakastyytyväisyyttä. (Kettunen & Möttönen 2011, 57; Winblad & Blomqvist 2013, 57.)

Nykyisin asiakas-käsite onkin vakiintunut osa sosiaali- ja terveydenhuolto-ohjaavaa lainsäädäntöä ja normiohjausta. Lainsäädännössä kansalaisia kutsutaan kuntalaiseksi, asiakkaaksi, potilaaksi, palvelujenkäyttäjäksi ja joissakin tapauksissa palvelujen maksajaksi. Asiakas-käsitettä käytettiin aluksi laeissa lähinnä asiakasmaksuja koskevien lisäysten yhteydessä, kuten kansanterveyslaissa, johon vuonna 1992 asiakas-termi lisättiin asiakasmaksuista annetun lisäyksen yhteydessä. Vasta 2000-luvulle tultaessa asiakas-termiä käytettiin kuvaamaan kansalaisen suhdetta palveluihin aktiivisena ja valintoja tekevänä yksilönä. (Valkama 2012, 43–44.) Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas-käsite liittyy läheisesti kuntaan, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden organisoimisesta. Se, miten kunnat onnistuvat tarjoamaan palveluitaan kuntalaisille konkretisoi sosiaalista kansalaisuutta. (Niiranen 2002, 65–68; Valkama 2012, 41.)

Julkisissa palveluissa asiakkuuden luonne vaihtelee eri tilanteissa. Osa asiakkaista hakeutuu vapaaehtoisesti palveluiden piiriin, kun taas osa joutuu hakeutumaan palveluihin, esimerkkinä potilaat. Jotkut asiakkaat joudutaan hakemaan palveluihin, kuten mielenterveyspotilaat ja joitakin asiakkaita joudutaan etsimään tai kehittämään keinoja, miten asiakkaat saadaan pysymään palvelujen piirissä,

esimerkiksi erityisnuorisotyössä ja päihdepalveluissa. (Kettunen & Möttönen 2011, 59–60.)

Kansalaisten suhdetta julkisiin palveluihin ei voi suoraan verrata suhteessa yrityksiin. Markkinoilla asiakkailla eli ostajilla on ainakin tietyissä rajoissa valtaa valita ja ohjata valinnoillaan tarjolla olevia tuotteita, kun taas julkishallinnossa valtiolla on suuri auktoriteetti suhteessa kansalaisiin. Lisäksi julkisten palveluiden verorahoitus ja poliittinen päätöksenteko sekä monien palvelujen vapaakäyttöisyys ovat julkisen palvelutuotannon eroja markkinoihin verrattuna. Nykyaikaisen valtion luonne ei kuitenkaan enää perustu pakkovaltaan vaan kansalaisten hyväksymään vallankäyttöön. Sen takia kansalaisilla on oikeus vaikuttaa suoraan saamiinsa palveluihin. (Kettunen & Möttönen 2011, 60– 62.)

Asiakas-käsite on siis moniulotteinen termi. Asiakas voi olla yhdessä kontekstissa passiivinen objekti ja toisessa yhteydessä asiakkaan odotetaan olevan aktiivinen toimija. Asiakkuus tulisikin nähdä erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa alati vaihtuvana. Kunkin palvelujärjestelmän tai -yksikön olisikin hyvä tiedostaa asiakas-käsitteeseen liittyvät odotukset, vastuut ja velvollisuudet ja näin selkeyttää järjestelmän toimintaa. (Valkama 2012, 76, 79.) Asiakasmielipiteen huomioiminen asettaa vaatimuksia kunnallisen palvelutuotannon avoimuudelle ja sen taidolle käydä keskustelua palvelujen käyttäjien kanssa (Kettunen & Möttönen 2011, 66).

2.2 Osallistuva asiakas

Palvelujen tuottamisen yhteydessä painotetaan yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa suhteessa julkisten resurssien jakoon (Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012, 28; Lehto 2012, 377). Kuitenkin julkisen sektorin muutoksien yhteydessä myös universalismiin perustuva kansalaisuuskin muuttuu. Hvinden ja Johanssonin (2007) mukaan universalismille rakentunut sosiaalinen kansalaisuus korvataan idealla aktiivisesta kansalaisesta, joka osallistuu monin eri tavoin yhteiskuntaan ja pitää huolta itsestään (Anttonen ym. 2012, 28). Tämä muutos näkyy myös suomalaisessa vanhushoivapolitiikassa. Iäkkäät ihmiset nähdään

yksilökansalaisina, jotka ensisijaisesti vastaavat omasta hyvinvoinnistaan ja tarvittaessa myös läheistensä hyvinvoinnista ja hoivatarpeiden tyydyttämisestä. Julkisen vallan tehtävänä ei olekaan tulevaisuudessa iäkkäitten passiivinen auttaminen vaan heidän osallisuutensa ja vastuun ottamisen mahdollistaminen. (Anttonen ym. 2012, 28.) Itsemääräämisoikeus, voimavara- ja lähtöisyys, osallisuus ja yksilöllisyys ovat arvoja, jotka korvaavat universalismin (STM 2008, 12–13).

Aktiivinen osallistuminen voi lisätä omavoimaisuutta, ja aktiivisuus lisää edelleen osallisuutta ja sosiaalista pääomaa. Aktiivisuus edellyttää myös tietoyhteiskunnan tietotason. (Valkama 2012, 78–79.) Tiedon omaksuminen voi kuitenkin toisinaan olla hankalaa ja tutkimusten mukaan erityisesti iäkkäiden kohdalla ei kannata jakaa liikaa tietoa, jotta asiakkaat pystyvät omaksumaan saamansa tiedon (Winblad & Blomqvist 2013, 67). Halu vaikuttaa palveluihin sekä yleisellä että henkilökohtaisella tasolla liittyy aktiiviseen asiakkuuteen (Valkama 2012, 78–79). Vaikka asiakkaiden aktiivisuutta korostetaan, voidaan aktiivisuus tulkita joissakin tapauksissa hankaluutena, haasteellisuutena tai vaativuutena (Niiranen 2002, 70).

Asiakasnäkökulmassa yhtenä peruslähtökohtana on asiakkaan äänen kuuleminen ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen, mikä on sosiaali- ja terveystoimissa myös ammattieettinen periaate. Palveluammattilaisten tulee kuitenkin ottaa huomioon myös ne asiakkaat, jotka eivät kykene edustamaan itseään ja ajamaan etujaan. (Kettunen & Möttönen 2011, 60.) Viime vuosina tapahtunut arvojen ja käytäntöjen muutos koskien hyvinvointipalveluja hyödyttääkin niitä kansalaisia, jotka kykenevät osallistumaan, valitsemaan ja ottamaan vastuuta sekä itsestään että läheisistään, mutta niiden, joilla ei ole riittäviä taloudellisia, sosiaalisia tai poliittisia resursseja, hyvinvointi voi olla uhattuna (Anttonen ym. 2012, 41; Szebehely & Trydegård 2012, 300, 304). Julkisia palveluja tarvitaan usein juuri turvaamaan haavoittuvien ryhmien, kuten lasten, nuorten ja iäkkäiden, asema (Pirttilä & Tuomaala 2012, 134). Hyvinvointipalvelujen saamisen edellytyksenä ei voi olla riittävä tiedollinen

osaaminen tai äänekäs asiakkuus, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon vastuu huolehtia kuntalaisista perustuukin edelleen lainsäädäntöön (Valkama 2012, 78).

2000-luvulla vahvistunut kansalaisten aktiivisuus palvelujen käyttämisessä tulee johtamaan siihen, että asiakaslähtöisyyden vaatimus on otettava myös sosiaali- ja terveystalouden tuotannossa huomioon entistä vakavammin. Asiakkaan roolissa tapahtunut muutos potilaasta palvelunkäyttäjäksi ja edelleen asiakkaaksi vaatii asennemuutosta, jolloin asiakkaasta tulee aidosti tasavertainen kumppani palveluprosessissa. Kansalaiskeskeinen toimintamalli tulee todennäköisesti muuttamaan myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden roolia siten, että heistä tulee nykyistä enemmän kansalaisten terveyden ylläpidon ja kehittämisen assistentteja ja tutoreita. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 280, 282–283; Stenvall & Virtanen 2012, 33, 41, 50, 176–177.)

Asiakkaiden odotukset ja vaatimukset sekä nykyinen palvelutarjonta eivät enää erityisesti julkisen sektorin kohdalla kohtaa. Siksi palvelujärjestelmiltä vaaditaan uutta ja nykyistä syvempää asiakasymmärrystä ja -osaamista. Palvelujärjestelmillä tulisi olla kykyä vastata asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin. Palvelujen käyttäjien mielipiteiden saaminen mukaan palvelujen suunnitteluun tarkoittaakin isoa muutosta pois perinteisestä ajattelutavasta, jossa on ajateltu, että palvelujärjestelmä pystyy itse katsomaan asioita asiakkaiden näkökulmasta. (Stenvall & Virtanen 2012, 32, 41–42.) Julkisten palveluiden kohdalla ei ole ollut yleistä hyödyntää palveluiden käyttäjien näkökulmaa, joten mekanismit palautteen hyödyntämiseen ovat kehittymättömiä (Kettunen & Möttönen 2011, 65). Esimerkiksi kuntasektorilla kulttuuritoimessa on pyritty kehittämään toimintaa asiakaspalautteen perusteella, mutta edelleen tarve palautejärjestelmien kehittämiseen ja palautteen hyödyntämiseen on suuri (Kangas & Ruokolainen 2012, 81–82).

2.3 Asiakas palvelujen arvioijana ja kehittäjänä

Perustuslain mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan (L11.6.1999/731) ja kuntalain mukaan

valtuuston tulee huolehtia siitä, että kunnan asukkailla ja palvelujen käyttäjillä on edellytykset osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan muun muassa tiedottamalla kunnan asioista ja selvittämällä asukkaiden mielipiteitä ennen päätöksentekoa (L17.3.1995/365). Ikääntyneiden laatusuosituksen mukaan iäkkäillä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin (STM 2013a, 20). Asiakkaiden asiantuntemusta tulisikin hyödyntää palvelujen kehittämisessä (Valkama 2012, 78–79).

Palvelujen toimivuutta voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. Kuntalaisilla on eri tavoin perusteltuja käsityksiä palveluiden toimivuudesta kuin esimerkiksi kunnan palveluksessa olevilla työntekijöillä. Nämä eri näkökulmat ovat tärkeitä omalla tavallaan. Yksittäiset asiakasmielipiteet edustavat vain yhtä kyseistä käyttäjää, mutta koottuna suurella määrällä mielipiteitä voi olla vastaavaa edustavuutta kuin esimerkiksi mielenosoituksella. Asiakasnäkökulma on myös ainoa mahdollisuus saada tietoa palvelun saajan kokemuksellisesta näkökulmasta. (Kettunen & Möttönen 2011, 61–62.)

Asiakaslähtöisen organisaation tulisi kiinnittää huomiota siihen, että asiakkuutta ja palvelujen käyttäjiä koskevaan tietoon liittyy erilaisia ajallisia ulottuvuuksia: menneisyys (mitä on tapahtunut), nykyisyys (mitä tällä hetkellä tapahtuu) sekä tulevaisuus (mitä jatkossa tulee tapahtumaan) (Stenvall & Virtanen 2012, 181). Asiakkaat arvioivat yleensä tuote- ja palveluominaisuuksia tilannesidonnaisina kokonaisuuksina aistinvaraiseen informaatioon perustuen. Jos arvioidaan esimerkiksi onko asiointi ollut vaivatonta, voi arviointiin liittyä huomioita muun muassa palvelujen saavutettavuudesta tai verkkosivujen selkeydestä, henkilöstön palautteesta sekä toimintaprosessien itseohjautuvuudesta (tiedetään, mitä tapahtuu seuraavaksi). Palvelun arvioinnin kriteereihin vaikuttaa myös asiakkaan päätöstilanne (onko hänellä kiire, mieliala jne.). (Mitronen & Rintamäki 2012, 196.) Asiakkaan kokemukseen hyvästä palvelusta vaikuttavat lisäksi muun muassa tilat, tilajärjestelyt ja vuorovaikutus. Vuorovaikutustilanteessa työntekijän kyky ottaa kontakti asiakkaaseen ja tapa puhua asiakkaalle ovat tärkeitä. (Stenvall & Virtanen 2012, 65.)

Asiakkaan voi olla vaikea arvioida palveluja, johtuen palvelujen abstraktista luonteesta (Grönroos 2010, 81). Asiakkaiden mielipiteet palvelukokemuksista ja palvelutapahtumista ovat kuitenkin aina autenttisia, joiden merkityksiä asiakkaalle ei voida kiistää. Asiakaslähtöinen organisaatio kerää asiakaspalautetta palvelujensa käyttäjiltä systemaattisesti ja monipuolisesti erilaisten palautemekanismien avulla. (Stenvall & Virtanen 2012, 180–181.)

Kuntatason palautejärjestelmiä ja vaikuttamisen kanavia tulisi kehittää kuntalaisten tarpeita huomioiviksi ja helppokäyttöisiksi, sillä nykyisiin palautejärjestelmiin ollaan tyytymättömiä. Lisäksi kuntien oman aktiivisuuden lisääminen palveluita koskevan tiedon kartoittamiseksi koetaan tärkeäksi. Esimerkiksi kulttuuripalveluita koskevan palautteen antamista pidetään hankalana. Kuntalaiset toivovatkin palveluita koskevien vaikuttamismahdollisuuksien kehittämistä. (Sokka ym. 2014, 71–72.) Joissakin kunnissa ei asiakaspalautetta kerätä systemaattisesti lainkaan, kun taas toisissa kunnissa arvioidaan systemaattisen asiakaspalautteen keräämisen toteutuneen hyvin tai melko hyvin. Mutta myös kuntien sosiaalijohdon ja terveyskeskusjohdon mielestä kuntalaisten mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon toteutuu kunnissa huonosti. (Eronen ym. 2013, 49.)

Kuntalaiset ovat olleet mukana kehittämässä sosiaali- ja terveystalouksia esimerkiksi KAMPA-hankkeessa (Hyvinvointipalvelujen kehittäminen kansalaisosallistumisen ja yhteisöllisyyden pohjalta maaseudulla), jossa sosiaali- ja terveystaloukset nähdään kiinteässä yhteydessä myös koulutus-, vapaa-aika- ja kulttuuripalveluihin sekä elinkeinoelämään (Räntämäki 2013, 7). Ikäihminen kehittäjänä –toimintamallissa iäkkäät toimivat asiantuntijoina, kehittäjinä, tiedottajina, kouluttajina, arvioijina ja vaikuttajina sosiaali- ja terveystalouksissa (Lång 2013, 23; Innokylä 2014).

THL:n koordinoiman Alueellinen terveys- ja hyvinvointi (ATH) -tutkimuksen avulla kuntalaisilla on mahdollisuus vaikuttaa asuinalueensa terveys- ja hyvinvointipalvelujen kehittämiseen. Tutkimuksessa kuntalaisilta kysytään muun

muassa kokemuksia palvelujen riittävydestä. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää kuntien palveluja. (THL. 2014a.)

Jäppisen (2011, 9) tutkimuksen mukaan kuntalaisten osallistumisen lisääminen ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen vahvistaa kuntalaisten uskoa parempaan kuntademokratiaan ja palauttaa kuntalaisten luottamusta poliittiseen ja hallinnolliseen toimintaan. Kuntalaisten osallistamisen avulla päätöksenteko ja tuotetut palvelut vastaavat enemmän kuntalaisten tarpeita. Jäppisen (2011, 9) mukaan asiakkaiden ottaminen mukaan palvelutuotannon suunnitteluun ja toteutukseen vahvistaa myös kuntatyöntekijöiden työtyytyväisyyttä, sillä palvelujen käyttäjien osallistuminen jakaa suunnitteluvastuuta laajemmalle. Kuntalaisten mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon on kunnille tärkeä voimavara, mutta sitä ei osata aina hyödyntää (Eronen ym. 2013, 51–52, 134).

2.4 Asiakaslähtöinen palvelujen kehittäminen

Prosessijohtamisen perusajatuksena on, että prosessit lähtevät aina asiakastarpeesta, minkä takia organisaation tulee tunnistaa asiakkaidensa tarpeet. Asiakkaan prosessi ja palvelutuotannon prosessi pitää kuitenkin erottaa toisistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuusjohtaminen edellyttää tapaa nähdä palvelutarpeet organisatoriset rajat ylittävinä kysymyksinä sekä kykyä hahmottaa kokonaisvaltaisesti niin asiakkaiden valintaprosesseja kuin organisaatioiden työprosesseja. (Stenvall & Virtanen 2012, 36, 67–69.)

Asiakaslähtöinen kehittäminen perustuu siihen, että asiakas on toiminnallinen subjekti, osa palvelutuotannon toimintaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaita kunnioitetaan vaikka ammattilaiset olisivat eri mieltä palvelujen käyttäjien kanssa. Se, että asiakaslähtöisyys luetellaan osana organisaation arvoja, ei välttämättä riitä, vaan työyksiköittäin ja -yhteisöittäin tulisi avata asiakaslähtöisyyden käsite ja kuvata, mitä se yksikössä käytännössä tarkoittaa. (Stenvall & Virtanen 2012, 179–180.)

Käytännön palvelujen kehittämistyössä tulee kuitenkin ottaa huomioon asiakaslähtöisen mallin lisäksi myös järjestelmä- ja työntekijälähtöinen malli, koska yhteen mallin keskittymällä ei saada aikaan toivottua tulosta. Sillä esimerkiksi jos asioita ajatellaan vain järjestelmän näkökulmasta, unohdetaan helposti asiakkaiden tarpeet ja henkilöstön osallisuus. Ja jos keskitytään vain äänekkäimpien asiakkaiden tarpeiden tyydytykseen, jää kytkentä organisaation järjestelmälliseen kehittämiseen puuttumaan. (Stenvall & Virtanen 2012, 238.)

Hyvinvointipalveluilla on suuri merkitys ihmisten elämässä. Sen takia ei ole yhdentekevää, miten palveluita kehitetään ja tuotetaan. Jatkossa näyttää siltä, että palvelujen käyttäjien asema vahvistuu tässä kehittämistyössä aivan uudella tavalla. (Stenvall & Virtanen 2012, 259.)

3 HYVINVOINTIPALVELUT IÄKKÄIDEN TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN TUKENA

Seuraavassa luvussa käsitellään palveluita. Aluksi kerrotaan yleistä palvelutuotannosta, sitten käsitellään hyvinvointipalveluita, joihin tässä työssä lasketaan kuuluvaksi sosiaali- ja terveystalvet sekä kulttuuri- ja liikuntapalvelut. Sen jälkeen tarkastellaan iäkkäiden palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä, kuten terveyttä ja toimintakykyä. Lopuksi kerrotaan vielä hyvinvointipalvelujen ohjausjärjestelmästä.

3.1 Yleistä palvelutuotannosta

Palvelut voidaan määritellä erilaisten organisaatioiden tuottamiksi toiminnoiksi tai palvelusta vastaavan työntekijän antamaksi hyväksi kohteluksi ja huolenpidoksi. Palvelut voidaan myös ymmärtää tarkoittavan työtä jonkun toisen eteen. Palveluissa on useimmiten tavoitteena vastata asiakkaan tarpeeseen tai ongelmiin. Palveluita tuotetaan esimerkiksi, jotta voidaan edistää iäkkäiden toimintakykyä ja tukea kotona asumista. Palvelut ovat yleensä aineettomia, eikä palvelua voi varastoida. (Stenvall & Virtanen 2012, 43–44, 47–48; Grönroos 2010, 76–77, 80.) Palveluun liittyy usein myös vuorovaikutusta palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Palvelut ovat prosesseja, jotka koostuvat toiminnoista. Lisäksi palvelut tuotetaan ja kulutetaan ainakin osittain samanaikaisesti. Palveluille tyypillistä on myös se, että asiakas osallistuu palvelun tuotantoprosessiin ainakin joissakin määrin. (Grönroos 2010, 77; Nikkilä & Paasivaara 2007, 25; Niiranen 2002, 69.) Palvelujen käsite ja sisältö voivat olla yllättävää kyllä epäselviä, joten organisaatioissa kannattaisi määritellä, mitä palvelu itse kullekin tarkoittaa (Stenvall & Virtanen 2012, 43).

Palveluihin liittyvät myös kysynnän ja tarjonnan käsitteet. Kysyntä kuvaa sitä, minkälaisia palveluita tarvitaan ja tähän vaikuttavat muun muassa ihmisten tarpeet, odotukset ja tottumukset. Tarjonnalla tarkoitetaan palvelujen tuotantoa ja valikoimaa. Tarjonta ja kysyntä liittyvät toisiinsa: palvelujen kysyntää voidaan lisätä tarjontaa lisäämällä ja palvelujen kysyntä vaikuttaa palvelujen tarjontaan,

esimerkiksi kaupallisesti tuotetuissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Julkisella puolella palvelut perustuvat lainsäädäntöön tai muihin poliittisten päättäjien tekemiin ratkaisuihin, mikä johtaa yksinkertaistetusti ilmaistuna siihen, että asiakkaat tulevat palvelujen piiriin ”annettuna”. Toisaalta esimerkiksi vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki on lisännyt kuntalaisten mahdollisuuksia esimerkiksi valita oma terveysasemansa. (Stenvall & Virtanen 2012, 44–46.) Julkisten palvelujen tarkoituksena ei ole tuottaa palveluja, joita asiakas ostaisi vaan palvelujen tarkoituksena on auttaa asiakasta auttamaan itse itseään (Kettunen & Möttönen 2011, 60).

Julkisella sektorilla on joidenkin palveluiden tarkoitus ratkaista ongelmia ja vähentää palveluiden kysyntää. Esimerkiksi ennaltaehkäisevien palvelujen tuottamisen yhtenä tavoitteena voi olla pyrkimys vähentää tiettyjen kalliiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön tarvetta. Yksityisellä puolella taas yritystoiminnan tavoitteena on palvelukysynnän kasvattaminen. (Stenvall & Virtanen 2012, 46–47.) Iäkkäille suunnattujen julkisten palvelujen tavoitteena on tukea iäkkäiden vahvuuksia sekä ylläpitää ja parantaa iäkkäiden elämänlaatua (Collins, Wacker & Roberto 2013, 84).

Palveluista ja tuotteista muodostuu kokonaisuus, jonka arvioiminen kaikessa sen laajuudessa tai monipuolisuudessa voi olla asiakkaalle vaikeaa. Palvelujen toimivuutta arvioitaessa tulee huomioida se, kenen näkökulmasta palvelujen toimivuutta arvioidaan, sillä palvelu määrittyy eri tavoin asiakkaiden, johdon tai työntekijöiden näkökulmasta. Toimivaa julkista palvelua voidaan arvioida esimerkiksi sen valossa, että palvelun tulisi olla hyödyllistä sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle yhteiskunnan tavoitteiden kannalta. Toimiville ja laadukkaille palveluille tulisi asettaa kriteerejä ja mittareita. Silloin kun kriteerit ovat avoimia myös käyttäjille, voivat myös käyttäjät arvioida palvelujen laatua. (Stenvall & Virtanen 2012, 49–55.)

3.1.1 Palvelujen laatu

Palvelujen laatua voidaan tarkastella useasta eri näkökohdasta. Ensinnäkin palvelujen laatua ei voi yksistään johto määrittää vaan laatu on myös sitä, mitä asiakkaat subjektiivisesti kokevat. Laadun tulisi perustua asiakkaiden tarpeisiin. Lisäksi tulisi huomioida, ettei laatua voi erottaa tuotanto- ja toimitusprosessista. Palvelun laadun suunnittelussa on huomioitava myös paikallistaso. (Grönroos 2010, 154.)

Palvelujen laadussa vuorovaikutustilanteisiin keskittyminen on oleellista. Jokainen palveluprosessiin osallistuva työntekijä vaikuttaa omalta osaltaan asiakkaan kokemaan laatuun. Jos asiakaskontaktissa tai taustatehtävissä tapahtuu epäonnistumisia, palvelun laatu kärsii. Koska asiakkaiden oma osuus palveluprosessissa on usein myös merkittävä, on asiakkaita informoitava, mitä heiltä odotetaan ja tarvittaessa neuvottava ja opastettava heitä. (Grönroos 2010, 154–155.)

Asiakkaiden kokemalla palvelujen laadulla on kaksi ulottuvuutta: tekninen eli lopputulosulottuvuus, joka jää asiakkaalle, kun tuotantoprosessi loppuu ja toiminnallinen eli prosessiulottuvuus eli se, miten hän saa palvelun ja millaiseksi hän kokee tuotanto- ja palveluprosessin. Teknistä laatua on helpompi arvioida objektiivisemmin kuin toiminnallista laatua. Lisäksi voidaan arvioida palvelun kokonaislaatua. Kokonaislaatu riippuu lopulta monesta eri tekijästä, kuten asiakkaan tarpeista ja odotuksista, palveluntuottajan imagosta ja viestinnästä. (Grönroos 2010, 100–102, 105.)

Palvelujen laadun saavuttamista tulee organisaatiossa seurata. Organisaation on järjestettävä laadunvarmistus ja siihen liittyvät keinot, mutta silti jokaisen palveluprosessiin osallistuvan työntekijän tulee seurata laatua. Koska palveluja on tuottamassa yleensä suuri joukko ihmisiä ja toimintoja, tulee laadun saavuttamista seurata siinä kohdassa, missä kukin toiminto ja laatuun panostaminen tapahtuu. Asiakkaan kokemaan laatuun vaikuttavat asiakkaan ennako-odotukset ja todelliset kokemukset palvelun toteutumisesta. Jos asiakkaille luvataan etukäteen

asioita, joita ei voida kuitenkaan käytännössä täyttää, asiakas pettyy ja arvioinnit laadusta jäävät heikoksi. Asiakkailla on myös implisiittisiä eli hiljaisia odotuksia, jotka asiakkaiden mielestä ovat niin ilmeisiä, että palveluntarjoajan tulisi ne täyttää, vaikkei niitä ilmaistakaan ääneen. Implisiittisiä odotuksia ei usein edes ajatella tietoisesti, mutta ne todentuvat, kun palvelu ei toimikaan odotetulla tavalla ja asiakas pettyy. Esimerkiksi asiakkaiden tottuessa tiettyyn palvelutasoon, asiakkaat eivät enää ajattele joitakin ennen eksplisiittisiä odotuksia vaan ne muuttuvat implisiittisiksi, mutta jos palveluntarjonnassa tapahtuukin muutoksia, implisiittiset odotukset voivat muuttua jälleen eksplisiittisiksi. Toisinaan asiakkailla voi olla myös epärealistisia odotuksia palvelun suhteen, jolloin asiakkaita tulisi informoida siitä, mitä asiakkaiden olisi realistista palvelulta odottaa. (Grönroos 2010, 106, 134–135, 155.)

Organisaatioissa on käytössä erilaisia mittareita laadun arvioimiseksi. Esimerkiksi Euroopan Unionin yhteinen arviointimalli CAF on suunnattu kaikille julkisen sektorin organisaatioille ja sen käytöllä voidaan edistää laadukkaiden, taloudellisesti ja tehokkaasti toimivien julkisten palvelujen kehittämistä (Kuntaliitto 2014). Palvelujen laatua ohjataan myös lainsäädännöllisin keinoin ja erilaisin suosituksin. Esimerkiksi vanhuspalvelulaissa (L28.12.2012/980) säädetään palvelujen laadun varmistamiseksi toimintayksikön henkilöstöstä, johtamisesta, toimitiloista ja omavalvonnasta. Lisäksi iäkkäiden palvelujen laadun turvaamiseksi on olemassa laatusuositus (STM 2013a). Laatua mietittäessä asiakasnäkökulmasta tulisi muistaa, että laatu on tärkeää sellaisena kuin asiakas laadun kokee (Grönroos 2010,100).

3.1.2 Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Palveluiden saatavuudella voidaan tarkoittaa alueellista ja määrällistä saatavuutta. Alueellinen saatavuus tarkoittaa, että palvelut eivät ole liian kaukana niiden käyttäjistä ja asiaa tarkastellaan palvelujärjestelmän näkökulmasta. Palvelujen saavutettavuudesta puhuttaessa näkökulma on palvelujen käyttäjissä. Esimerkiksi palvelujen saatavuus voi olla hyvä, jos asiaa tarkastellaan väestöpeittona jonkin terveysaseman ympärillä, mutta palvelujen saavutettavuus voi olla silti huono, jos

terveyskeskus sijaitsee huonojen liikenneyhteyksien päässä ja suuri osa asiakkaista kokee siellä asioimisen hankalaksi. (Stenvall & Virtanen 2012, 61.) Vaikka viime kädessä yksilö vastaa omasta hyvinvoinnistaan, on yhteiskunnalla silti sosiaalinen vastuu hyvinvointipalveluiden tasa-arvoisesta saatavuudesta (Sjöholm 2012, 37).

Myös kuntaliitosten yhteydessä on keskusteltu palvelujen saatavuudesta ja saavutettavuudesta. Saavutettavuus heikkenee, jos välimatkat kasvavat, eivätkä yleiset kulkuneuvot kulje joustavasti. Jos palveluun ei päästä, saatetaan tarvittavat palvelut jättää käyttämättä. (Stenvall & Virtanen 2012, 61–62; Puustinen & Niiranen 2011.) Lanteen (2013, 268–271) tutkimuksen mukaan palveluiden saavutettavuudella on merkitystä iäkkäiden hyvinvoinnille ja turvallisuuden kokemiselle. Erityisesti haja-asutusalueilla asuvat iäkkäät nostavat esiin palvelun saavutettavuuden pitkien etäisyyksien takaa ja perusinfrastruktuurin haavoittuvuuden.

Palvelujärjestelmän toimivuutta on 2000-luvulla pyritty kehittämään muun muassa kansallisessa terveyshankkeessa, jossa yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut palvelujen saatavuuden parantaminen, mistä esimerkkinä on vuonna 2005 käyttöön otettu hoitotakuu. Hoitotakuulla pyrittiin nopeuttamaan kiireettömään hoitoon pääsyä ja sitä kautta vähentämään alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa. (Klavus 2010, 29.) Sosiaalibarometri 2013 –tutkimuksessa terveyskeskusjohtajien mukaan pääsy vastaanotolle toteutuu useimmin (80 %) melko hyvin tai hyvin (Eronen ym. 2013, 73).

Jonotusaika liittyy siis myös saavutettavuuteen; esimerkiksi iäkkäät voivat joutua odottamaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa pitkänkin ajan. Saavutettavuuteen liittyy myös käsite lähestyttävyyys, jolla tarkoitetaan sitä, miten helposti palvelusta vastaaviin työntekijöihin saa yhteyttä. Sähköiset palvelut ovat viime aikoina parantaneet palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Sähköisten palvelujen ansiosta joitakin palveluita voi periaatteessa käyttää ympärivuorokautisesti. Sähköisiin palveluihin liitetään usein käsitteet käytettävyys ja lähestyttävyyys.

Toisaalta ongelmana on se, että sähköisiin palveluihin liittyy vielä ongelmia esimerkiksi tietoturvallisuuden osalta. (Stenvall & Virtanen 2012, 62–63.) Hyvinvointipalveluja tullaan kuitenkin tulevaisuudessa tuottamaan lisääntyvässä määrin perinteisten palvelujärjestelmien ulkopuolella, kuten internetissä (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 282–283; Lillrank & Venesmaa 2010, 192–193). Internetin käyttö palvelujen yhteydessä voi aiheuttaa sen, että kansalaiset ovat eri arvoisessa asemassa palvelujen saannin suhteen, koska kaikilla ei ole mahdollisuutta päästä internetiin (Wihlborg 2013, 50-51).

Internetistä tiedon hakeminen ei ole yleistä 80-vuotta täyttäneiden keskuudessa. 80-vuotta täyttäneet henkilöt kysyisivät omaa hyvinvointiaan ja terveyttään edistäviä neuvoja tai hakisivat tietoja saatavilla olevista palveluista useimmiten perheenjäseniltä ja ystäviltä tai kunnan sosiaalityöntekijältä tai terveydenhoitajalta. (Vilkkonen, Finne-Soveri, Heinola 2010, 56–57.)

Korkeammin koulutetut iäkkäät suhtautuvat internetin käyttöön avoimemmin ja käyttävät internetiä enemmän kuin matalammin koulutetut. Internetin käyttö vähenee vanhimpien ikäntyneiden keskuudessa. (Berner, Rennemark, Jogrén & Berglund 2012, 122–124.) Geroteknologian avulla pyritään kehittämään teknisiä ratkaisuja, jotka tukisivat iäkkäiden kotona selviytymistä. Geroteknologian kehittämisessä tulisi huomioida se, että iäkkäiden suhde teknologiaan muuttuu koko ajan. Nykyisin monet, erityisesti matalasti koulutetut, vierastavat teknologiaa, mutta tulevaisuudessa iäkkäät ovat tottuneita käyttämään teknisiä laitteita ja ohjelmia, mikä tulisi myös huomioida teknologisten ratkaisujen suunnittelussa. (Rodeschini 2011, 527.)

3.1.3 Palvelujen riittävyys

Palvelujen riittävyyden määrittely on vaikeaa, sillä palvelujen riittävyyttä voidaan määritellä monella tavalla näkökulmasta riippuen. Voidaan puhua esimerkiksi koetusta riittävyydestä tai absoluuttisesta riittävyydestä. Tässä opinnäytetyössä palvelujen riittävyyttä tarkastellaan koetun riittävyyden näkökulmasta.

Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa arvioidaan useimmiten palvelujen määrällistä saatavuutta, eikä palvelujen laatua. Näillä kahdella näkökohdalla onkin usein erilaisia kriteerejä. (Kunnallisalan kehittämissäätiö 2011, 36.)

Pääsääntöisesti kuntien palvelujen riittävyyteen suhtaudutaan kohtuullisen myönteisesti, mutta myös tyytymättömyyttä esiintyy (Palomäki 2013, 15). Noin joka viides suomalainen raportoi kulttuuripalveluiden tyydyttämättömyyttä tarvetta ATH-tutkimuksen valtakunnallisen tutkimuksen mukaan (Kaikkonen ym. 2014a). Kulttuuripalveluiden riittävyyteen ollaan tyytymättömämpiä maaseudulla kuin kaupungeissa (Saarsalmi ym. 2014, 6). Sosiaalipalvelujen toimivuus, terveyspalvelujen ja terveyskeskuslääkäripalveluiden riittävyys koetaan hieman paremmaksi maaseutukunnissa kuin kaupungeissa (Muuri 2010, 83; Kunnallisalan kehittämissäätiö 2011, 35–36, 39; Saarsalmi ym. 2014, 6).

Kunnallisista palveluista riittäviksi koetaan liikuntaan ja urheiluun liittyvät palvelut. Terveyspalveluihin ja vanhustenhuollon palveluihin sekä toimeentulotukeen ollaan puolestaan tyytymättömiä ja nämä palvelut koetaan riittämättömiksi. Vanhuspalveluja koetaan ollaan sitä tyytymättömämpiä mitä suuremmasta kunnasta on kyse. (Kunnallisalan kehittämissäätiö 2011, 35–36, 39.) Erityisesti naiset suhtautuvat kriittisesti vanhus- ja terveyspalveluita kohtaan (Kunnallisalan kehittämissäätiö 2011, 35–36, 39; Palomäki 2013, 20) ja iäkkäämmät suhtautuvat sosiaalipalveluiden toimivuuteen kriittisemmin kuin nuoremmat (Muuri 2010, 83). Hyvinvointipalvelujen johtajien mukaan ikääntyneiden palvelujen riittämättömyys on vuosia toistunut ilmiö, vaikka vanhuspalveluihin onkin suunnattu lisää voimavaroja. Tähän vaikuttaa iäkkäiden määrän lisääntyminen. (Eronen ym. 2013, 40, 43–44, 131.)

Vuoden 2009 Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimukseen vastanneista seitsemän prosenttia sanoi, ettei ollut saanut mielestään riittävästi hoitoa. Hoidon saamista haittasi palvelujen puute tai etäisyys. Lisäksi epäiltiin, ettei hoidosta olisi apua tai rahan puute haittasi palvelujen saantia. (Klavus 2010, 35.) Terveyskeskuksen palveluja arvioitaessa korkeammin koulutetut antoivat parempia arvosanoja terveyskeskusten palveluille kuin vähemmän koulutetut

(Niemelä 2012, 28). Toisaalta kuitenkin Palomäen (2013, 20) tutkimuksen mukaan ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet ja suurituloisimmat arvioivat useammin terveyspalvelut riittämättömiksi kuin muut. Valtakunnallisten ATH-tulosten mukaan joka kolmas suomalainen ei ole saanut tarpeisiinsa nähden riittävästi terveyskeskuspalveluita (Kaikkonen ym. 2014b).

Vaikka HYPÄ-tutkimukseen osallistuneista sosiaalipalveluita käyttäneistä vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä saamansa palvelun riittävyteen (Muuri 2010, 88), niin silti lähes puolet kunnallisen kotipalvelun tai kotihoidon saajista koki saamansa avun riittämättömäksi. Tyytymättömyys avun riittävyteen on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2004 vuoteen 2009. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 156, 164.)

Terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi kokevat suhtautuvat terveyspalvelujen toimintaan kriittisemmin kuin terveytensä paremmaksi kokevat. Myös ne, joilla jokin terveydellinen ongelma haittaa päivittäisiä aktiviteetteja, suhtautuvat muuta väestöä kriittisemmin terveyspalvelujen tehokkuuteen ja tasoon. (Niemelä 2012, 20.) Kohtalaiseksi koettu terveydentila heikentää arvioita terveyspalvelujen riittävydestä (Palomäki 2013, 20). Lisäksi henkilöt, joilla on huono terveydentila, suhtautuvat kriittisesti sosiaalipalveluiden toimivuuteen (Muuri 2010, 83).

Vaikka palvelujen riittävyden kokemisen suhteen on vaihtelua, voidaan silti sanoa, että palvelujen kohdentuminen on onnistunutta. HYPÄ-tutkimuksen mukaan julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut kohdentuvat niille, joiden elämänlaadussa on puutteita: huono fyysinen ja psyykinen terveys, pienituloisuus ja köyhyys sekä heikommat ympäristöresurssit ja haja-asutusalueella asuminen. Näin ollen voidaan todeta, että oikeudenmukaisuusnäkökulmasta palveluiden kohdentuminen suosii tasa-arvoa ja palveluiden avulla voidaan kaventaa väestössä havaittuja terveys- ja hyvinvointieroja. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 144.)

3.2 Hyvinvointipalvelut

Tässä opinnäytetyössä hyvinvointipalveluilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveystalvueluita sekä kulttuuri- ja liikuntapalveluita. Hammashoidon palvelut, erikoissairaanhoido ja yksityiset palvelut on rajattu pois opinnäytetyöstä. Opinnäytetyössä keskitytään kunnan tuottamiin peruspalveluihin. Hyvinvointi on moniulotteinen ilmiö, jota voidaan tarkastella eri ulottuvuuksien avulla. Esimerkiksi Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksessa hyvinvoinnin alue-eroja on kuvattu viidellä ulottuvuudella, jotka ovat: materiaalinen elintaso, terveys, psykososiaalinen hyvinvointi, turvallisuus ja poliittinen osallisuus (Karvonen, Kauppinen & Ilmarinen 2010, 221). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan terveyttä ja toimintakykyä hyvinvoinnin ulottuvuuksina.

3.2.1 Sosiaali- ja terveystalvuelut

Suomen perustuslain 19 pykälässä on määritelty, että julkisen vallan on taattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvuelut ja edistettävä terveyttä (L11.6.1999/731). Sosiaali- ja terveystalvueluilla tarkoitetaan niitä palveluita, joista on säädetty terveydenhoitolaissa. Palveluihin kuuluu lain mukaan sosiaalityö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, vanhuksille annettavat palvelut, vammaispalvelut, erilaiset kuntoutuspalvelut, psykologipalvelut sekä kasvatus- ja perheneuvonta. Tässä määrittelyssä ulkopuolelle jäävät hyvinvointipalvelut laaja-alaisemmassa merkityksessä, eli esimerkiksi liikunta- ja kulttuuritoimintaan liittyvät palvelut, vaikka niillä onkin suuri merkitys yksittäisten palvelujen käyttäjien kokemaan hyvinvointiin. (Stenvall & Virtanen 2012, 19; L30.12.2010/1326.)

Sosiaali- ja terveystalvuelut ovat ajankohtainen aihe ja niiden tuottamisen suhteen eletään haasteellista aikaa, sillä alalla vallitsevat kasvavat palvelutarpeet, mutta palvelujen tuottamiseen ei kuitenkaan ole tarjolla alati kasvavia rahavirtoja vaan päinvastoin esiintyy säästövaatimuksia (Eronen ym. 2013, 136; Stenvall & Virtanen 2012, 22–23, 62–63; Lillrank & Venesmaa 2010, 221–223; Rolls, Seymour, Froggat & Hanratty 2010, 654). Terveystalvueluissa kehitetään koko

ajan sähköisiä palvelumuotoja vastaamaan erilaisiin aika- ja paikkarajoituksiin. Yhtenä tavoitteena sähköisten palvelujen kehittämisessä on pyrkimys rajata kustannuksien nousua. (Lillrank & Venesmaa 2010, 192–193.) Sosiaali- ja terveyspalveluissa tarvitaankin rakenteellisia asiakaslähtöisesti tuotettuja uudistuksia, jotka ovat perusteltuja palvelujen käyttäjien ja kustannustehokkuuden kannalta (Stenvall & Virtanen 2012, 39).

Julkisessa terveyden- ja sairaanhoidossa palvelut perustuvat ammattilaisen harkintaan ja asiakkaan tulee täyttää tietyt kriteerit ollakseen oikeutettuja palveluihin, joten asiakkailta ei ole paljoakaan valinnanmahdollisuuksia. Silti asiakkaat ovat kokeneet, että heillä on mahdollisuus valita ainakin tietyssä määrin tarjolla olevista palveluista. Tämä näkemys perustuu palvelutilanteista syntyneestä vaikutelmasta valinnanmahdollisuudesta. Valintojen tekeminen edellyttää kuitenkin erilaisten todellisten vaihtoehtojen olemassaoloa sekä luotettavaa tietoa vertailun pohjaksi. Viime vuosina on pyritty lisäämään asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia, esimerkkeinä tästä palveluseteli, henkilökohtainen budjetointi ja uusi terveydenhuoltolaki (L30.12.2010/1326), jonka mukaan asiakas voi valita kiireettömässä hoidossa haluamansa terveysaseman tai –keskuksen sekä sieltä haluamansa laillistetun hoitohenkilön. Vaikkei valinnanmahdollisuuksia olekaan vielä riittävästi, koetaan kuulluksi tuleminen omissa palveluissa tärkeämmäksi kuin valinnanmahdollisuudet (Valkama 2012, 66, 72,78).

2010-luvun sosiaali- ja terveysjärjestelmää on kuvattu pirstaleiseksi. Eri kuntien palvelujärjestelmät eroavat toisistaan toimintakulttuurien, palvelumuotojen ja palvelukäytäntöjen suhteen. Isojen kuntien sisällä saattaa puolestaan löytyä monia eri palvelukulttuureja. (Stenvall & Virtanen 2012, 13.)

Syyksi tällaisen pirstaleisen järjestelmän syntymiseen on esitetty muun muassa sitä, että palvelujärjestelmää on rakennettu pala palalta, mikä on johtanut palvelujen toimimattomuuteen ja palvelukulttuurin epätasaisuuteen. Lisäksi 2000-luvulla toteutetut muutokset, kuten kuntien yhdistäminen tai uusien toiminnallisten kokonaisuuksien luominen, eivät aina ole olleet johdonmukaisia, eikä kaikkia keskushallinnon taholta luotuja uudistuksia olla kuitenkaan pystytty

kuntatasolla toteuttamaan. (Stenvall & Virtanen 2012, 13–14.) Kuntien välillä on todettu olevan eroja esimerkiksi iäkkäiden sosiaalipalvelujen käyttöasteessa, kun taas terveystalouden palvelujen käyttö iäkkäillä näyttää jakautuvan tasaisemmin kuntien välillä (Kehusmaa ym. 2012, 8). 2010-luvulla pirstaleista palvelujärjestelmää on pyritty yhtenäistämään esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) avulla. Kaste-ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveystaloudelliset tavoitteet, kehittämistoiminnan ja valvonnan painopisteet ja niiden toteuttamista tukevat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. (Stenvall & Virtanen 2012, 15, 39.)

Suomalaiset ovat olleet melko tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan ja laatuun, mutta viime vuosina tyytyväisyys järjestelmään on kuitenkin vähentynyt. Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) - tutkimuksessa vuonna 2004 kolmasosa väestöstä oli sitä mieltä, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii kokonaisuutena hyvin. Vuonna 2009 terveydenhuollon järjestelmää piti hyvänä enää viidesosa väestöstä ja entistä useamman mielestä järjestelmää voisi parantaa pienin muutoksin. (Klavus 2010, 42.)

Luottamus suomalaiseen terveydenhuoltoon on suurta. Niemelän (2012, 33–34) tutkimuksessa 70 prosenttia vastaajista luotti julkiseen terveydenhuoltoon. Naiset luottavat julkiseen terveydenhuoltoon miehiä enemmän. Etelä- ja Itä-Suomessa luotettiin eniten julkiseen terveydenhuoltoon, vähiten taas Länsi- ja Pohjois-Suomessa. (Niemelä 2013, 33–34). Pohjanmaalla ja Ruotsin Västerbotten – alueilla kerättyjen aineistojen (GERDA-tutkimus) mukaan myös iäkkäät luottavat terveydenhuoltoon suhteellisen paljon. Vähiten terveydenhuoltoon luottavat suomenkieliset iäkkäät Pohjanmaalla ja eniten ruotsinkieliset iäkkäät Pohjanmaalla. Ruotsalaiset iäkkäät Västerbotten-alueella sijoittuvat luottamuksen suhteen näiden kahden muuan alueen väliin. Taloudellisesti korkeammassa tuloluokassa olevat luottavat vähemmän terveydenhuoltoon kuin taloudellisesti matalammassa tuloluokassa olevat. Tutkimuksen mukaan ne iäkkäät, jotka luottavat yleisesti toisiin ihmisiin ja joilla on hyvä sosiaalinen kapasiteetti, luottavat myös instituutioihin. (Nygård, Gustafson & Gustafson 2011, 212–220.)

Luottamus perustuu osittain menneisiin vuorovaikutuskokemuksiin ja osittain muihin tekijöihin, kuten sopimuksiin, säännöksiin, sosiaalisiin normeihin ja persoonallisuuteen liittyviin tekijöihin (Grönroos 2010, 68).

HYPÄ-tutkimusten mukaan pääosa väestöstä luottaa sosiaalipalveluiden toimivuuteen. Lisäksi luottamus henkilöstöön ja sen ammattitaitoon ja osaamiseen on suurta. Kuitenkin luottamus kotipalveluun on vähentynyt koko 2000-luvun ajan. (Muuri 2010, 90.) Luottamuksella avunsaantiin on merkitystä elämänlaadulle. Tyytymättömyys julkisiin sosiaalipalveluihin kolminkertaistaa riskin heikkoon elämänlaatuun fyysisellä ja ympäristöulottuvuudella. (Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 162.)

Sosiaali- ja terveyspalveluita järjestettäessä on asiakkaan äidinkieli huomioitava asiakas- ja potilaslain perusteella mahdollisuuksien mukaan. Kielilaisa (L6.62003/423) on säädetty suomen- ja ruotsinkielisten oikeuksista käyttää omaa kieltään. Suomen- ja ruotsinkielisten osalta kielikysymys on myös huomioitu sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä sekä asiakas- ja potilaslaissa (Pajukoski 2006, 189).

2000-luvulla kaikista terveyskeskuskäynneistä muun henkilökunnan kuin lääkäreiden luona käynnit ovat lisääntyneet tasaisesti ja lääkärikäyntien määrä on laskenut. Vuonna 2010 tehtiin asukasta kohden 5,1 terveyskeskuskäyntiä, joista lääkärikäyntien osuus oli 1,6 käyntiä. Vähiten terveyskeskuskäynntejä oli työikäisellä väestöllä (15–64-vuotiaat) ja eniten eläkeikäisellä väestöllä (yli 65-vuotiaat), mutta myös eläkeikäisten käyntimäärät ovat laskeneet koko 2000-luvun ajan. (Vainiola 2011, 6,9; Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit 2011.)

3.2.2 Kulttuuripalvelut

Kuntien kulttuuritoiminnan pohjana on laki kuntien kulttuuritoiminnasta (L3.8.1992/728). Opetus- ja kulttuuriministeriö ja Suomen Kuntaliitto antavat joko suoraa tai välillistä informaatio-ohjausta kunnille. Ohjauksen tavoitteena on, että kulttuuritoiminnan rakenteet eri puolilla Suomea olisivat mahdollisimman samanlaiset ja että tasa-arvo palvelujen saatavuudessa toteutuisi. Lisäksi

esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö ja työ- ja elinkeinoministeriö ovat esittäneet toiveita kuntien kulttuuripalvelujen kehittämiseksi. (Kangas & Ruokolainen 2012, 70.)

Kunnan järjestämää kulttuuritoimintaa ovat muun muassa yleinen kulttuuritoiminta, kirjasto, kansalaisopiston kulttuuritoiminta, taiteen perusopetus ja museotoiminta. Lisäksi kunta voi tuottaa sellaisia kulttuuripalveluja kuten kunnan tuottama elokuvatoiminta, (taide)näyttelytoiminta, teatteri ja orkesteri tai jokin erityinen projektitoiminta (esimerkiksi kulttuuri- ja taidetoimintojen käyttö iäkkäiden palveluissa tai fyysisen hyvinvoinnin edistämisessä). (Kangas & Ruokolainen 2012, 29.) Suomalaisten suosituimpia kulttuuriharrastuksia ovat kirjojen lukeminen ja kirjastoissa käyminen. Korkeakoulutus lisää kulttuuriaktiivisuutta ja erilaisiin kulttuuritapahtumiin osallistumista. (Sokka ym. 2014, 69.) Tutkittaessa esimerkiksi pietarsaarelaiten kuntapalvelujen käyttöä todettiin, että kuntalaiset käyttivät kunnan palveluista eniten kirjasto-, kulttuuri- ja liikuntapalveluja. Suurin osa kuntalaisista käytti kyseisiä palveluita vähintään kerran viikossa. Kuntalaiset olivat myös tyytyväisimpiä kirjastopalveluihin kuin muihin kunnan palveluihin. Vaikka kulttuuri- ja liikuntapalveluja käytetään eniten, kokivat kuntalaiset silti, että kunnan tärkeimmät palvelut ovat sosiaali- ja terveyspalvelut. (Elfving, Lusa & Sweins 2014, 24, 28, 30.)

Kulttuuripalvelujen sisällöllinen monipuolisuus näyttää kasvavan kuntien asukasmäärien lisääntyessä, vaikka toisaalta on kuitenkin pieniä kuntia, jotka mahdollistavat asukkailleen monipuolisen kulttuuritarjonnan. Kuntien kulttuuritoiminnan tavoitteena on muun muassa paikallisen kulttuuriperinnön tukeminen, asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen. (Kangas & Ruokolainen 2012, 29, 72–73.)

Kankaan ja Ruokolaisen (2012, 78) mukaan yli 40 000 asukkaan kunnissa yli puolet kuntalaisista käyttäisi kunnan tuottamia kulttuuripalveluja. Kuntien kulttuuritoimien arvioiden mukaan kunnan tuottamia palveluja käyttää vain alle puolet kuntalaisista 3000-4999 ja 10 000-39 999 asukkaan kunnissa. Yli 75-vuotiaat käyttävät vähän kulttuuripalveluja. Kuntien kulttuuritoimien on vaikea tavoittaa iäkkäitä, erityisesti jos he ovat laitoshoidossa tai asuvat kaukana

keskustasta. Lisäksi erityisesti pienissä kunnissa väestön ikääntyminen näkyy kulttuuripalveluissa siten, että sekä yleisö että toimijat ikääntyvät ja toiminta uhkaa kuihtua pois nuorten muuttaessa pois kunnasta. Kuitenkin tulevaisuuden keskeisimpinä kuntien kulttuuripalvelujen käyttäjäryhminä nähdään yli 65-vuotiaat kuntalaiset sekä alle 7-vuotiaat lapset. (Kangas & Ruokolainen 2012, 29, 79–86.)

Keski-ikäisenä opittu sosiaalinen osallistuminen näyttää jatkuvan hyvin myöhäiseen ikään saakka. Osallistumisen muoto tai harrastamisen laji voi iän myötä muuttua, mutta innostus kulttuuria kohtaan säilyy edelleen. (Hyypä 2013a, 33.) Esimerkiksi yli 80-vuotiaistakin osa on edelleen kiinnostunut kulttuurista, mutta se ei näy niinkään kulttuuritapahtumiin osallistumisena vaan kulttuuria seurataan esimerkiksi radion ja television välityksellä (Pynnönen & Mitchell 2012, 160). Nuoremmat ikääntyneet puolestaan ovat aktiivisempia osallistujia erilaisiin tapahtumiin. Yli 55-vuotiaat käyvät taidenäyttelyissä, konserteissa, teattereissa ja museoissa. (Sokka ym. 2014, 70; Pynnönen & Mitchell 2012, 160.) Ikääntyneet kokevat kulttuuritapahtumiin osallistumisen esteiksi muun muassa terveydelliset syyt, liian pitkät matkat ja järjestettyjen kuljetusten puutteen (Pynnönen & Mitchell 2012, 164). Ikääntyneet ovat nuorempia ikäluokkia tyytyväisempiä kulttuuripalveluita koskevaan tiedonsaantiin (Sokka ym. 2014, 70).

Kulttuuritilaisuuksissa käyvät ihmiset, etenkin yhdessä muiden kanssa kulttuuria harrastavat, elävät terveempänä ja keskimäärin kahdesta kolmeen vuotta pitempään kuin ne, joilla on vähän tai ei lainkaan kulttuuriharrastuksia (Hyypä 2013a, 19–20; Hyypä, Mäki, Impivaara & Aromaa 2005, 8–9). Suomenruotsalaiset harrastavat vapaaehtoista kulttuuritoimintaa, kuten yhdistystoimintaa ja talkoita suomenkielisiä enemmän (Hyypä 2013a, 35) ja suomenruotsalaisten runsaan kulttuuriharrastamisen yhteys hyvään terveyteen on tieteellisesti varmistettu (Hyypä & Liikanen 2005, 85). Vaasan rannikkoseudulla asuva ruotsinkielinen väestö säilyttää terveytensä merkittävästi pidempään ja elää vanhemmaksi kuin samalla alueella asuva ja yhtä suuri suomenkielinen väestö. Tulosta ei selitä sosioekonominen asema, vaan taustalla on vahva sosiaalinen

pääoma, joka on karttunut vuosikymmenien, ehkä –satojen kuluessa. (Hyypä 2013b, 105, 108.) Suomenruotsalaisilla on todettu olevan enemmän läheisiä ystäviä kuin suomenkielisillä ja he kokevat yleistä luottamusta suomenkielisiä enemmän (Surakka 2012, 34).

3.2.3 Liikuntapalvelut

Myös kunnan liikuntatoimen tavoitteena on kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden lisääminen (Kangas & Ruokolainen 2012, 87–88). Liikuntalain (L18.12.1998/1054) mukaan kunnan tulee luoda edellytyksiä kuntalaisten liikunnalle muun muassa kehittämällä paikallista ja alueellista yhteistyötä, tarjoamalla liikuntapaikkoja ja järjestämällä liikuntaa ottaen huomioon myös erityisryhmät. Edellytysten luominen liikunnalle on valtion ja kuntien lakisääteinen tehtävä ja oikeus liikuntaan nähdään osana kansalaisten peruspalveluja. Kunnissa on yleistynyt viime vuosina poikkihallinnollinen hyvinvointiajattelutapa, mikä näkyy esimerkiksi liikunta- ja terveystoimen välisten yhteistyömuotojen kehittämisenä eri puolilla Suomea. (Sjöholm 2012, 40.) Iäkkäiden liikuntaan liittyvää toimintaa ohjataan Ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman kautta (Karvinen, Kalmari & Koivumäki 2011), jossa painotetaan muun muassa poikkisektoraalista työnjakoa, tiedon jakamista sekä liikkumisympäristöjen ja olosuhteiden rakentamista niin, että niissä liikkuminen on turvallista myös ikääntyneenä.

Suomalaisten suosituin liikuntaharrastus on kävelylenkkeily. Liikunnan harrastamiseen vaikuttavat tulot, sillä liikuntaharrastukset ovat muuttuneet entistä kulutuksellisemmiksi ja välineellisemmiksi. (Sokka ym. 2014, 69–71.) Iäkkäät harrastavat kävelyn lisäksi myös kotivoimistelua ja ohjatuissa ryhmissä harjoittelua (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen & Heikkinen 2013, 476–477; Mäkilä, Hirvensalo & Parkatti 2008, 52–53). Aktiivisen elämäntyylin omaksuneissa ryhmissä kuntoliikunnan harrastaminen näyttää jatkuvan ikääntymisestä huolimatta (Sokka ym. 2014, 69–71; Hirvensalo ym. 2013, 478).

Eläkeläisten liikunnan lisääntyminen on ollut trendinä jo vuosikymmenten ajan (Suomi 2012, 63). Toisaalta on kuitenkin todettu, että kävely ja muu liikunta ovat

vähenevässä ja että vain muutama prosentti eläkeikäisistä liikkuu sekä kestävyys-että lihaskuntosuositusten mukaisesti. Lisäksi myös tasapainoharjoittelu on liian vähäistä. (Valtion liikuntaneuvosto 2013.) Sukupuolittaista eroa ei olla havaittu, sillä sekä miehet että naiset tulevat iän myötä passiivisemmiksi fyysisen aktiivisuuden suhteen, minkä takia lihasvoima ja kestävyys heikkenevät ja esimerkiksi kaatumisvaara lisääntyy (Milanović ym. 2013, 555).

Eläkkeelle siirtymisen alkuvaiheessa liikuntaharrastus kuitenkin usein lisääntyy ja liikuntaan käytetty aika ja intensiteetti vähenevät vasta 75.–80. ikävuoden jälkeen. Tällöin toimintakykyvaikeudet lisääntyvät ja terveys heikkenee. Toisaalta taas jotkut iäkkäät jatkavat fyysisesti aktiivista elämäntapaa huolimatta toimintakyvyn ongelmista ja toiset taas ovat fyysisesti passiivisia, vaikkei heillä olisikaan toimintakyvyn rajoituksia. 40% yli 80-vuotiaista liikkuu vain päivittäisiä askareita tehdessään. (Hirvensalo ym. 2013, 477–478.) Liikuntaharrastuksen esteitä iäkkäiden keskuudessa ovat muun muassa heikko terveydentila, yksinasuminen, huono sää sekä liikuntapaikkojen puute (Hirvensalo ym. 2013, 478–479; Lin, Huang, Chang Yeh & Jen Tai 2010, 946–947).

Sokan ym. (2014, 71) tutkimuksen vastaajista 97 prosenttia katsoi kulttuuri- ja liikuntapalveluiden lisäävän hyvinvointia ja poistavan sosiaalisia ongelmia. Yleisin motiivi harrastaa kulttuuriin tai liikuntaan liittyvää toimintaa on hyvinvointi, jolloin harrastaminen liittyy sekä fyysisen kunnon että mielenterveyden ylläpitämiseen. Myös kuntien hyvinvointijohtajat näkevät kuntalaisten liikunta- ja kulttuuriharrastusten sekä kansalaisjärjestötoiminnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä tärkeiksi tekijöiksi (Eronen ym. 2013, 57). Iäkkäillä keskeisimmät syyt ohjatuissa liikuntaryhmissä käymiseen ovat terveyden ylläpitäminen ja ystävien tapaaminen (Hirvensalo ym. 2013, 478). Liikunnan harrastaminen vaikuttaakin positiivisesti iäkkäiden terveydentilaan ja jo keski-ikässä aloitettu liikunnan harrastaminen vaikuttaa positiivisesti terveydentilaan ikääntyessä ja vähentää myös kuolleisuutta (Lautenschlager, Cox & Cyarto 2012, 474, 479-480; Sun ym. 2010, 194, 198-199; Valtion liikuntaneuvosto 2013).

Vuoden 2008 kuntien peruspalveluiden arvioinnin mukaan ikäihmisten liikunnan kehittäminen on kirjattu kunnan strategioihin 42 prosentista kunnista. Lähes kaikissa kunnissa järjestettiin ikäihmisten ohjattua liikuntaa, mutta yli puolet viranhaltijoista arvioi, ettei tarjonta ole riittävää. 20 prosentissa kunnista tiedotetaan koordinoitusti kaikista ikäihmisten liikuntapalveluista. (Valtion liikuntaneuvosto 2013.)

3.3 Iäkkäiden palvelutarpeisiin liittyviä tekijöitä

Vanhuuden luokittelu tai määrittely ei ole yksiselitteistä. Eri tutkijoiden ikäkäsityksiä on koottu yhteen Itä-Suomen yliopiston Ikäinnovaatio-hankkeessa (Ikäinnovaatio 2014), jonka mukaan voidaan löytää esimerkiksi seuraavat kolme ikäjaottelua. *Ensimmäisessä ryhmässä* ikäluokat jaotellaan seuraavasti: nuoret iäkkäät (60-69), keski-ikäiset iäkkäät (70-79), vanhat iäkkäät (80-89) ja hyvin vanhat iäkkäät (90-99). *Toisessa ryhmässä* puhutaan go go-vaiheesta elävistä (65+), slow go -vaiheen väestä (75+) sekä no go -vaiheen saavuttaneista (85+). *Kolmannessa ryhmässä* ikäjaottelu on kaksiluokkainen: alkava vanhuus (65-74) ja vanhuus (75-80 lähtien). (Jämsén & Kukkonen 2014, 118-119.) Toisaalta Jämsen ja Kukkonen (2014, 119) ovat omassa työssään jaotelleet ikääntymisen kolmeen elämänvaiheeseen, jotka eivät ole sidoksissa tiettyyn ikään vaan enemmän yksilölliseen tilanteeseen ja elämänvaiheeseen. He ovat luokitelleet ikääntyneet seuraavasti: ikääntyvät työikäiset, seniori-ikäiset ja vanhuusikäiset.

Väestön ikääntyessä on tutkimuksissa pohdittu muun muassa sitä, voiko yli 75-vuotiaita niputtaa tutkimuksissa yhdeksi luokaksi ja toisaalta myös jopa sitä, tulisiko yli 90-vuotiaita tarkastella useassa eri ikäluokassa (Helminen, Sarkeala, Enroth, Hervonen & Jylhä 2012, 170). Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä iäkkäät ja iäkkäillä tarkoitetaan yli 65-vuotiaita. ATH-aineistossa on käytetty kolmea eri tutkimuslomaketta eri ikäryhmille; 20–54-vuotiaille, 55–74-vuotiaille ja yli 75-vuotiaille (THL 2014b). Opinnäytetyössä ikäluokat on luokiteltu uudelleen 65–74-vuotiaisiin ja yli 75-vuotiaisiin.

3.3.1 Yhteiskunnalliset taustatekijät

Iäkkäiden hoitoon ja hoivaan liittyvät kysymykset ovat olleet yksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveystieteellisistä kysymyksistä 2000-luvulla. Iäkkäiden osuus väestöstä kasvaa väestön ikääntyessä. (Anttonen ym. 2012, 22–23.) Suomi on yksi nopeimmin ikääntyvistä väestöistä (Helin & von Bonsdorff 2013, 442). Ikääntyessä terveydenhuollon ja hoivapalvelujen käytön määrä lisääntyy (Rennemark, Holst, Fagerstrom & Halling 2009, 304; Jylhä ym. 2008, 122–124). Merkittävä osa palvelujen käytöstä ja kustannuksista syntyy viimeisten 2–3 elinvuoden aikana. Hoidon tarve ei määräydy kuitenkaan pelkästään iäkkäiden määrän, terveydentilan tai eliniän perusteella, vaan myös monilla yhteiskunnallisilla ja kulttuurisilla piirteillä on vaikutusta. (Jylhä ym. 2008, 122–124.) Kun työuria pidennetään ja eläkeikää nostetaan, mahdollisuudet informaalin hoivan antamiseen vähenevät. Joudutaankin siis miettimään, miten ikääntyvän väestön palvelujen tarpeisiin tullaan tulevaisuudessa vastaamaan. Miten esimerkiksi julkisen vallan ja yksityisten toimijoiden vastuut ja tehtävät jaetaan tulevaisuudessa? Nämä kysymykset kiinnostavat poliittisia päättäjiä ja tutkijoita sekä Suomessa että ulkomailla. (Collins ym. 2013, 84; Sinisammal, Autio, Hyrkäs & Keränen 2013, 50–51; Anttonen ym. 2012, 22–23; Szebehely & Trydegård 2012, 300; Condelius, Edberg, Rahm Hallberg & Jakobsson 2010, 404; Kehusmaa ym. 2010, 8; Rolls ym. 2010, 654.)

1.7.2013 voimaan tulleen niin sanotun vanhuspalvelulain tavoitteena on, että laadukkaiden, oikea-aikaisten ja yksilölliseen tarpeeseen vastaavien palvelujen saanti paranee. Lisäksi tavoitteena on, että iäkkäiden mahdollisuus vaikuttaa omien palvelujen toteuttamiseen vahvistuu. Kuntien tulee varmistaa palvelujen saatavuus ja saavutettavuus huomioiden myös kielelliset oikeudet. Kuntien pitää arvioida vuosittain palvelujen riittävyttä ja laatua. Palvelujen laadun varmistamisessa tulee huomioida henkilöstön määrä ja osaaminen, asianmukaisten toimitilojen olemassaolo sekä kiinnittää huomiota johtamiseen. Prosesseihin liittyen tulee huomioida omavalvonnan toimivuus sekä asiakaspalaute ja palvelujen kehittäminen asiakaspalautteen perusteella. (Helin & von Bonsdorff 2013, 426–430; L28.12.2012/980; STM 2013b.)

Iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnissa tulisi miettiä sitä, vastaako palvelujärjestelmä riittävästi iäkkäiden heikkoihin, varhaista avuntarvetta viestiviin signaaleihin. Tällaisia ensimmäisiä merkkejä iäkkään itse kokemasta voimien heikkenemisestä ja avuntarpeen lisääntymisestä pidetään esimerkiksi avun tarvetta raskaissa kotitöissä ja laajemminkin kotona asumisen arkea tukevien palveluiden tarvetta. Palvelutarpeen heräämiseen iäkkäillä liittyy myös kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, 45.) Iäkkäille tarkoitettut sosiaali- ja terveystalvet perustuvat pääasiassa kalenteri-ikään pohjautuvalle määrittelylle sekä fyysiseen toimintakykyyn ja arjesta selviytymiseen sisätiloissa. Avun tarve ei kuitenkaan aina välttämättä ole sitä suurempaa mitä korkeampi kalenteri-ikä on. Kaikkein kotona asuvien iäkkäiden palvelutarpeeseen ei näytetä vastattavan. (Vilkko, Finne-Soveri & Heinola 2010, 58.) Kunnan sosiaalipalveluita myönnetään yksilöllisen palvelutarpeen perusteella. Arviointi muodostetaan asiakkaan oman näkemyksen sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvion perusteella. Kiireellisissä tapauksissa palvelutarve arvioidaan välittömästi, muuten kiireettömissä tapauksissa kaikilla yli 75-vuotiailla on mahdollisuus päästä sosiaalipalveluiden tarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa yhteydenotosta kuntaan. (STM 2014.)

Kuntien ikärakenne, sairastuvuus, toiminnanrajoitukset ja sosioekonomiset tekijät määrittävät palvelujen tarvetta sekä kuntien iäkkäille järjestämiä hoito- ja palvelumuotoja lainsäädännön antamien perusraamien lisäksi. Työntekijöitä tulee kouluttaa ikääntymiseen liittyvissä asioissa ja lisäksi kaivataan uusia toimintamalleja neuvontatyön tehostamiseksi. Iäkkäiden kohdalla on tärkeää, että saumattomat palveluketjut toimivat mahdollisimman hyvin. (Helin & von Bonsdorff 2013, 426, 442.)

Kehusmaan ym. (2012, 8) tutkimuksessa on sosiaali- ja terveystalvelujen välisestä yhteydestä todettu, että ne iäkkäät, joiden terveydentila parani vuoden aikana, käyttivät myös säännöllisesti sosiaalipalveluita. Monissa kunnissa sosiaalipalvelujen saaminen on rajattu säästösyistä tiukasti vain niille, joilla on

suurin tarve. Tutkijoiden mukaan säästäminen sosiaalipalveluissa saattaa johtaa terveyskulujen nousuun.

3.3.2 Koettu terveys

Terveyttä ei enää ymmärretä vain sairauden puuttumisena vaan ihmisen kokonaisvaltaisena fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. Käynnissä on ajattelutavan muutos sairauksien hoidosta ennaltaehkäisyyn suuntaan, jolloin pyritään ennakoimaan ja ehkäisemään ei-toivottujen terveys- ja hyvinvointimuutosten syntymistä. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 280.)

Tutkittaessa itsearvioidun terveyden käyttöä terveydentilan mittarina iäkkäillä useassa eri maassa on todettu, että ne ikääntyneet, joilla on eniten terveysongelmia, toimintakyvyn rajoituksia tai heikentynyt psyykinen terveys arvioivat itsearvioinneissa terveytensä muita heikommaksi asuinmaasta riippumatta. Vaikka maakohtaisia eroja on löydettävissä, voi itsearviointia hyödyntää tutkimuksissa ottaen kuitenkin huomioon tutkimuskohortin aiemmat kokemukset sekä yksilölliset tekijät tutkittavien myöhemmässä elämässä. (French 2012, 2, 9.) Itsearvioitua terveyttä ei voidakaan käyttää ainoana mittarina, jos halutaan vertailla eri maiden ikääntyneiden terveyttä (Vuorisalmi 2007, 70–72). Itsearvioidun terveyden on todettu kuitenkin ennustavan sekä edessä olevan elämän pituutta että tulevaa terveydentilaa ja palvelujen tarvetta. Koetun terveydentilan arvion avulla saadaan helpolla tavalla yleisen, henkilön omaan kokemukseen perustuva tiivistelmä hänen terveydentilastaan. (Jylhä & Leinonen 2013, 381; Vuorisalmi 2007, 69–70.)

Koettu terveys heikkenee iän myötä (Koskinen, Manderbacka & Aromaa 2012, 77–78; Klavus 2010, 29–30). HYPÄ-tutkimusten mukaan 18–34-vuotiaista terveytensä huonoksi koki noin kaksi prosenttia, kun taas yli 65-vuotiaista noin 13 prosenttia koki terveytensä huonoksi. Terveytensä hyväksi kokevien määrä oli keskimääräistä suurempi kahdessa suurituloisimmassa tuloluokassa ja matalin pienituloisimmassa luokassa. (Klavus 2010, 29–30.) Verrattaessa vuoden 2004 ja 2009 tuloksia iäkkäiden tyytyväisyys omaan terveyteen näyttää lisääntyneen

(Vaarama, Luoma, Siljander & Meriläinen 2010, 154). Myös Terveys 2011 – tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaiden ja 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus kasvoi vuodesta 2000 vuoteen 2011 (Koskinen ym. 2012, 78–79).

Tutkimuksissa onkin havaittavissa myönteinen kehitys terveyden suhteen. Yli 55-vuotiaiden ja eläkeikäisten kohdalla sairastavuuden väheneminen on ollut huomattavan nopeaa. Kuitenkin sosioekonomisen aseman vaikutus terveyteen on lisääntynyt. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvien terveydentila on huonontunut tarkasteltaessa sekä koettua terveydentilaa että pitkäaikaissairastuvuutta ja lisäksi erot ylempiin tuloluokkiin ovat kasvaneet. (Klavus 2010, 41; Talala ym. 2014, 2185, 2192.) Hyvään koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä ovat hyvä sosioekonominen asema, korkea koulutus ja hyvä asuinalue sekä runsaat sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus (Jylhä & Leinonen 2013, 386; Talala ym. 2014, 2185, 2192).

Korkeasta iästä ja erilaisista terveysongelmista huolimatta monet iäkkäät arvioivat terveytensä hyväksi (Jylhä & Leinonen 2013, 381; Zhao ym. 2010, 4; Larsson, Haglund & Hagberg 2009, 107). Iäkkäät käyttävät erilaisia kompensatiokeinoja selvitäkseen jokapäiväisistä toimista ja pysyäkseen mahdollisimman itsenäisinä. Halu selvitä mahdollisimman omatoimisesti arjessa on tärkeä motivaattori aktiivisen elämäntavan säilyttämisessä. (Larsson ym. 2009, 107.) Lisäksi iän myötä ”hyvään” terveyteen hyväksytään kuuluvaksi enemmän terveysongelmia kuin nuorena (Jylhä & Leinonen 2013, 386).

3.3.3 Toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy hänelle merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toimista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyvyn arvioinnissa tulee ottaa huomioon toimintakyvyn eri ulottuvuudet: fyysinen, kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky sekä sosiaalinen toimintakyky. Toimintakykyyn vaikuttavat myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät. (STM 2013a, 69; Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278.) Tutkimuksissa tällainen *yleistetty toimintakyky* kuvaa sekä toimintakyvyn

kokonaisuutta että tutkittavan sijaintia toimintakyvyn eri ulottuvuuksilla. Toimintakykyä voidaan lähestyä myös *päivittäisistä toiminnoista selviytymisen* ja siihen vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta. (Heikkinen ym. 2013, 278–279.)

Toimintakykyä voidaan arvioida standardoitujen testien, havainnoinnin ja itsearvion avulla. Standardoituja testejä tulisi kuitenkin edelleen kehittää, sillä nykyisin variaatio on suurta ja arviointien tulosten tulkinnassa on kirjavuutta. (Heikkinen ym. 2013, 280–282.) THL ylläpitää TOIMIA-tietokantaa, josta saa toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa. Sieltä löytyy suosituksia myös iäkkäiden toimintakyvyn mittaamiseen. (TOIMIA-tietokanta 2014.) Toimintakyvyn arvioinneista saatavaan tietoon vaikuttaa se, arvioidaanko mitä henkilö kykenee tai kykenisi tekemään vai mitä hän todella tekee. Vaikeuksia saattaa aiheuttaa myös se, verrataanko nykyistä toimintakykyä ja siinä esiintyviä koettuja vaikeuksia edelliseen vuoteen, keski-ikään vai saman ikäisten toimintakykyyn. (Laukkanen & Pekkonen 2013, 305.)

Iän myötä vaikeudet toimintakyvyssä lisääntyvät. Naisilla vaikeudet ovat yleisempiä kuin miehillä. (Kaikkonen ym. 2014a, 2; STM 2013a, 25; Sainio ym. 2012, 120; Vilkkonen, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69; Zhao ym. 2010, 3–4.) Naiset kuitenkin selviytyvät miehiä paremmin kielellisen sujuvuuden ja kielellisen muistin tehtävissä, vaikka myös kognitiivisista tehtävistä suoriutuminenkin heikkenee iän mukana (Tuulio-Henriksson, Sainio & Sulkava 2012, 134).

Eniten ongelmia toimintakyvyssä on vähän kouluja käyneillä, ruumiillista työtä tehneillä ja pienituloisilla (STM 2013a, 25; Talala ym. 2014, 2185, 2188, 2192). Terveys 2011 –tutkimusten mukaan 75 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet ja miehistä noin kolmannes raportoivat, etteivät he suoriutuneet ilman vaikeuksia puolen kilometrin kävelystä tai yhden kerrosvälin portaiden noususta. Eläkeikäisten liikkumiskyvyn on kuitenkin todettu parantuneen viimeisten yhdentoista vuoden aikana. Tämä ilmenee sekä koettujen vaikeuksien vähenemisenä että parempana suoriutumisenä testeistä. (Sainio ym. 2012, 121–122.)

Vertailtaessa vuoden 2004 ja 2009 HYPA-tutkimuksiin osallistuneiden yli 79-vuotiaiden kotona asuvien vastauksia voidaan todeta, että vuoden 2009 vastaajat olivat toimintakykyisempiä kuin vuoden 2004 vastaajat. Tutkimuksissa ollaan tarkasteltu esimerkiksi kotitöitä ja ruokailua, henkilökohtaista hygieniaa ja sairauden hoitoa sekä liikkumista ja asiointia kodin ulkopuolella. Vastaajat selvisivät pääosin hyvin ruuan laitosta ja kevyistä kotitöistä, kuten astioiden pesusta, mutta raskaat kotityöt, kuten siivous, aiheuttivat merkittäviä ongelmia. Erityisesti tämä kosketti naisia, sillä 55 prosentilla naisista ja 25 prosentilla miehistä oli joko suuria vaikeuksia tai he eivät lainkaan kyenneet raskaisiin kotitöihin. Vastaajista pääosa pystyi huolehtimaan henkilökohtaisista toiminnoista, kuten pukeutumisesta, peseytymisestä ja WC:ssä käynnistä itse, mutta kuitenkin lähes neljäsosa naisista vastasi, että heillä oli pieniä vaikeuksia kyseisissä toiminnoissa. Sisällä lähes kaikki vastaajat liikkuvat vaivattomasti, mutta ulkona liikkumisessa oli vaikeuksia, erityisesti talvella. Miehistä kolme viidesosaa ja naisista kaksi viidesosaa asioi kodin ulkopuolella ilman vaikeuksia. Avun tarve lisääntyi iän myötä, sillä reilu neljännes 80–84-vuotiaista raportoi saavansa apua toimintakykynsä alentumisen takia, kun taas yli 90-vuotiaista jo lähes kolme neljännessä sai apua päivittäisissä toiminnoissa. (Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69, 75.) Tärkein avun antaja iäkkäillä on perhe eli puoliso, lapset ja lapsenlapset. Seuraavaksi tärkein avun lähde oli kunnan kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Vaarama ym. 2010, 161; Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010, 75.)

Mäkelän, Kariston, Valveen ja Fogelholmin (2008, 620–622) tutkimuksen mukaan iäkkäät arvioivat toimintakykynsä niin luotettavasti, että sen avulla voidaan ennakoita tulevaa palvelujen käyttöä. Tietämys siitä, miten iäkkäät selviytyvät päivittäistoimistaan ja ketkä kuuluvat riskiryhmiin, auttaa ehkäisevien tukitoimien suuntaamista niitä erityisesti tarvitseville (STM 2013a, 25; Mäkelä ym. 2008, 620–622).

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen avulla voidaan lisätä iäkkäiden toimintakykyisiä elinvuosia ja siirtää muiden palvelujen tarvetta myöhemmäksi. Näin voidaan parantaa myös iäkkäiden elämänlaatua sekä samalla hillitä sosiaali -

ja terveyspalvelujen menojen kasvua. (STM 2013a, 24; Zhao ym. 2010, 10.) Iäkkäillä tulisi olla mahdollisuus osallistua yhteisönsä toimintaan silloinkin, kun heidän toimintakykynsä on heikentynyt. Tämä mahdollistetaan muun muassa erilaisten apuvälineiden käytön avulla ja siten että esimerkiksi kulttuuri- ja muissa palveluissa huomioidaan ympäristön esteettömyys ja kohtuulliset osallistumismaksut. (STM 2013a, 20.)

Yleensä niillä, jotka tarvitsevat eniten palveluita, on heikentynyt toimintakyky (Sundström ym. 2011, 40). Jos hoivan tarpeen lisääntymiseen halutaan vaikuttaa jo ennen kuin iäkkäiden itse arvioitu terveydentila ja hyvinvointi heikkenevät kannattaisi miettiä, millä keinoin erityisesti toimintakykyä, turvallisuutta ja sosiaalisen elämän laatua voitaisiin tukea ennen palveluihin hakeutumista. Usein kunnissa palveluiden pääsyn taso on niin korkea, että ennakoiville tukitoimille on vain vähän sijaa. (Kehusmaa ym. 2012, 8; Vilkkö, Finne-Soveri & Heinola 2010, 53.)

3.4 Hyvinvointipalvelujen ohjaus

Suomessa julkinen valta ja kunnat vastaavat lakiin perustuvien palvelujen tarjoamisesta kansalaisille, mutta kunnat voivat päättää, miten palvelut tuotetaan ja osittain myös siitä, mitä asiakkaat palveluista maksavat. Vaikka valtio ohjaa lainsäädännön, erilaisten hankkeiden ja finanssipolitiikan keinoin palvelujen tuottamisen tapaa ja laajuutta, niin hyvinvointipalvelut kuitenkin tuotetaan ja kulutetaan enimmäkseen paikallisesti kunnissa. (Anttonen ym. 2012, 24.)

Julkisen sektorin reformi tulee selkeästi näkyviin palveluissa. 1980-luvulla mahdollistettiin ostopalvelujen käyttö, vuonna 1993 säädettiin omaishoidosta oma lakinsa ja samaan aikaan valtionosuusjärjestelmää muutettiin niin, että kunnille tuli entistä enemmän päätösvaltaa. Lisäksi vuonna 2009 säädetty laki palveluseleleistä, ovat esimerkkejä uudistuksista, joiden myötä julkisen sektorin on mahdollisuus supistaa omaa palvelutuotantoaan ja vahvistaa kilpailulle perustuvaa palvelutuotantoa. (Anttonen ym. 2012, 24.)

Taloudelliset resurssit vaikuttavat kuntien palvelujen tuotantoon. Esimerkiksi julkisin varoin rahoitettu terveydenhuolto on vastuussa siitä, että resursseja riittäisi kaikille, joten terveydenhuollon tehokkuutta tulisi lisätä, jotta tuohon tavoitteeseen voitaisiin päästä. Hyvinvointipalvelujen tuottaminen ja järjestäminen on kuitenkin aina sovittava yleiseen taloudelliseen tilanteeseen. (Lillrank & Venesmaa 2010, 34, 223.) Taloudellinen lama-aika lisää kulttuuri- ja liikuntapalvelujen tarvetta, mikä näkyy esimerkiksi kirjastojen ja uimahallien kävijämäärien kasvuna (Sjöholm 2012, 37).

Suomen julkisten menojen rahoittamiseksi valtio, kunnat ja sosiaaliturvarahastot keräävät veroja ja veroluonteisia maksuja. Julkisista menoista yli puolet kuluu sosiaali- ja terveystalouteen eli sosiaaliturvan ja sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen. Tulonsiirtojen osuus sosiaali- ja terveystalouteen on kaksi kolmasosaa. Pitkän aikavälin ennusteiden mukaan sosiaali- ja terveystalouden osuus kansantuotteesta tulee nousemaan useita prosenttiyksikköjä väestön ikääntymisen takia. Noin 80 % menojen kasvusta kohdistuu ennusteiden mukaan

työeläkemenoihin ja loput 20 % sosiaali- ja terveystalviuihin. Työllisyyttä, väestökehitystä ja palvelujen tarvetta koskevat oletukset vaikuttavat ennusteisiin. Ennusteiden herkkyyksianalyysien avulla voidaan miettiä, mihin voidaan ja mihin kannattaa panostaa nyt, jotta tulevaisuudessa saadaan kehitys suunnattua haluttuun suuntaan. Poliittisten valintojen avulla voidaan sosiaalimenojen osuus pitää kohtuullisena väestön ikääntyessä. Keinoja tähän ovat muun muassa työllisyysasteen nostaminen työuria pidentämällä, perhepoliittisten keinojen hyödyntäminen ja ikääntyneiden toimintakyvyn parantuminen. (Moisio 2010, 27.)

Pohjoismainen malli on ollut tehokas esimerkiksi tuloerojen tasaamisessa, mutta malliin on kohdistunut myös kritiikkiä. Tasa-arvoistava sosiaalipolitiikka koetaan aidon kilpailun ja kansalaisten työelämään sitouttamisen esteenä ja julkista vastuuta halutaan kaventaa. (Anttonen ym. 2012, 23.) Toisaalta kuitenkin julkisin varoin tuotetun hyvinvointivaltion kannatusperusta on edelleen erittäin vahva suomalaisten keskuudessa (Muuri & Manderbacka 2010, 105). Enemmistö väestöstä toivoo verovarojen lisäystä erityisesti vanhusten palveluihin (Muuri 2010, 90). Lisäksi kannatusta saa näkemys, että valtion tulisi kantaa pääasiallinen rahoitusvastuu terveydenhuollossa kuntien vastuun sijaan (Klavus 2010, 42).

Peruspalvelujen saatavuuden lain mukaista ja yhdenvertaista toteutumista seurataan, valvotaan ja arvioidaan aluehallintovirastojen (AVI) taholta (Valtiovarainministeriö 2014; Lehtelä 2010, 259). Esimerkiksi vuoden 2009 arvioinnissa keskityttiin peruspalvelujen saatavuuteen ja vuoden 2013 arvioinnissa painotetaan vanhenevan väestön palveluja (Valtiovarainministeriö 2014).

4 KUNNAT PALVELUJEN TUOTTAJINA

Kunnat ovat keskeisessä asemassa julkisten palvelujen kehittämisessä, järjestämisessä ja tuottamisessa. Julkisten palveluiden lisäksi myös kunnat ovat olleet uudistamistyön kohteena viime vuosina. Tässä luvussa kerrotaan näistä uudistuksista sekä kuvataan opinnäytetyön kohdekuntia.

4.1 Kunnat uudistamistyön kohteena

Suomalaiset kunnat ovat olleet 2000-luvun aikana monitahoisen uudistamistyön kohteena. Uudistusten myötä luodaan uudenlaisia hallintotapoja ja -rakenteita. Esimerkiksi kuntarajoja on uudelleenarvioitu. Kunta- ja palvelurakenteiden uudistamisen taustalla on ajatus siitä, että palveluja ei voida järjestää nykyisen kaltaisella rakenteella vaan tarvitaan mittakaavan laajentamista eli uudelleenskaalausta, jolla tarkoitetaan yhteistyötä tai nykyistä isompia kuntia sekä uusia toimintatapoja, kuten palvelujen ulkoistamista ja yksityistämistä. Uudelleenskaalaus voidaan toteuttaa hallinnon rakenteita uudistamalla niin, että palvelujen mittakaavaa suurennetaan, yleensä kuntatasolta seudulliselle tai muulle yhtä kuntaa laajemmalle alueelle. Suomessa uudelleenskaalauksen tavoitteena on kuntien elinvoiman ja strategisen kapasiteetin lisääminen, jotta kunnat voisivat selvitä paremmin tehtävistään. (Haveri & Airaksinen 2012, 305–306, 310.)

Kuntakeskustelussa keskeisenä ajatuksena on ollut ajatus juuri siitä, että kuntakokoa kasvattamalla on mahdollista parantaa kuntapalvelujen tuottavuutta ja edistää kuntien selviytymistä niille määrättyistä tehtävistä. Tällaisen niin sanotun suuruuden ekonomian tuottavuushyödyt eivät synny kuitenkaan kuntien väestömäärään pohjautuvan koon kasvattamisesta vaan toimipiste- ja palveluverkon optimaalisesta organisoinnista. Tulee ottaa huomioon, että alueen kasvattaminen maantieteellisesti on eri asia kuin organisaatorakenteiden laajentaminen. On todettu, että hyvin suuret kunnat ja hyvin pienet kunnat hoitavat palvelut muita kuntaluokkia korkeammin kustannuksin. Suuri koko ei siis välttämättä aina johda säästöihin. Suuren koon haitat voivat liittyä esimerkiksi kaupungin organisaatiotalouden sisäisiin tehottomuusvaikutuksiin tai

kaupunkikoon kasvuun liittyviin sosiaalisiin vaikutuksiin. Ihanteellista olisi, jos erilaisia tehtäviä varten olisikin olemassa erilaisia ”kuntakokoja”. Toisissa tehtävissä yksikkökoon kasvattaminen tuo esiin mittakaavaetuja, kun taas toisissa tehtävissä koon kasvattaminen aiheuttaa johtamisen, hallinnan ja koordinoinnin ongelmia. (Vakkuri, Kivimäki, Mänttari & Kork 2012, 155–160, 169.)

Kuntaliitoksissa on usein tähdätty radikaaleihin muutoksiin, mutta kuitenkin esimerkiksi kiireen ja rajallisen käytettävissä olevan tiedon määrän vuoksi muutos saattaa uudistaa toimintaa vain vähän ja sisällöllisiin ja palvelujärjestelmän sisälle ulottuviin muutoksiin ollaan päästy vasta vuosia varsinaisen kuntaliitoksen jälkeen (Stenvall & Virtanen 2012, 81). Joissakin kunnissa kuntaliitosten on todettu vaikuttaneen kulttuurin ja liikunnan lähipalveluita heikentävästi. Kuntaliitosten seurauksena on syntynyt marginalisoituneita alueita, joilla on riskinä kulttuuri- ja liikuntapalveluiden heikentyminen. Palvelut, jotka sijaitsevat kaukana, vaikeuttavat erityisesti pienituloisten ja vähemmän koulutettujen mahdollisuuksiin käyttää palveluita. (Sokka ym. 2014, 70–71.)

Kuntien viranhaltijat ja kunnanjohtajat kannattavat Niemelän (2012, 34–35) mukaan enemmän kuntien välistä yhteistyötä ja kuntaliitoksia kuin kuntalaiset. Kunnan viranhaltijoiden mielipiteeseen saattaa vaikuttaa väestörakenteeseen ja kuntatalouteen liittyvät palvelujen järjestämiseen liittyvät realiteetit, kun taas kansalaismielipiteen valossa palvelujen halutaan olevan ja pysyvän lähellä. Tutkittaessa esimerkiksi pietarsaarelaisten näkemyksiä kunnan palveluihin liittyen todettiin, että lähes 90 % on vastaajista mieltä, että Pietarsaaren tulisi tulevaisuudessa tuottaa itse lakisäteiset palvelut. Toisaalta vastaajat kuitenkin haluavat tulevaisuudessa enemmän valitsemismahdollisuuksia palveluntuottajien suhteen. Kuntalaiset myös toivovat, että tulevaisuudessa kunnilla olisi enemmän mahdollisuuksia päättää itse, miten kunnat tuottavat palveluita. (Elfving ym. 2014, 39-40.)

Vuosina 2002-2005 toteutetun Seutukuntien tuki –hankkeen (SEUTU) tulosten mukaan kuntien vapaaehtoiseen yhteistyöhön ja teoreettisesti tarkastellen verkostoon perustuva toimintamalli ei ollut tehokas väline kunta- ja

palvelurakenteiden uudistamisessa, ainakaan sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen kohdalla. Verkostojen lisäksi tarvitaan hierarkkista hallintaa. Toisaalta hierarkkiseen malliin perustuva Kainuun hallintokokeilukin sisälsi epäonnistumisia. Johtopäätös on siis, että molempia hallinnon malleja tarvitaan edelleen. Olennaista on osata soveltaa kyseisiä malleja. (Haveri & Airaksinen 2012, 306, 326–329.)

Suurkunnille, kuntayhtymille ja yhteistoiminta-alueille on tärkeää kyetä tukemaan paikallista yhteisvastuuta ja kuntalaisten osallistumista. Keskitettyjen palvelujen ohelle kaivataan myös lähipalveluita ja uudet lähidemokratian muodot, esimerkiksi kansalaisraadit, vahvistavat sosiaalista yhteenkuuluvuutta. (Matthies 2013, 62.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa hyvään ikääntymiseen liittyvässä laatusuosituksessa painotetaan myös asiakasraatien ja muiden osallistavien menetelmien hyödyntämistä (STM 2013a).

4.2 Tutkimuksen kohdekuntien tunnuslukuja

Vaasan ja Mustasaaren alueella yhteistoiminta-alueiden perustaminen ja kuntaliitokset ovat olleet ajankohtaisia tapahtumia viime vuosien aikana. Vuonna 2007 Mustasaari, Oravainen ja Vöyri-Maksamaa perustivat yhteistoiminta-alueen huolehtimaan kansanterveystyöstä ja sosiaalitoimen tehtävistä (Mustasaari 2007). 1.1.2011 Oravainen ja Vöyri-Maksamaa tekivät kuntaliitoksen ja uuden kunnan nimeksi tuli Vöyri. Uusi Vöyrin kunta muodosti yhteistoiminta-alueen Mustasaaren kunnan kanssa perusterveydenhuoltoa ja sitä lähellä olevien sosiaalitoimen palveluja varten. (Vöyri 2011.) Vaasa ja Vähäkyrö yhdistyivät 1.1.2013. Vaasan ja Laihian välinen yhteistoiminta-alue sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämiseksi aloitti toimintansa 1.1.2009. (Vaasa 2014a.) Vaasa aikoo ehdottaa kolmea eri vaihtoehtoa mahdollisista tulevista kuntaliitoksista valtiovarainministeriölle. Yksi vaihtoehto on Vaasan ja Mustasaaren välinen liitos. Kahdessa muussa vaihtoehdossa mukana olisi seitsemän tai kymmenen kuntaa. (Pohjalainen 2014.)

Taulukossa 1 on kuvattu Vaasan, Mustasaaren ja Vöyrin kuntien väkiluku, 65 vuotta täyttäneiden ja ruotsinkielisten osuus väestöstä sekä kotona asuvien 80-vuotiaiden prosenttiosuus vastaavan ikäisestä väestöstä vuoden 2012 osalta.

TAULUKKO 1. Vaasan, Mustasaaren ja Vöyrin väestötiedot vuosilta 2012 ja 2013. (Tilastokeskus 2014, Sotkanet 2014.)

Väestö	Vaasa	Mustasaari	Vöyri
Väkiluku 31.12.2013	66 321	19 153	6 691
65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä, % 31.12.2013	18,1	19,0	23,7
Ruotsinkielisten osuus väestöstä, % 31.12.2012	22,6	69,4	82,5
Kotona asuvat 80 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä väestöstä 31.12.2012	84,8	86,3	81,7

4.3 Tutkimuksen kohdekuntien sosiaali- ja terveystalvet

Vöyrillä järjestetään tukitoimintoina ikääntyneille kuljetus-, ateriat-, pyykki- ja turvapuhelinpalveluita. Lisäksi on mahdollista saada omaishoidon tukea. Tukea kotona asumiseen saa myös kotipalvelusta. Mustasaaren ja Vöyrin kunnilla on terveydenhuollon yhteistoiminta-alue. Kuntalaisilla on käytössä kaikkiaan yksitoista toimipistettä Mustasaaren ja Vöyrin kuntien alueella. Terveystalvasta saa lääkäripalvelujen lisäksi muun muassa sosiaalityöntekijän, fysioterapian, diabeteshoitajan ja kotisairaanhoidon palveluita. (Vöyri 2014; Mustasaari 2014.)

Mustasaarissa järjestetään ikääntyneille muun muassa seuraavia sosiaali- ja terveystalvuita: kotipalvelua, omaishoidon tukea, palveluasumista, pienkotiasumista sekä vanhainkotihoitoa. Lisäksi järjestetään tukipalveluita, kuten ateriat- ja saunapalvelut, kuljetuspalvelut, pyykkipalvelut, turvapuhelinpalvelut, päiväkerhotoiminta ja askarteluterapia. Senioripisteessä järjestetään päiväkeskustoimintaa, viriketoimintaa ja yhdessäoloa pääasiassa 65-vuotta täyttäneille mustasaarelaisille. Kyläbussi-palvelu mahdollistaa liikkumisen myös pyörätuolilla tai rollaattorilla. Vanhusneuvoja tekee ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä 78-vuotiaiden luo Mustasaarissa ja Vöyrillä. Lisäksi vanhusneuvoja tukee dementian hoitoon liittyvissä asioissa. Mustasaarissa toimii

vanhusneuvosto. Kunnassa toimii myös potilas- ja sosiaaliasiamies. (Mustasaari 2014.)

Vaasassa järjestetään iäkkäille kotipalvelua ja kotisairaanhoidtoa. Lisäksi kotona asumista tuetaan muun muassa erilaisin tukipalveluin, omaishoidontuella sekä järjestämällä päivätoimintaa. Ikäkeskuksen toimintojen (muun muassa päivätoiminta, viriketoiminta, liikuntatoiminta, sosiaalityö) tavoitteena on tukea iäkkäiden vaasalaisten kotona selviytymistä. Kaupungissa toimii myös muun muassa muistipoliklinikka, apuvälinelainaamo ja hoitotarvikejakelu. Kaupungissa työskentelee myös vanhushuollon sosiaalityöntekijöitä sekä potilas- ja sosiaaliasiamiehet ja vanhusneuvosto. Myös intervallihoitoa järjestetään. Vaasan kaupungin ikääntymispoliittisen ohjelman mukaan iäkkäiden ensisijainen asumispaikka on oma koti, mutta kaupungissa on eritasoisia asumisvaihtoehtoja avuntarpeesta riippuen. Vaasassa on kuusi terveysasemaa, joissa järjestetään perusterveydenhuollon palveluita. Vaasan ja Laihian yhteistoiminta-alue sisältää kaikki perusterveydenhuollon palvelut sekä osan sosiaalipalveluista. (Vaasa 2014b.)

4.4 Tutkimuksen kohdekuntien kulttuuri- ja liikuntapalvelut

Kohdekunnissa järjestetään monenlaista kulttuuritoimintaa, joista tässä mainitaan muutamia esimerkkejä. Kaikissa kohdekunnissa toimii kansalais- tai työväenopisto: Vöyrin-Oravaisten-Maksamaan kansalaisopisto, Mustasaaren aikuisopisto ja Vaasa-opisto. Vaasassa on elokuvateatteri sekä kaksi kaupunginteatteria ja museoita. Lisäksi kaupungissa järjestetään näyttelyitä ja konsertteja. Mustasaassa järjestetään muun muassa taide- ja musiikkitoimintaa, lisäksi esimerkiksi kesäteatteriharrastus ja yhdistystoiminta ovat suosittuja. Myös Vöyrillä yhdistystoiminta on aktiivista ja lisäksi Vöyrillä järjestetään muun muassa konsertteja. (Vöyri 2014, Mustasaari 2014; Vaasa 2014b.)

Vaasan kaupunginkirjastolla on pääkirjaston ja kirjastoauton lisäksi viisi lähikirjastoa. Vähänkyrön kirjastossa on kolme toimipistettä (Vaasa 2014b). Mustasaassa on pääkirjaston ja kirjastoauton lisäksi neljä lähikirjastoa (Mustasaari 2014). Vöyrin kunnassa pääkirjasto sijaitsee Vöyrillä ja sen lisäksi

löytyvät kirjastot Maksamaalla ja Oravaisissa. Kunnassa on myös toiminnassa kirjastoauto ja Maksamaan, Särkimon ja Österön kaupoissa on palautuslaatikko, mihin voi palauttaa Vöyri-Maksamaan kirjastoista lainattuja kirjoja. (Vöyri 2014.)

Kohdekunnista löytyy erilaisia palveluita ja liikuntapaikkoja sekä ulko- että sisäliikunnan harrastamiseen. Vöyrillä on uimahalli sekä uimarantoja. Kunnasta löytyy myös muun muassa keilahalli, ratsastusmaneesi, golfrata, urheiluhalleja, hiihtolatuja ja vaellusreittejä. Mustasaaresta löytyy useita vaellusreittejä ja kuntopolkuja sekä hiihtolatuja ja uimarantoja. Lisäksi kunnassa on liikuntasaleja ympäri kuntaa ja myös Botnia-hallissa on mahdollisuus harrastaa monenlaista sisäliikuntaa. Botnia-halli on Mustasaaren kunnan ja Vaasan kaupungin yhteishanke. Vaasassa on uimahalli sekä useita liikuntasaleja. Vaasassa on myös golf-kenttä sekä pururatoja kesä- ja talviliikuntaan. Vaasassa järjestetään ikääntyneille suunnattua liikuntaa, kuten muun muassa kunto-, tuoli-, vesi- ja venyttelyjumppaa, tasapaino- ja kuntosaliharjoittelua, tanssi ja bocciaa. Vaasassa toimiva Ikäkeskus järjestää muun toiminnan lisäksi myös kulttuuri- ja liikuntapalveluja ikääntyneille. (Vöyri 2014; Mustasaari 2014; Vaasa 2014b.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata yli 65-vuotiaiden kuntalaisten terveyttä ja toimintakykyä ja tarkastella näihin vaikuttavia tekijöitä sekä kuvata hyvinvointipalvelujen käytön määrää Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri (K2)-alueella.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa kuntalaisten kokemuksista hyvinvointipalveluihin liittyen. Saatujen tuloksien avulla voidaan hyvinvointipalveluita kehittää kohdekunnissa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten yli 65-vuotiaat määrittelevät terveydentilansa ja toimintakykynsä tutkimusalueilla?
2. Millä eri tekijöillä on yhteyttä terveyden ja toimintakyvyn kokemiseen?
3. Miten riittäviksi kunnan tarjoamat sosiaali-, terveys-, kulttuuri- ja liikuntapalvelut koetaan yli 65-vuotiaitten näkökulmasta?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen tutkimusmenetelmä, tutkimusaineisto sekä aineiston analyysi.

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö perustuu filosofiselta lähtökohdaltaan positivismiin. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa objektiivista numeerista tietoa laajasta joukosta tutkittavia standardoiduilla menetelmillä. Tutkimuksen avulla saatua tietoa on tarkoitus yleistää tutkimusjoukkoon. Opinnäytetyössä on kuvaileva tutkimusasetelma. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 15–20; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 124, 130, 134–139.)

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen survey-tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat muun muassa aiemmat teoriat sekä johtopäätösten tekeminen aiemmista tutkimuksista, hypoteesien esittely ja käsitteiden määrittely. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä. Perusjoukosta otetaan yleensä tutkimukseen otos. Havaintoaineiston tulee soveltua määrälliseen mittaamiseen ja aineisto analysoidaan tilastolliseen analyysiin perustuen. Aineiston perusteella pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään tutkittavaa ilmiötä. (Hirsjärvi ym. 2009, 134, 140.)

6.2 Tutkimusaineisto

Opinnäytetyössä käytetään THL:n keräämää aineistoa Alueellinen terveys- ja hyvinvointi (ATH) -tutkimuksesta. Opinnäytetyössä käytettävä data on kerätty postikyselynä tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuneilta yli 65-vuotiailta kuntalaisilta Vaasan ja Mustasaari-Vöyrin (K2)-alueelta. Erillisotos on kerätty vuonna 2012. Otokset kuvaavat vain kyseisten alueiden väestöä, eikä aineistoa voi yleistää mihinkään muuhun.

Aineisto on kerätty käyttämällä kahta eri kyselylomaketta. 55–74-vuotiaille ja yli 75-vuotiaille on omat kyselylomakkeensa. (THL 2014b.) Lomakkeiden

suunnittelussa on käytetty eri aihepiirien asiantuntijoita. Mukana on ollut noin 40 asiantuntijan verkosto, jotta lomakkeelle mukaan otettavat kysymysten kattamat ilmiöalueet tulisivat tasapuolisesti esiin. Kysymysten perustana on tutkimusnäyttö, mutta toisaalta on testattu myös uusia kysymyksiä esimerkiksi harrastuksiin ja kulttuuriin liittyen. (THL 2014c.) Tässä opinnäytetyössä analysoidaan opinnäytetyön tavoitteiden kannalta relevanttien kysymyksien vastauksia. Tutkimuslomakkeet ovat saatavilla THL:n internet-sivuilta (THL 2014b).

ATH-tutkimuksessa tutkittavien valinta on tehty satunnaisotantana Västöräkisterikeskuksen tiedoista. Voimalaskelmia on käytetty apuna otoskoon ja tulosten raportoinnissa sopivan aluekoon määrittelyssä. Yli 75-vuotiaita on poimittu mukaan kaksinkertaisella poimintatodennäköisyydellä, jotta määrä vastaisi muita ikäryhmiä. (THL 2014c.)

Vuonna 2012 otoskoko Vaasassa oli 3000. Yli 75-vuotiaiden vastausprosentti oli 61%, 55–74-vuotiaiden vastausprosentti oli 66. K2-alueella (Mustasaari ja Vöyri) otoskoko oli 1260. Yli 75-vuotiaiden vastausprosentti oli 53 ja 55–74-vuotiaiden 68. (THL 2014d.) Vaasan aineistossa ei ole mukana vielä Vähänkyrön aluetta, koska tutkimuksessa käytetty otos on kerätty vuonna 2012.

ATH-aineiston lisäksi tutkimuksessa on käytetty rekisteritietoja seuraavien tietojen osalta: syntymävuosi, ikä poimintahetkellä, sukupuoli, kieliryhmä sekä asuinkunta poimintahetkellä.

6.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen aineiston analyysit on tehty SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for Social Sciences). Koska ATH-aineistossa on yli 75-vuotiailla suurempi poimintatodennäköisyys, antaa esimerkiksi suora keskiarvo havainnoista liian suuren painoarvon 75 vuotta täyttäneille. Tämän takia aineistoa analysoitaessa tulisi käyttää painokertoimia. SPSS-ohjelmalla analysoitaessa painokertoimien

yhteydessä analyyseissa tulisi käyttää Complex samples -toimintaa. Opinnäytetyöntekijällä ei ollut kuitenkaan käytettävissä kyseistä Complex samples -toimintaa koulussa käytettävässä SPSS-ohjelmassa, joten sen takia analyyseja ei voitu toteuttaa painokertoimia huomioiden. Opinnäytetyöntekijä on saanut ohjeet THL:stä, että analyysit voidaan tehdä myös ilman painokertoimien huomioimista, mutta tämä saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen.

Luotettavuuden lisäämiseksi aineistoa analysoitaessa ikäryhmät luokiteltiin uudestaan niin, että 65–74-vuotiaat luokiteltiin omaksi ryhmäkseen ja yli 75-vuotiaat omaksi ryhmäkseen. Aineiston analyysit on tehty näissä kahdessa ikäluokassa, eikä ikäluokkia voi vertailla keskenään. Osa kyselylomakkeen kysymyksistä kohdistuu vain yli 75-vuotiaiden ikäryhmään. Tämän ikäluokittelun lisäksi tehtiin myös 9-portainen ikäluokittelu, jota käytettiin ristiintaulukoinneissa esimerkiksi yli 75-vuotiaiden ikäluokan sisällä tarkasteltaessa iän yhteyttä tarkasteltaviin muuttujiin.

Analyysejä tehtäessä joissakin kohdin viisiportainen arviointiasteikko on tiivistetty kolmiportaiseksi yhdistäen vaihtoehdot hyvä ja melko hyvä vaihtoehdoksi hyvä, sekä melko huono ja huono vaihtoehdoksi huono. Vaihtoehto keskitasoinen on säilytetty keskitasoisena. Näin on tehty koetun terveydentilan ja muistiin liittyvien kysymysten yhteydessä. Muistin toimiminen luokiteltiin myös vain kaksiluokkaiseksi yhdistäen erittäin hyvin tai hyvin yhdeksi ”hyvin”-luokaksi ja tyydyttävästi tai huonosti ”huonosti”-luokaksi. Kaksiportaista asteikkoa käytettiin aineiston analysoinneissa 65–74-vuotiaiden keskuudessa. Muistin kolmiportaista luokittelua käytettiin, kun analysoitiin yli 75-vuotiaita.

Tutkittavilta kysyttiin sitä, riittävätkö heidän saamansa tulot menojen kattamiseen. Tämän kysymyksen kuusiportaisesta arviointiasteikosta muodostettiin neliportainen yhdistämällä vastausvaihtoehdot erittäin hankalaa ja hankalaa vaihtoehdoksi hankalaa. Melko hankalaa ja melko helppoa vaihtoehdot säilytettiin sellaisinaan ja helppoa ja erittäin helppoa vaihtoehdot yhdistettiin vaihtoehdoksi helppoa. Lisäksi vastaajien ilmoittamista koulutusvuosista muodostettiin kolme

luokkaa: luokka 1= 0–7 koulutusvuotta; luokka 2 = 8–15 koulutusvuotta ja luokka 3 = yli 16 vuotta koulutusta.

Uudelleen luokiteltuja muuttujia on käytetty ristiintaulukoinneissa.

Toimintakykyyn liittyvissä tarkasteluissa muodostettiin kaksi uutta summamuuttujaa, jotka olivat liikuntakyky sekä arjen toimet. Liikuntakyky sisälsi noin puolen kilometrin kävelyn levähtämättä, yhden kerrosvälin nousun portaita levähtämättä sekä liikkumisen ulkona kesällä ja talvella. Arjen toimet – muuttujaan kuului julkisilla kulkuvälineillä kulkeminen, kevyiden kotitöiden tekeminen, kodin pienten korjaustöiden tekeminen, ruokakaupassa käyminen sekä päivittäisten raha-asioiden hoitaminen. Jos tutkittava suoriutui kaikista summamuuttujan toiminnoista vaikeuksitta, luokiteltiin hänen toimintakykynsä hyväksi (=ei vaikeuksia). Jos tutkittava ei pystynyt lainkaan suoriutumaan jostain summamuuttujan toiminnoista, luokiteltiin hänen toimintakykynsä huonoksi (=ei pysty lainkaan). Ne tutkittavat, jotka pystyvät suoriutumaan summamuuttujan toiminnoista, mutta heillä oli joissain kohdissa vaikeuksia toiminnan suorittamisessa, luokiteltiin heidän toimintakykynsä kohtalaiseksi (=jonkin verran vaikeuksia tai erittäin vaikeaa).

Aineiston tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja Spearmanin korrelaatiokerrointa. Luokitteluasteikollisia muuttujia on tarkasteltu ristiintaulukoinnin avulla. Spearmanin korrelaatiokerrointa on puolestaan käytetty järjestysasteikollisten muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Korrelaatiokertoimen ilmoittaman yhteyden suunnan varmistamiseksi on myös tehty ristiintaulukointi.

Aluksi tarkoituksena oli analysoida teemoja ikäluokittain ja alueittain, mutta aineistoon tutustumisen jälkeen analyysiin otettiin mukaan myös sukupuoli, koulutus, koettu tulojen riittävyys, kieliryhmä (suomi-ruotsi) sekä ikä (ikäluokkien sisällä).

Aineiston analyysija ei voitu toteuttaa palvelujen tutkimiseen liittyen alkuperäisen suunnitelman mukaan kaikissa kohdin, sillä vastausmäärät olivat niin pienet, etteivät ristiintaulukoinnin tilastollisen testauksen käyttöedellytykset täytyneet. Tämän takia ei voitu esimerkiksi selvittää hyvinvointipalvelujen osa-alueilta, millä eri tekijöillä on yhteyttä palvelujen riittävyyden tai riittämättömyyden kokemiseen. Lisäksi ei voitu esimerkiksi selvittää, onko tutkimusalueiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja palveluiden käytön suhteen.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tuloksia esitetään frekvensseinä ja prosenttijakaumina. Ikäluokat 65–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat on analysoitu erikseen ja myös tulokset esitetään aina kahdessa eri ikäluokassa. Taulukoissa ja kuvioissa ”n” tarkoittaa kysymykseen vastanneiden lukumäärää. Palveluihin liittyvät tulokset esitetään pääasiassa alueittain, K2-alue ja Vaasa erikseen. Koska vastaajien välillä ei ollut alueellisia eroja esimerkiksi terveyden tai toimintakyvyn suhteen, ei muita tietoja kuin palveluihin liittyvät, ole esitetty alueittain.

Tilastollisesti merkitsevät tulokset on ilmoitettu seuraavasti: Spearmanin korrelaatiokerroin: $\rho=xx$, $p=x.xxx$ sekä ristiintaulukointi: khiin arvo, vapausasteet ja merkitsevyys ($\chi^2=xx$, $df=xx$, $p=x.xxx$). Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p\leq 0.05$.

Aluksi tulokset-osiossa esitellään tutkittavien taustatietoja, jonka jälkeen tulokset esitetään teemoittain. Teemat ovat: luottamus, toimintakyky, terveys, kulttuuri ja liikunta. Terveys-, kulttuuri- ja liikuntateemojen alla käsitellään myös kyseisten aiheitten palvelujen käyttöä ja palvelujen riittävyyttä.

7.1 Taustatiedot

Aineistossa oli 65–74-vuotiaita 294 ja yli 75-vuotiaita 440 eli yhteensä 734 yli 65-vuotiaasta tutkittavaa. Vanhin vastaaja oli 101-vuotias. Vastaajista suurin osa vastasi kyselyyn yksin; 65–74-vuotiaista 88,7 % ja yli 75-vuotiaista 71 %. Jos lomaketta ei täytetty yksin, useimmiten kyselylomake oli täytetty yhdessä puolison kanssa; 65–74-vuotiaista 9,6 % ja yli 75-vuotiaista 13,4 % oli täyttänyt lomakkeen puolison kanssa.

Vastaajien taustatietoja esitellään taulukossa 2. Miehiä ja naisia oli suunnilleen yhtä paljon 65–74-vuotiaiden vastaajien keskuudessa. Yli 75-vuotiaiden ikäluokassa naisia oli miehiä enemmän. Vastaajista suurin osa eli avio- tai avoliitossa. Leskiä oli nuorempien ikäluokassa 11,9 % ja vanhempien ikäluokassa

38,9 %. Vastaajista suurin osa asui joko omistamassaan tai vuokratessa asunnossa.

TAULUKKO 2. Vastaajien ilmoittamat taustatiedot (%); n= vastaajien lukumäärä.

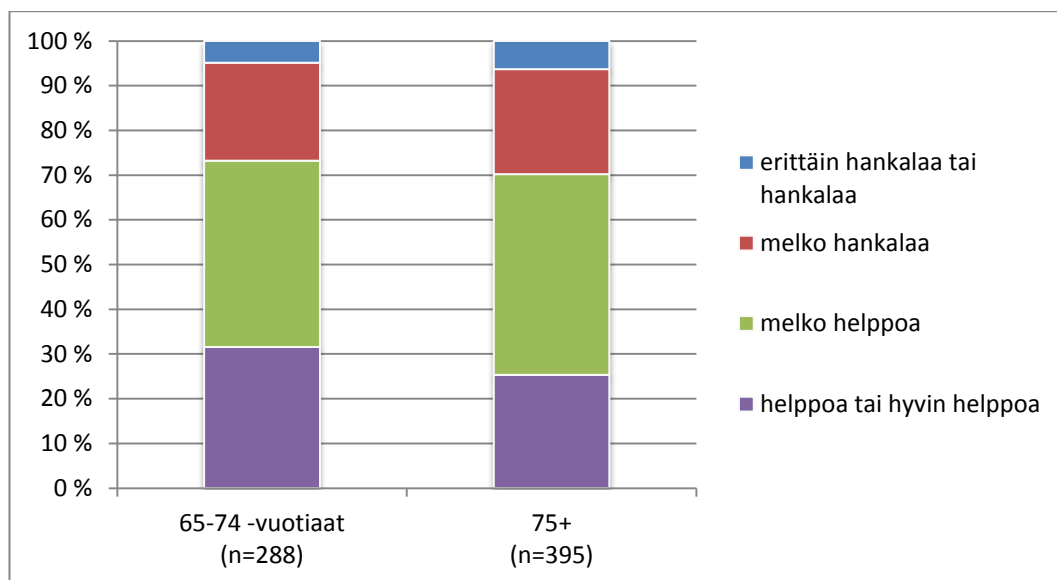
	65–74-vuotiaat	75+
Sukupuoli	n= 294	n=440
Mies	47,6	39,5
Nainen	52,4	60,5
Siviilisääty	n=293	n=419
Avoliitto/rekisteröity parisuhde	68,6	50,8
Avoliitto	6,1	2,4
Asumuserossa	9,9	4,5
Leski	11,9	38,9
Naimaton	3,4	3,3
Asumismuoto	n=288	n=419
Omistusasunto	91,3	85,4
Vuokra-asunto	8	10,7
Palvelutalo, kuntoutuskoti tai vanhainkoti	0	2,6
Joku muu (laitos yms.)	0,7	1,2

Kolmasosa 65–74-vuotiaista vastaajista asui K2-alueella ja 2/3 asui Vaasassa. Vanhempien vastaajien ikäluokassa osuudet olivat lähes yhtä suuret (33,4% /66,6%). Ruotsinkielisiä vastaajia oli K2-alueella nuorempien ikäluokissa 75,5 % ja vanhempien luokassa 87,1 %. Vastaavat luvut olivat Vaasassa 35,2 % ja 34,5 %. Vaasassa oli siis suomenkielinen enemmistö ja lisäksi Vaasassa oli venäjänkielisiä vastaajia 1 %.

Nuoremman ikäluokan vastaajat olivat käyneet koulua tai opiskelleet päätoimisesti keskimäärin 11 vuotta ja yli 75-vuotiaat vastaajat yhdeksän vuotta. Nuoremmilla tutkittavilla oli hieman enemmän koulutusvuosia kuin vanhemmilla vastaajilla (65–74-vuotiaat: $p=0.155$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $p=0.278$, $p=0.01$). Sukupuolten välillä ei ollut eroja koulutusvuosien suhteen. Vaasassa asuvilla tutkittavilla oli enemmän koulutusvuosia kuin K2-alueella asuvilla yli 75-

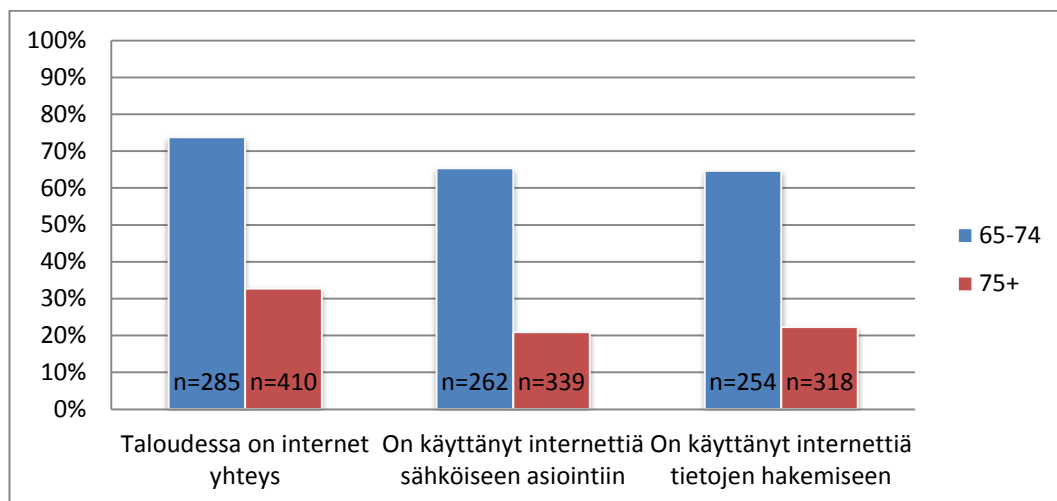
vuotiailla ($\chi^2=16,0$, $df=2$, $p< 0.001$). Nuorempien ikäluokassa alueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ruotsinkielisillä tutkittavilla oli enemmän koulutusvuosia kuin suomenkielisillä (65-74 -vuotiaat: $\chi^2=8,2$, $df=2$, $p<0.005$). Suuntaus oli samansuuntainen myös yli 75-vuotiaiden vastaajien keskuudessa, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Kyselyssä kysyttiin tutkittavilta, pystyvätkö he kattamaan saamistaan tuloilla menonsa. Suurin osa vastaajista molemmissa ikäluokissa koki pärjäävänsä saamistaan tuloilla joko melko tai hyvin helposti. (Kuvio 1). Ikäluokkien sisällä tarkasteltuna iällä ja koetulla tulojen riittävydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tilastollisesti merkitseviä eroja koetun tulojen riittävyden suhteen ei ollut myöskään tutkimusalueiden, kieliryhmien tai sukupuolten välillä kummassakaan ikäluokassa. Ne vastaajat, joilla oli eniten koulutusvuosia, kokivat selviävänsä tuloillaan paremmin kuin ne, joilla oli vähemmän koulutusta (65–74-vuotiaat: $\rho=0.230$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=0.238$, $p=0.01$).



KUVIO 1. Koettu tulojen riittävyys vastaajien oman arvion mukaan (% , n= vastaajien lukumäärä).

Tutkittavilta kysyttiin, onko heillä internet-yhteyttä ja käyttävätkö he internetiä sähköiseen asiointiin (esimerkiksi verkkopankin tai kunnan palveluihin) ja tietojen hakemiseen (esimerkiksi aikataulut, terveystieto). Nuoremman ikäluokan tutkittavista hieman yli 70%:lla oli internet-yhteys. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Internetin käyttö eri ikäryhmissä vastaajien ilmoituksen mukaan (%), n=kysymykseen vastanneiden kokonaislukumäärä.

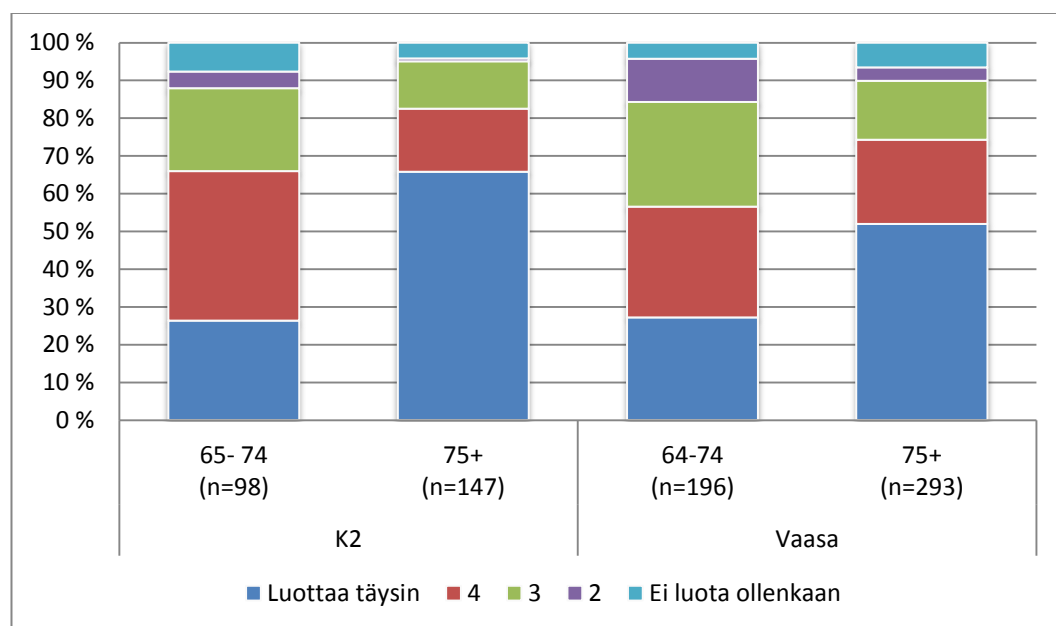
Nuoremmat vastaajat olivat käyttäneet internetiä sähköiseen asiointiin (65–74-vuotiaat: $\chi^2=24,9$, $df=9$, $p<0.05$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=25,8$, $df=4$, $p<0.001$) ja tietojen hakemiseen (65–74-vuotiaat: $\chi^2=29,3$, $df=9$, $p<0.01$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=23,1$, $df=4$, $p<0.001$) vanhempia vastaajia enemmän. Miehet olivat käyttäneet internetiä sähköiseen asiointiin (65–74-vuotiaat: $\chi^2=8,8$, $df=1$, $p<0.05$) ja tiedon hakemiseen (65–74-vuotiaat: $\chi^2=5,9$, $df=1$, $p<0.05$) naisia enemmän. Yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä internetin sähköisessä käytössä tai tietojen hakemisessa.

Tutkimusalueiden asukkaiden välillä ei ollut eroja internetin käytössä sähköiseen asiointiin tai tietojen hakemiseen. Ne tutkittavat, joilla oli enemmän koulutusvuosia, käyttivät internetiä sähköiseen asiointiin (65–74-vuotiaat: $\chi^2=17,6$, $df=2$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=23,9$, $df=2$, $p<0.001$) ja tietojen hakemiseen (65–74-vuotiaat: $\chi^2=15,9$, $df=2$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=21,1$, $df=2$, $p<0.001$) toisia tutkittavia enemmän.

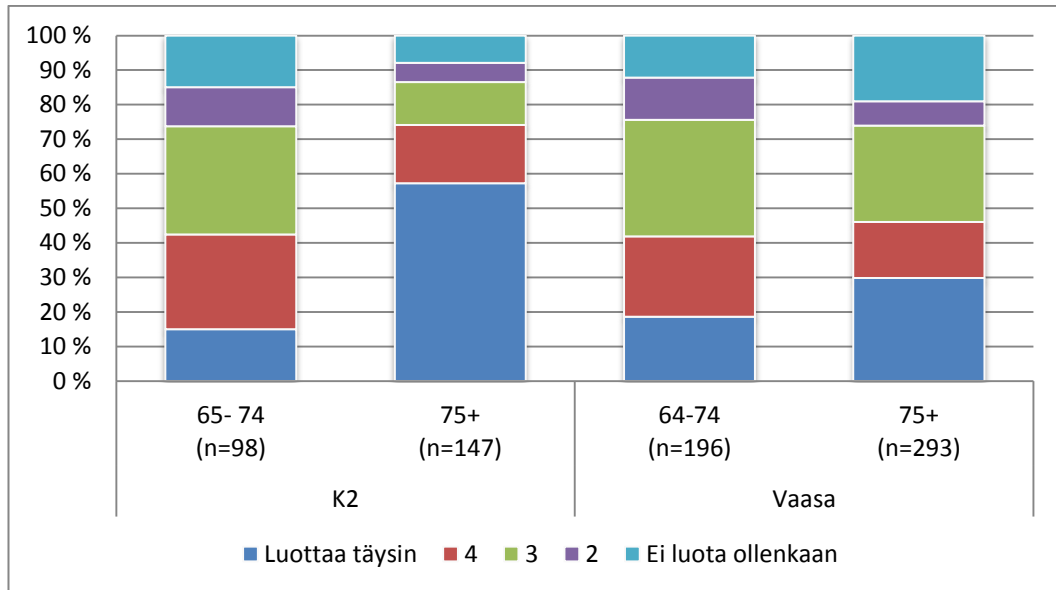
Koetulla tulojen riittävyydellä ja internetin käytöllä sähköiseen asiointiin ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Mutta ne, jotka kokivat tulojensa riittävän paremmin, käyttivät internettiä enemmän tietojen hakemiseen kuin ne, joilla oli hankaluuksia selvittää tuloillaan yli 75-vuotiaiden keskuudessa ($\chi^2=15,1$, $df=3$, $p<0.05$).

7.2 Luottamus

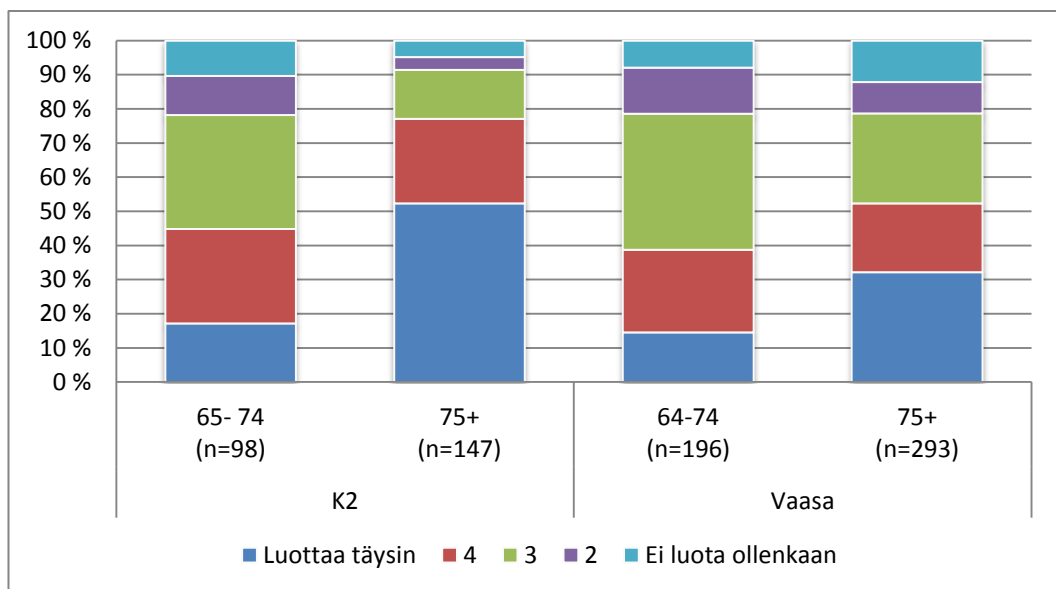
Tutkimuksessa selvitettiin tutkittavien luottamusta eri tahoihin. Opinnäytetyössä tarkastellaan tutkittavien luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon, julkiseen sosiaalihoitoon (esimerkiksi sosiaalipalvelut, toimeentulotuki), kunnan päätöksentekoon sekä luottamukseen yleensä toisiin ihmisiin. Vastaukset esitetään kuvioissa 3–6 alueittain ja ikäluokittain jaoteltuna. Luottamus julkiseen terveydenhuoltoon oli suurta, mutta vastaajat eivät luottaneet yhtä paljon julkiseen sosiaalihoitoon. Niitä, jotka luottivat täysin kunnalliseen päätöksentekoon, oli 65–74-vuotiaiden keskuudessa alle 20 % vastaajista.



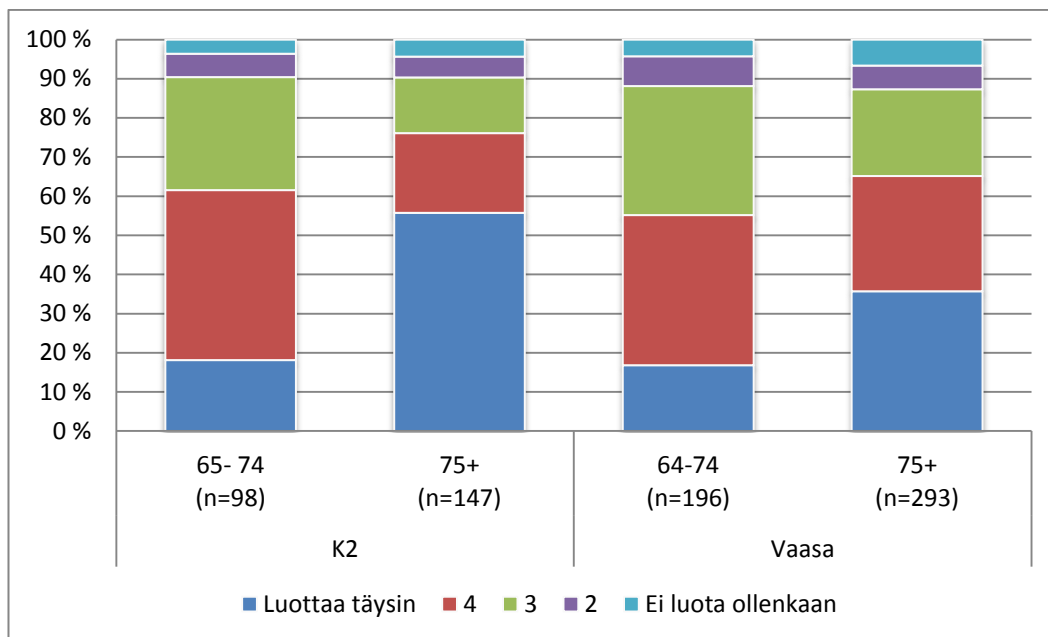
KUVIO 3. Vastaajien ilmoittama luottamus terveydenhuoltoon ikäluokittain ja alueittain (%)



KUVIO 4. Vastaajien ilmoittama luottamus julkiseen sosiaalihuoltoon ikäluokittain ja alueittain (%).



KUVIO 5. Vastaajien ilmoittama luottamus kunnan päätöksentekoon ikäluokittain ja alueittain (%).



KUVIO 6. Vastaajien ilmoittama luottamus ihmisiin yleensä ikäluokittain ja alueittain (%).

Naisista 65–74-vuotiaat luottivat miehiä enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon ($\chi^2=17,0$, $df=4$, $p<0.05$). Miesten ja naisten välillä ei ollut eroja luottamuksen suhteen yli 75-vuotiaiden keskuudessa.

Tutkimusalueiden välillä ei ollut eroja luottamuksen suhteen nuorempien ikäryhmässä, mutta yli 75-vuotiaiden keskuudessa julkiseen sosiaalihuoltoon ($\chi^2=24,3$, $df=4$, $p<0.001$) ja oman kunnan päätöksentekoon ($\chi^2=20,0$, $df=4$, $p=0.001$) luotettiin K2-alueella enemmän kuin Vaasassa. Muissa luottamuksen osa-alueilla ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja alueiden välillä.

Pitempi koulutus näytti vähentävän luottamusta. Vähemmän koulutusta saaneet luottivat enemmän julkiseen terveydenhuoltoon kuin pidempään koulutetut (65–74-vuotiaat: $\rho=-0.187$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=-0.119$, $p=0.05$). Vähemmän koulutetut luottivat myös kunnan päätöksentekoon enemmän kuin pitempään koulutetut ($\rho=-0,134$, $p=0.05$) nuorempien ikäluokassa. Yli 75-vuotiaat enemmän koulutetut luottivat hieman vähemmän ihmisiin yleensä kuin vähemmän koulutetut ($\rho=-0,110$, $p=0.05$).

Ruotsinkieliset luottivat suomenkielisiä enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon ($\chi^2=16,8$, $df=4$, $p<0.01$), oman kunnan päätöksentekoon ($\chi^2=30$, $df=4$, $p<0.001$) sekä ihmisiin yleensä ($\chi^2=15$, $df=4$, $p<0.01$) yli 75-vuotiaiden keskuudessa. Nuorempien ikäluokassa eroja kieliryhmien välillä ei tullut esiin.

Ne vastaajat, jotka kokivat selviytyvänsä saamallaan tuloillaan hyvin, luottivat enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon kuin ne vastaajat, joiden koettu tuloilla selviytyminen oli hankalampaa (65–74-vuotiaat: $p=0.142$, $p=0.05$; yli 75-vuotiaat: $p=0.164$, $p=0.01$). Myös kunnan päätöksentekoon luotettiin enemmän niiden yli 75-vuotiaiden keskuudessa, jotka kokivat selviytyvänsä saaduilla tuloillaan hyvin ($p=0.112$, $p=0.05$).

Kun tarkasteltiin iän vaikutusta luottamuksen kokemiseen ikäluokkien sisällä, todettiin, että vanhimmat vastaajat luottivat enemmän julkiseen terveydenhuoltoon 65–74-vuotiaiden ryhmässä ($p=0.177$, $p=0.01$). Vanhimmat vastaajat luottivat yli 75-vuotiaiden ryhmässä enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon ($p=0.146$, $p=0.05$), kunnan päätöksentekoon ($p=0.188$, $p=0.01$) ja ihmisiin yleensä ($p=0.150$, $p=0.01$) kuin nuoremmat vastaajat.

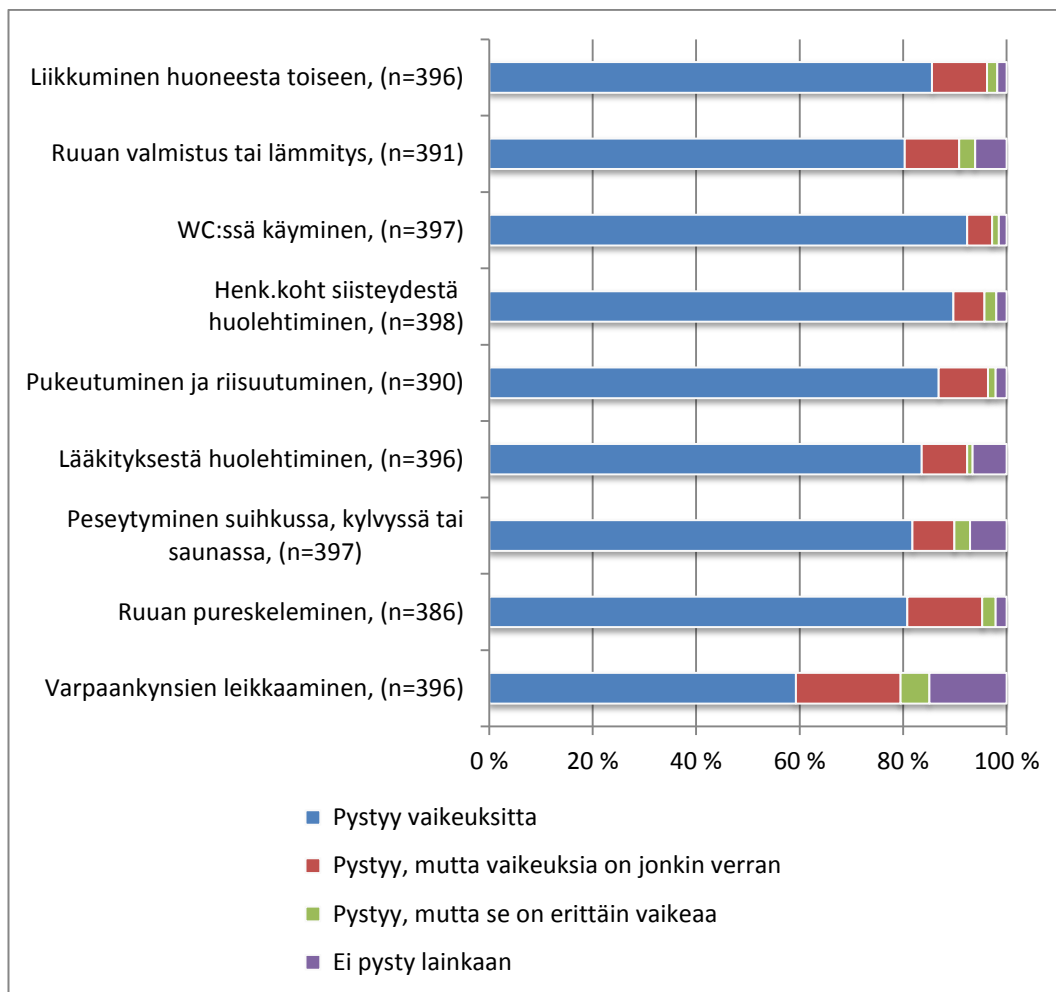
7.3 Toimintakyky

ADL (=Activities of Daily Living) –toiminnoilla tarkoitetaan päivittäin toistettavia perustoimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti ja ruokailu. IADL (=Instrumental Activities of Daily Living) -toiminnoilla tarkoitetaan välineellisiä toimintoja, kuten lääkkeiden ottaminen ja raha-asioiden hoitaminen. (Chan, Kasper, Brandt & Pezzin 2011.) ATH-tutkimuksessa vanhemmalta ikäluokalta kysyttiin ADL-toiminnoissa selviytymistä ja kaikilta tutkittavilta kysyttiin IADL-toiminnoista selviytymistä. Kyselylomakkeella kysyttiin seuraavista ADL-toiminnoista selviytymistä: liikkuminen asunnossa huoneesta toiseen; ruuan valmistaminen tai lämmittäminen; kaiken tyyppisen (myös jälkiuunileipä) ruuan pureskelu; peseytyminen suihkussa, kylvyssä tai saunassa; henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, kuten hiusten kampaaminen, hampaiden pesu, parranajo, kasvojen ja käsien pesu; varpaankynsien leikkaus,

pukeutuminen ja riisuutuminen; WC:ssä käyminen ja lääkityksestä huolehtiminen, esimerkiksi lääkkeenoton muistaminen, oikea annostelu, lääkepussin avaaminen.

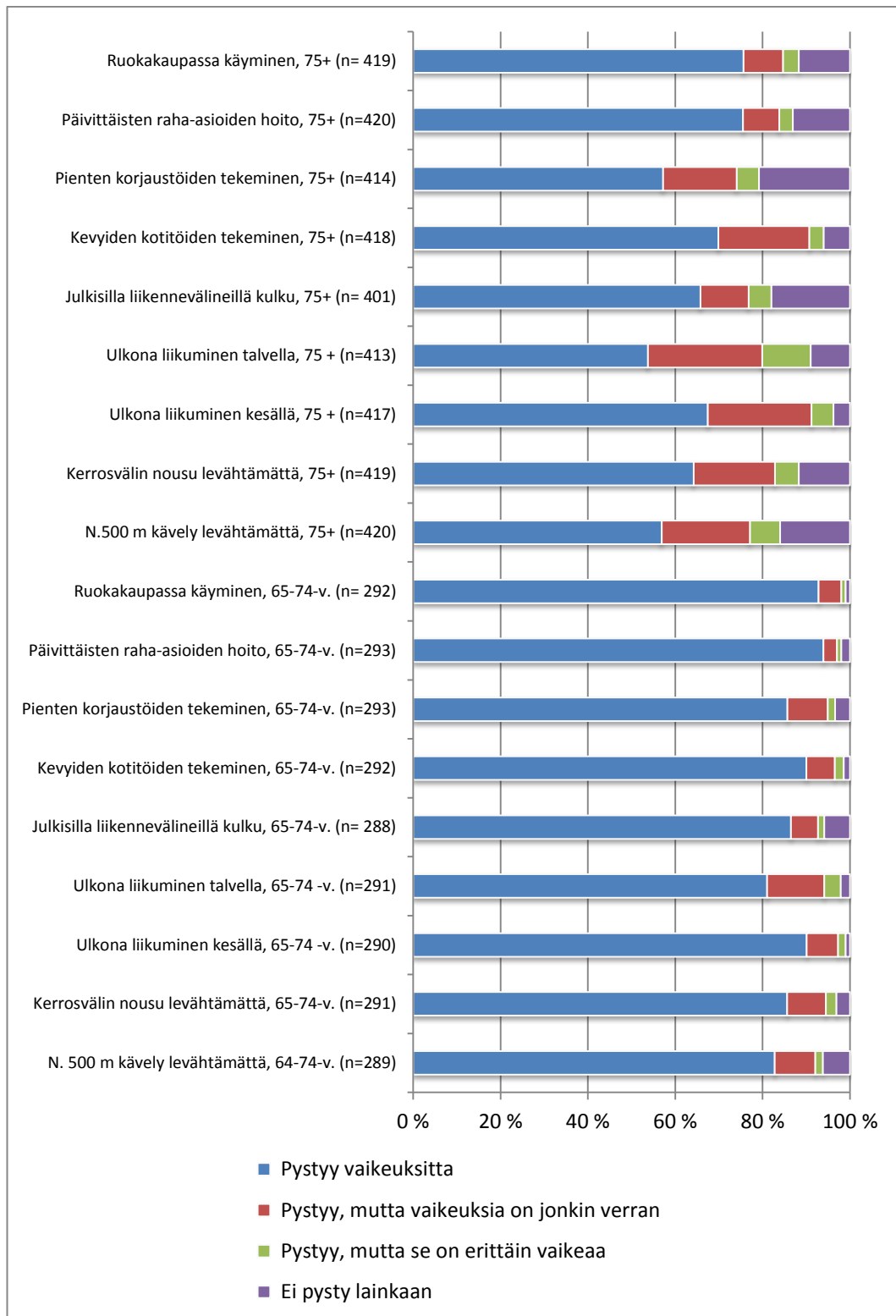
Vastaajien toimintakykyä selvitettiin monen eri IADL-muuttujan avulla. Tutkittavilta kysyttiin muun muassa pystyvätkö he kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä, nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä, liikkumaan ulkona kesällä ja talvella ja kulkemaan julkisilla liikennevälineillä. Lisäksi kysyttiin, pystyvätkö vastaajat tekemään kevyitä kotitöitä, kuten imurointi, astioiden pesu, vuoteen sijaaminen ja pyykinpesu sekä tekemään kodin pieniä korjaustöitä, kuten lampun tai palovaroittimen pariston vaihtaminen. IADL-toimintoihin liittyen kysyttiin myös, pystyvätkö tutkittavat hoitamaan päivittäisiä raha-asioita, kuten laskujen maksaminen ja käteisen rahan nostaminen sekä pystyvätkö he käymään ruokakaupassa. Aistitoimintoihin liittyen selvitettiin pystyvätkö tutkittavat lukemaan tavallista sanomalehteä joko silmälaseilla tai ilman sekä pystyvätkö he kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan kuulokojeen kanssa tai ilman.

ADL-toimintoihin liittyvät tulokset näkyvät kuviossa 7. Vastaajilla oli eniten vaikeuksia selviytyä varpaankynsien leikkaamisesta ja vähiten vaikeuksia heillä oli WC:ssä käymisessä. Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta naisilla näytti olevan hieman enemmän vaikeuksia selviytyä ADL-toiminnoista kuin miehillä.



KUVIO 7. Vastaajien ilmoittama toimintakyky ADL-toiminnoissa, yli 75-vuotiaat (%).

IADL-toimintoja oli kysytty kaikilta vastaajilta. Vastaajien toimintakyky 65–74-vuotiaiden ikäluokassa oli yleisesti ottaen hyvä, sillä suurin osa vastaajista suoriutui kysytyjen IADL-toimintojen tekemisestä vaikeuksitta (kuvio 8). 65–74-vuotiaiden keskuudessa eniten vaikeuksia esiintyi liikkumisessa ulkona talvella. Jonkin verran vaikeuksia esiintyi myös puolen kilometrin kävelyssä ja porraskäynnin nousussa levähtämättä sekä kevyiden kotitöiden tekemisessä, erityisesti naisten kohdalla. Naisten ja miesten välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja nuorempien ikäluokassa vain kodin pienten korjaustöiden yhteydessä ($\chi^2=22,3$, $df=3$, $p<0.001$), joiden tekemisestä miehet selviytyivät naisia paremmin. Kuuleminen, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan, aiheutti jonkin verran vaikeuksia sekä miesten että naisten keskuudessa.



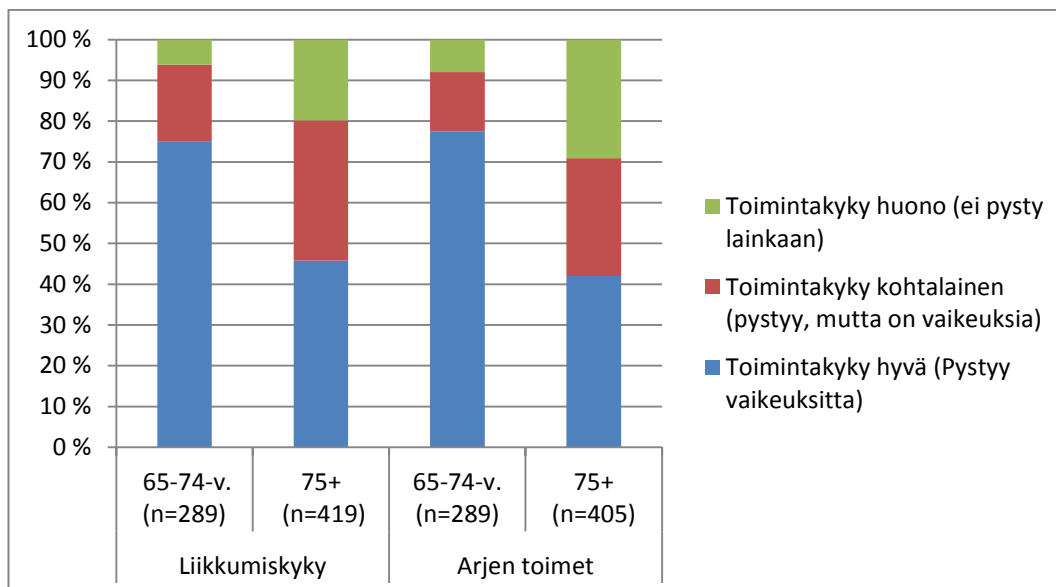
KUVIO 8. Vastaajien ilmoittama toimintakyky eri IADL-toiminnoissa, 65–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat (%).

Kuviosta 8 nähdään, että yli 75-vuotiaiden keskuudessa toimintakyvyn ongelmat IADL-toimintojen suhteen olivat tavallisia; esimerkiksi lähes kymmenen prosenttia vastaajista ei pystynyt lainkaan liikkumaan ulkona talvella, eikä 16 % vastaajista pystynyt lainkaan kävelemään puolen kilometrin matkaa levähtämättä. Myös julkisilla kulkuvälineillä liikkuminen aiheutti hankaluuksia, vastaajista 18 % ei pystynyt lainkaan käyttämään julkisia kulkuvälineitä. Vaikka naisten ja miesten välillä ei tullut näkyviin tilastollisesti merkitseviä eroja ADL-toimintojen yhteydessä, niin useassa IADL-toiminnossa miesten toimintakyky oli naisia parempi (taulukko 3). Miehet selviytyivät naisia paremmin esimerkiksi kodin pienten korjaustöiden tekemisestä ja liikkumisesta ulkona sekä kesällä että talvella.

TAULUKKO 3. IADL-toiminnot, joista miehet selviytyvät naisia paremmin (yli 75-vuotiaat).

Toiminto	χ^2	df	P<
Porrasvälin nousu levähtämättä	15,618	3	0,001
Liikkuminen ulkona kesällä	11,436	3	0,01
Liikkuminen ulkona talvella	15,740	3	0,001
Julkisella kulkuvälineellä kulkeminen	18,712	3	0,001
Kodin pienten korjaustöiden tekeminen	72,301	3	0,001
Päivittäisten raha-asioiden hoitaminen	16,005	3	0,001
Ruokakaupassa käyminen	20,872	3	0,001

Vastaajien toimintakykyä tarkasteltiin vielä kahden uuden summamuuttujan, *liikkumiskyky* ja *arjen toimet*, avulla. Toimintakyky jaoteltiin hyväksi, kohtalaiseksi ja huonoksi näissä kahdessa eri muuttujassa (kuvio 9).



KUVIO 9. Tutkittavien toimintakyky kahden summamuuttujan mukaan jaoteltuna (%).

län lisääntymisen myötä lisääntyivät vaikeudet sekä liikkumiskyvyssä (65–74-vuotiaat: $\chi^2=18,2$, $df=4$, $p=0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=72,4$, $df=8$, $p<0.001$) että arjen toimissa (65–74-vuotiaat: $\chi^2=18$, $df=4$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=73,7$, $df=8$, $p<0.001$).

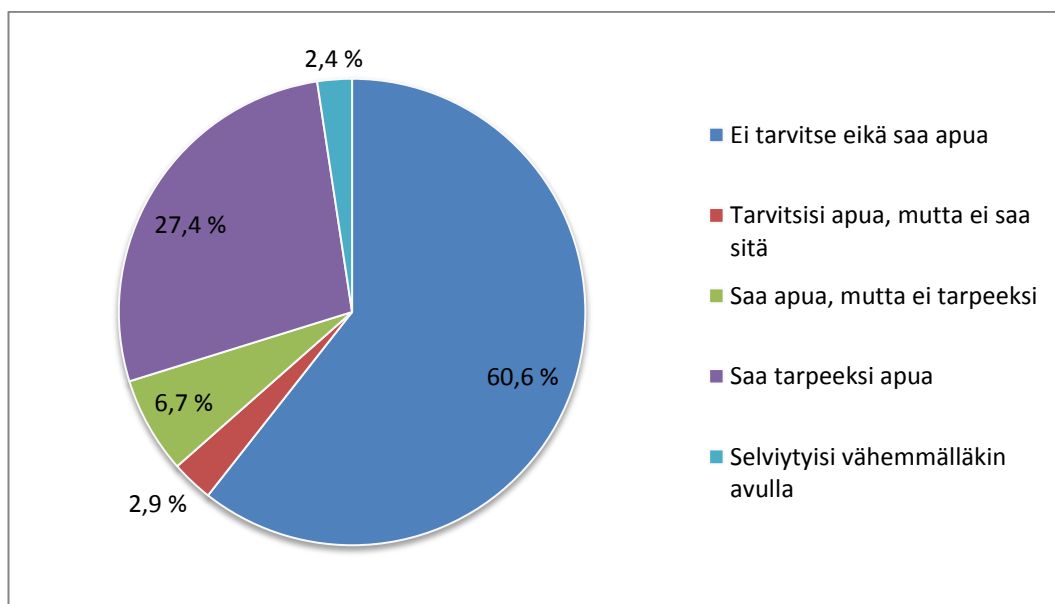
Vastaajista ne, jotka arvioivat koetun terveydentilansa keskitasoiseksi tai huonoksi, kokivat useammin vaikeuksia liikkumisessa kuin ne, joiden koettu terveydentila oli hyvä (65–74-vuotiaat: $\chi^2=108,1$, $df=4$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=110$, $df=4$, $p<0.001$). Huono terveydentila oli yhteydessä myös arjen toimien vaikeuksiin (65–74-vuotiaat: $\chi^2=55$, $df=4$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=93,8$, $df=4$, $p<0.001$). Naisilla oli miehiä enemmän vaikeuksia selvittää arjen toimista (65–74-vuotiaat: $\chi^2=15,4$, $df=2$, $p<0.001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=18$, $df=4$, $p<0.001$). Liikkumiskyvyn vaikeuksia oli naisilla miehiä enemmän yli 75-vuotiaiden keskuudessa ($\chi^2=16,2$, $df=2$, $p<0.001$).

Yli 75-vuotiaiden keskuudessa K2-alueella oli hieman enemmän niitä, joilla oli vaikeuksia tai eivät pystyneet liikkumaan kuin Vaasassa yli 75-vuotiaat ($\chi^2=9,5$, $df=2$, $p<0.05$). Lisäksi yli 75-vuotiaista heillä, joilla koettu tuloilla selviytyminen

oli helppoa, oli vähemmän liikkumiskyvyn vaikeuksia kuin niillä, joilla koettu tuloilla selviytyminen oli hankalaa ($\chi^2=24,3$, $df=6$, $p<0.001$).

Vanhempien ikäluokassa arjen toimien suhteen vaikeuksia esiintyi enemmän niillä, joilla oli hankaluuksia selvitä tuloillaan ($\chi^2=20,3$, $df=6$, $p<0.01$) ja niillä, joilla oli vähemmän koulutusvuosia ($\chi^2=31,4$, $df=4$, $p<0.001$).

ATH-kyselylomakkeella kysyttiin myös yli 75-vuotiaiden avun tarvetta arkipäivän askareissa. Suurin osa vastaajista ei tarvitse apua. Vastaajista lähes 30 % koki, että he saivat riittävästi apua. Vajaat 10 % vastaajista koki, etteivät he saa joko tarpeeksi apua tai etteivät he saa ollenkaan riittävästi apua (kuvio 10).

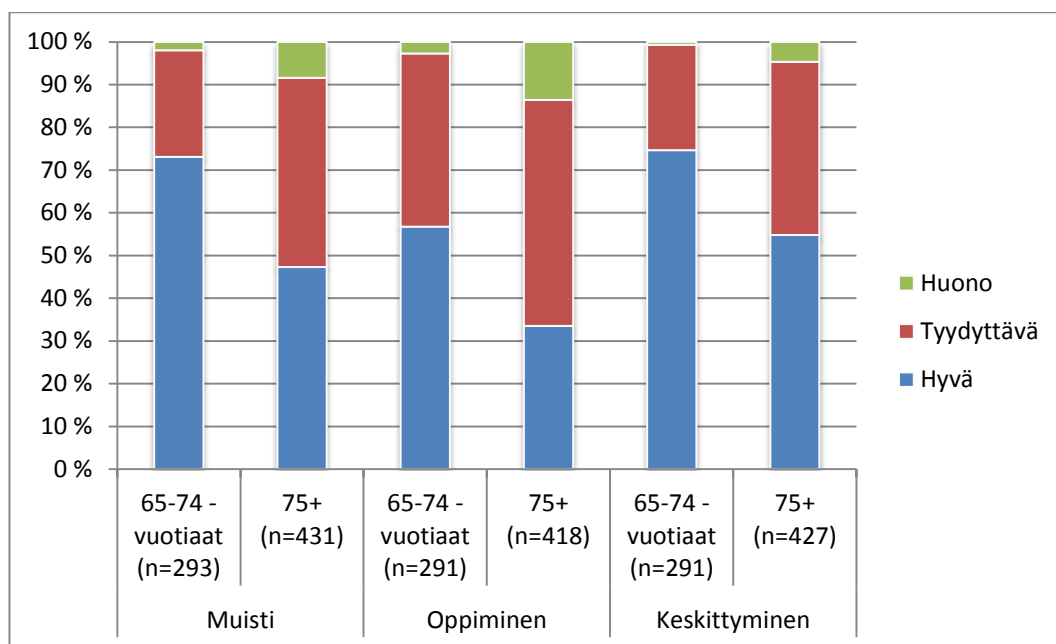


KUVIO 10. Avun tarve arkipäivän askareissa yli 75-vuotiaiden vastaajien mukaan, $n=416$, (%).

Muisti

Muistiin liittyviä kysymyksiä oli kysymyslomakkeella kolme. Vastaajilta kysyttiin, miten heidän muistinsa heidän mielestään toimii; miten uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen heidän mielestään sujuu sekä miten vastaajat mielestään pystyvät yleensä keskittymään asioihin. Vastaukset on esitetty

kuviossa 11. Vastaajat olivat muistitilanteen sekä oppimis- ja keskittymiskyvyn suhteen suhteellisen tyytyväisiä, sillä suurin osa vastauksista molemmissa ikäluokissa sijoittui hyvän tai tyydyttävän tason välille. Oppiminen näyttäisi olevan se osa-alue, jossa erityisesti yli 75-vuotiaat arvioivat olevan ongelmia: yli 75-vuotiaista vastaajista uusien asioiden omaksumisen ja uusien asioiden oppimisen suhteen kykynsä huonoksi arvioi 13,6 % ja tyydyttäväksi 52,9 %.



KUVIO 11. Vastaajien arvio omasta muistista, oppimis- ja keskittymiskyvystä (%).

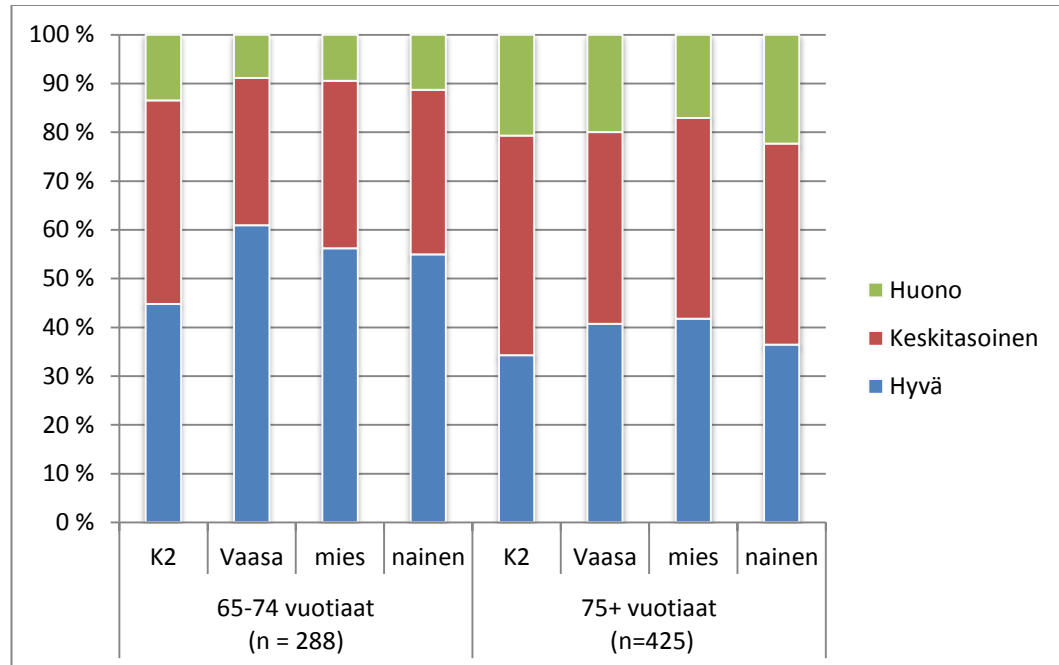
Ne vastaajat, joilla oli enemmän koulutusvuosia, arvioivat muistinsa toimivan paremmin kuin ne vastaajat, joilla oli vähemmän koulutusta 65–74-vuotiaiden keskuudessa ($p=0,135$, $p<0,05$). Terveystilansa hyväksi arvioivat vastaajat kokivat myös muistinsa toimivan hyvin (65–74-vuotiaat: $\chi^2=19,592$ $df=2$, $p<0,001$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=26,5$, $df=4$, $p<0,001$). Iäkkäimmät arvioivat muistinsa toimivan huonommin kuin nuoremmat (65–74-vuotiaat: $\chi^2=9,8$, $df=2$, $p<0,05$; yli 75-vuotiaat: $\chi^2=16,7$, $df=4$, $p<0,01$). Miesten ja naisten välillä ei ollut tilastollisia eroja muistin toiminnan suhteen, eikä myöskään kieliryhmien tai alueiden välillä.

7.4 Terveys

Tässä luvussa esitetään tutkimustuloksia tutkittujen koettuun terveyteen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöön liittyen.

7.4.1 Koettu terveydentila

Molemmissa ikäluokissa sekä K2-alueella että Vaasassa suurin osa vastaajista arvioi terveydentilansa joko hyväksi tai keskitasoiseksi. Huonoksi terveydentilansa arvioi 65–74-vuotiaista 13,5 % ja yli 75-vuotiaista 20,7 % K2-alueella. Vaasassa vastaavat luvut olivat 8,9 % ja 20 %. (Kuvio 12). Tutkittavien alueiden vastaajien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja koetun terveydentilan suhteen kummassakaan ikäluokassa. Sekä suomen- että ruotsinkieliset arvioivat terveydentilansa samansuuntaisesti, eikä ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kummassakaan ikäluokassa. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei ollut myöskään sukupuolten välillä koetun terveydentilan suhteen.



KUVIO 12. Vastaajien arvio koetusta terveydentilastaan (%).

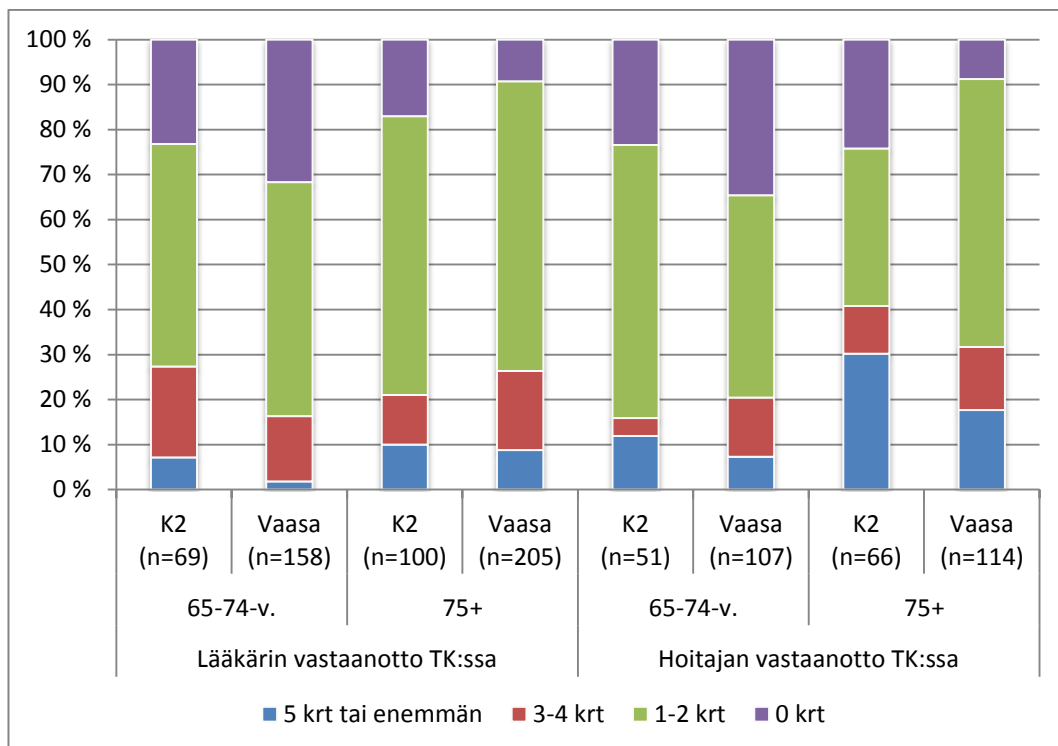
Tilastollisesti merkitseviä eroja oli nähtävissä koetun terveydentilan ja iän, koulutuksen sekä tulojen riittävyuden suhteen. Tutkittavista nuoremmat arvioivat koetun terveydentilansa paremmaksi kuin iäkkäämmät vastaajat. Tämä suuntaus tuli esiin molemmissa ikäluokissa (65–74-vuotiaat: $\rho=0.217$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=0.180$, $p=0.01$). Ne tutkittavat, jotka olivat opiskelleet enemmän arvioivat koetun terveydentilansa paremmaksi kuin ne, jotka olivat opiskelleet vähemmän. Yhteys oli samansuuntainen molemmissa ikäluokissa (65–74-vuotiaat: $\rho=-0.209$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=-0.192$, $p=0.01$). Vastaajat, joilla ei ollut vaikeuksia kattaa menojaan nykyisillä tuloillaan, arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin ne, joilla oli hankaluuksia selvitä taloudellisesti (65–74-vuotiaat: $\rho=-0.186$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=-0.281$, $p=0.01$).

7.4.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

Tutkittavilta kysyttiin sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä. Tuloksia on esitettäessä on käytetty apuna kuvioita ja taulukoita. Kuvioissa ja taulukoissa käytetyt lyhenteet tarkoittavat: TK=terveyskeskus, tk-lääkäri=terveyskeskuslääkäri, sh=sairaanhoitaja, th=terveydenhoitaja.

K2-alueella lähes 80 % 65–74-vuotiaista ja hieman yli 80 % yli 75-vuotiaista vastaajista oli käynyt lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa vähintään kerran viimeisen 12 kuukauden aikana. Vaasassa noin 70 % yli 65–74-vuotiaista oli käynyt lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana vähintään kerran. Vastaava luku yli 75-vuotiaiden keskuudessa oli noin 90 %. (Kuvio 13.) K2-alueella yli 75-vuotiailla oli lääkärissä käyntejä keskimäärin 1,9 ja Vaasassa 2,2. Nuorempien ikäluokassa K2-alueella lääkärissä käyntejä oli keskimäärin 2,1 ja Vaasassa 1,3.

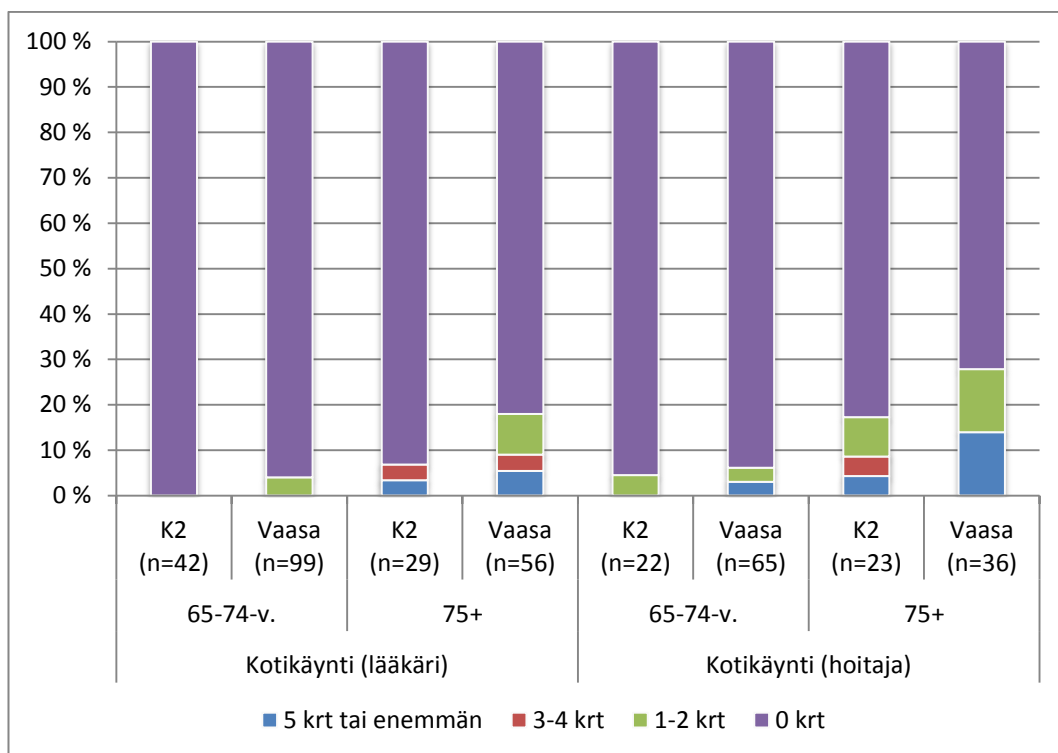
Hoitajan luona vähintään kerran viimeisen 12 kuukauden aikana oli käynyt noin 76 % yli 75-vuotiaista vastaajista K2-alueella ja Vaasassa hieman yli 90 %. (Kuvio 13.) Keskimäärin hoitajalla käyntejä oli yli 75-vuotiailla K2-alueella 4,3 ja Vaasassa 3,2. Nuorempien ikäluokassa hoitajalla käyntejä oli K2-alueella 2,3 ja Vaasassa 2,3.



KUVIO 13. Vastaajien ilmoittamat käyntimäärät lääkärin ja hoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa viimeisen 12 kk:n aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).

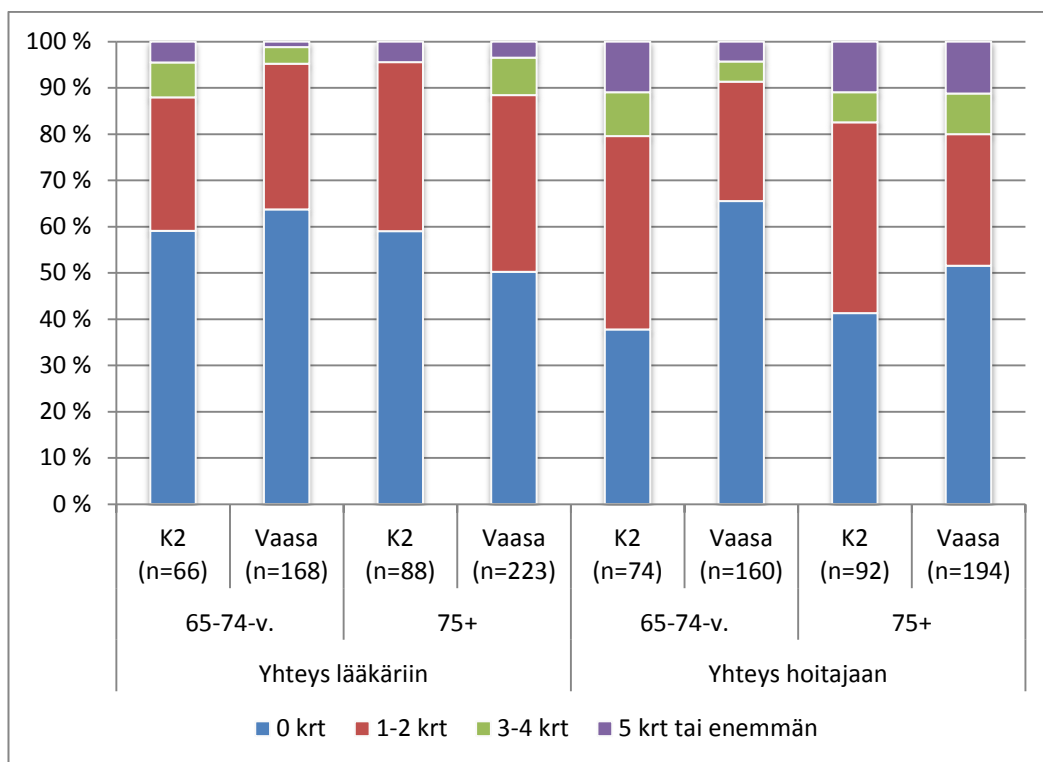
Tarkasteltaessa molempien tutkimusalueiden tutkittavia yhdessä todettiin, että terveydentilansa paremmaksi arvioineilla oli vähemmän lääkärissä ja hoitajalla käyntejä kuin niillä, joiden terveydentila oli huono. Tämä suuntaus tuli esiin molemmissa ikäluokissa (lääkärissä käynnit: 65–74-vuotiaat: $p=0.379$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $p=0.279$, $p=0.01$ ja hoitajalla käynnit: 65–74-vuotiaat: $p=0.256$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $p=0.178$, $p=0.05$).

Lääkärin tekemät kotikäynnit olivat harvinaisia, eivätkä sairaanhoitajan kotikäynnitkään olleet kovin yleisiä K2-alueella. Lääkärin ja sairaanhoitajan tekemiä kotikäyntejä oli vaasalaisten yli 75-vuotiaiden keskuudessa tehty jonkin verran tutkittavien oman arvion mukaan. (Kuvio 14.)



KUVIO 14. Vastaajien ilmoittamat käyttömäärät lääkärin ja/tai hoitajan tekemille kotikäynnille viimeisen 12 kk: n aikana (%).

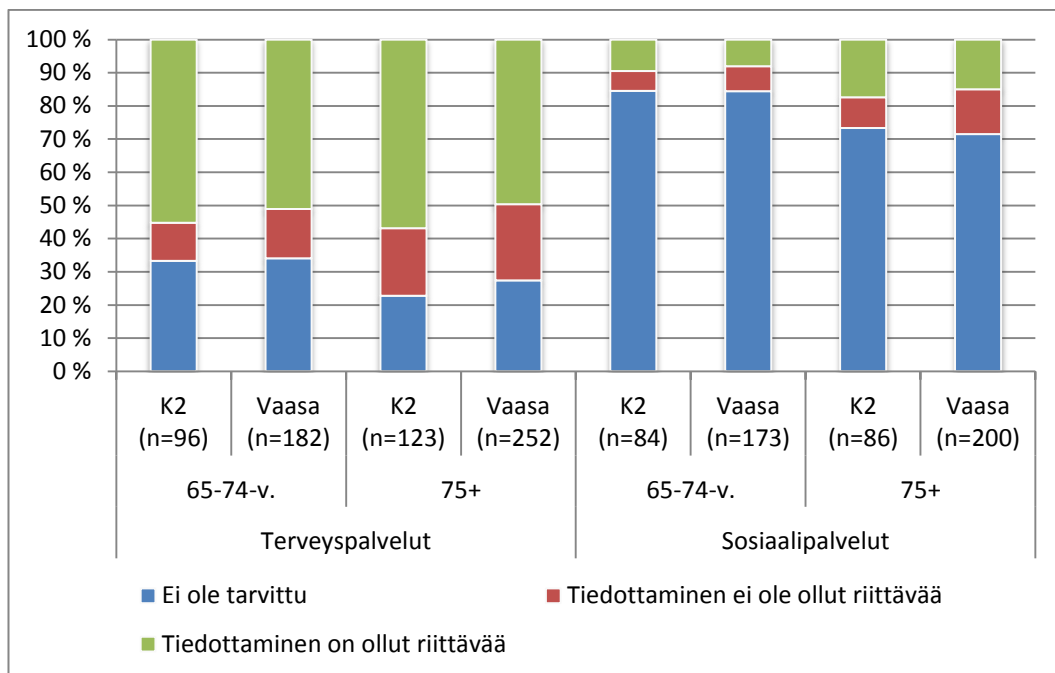
Noin puolet yli 75-vuotiaista vastaajista oli ollut puhelinkontaktissa lääkäriin tai hoitajaan Vaasassa viimeisen vuoden aikana (kuvio 15). K2-alueella noin 40 % vastaajista oli ollut puhelinkontaktissa lääkärin kanssa molemmissa ikäluokissa. K2-alueella yli puolet vastaajista molemmissa ikäluokissa oli ollut puhelinyhteydessä hoitajaan viimeisen 12 kuukauden aikana.



KUVIO 15. Vastaajien ilmoittama puhelinkontaktien määrä viimeisen 12 kk:n aikana ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).

7.4.3 Sosiaali- ja terveystalvelujen riittävyys

Tutkittavilta kysyttiin, ovatko he saaneet riittävästi tietoa kunnan sosiaali- ja terveystalveluista viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastauksia on esitetty kuviossa 16. Tutkittavat eivät olleet juurikaan tarvinneet tietoa sosiaaltalveluista kummassakaan ikäluokassa tai kummallakaan alueella. Sen sijaan terveystalveluihin liittyvää tietoa olisi tarvittu enemmän, vaikka enemmistö vastaajista olikin tyytyväisiä tiedottamiseen. Sekä Vaasassa että K2-alueella yli 75-vuotiaista noin 20 % koki, ettei terveystalveluista tiedottaminen ole ollut riittävä.



KUVIO 16. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).

ATH-tutkimuksessa kysyttiin myös vastaajien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä (taulukot 4 ja 5). Eniten käytetyimmät sosiaali- ja terveyspalvelut olivat lääkärin ja hoitajan vastaanotot terveyskeskuksessa. Terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluiden riittävyyteen esiintyi tyytymättömyyttä molemmilla alueilla sekä 65–74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden keskuudessa. Vastaajien joukossa oli myös niitä, jotka olisivat terveyskeskuslääkärin vastaanottoa tarvinneet, mutta eivät olleet saaneet kyseistä palvelua. Taulukossa 6 on esitetty vastausprosentit lääkärin ja hoitajan vastaanoton palvelujen riittävyyteen vain niiden vastaajien osalta, jotka olivat käyttäneet tai olisivat tarvinneet kyseisiä palveluita.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyyttä kysyttiin tietyiltä osin vain yli 75-vuotiailta (vuodeosasto, vanhainkoti, kotipalvelu, kotisairaanhoito, kuntoutusjakso sairaalassa ja päivätoiminta iäkkäille). Näitä palveluja vastaajat eivät olleet juurikaan tarvinneet ja ne, jotka palveluita olivat käyttäneet, olivat kokeneet ne suurilta osin riittäviksi sekä K2-alueella että Vaasassa (taulukot 4 ja 5). Vastaajat

olivat käyttäneet jonkin verran kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja vuodeosaston palveluita. Muutamat vastaajat sekä Vaasassa että K2-alueella olisivat tarvinneet kuntoutusjaksoa laitoksessa, mutta eivät olleet sitä saaneet.

TAULUKKO 4. Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys vastanneiden ilmoituksen mukaan; Vaasa (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat, osa kysymyksistä on kysytty vain yli 75-vuotiailta).

	Palvelua ei ole tarvittu		Palvelua olisi tarvittu, mutta ei saatu		Palvelua on käytetty, mutta palvelu ei ollut riittävää		Palvelua on käytetty ja palvelua oli riittävästi	
	65-74 v	75+	65-74 v	75+	65-74 v	75+	65-74 v	75+
Tk-lääkärin vastaanotto (n = 187/259)	28,9	15,1	5,3	6,2	13,4	14,3	52,4	64,5
Sh-vastaanotto tk:ssa (n=181/240)	36,5	21,2	1,7	0,0	6,6	4,2	55,2	74,6
Omaishoidontuki (n=174/226)	93,7	92,5	1,7	1,8	0,6	1,3	4,0	4,4
Vuodeosasto (n=207)		78,3		1,4		3,9		16,4
Vanhainkoti (n=201)		96,0		1,0		0,5		2,5
Kotipalvelu (n=204)		84,3		1,0		2,9		11,8
Kotisairaanhoido (n=204)		89,7		2,0		1,0		7,4
Kuntoutusjakso laitoksessa (n=198)		89,9		2,5		1,0		6,6
Vanhusten palvelu- ja päiväkeskukset (n=203)		94,1		0,5		0,5		4,9

TAULUKKO 5. Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys vastanneiden ilmoituksen mukaan; K2 (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat, osa kysymyksistä on kysytty vain yli 75-vuotialta).

	Palvelua ei ole tarvittu		Palvelua olisi tarvittu, mutta ei saatu		Palvelua on käytetty, mutta palvelu ei ollut riittävää		Palvelua on käytetty ja palvelua oli riittävästi	
	65-74 v	75+	65-74 v	75+	65-74 v	75+	65-74 v	75+
Tk-lääkärin vastaanotto (n = 95/132)	26,3	21,2	2,1	3,0	13,7	9,1	57,9	66,7
Sh-vastaanotto tk:ssa (n = 94/125)	31,9	26,4	1,1	0,8	4,3	4,0	62,8	68,8
Omaishoidontuki (n = 88/106)	96,6	91,5	1,1	0,9			2,3	7,5
Vuodeosasto (n = 101)		85,1		1,0		1,0		12,9
Vanhainkoti (n = 98)		94,9				2,0		3,1
Kotipalvelu (n = 101)		85,1		2,0				12,9
Kotisairaanhoido (n = 98)		89,8		1,0		1,0		8,2
Kuntoutusjakso laitoksessa (n = 101)		85,1		4,0		3,0		7,9
Vanhusten palvelu- ja päiväkeskukset (n = 98)		93,9		2,0				4,1

TAULUKKO 6. Lääkärin ja sairaanhoitajan terveyskeskus-vastaanoton riittävyys palvelujen tarvitsijoiden/käyttäneiden joukossa ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%-jakaumat ikäryhmittäin, n=65–74-vuotiaat/yli 75-vuotiaat).

	Palvelua olisi tarvittu, mutta ei saatu		Palvelua on käytetty, mutta palvelu ei ollut riittävää		Palvelua on käytetty ja palvelua oli riittävästi	
	65-74 v	75+	65-74 v	75+	65-74 v	75+
Tk-lääkärin vastaanotto, K2 (n= 70/104)	2,9	3,8	18,6	11,5	78,6	84,6
Tk-lääkärin vastaanotto, Vaasa (n=133/220)	7,5	7,3	18,8	16,8	73,7	75,9
Sh-vastaanotto tk:ssa, K2 (n=64/92)	1,6	1,1	6,2	5,4	92,2	93,5
Sh-vastaanotto tk:ssa, Vaasa (n=115/189)	2,6	0	10,4	5,3	87	94,7

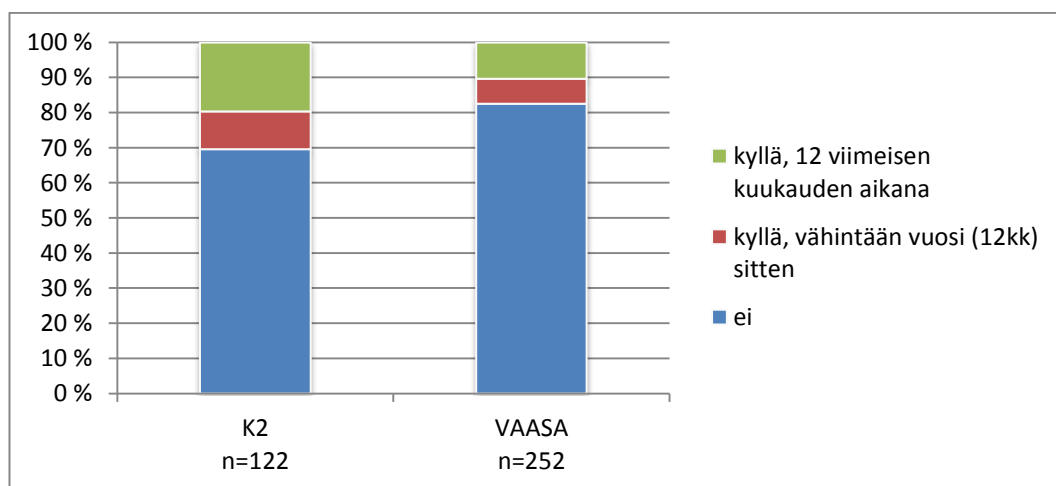
Vaasalaisten ja K2-alueella asuvien 65–74-vuotiaiden vastaajien keskuudessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja niiden välillä, jotka kokivat, että terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut eivät olleet riittäviä ja niiden, joiden mielestä palvelu oli riittävää asuinalueen, koulutuksen, tuloilla selviytymisen, kielen, sukupuolen, koetun terveydentilan tai iän suhteen. Vaasassa asuvat ruotsinkieliset yli 75-vuotiaat kokivat hieman suomenkielisiä enemmän, että palvelu ei ollut riittävää ($\chi^2=5,8$, $df=1$, $p<0.05$). Muita tilastollisesti merkitseviä eroja ei tullut esiin tässä ikäryhmässä vaasalaisvastaajien keskuudessa. K2-alueella ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja yllä mainittujen tekijöiden suhteen yli 75-vuotiaiden vastaajien keskuudessa.

Tarkasteltaessa molempien tutkimusalueiden vastaajia yhdessä yli 75-vuotiaiden keskuudessa terveydentilansa huonommaksi arvioineet kokivat hieman useammin kuin terveydentilansa hyväksi arvioineet, etteivät terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut ole olleet riittäviä ($\chi^2=6,1$, $df=2$, $p=0.05$). Tarkasteltaessa

edelleen molempia tutkimusalueita yhdessä yli 75-vuotiaista ne, joilla oli eniten koulutusta, arvioivat terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut riittämättömiksi muita useammin ($\chi^2=7,3$, $df=2$, $p<0.05$). Sairaanhoidajan vastaanoton riittävyyteen tyytyväisten ja ei-tyytyväisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kieliryhmän, sukupuolen, iän, koulutusvuosien, koetun tulojen riittävyyden, terveydentilan tai alueiden suhteen kummassakaan ikäluokassa.

Ne vastaajat, jotka luottivat terveystalouteihin kokivat terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut riittäväksi useammin kuin ne, jotka eivät luottaneet terveystalouteihin (65–74 –vuotiaat: $\rho=0.448$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=0.357$, $p=0.01$). Tässäkin tarkastelussa oli yhdistetty tutkimusalueet. Sama suuntaus oli nähtävissä myös sairaanhoidopalveluiden riittävyyden kohdalla. Terveystalouteihin luottavat vastaajat kokivat sairaanhoidajan vastaanottopalvelut riittäväksi useammin kuin ne, jotka eivät luottaneet terveystalouteihin (65–74 –vuotiaat: $\rho=0.222$, $p=0.01$; yli 75-vuotiaat: $\rho=0.223$, $p=0.01$).

Vaasassa vajaalle kahdellekymmenelle prosentille ja K2-alueella noin kolmellekymmenelle prosentille yli 75-vuotiaista tutkittavista oli tehty lakisääteinen palvelutarpeen arviointi tutkittavien oman ilmoituksen mukaan vähintään vuosi sitten tai viimeisen 12 kuukauden aikana (kuvio 17).

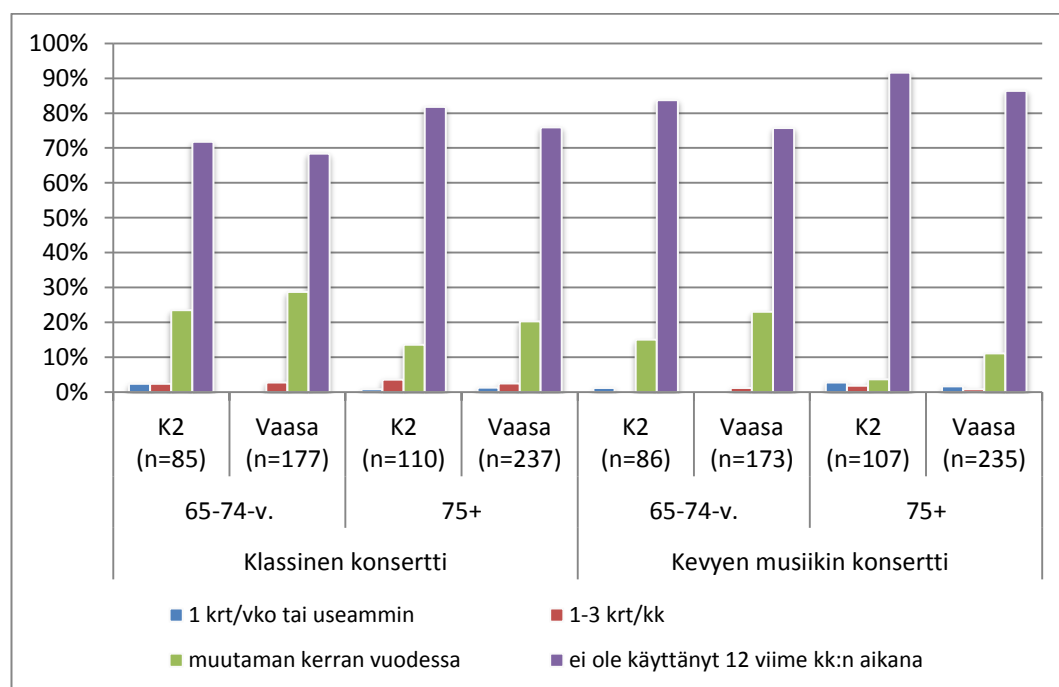


KUVIO 17. Yli 75-vuotiaiden vastaajien ilmoitus, onko heille tehty lakisääteinen palvelutarpeen arviointi K2-alueella ja Vaasassa (%).

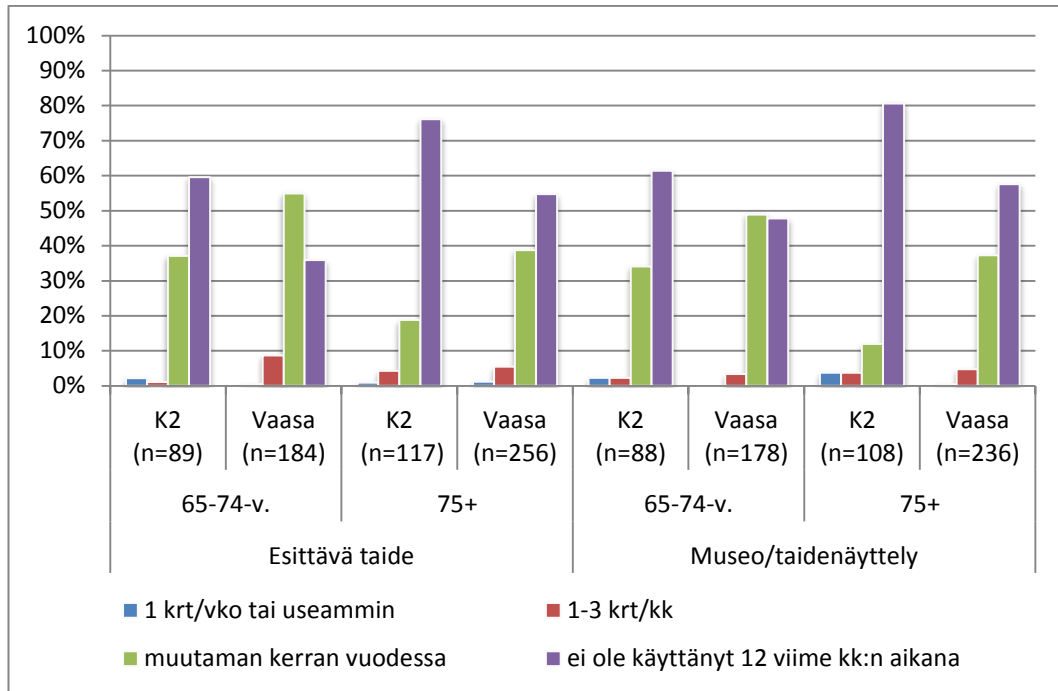
7.5 Kulttuuri

7.5.1 Kulttuuripalvelujen käyttö

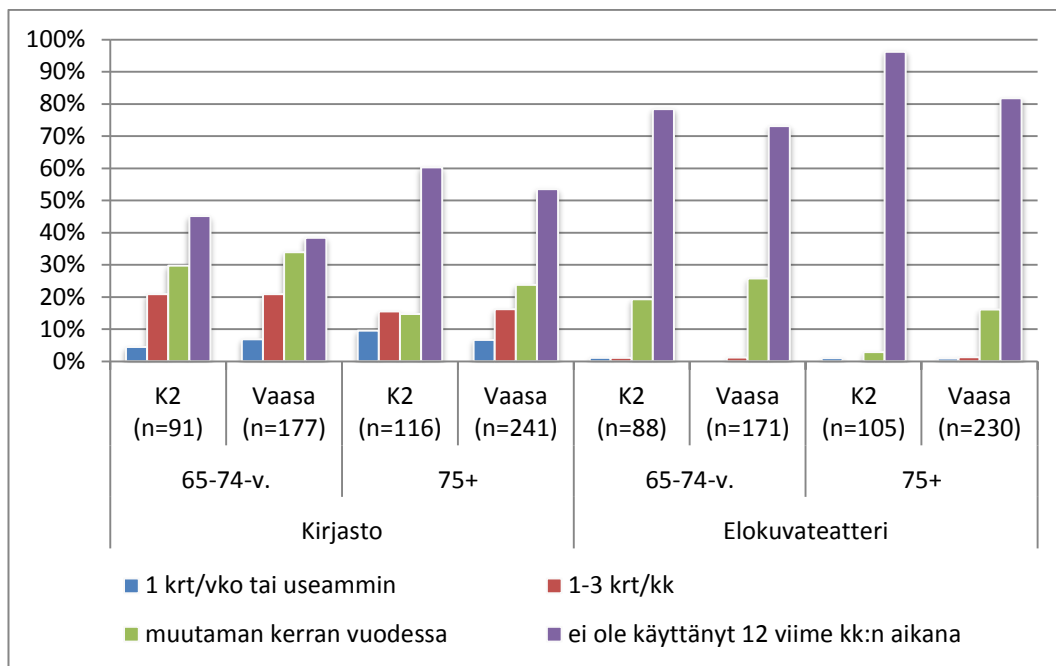
Vastaajien kulttuuripalvelujen käyttöä viimeisen 12 kuukauden aikana esitellään kuvioissa 18–21. Vastaajat olivat käyttäneet K2-alueella eniten kirjastopalvelua, sillä noin puolet vastaajista oli käyttänyt kirjastopalveluita. Myös Vaasassa kirjasto oli suosittu kulttuuripalvelujen muoto, mutta Vaasassa oli osallistuttu myös esimerkiksi teatteri- tai muun esittävän taiteen tilaisuuksiin sekä lisäksi oli käyty museoissa tai taidenäyttelyissä. Vaasalaisten tutkittavien keskuudessa osallistuminen kulttuuritapahtumiin oli pääsääntöisesti yleisempää kuin K2-alueella. Sekä K2-alueella että Vaasassa oltiin osallistuttu muihin kulttuuritapahtumiin katsojana, mutta koska kyselylomakkeessa ei ollut mahdollisuutta kirjoittaa vapaata tekstiä, ei voida tietää, mitä nämä tapahtumat ovat olleet.



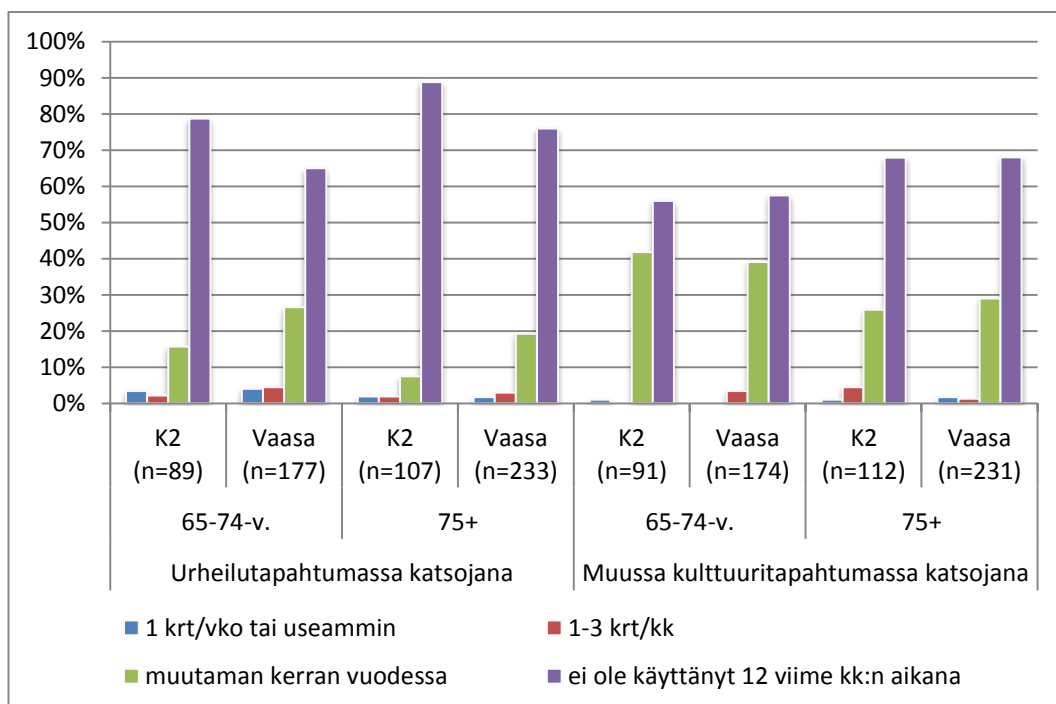
KUVIO 18. Vastaajien ilmoittama osallistumismäärä musiikkitapahtumiin viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).



KUVIO 19. Vastaajien ilmoittama osallistumismäärä esittävän taiteen (kuten teatteri) ja museo/taidenäyttelyyn tapahtumiin viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettyinä (%).



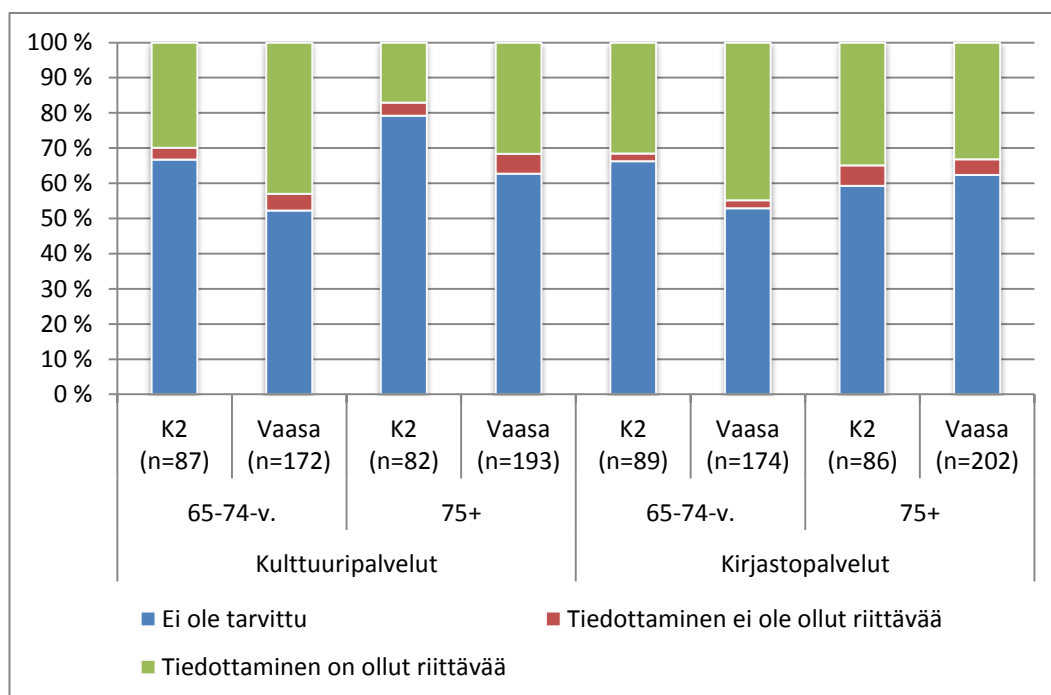
KUVIO 20. Vastaajien ilmoittama käyntimäärät kirjastossa ja elokuvateatterissa viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).



KUVIO 21. Vastaajien ilmoittamat käyntimäärät urheilutapahtumassa ja muussa kulttuuritapahtumassa katsojana osallistumiseen viimeisen 12 kuukauden aikana ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).

7.5.2 Kulttuuripalvelujen riittävyys

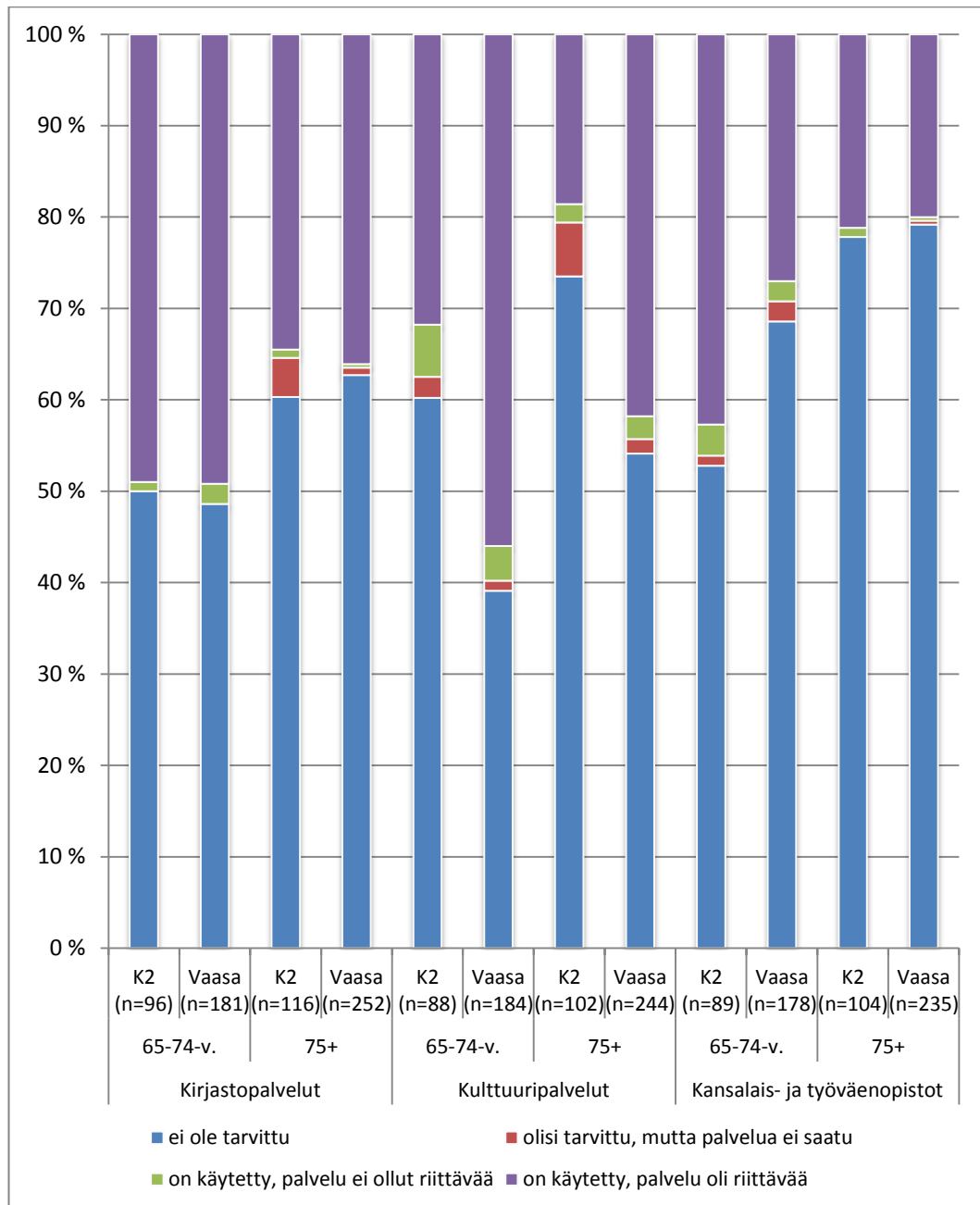
Suurin osa vastaajista ei ollut tarvinnut tietoa kirjasto- ja kulttuuripalveluihin liittyen ja niistä, jotka tietoa olivat tarvinneet, oli suurin osa tyytyväisiä tiedottamisen riittävyyteen sekä Vaasassa että K2-alueella (kuvio 22). Eniten tiedottamisen riittävyyteen tyytymättömiä oli yli 75-vuotiaiden keskuudessa.



KUVIO 22. Kirjasto- ja kulttuuripalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).

Vastaajien ilmoittama tyytyväisyys kulttuuripalvelujen riittävyyteen näkyy kuviossa 23. Kun tarkasteltiin vain niitä vastaajia, jotka olivat käyttäneet kulttuuripalveluja tai olisivat niitä tarvinneet, niin K2-alueella yli 75-vuotiaista vastaajista 22,2 % koki, ettei ollut saanut palveluja, vaikka olisi halunnut ja 7,4 % koki, etteivät heidän käyttämänsä palvelut olleet riittäviä. Tyytyväisiä kulttuuripalvelujen riittävyyteen tässä ryhmässä oli 70,4 % (n yht.= 27). Nuoremmissa ikäluokassa K2-alueella 14,3 % koki, ettei heidän käyttämänsä kulttuuripalvelu ollut riittävää, 5,7 % ei ollut palvelua saanut ja 80 % oli tyytyväisiä palvelun riittävyyteen (n yht.= 35). Vaasassa 65–74-vuotiaista

vastaajista (n yht.= 112) 92 % ja yli 75-vuotiaista vastaajista (n yht. = 112) 91,1 % oli tyytyväisiä kulttuuripalvelujen riittävyyteen.

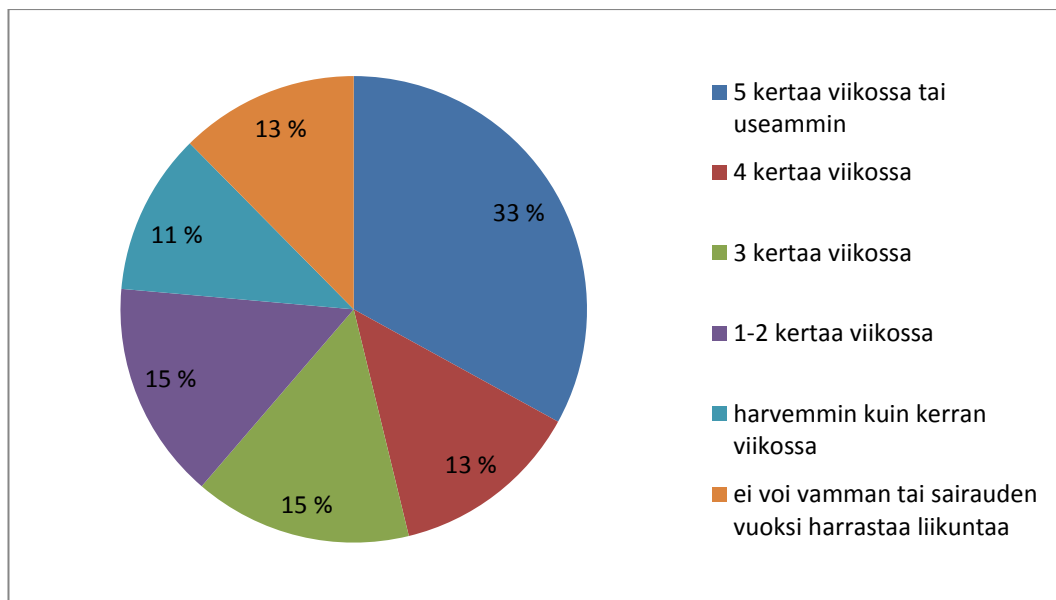


KUVIO 23. Vastaajien mielipiteet kunnan kulttuuripalvelujen riittävyydestä ikäluokittain ja alueittain esitettynä (%).

7.6 Liikunta

7.6.1 Liikunnan harrastaminen

Vähintään 20 minuutin ulkona kävelyn useutta tiedusteltiin yli 75-vuotiailta vastaajilta ja vastaukset on esitetty kuviossa 24. Kolmasosa vastaajista kävelee ulkona viisi kertaa viikossa tai useammin. Vastaajista 24 % kävelee ulkona harvemmin kuin kerran viikossa tai ei voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa ollenkaan liikuntaa. Ne vastaajat, jotka arvioivat oman terveydentilansa hyväksi, liikkuivat enemmän kuin ne vastaajat, jotka arvioivat terveydentilansa huonoksi ($p=0,318$, $p=0.01$). Nuoremmat vastaajat liikkuivat vanhempia enemmän ($p=0,285$, $p=0.01$).



KUVIO 24. Ulkona kävelyn (vähintään 20 minuuttia) useus yli 75-vuotiaiden vastaajien ilmoituksen mukaan, $n=403$, (%).

65–74 -vuotiaat tutkittavat istuivat keskimäärin 4,8 tuntia arkipäivisin ja yli 75-vuotiaat 5,8 tuntia. Suosituin ruumiillisesti rasittava vapaa-ajan harrastus sekä 65–74-vuotiaiden että yli 75-vuotiaiden keskuudessa oli käveleminen, pyöräileminen tai kevyiden koti- ja pihatöiden tekeminen useita tunteja viikossa (taulukot 7 ja 8). Varsinaista kuntoliikuntaa harrasti yli 75-vuotiaiden keskuudessa vain 6,8 % vastaajista.

TAULUKKO 7. 65–74 -vuotiaiden ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla vastaajien ilmoituksen mukaan (%).

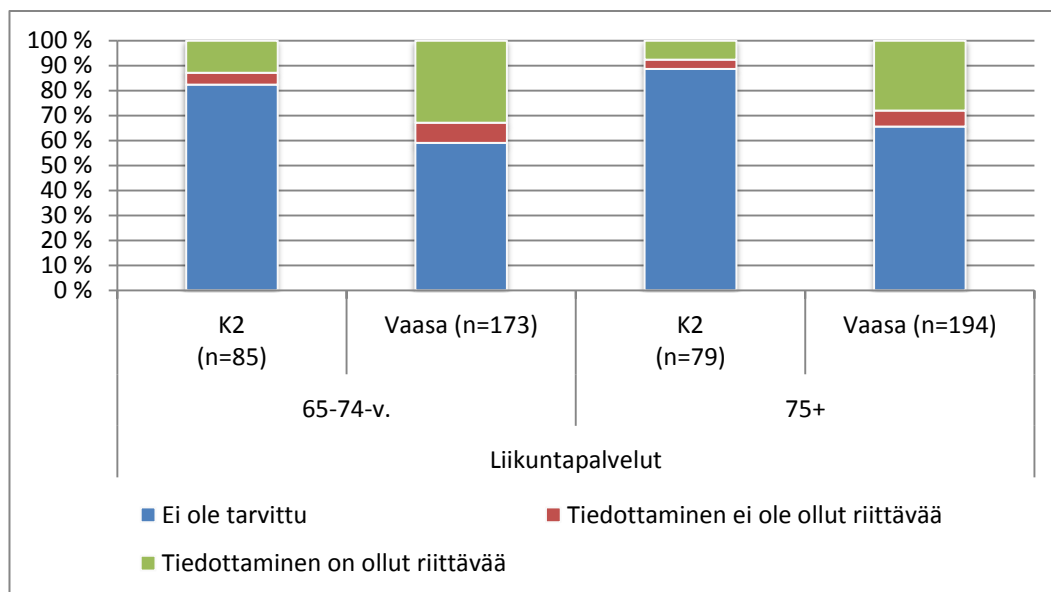
Ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla	%	n
Lukeminen, television katseleminen ja ei-ruumiillisesti rasittavien askareiden tekeminen.	21,4	59
Käveleminen, pyöriäminen tai kevyiden koti- ja pihatöiden yms. tekeminen useita tunteja viikossa.	63,8	176
Varsinaisen kuntoliikunnan tai urheilun kuten juoksemisen, hiihtämisen, uimisen tai pallopelien harrastaminen useita tunteja viikossa.	14,9	41
Yhteensä	100 %	276

TAULUKKO 8. Yli 75 –vuotiaiden ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla vastaajien ilmoituksen mukaan (%).

Ruumiillisen rasituksen taso vapaa-ajalla	%	n
Lukeminen, television katseleminen ja ei-ruumiillisesti rasittavien askareiden tekeminen.	38,5	152
Käveleminen, pyöriäminen tai kevyiden koti- ja pihatöiden yms. tekeminen useita tunteja viikossa.	51,1	202
Varsinaisen kuntoliikunnan tai urheilun kuten juoksemisen, hiihtämisen, uimisen tai pallopelien harrastaminen useita tunteja viikossa.	6,8	27
Enimmäkseen vuoteessa oleminen.	3,5	14
Yhteensä	100 %	395

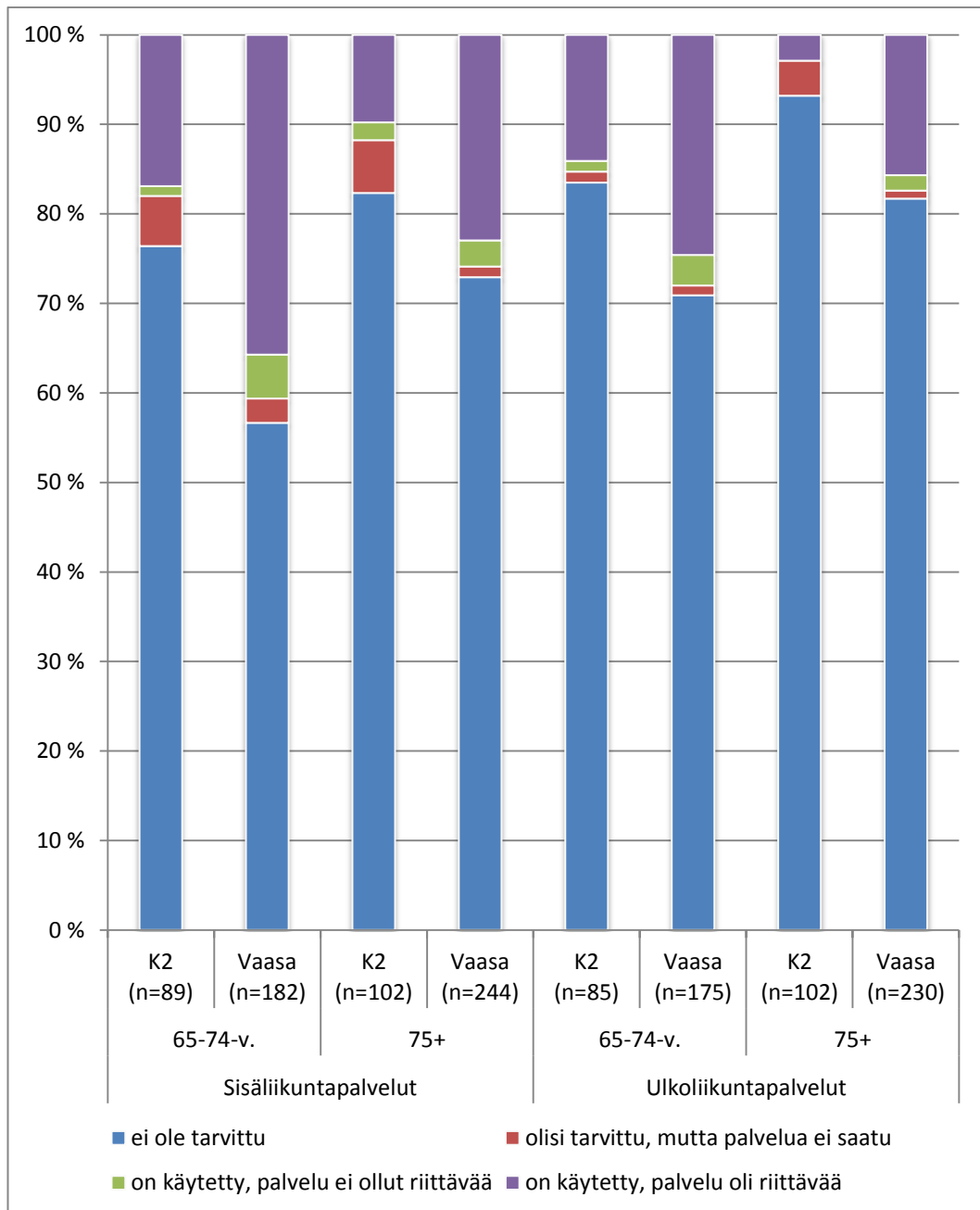
7.6.2 Liikuntapalvelujen riittävyys

Suurin osa vastaajista ei ollut tarvinnut tietoa liikuntapalveluista (kuvio 25). Niistä, jotka tietoa olivat tarvinneet, suurin osa oli tyytyväisiä tiedotuksen riittävyyteen. Vaasalaisten joukossa oli hieman enemmän niitä, jotka olisivat kaivanneet lisää tiedotusta kunnan liikuntapalveluista.



KUVIO 25. Kunnan liikuntapalvelujen tiedotuksen riittävyys vastaajien mukaan ikäluokittain ja alueittain ilmoitettuna (%).

Liikuntapalvelujen suhteen suuri osa vastaajista ei ollut tarvinnut liikuntapalveluja ja yleisesti palvelujen riittävyyteen oltiin tyytyväisiä (kuvio 26). Kun tarkastellaan vain niitä vastaajia, jotka liikuntapalveluja olivat käyttäneet tai olisivat niitä tarvinneet, suurin osa heistä oli tyytyväisiä palvelun riittävyyteen. Esimerkiksi Vaasassa ulkoliikuntapalvelujen riittävyyteen tyytyväisiä oli 83,8 % 65–74-vuotiaista vastaajista ja 10,8 % oli kokenut, että palvelu ei ollut ollut riittävää ja 5,4 % ei ollut saanut palvelua, vaikka olisi sitä tarvinnut (n yht.=37). Sisäliikuntapaikkojen riittävyyden suhteen 10,8 % 65–74-vuotiaista vaasalaisvastaajista ei ollut saanut palvelua, 10 % koki, ettei palvelu ollut riittävää ja 78,4 % oli tyytyväisiä saamaansa palveluun (n yht. =37).



KUVIO 26. Vastaajien mielipiteet kunnan liikuntapalvelujen riittävydestä ikäluokittain ja alueittain esitettyinä (%).

7.7 Yhteenveto tuloksista

Tässä luvussa esitetään vielä lyhyt yhteenveto keskeisistä tutkimuksen tuloksista teemoittain läpikäytynä.

7.7.1 Taustatiedot

Tutkittavat jaettiin kahteen ikäluokkaan, joiden sisällä analyysit tehtiin. Tutkittavista 65–74-vuotiaita oli 294 ja yli 75-vuotiaita 440 vastaajaa. Tutkittavat olivat pääasiassa kotona asuvia ikääntyneitä, joista suurin osa eli avio- tai avoliitossa. Kolmasosa tutkittavista asui K2-alueella, jossa oli ruotsinkielinen enemmistö ja 2/3 Vaasassa, jossa oli suomenkielinen enemmistö.

65–74-vuotiailla oli koulutusta keskimäärin 11 vuotta ja yli 75-vuotiailla 9 vuotta. Nuoremmilla tutkittavilla oli enemmän koulutusvuosia kuin vanhemmilla. Niillä tutkittavilla, joilla oli enemmän koulutusvuosia kokivat pärjäävänsä saaduilla tuloillaan muita paremmin. Kuitenkin suurin osa tutkittavista koki pärjäävänsä saaduilla tuloillaan joko melko tai hyvin helposti.

Nuoremmat ja enemmän koulutusta saaneet tutkittavat käyttivät internetiä vanhempia vastaajia enemmän sähköiseen asiointiin ja tiedon hakuun.

7.7.2 Luottamus

Tutkittavien keskuudessa luottamus julkiseen terveydenhuoltoon oli suurta, kun taas julkiseen sosiaalihoitoon luotettiin vähemmän. Alle 20 % 65–74-vuotiaista vastaajista luotti täysin kunnalliseen päätöksentekoon.

Pitempi koulutus näytti vähentävän luottamuksen kokemista. Esimerkiksi tutkittavista vähemmän koulutusvuosia saaneet luottivat enemmän kuin pitempään koulutetut julkiseen terveydenhuoltoon. Nuorempien ikäluokassa vähemmän koulutetut luottivat enemmän kunnan päätöksentekoon kuin enemmän koulutetut.

Ruotsinkieliset luottivat enemmän sosiaalihoitoon, oman kunnan päätöksentekoon ja ihmisiin yleensä yli 75-vuotiaiden keskuudessa.

Tuloillaan paremmin toimeen tulevat tutkittavat luottivat julkiseen sosiaalihuoltoon enemmän kuin ne tutkittavat, joilla oli hankaluuksia selvittää tuloillaan. Vanhimmat vastaajat luottivat enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon (65–74-vuotiaat) sekä julkiseen terveydenhuoltoon ja sosiaalihuoltoon, kunnan päätöksentekoon ja ihmisiin yleensä (yli 75-vuotiaat) kuin nuoremmat.

7.7.3 Toimintakyky

Vastaajien toimintakyky ADL-toiminnoissa oli hyvä; keskimäärin vain noin 20 %:lla yli 75-vuotiaista vastaajista oli vaikeuksia selviytyä tietyistä ADL-toimista. Vähiten vaikeuksia oli WC:ssä käymisessä ja eniten varpaankynsien leikkaamisessa.

IADL-toimintakyvyn suhteen 65–74-vuotiaiden toimintakyky oli hyvä. Eniten vaikeuksia esiintyi ulkona liikkumisessa talvella. Miehet selviytyivät kodin pienten korjaustöiden tekemisestä naisia paremmin.

Toimintakyvyn vaikeudet IADL-toimien suhteen olivat tavallisia yli 75-vuotiailla. Ulkona liikkuminen talvella, noin puolen kilometrin kävely levähtämättä ja julkisilla kulkuvälineillä kulkeminen aiheuttivat vaikeuksia. Miehet selviytyivät naisia paremmin muun muassa kodin pienten korjaustöiden tekemisestä, ruokakaupassa käymisestä sekä ulkona liikkumisesta kesällä ja talvella.

Vaikeudet liikkumiskyvyn ja arjen toimien suhteen lisääntyivät iän ja huonon terveydentilan myötä. Naisilla oli miehiä enemmän vaikeuksia selviytyä arjen toimista ja yli 75-vuotiailla naisilla oli lisäksi miehiä enemmän liikkumiskyvyn vaikeuksia. Yli 75-vuotiailla huono saaduilla tuloilla selviytyminen ja vähemmät koulutusvuodet olivat yhteydessä vaikeuksiin arjen toimissa. Huono tuloilla selviytyminen oli yhteydessä myös liikkumiskyvyn vaikeuksiin. K2-alueella asui Vaasaa enemmän yli 75-vuotiaita, joilla oli liikkumiskyvyn ongelmia.

Suurin osa yli 75-vuotiaista vastaajista (61%) ei tarvinnut apua arjen askareista selviytymiseksi ja 30% sai riittävästi apua.

Tutkittavat arvioivat, että uusien asioiden omaksuminen ja oppiminen oli haastavaa: yli 75-vuotiaista vastaajista uusien asioiden omaksumisen ja uusien asioiden oppimisen suhteen kykynsä huonoksi arvioi 13,6 % ja tyydyttäväksi 52,9 %. Sen sijaan muistinsa vastaajat arvioivat pääosin hyväksi tai tyydyttäväksi. Terveydentilansa hyväksi arvioineet ja nuoremmat vastaajat kokivat muistinsa toimivan hyvin. Pitempään opiskelleet arvioivat muistinsa paremmaksi kuin vähemmän opiskelleet 65–74-vuotiaitten keskuudessa. Vastaajat arvioivat keskittymiskykynsä hyväksi tai tyydyttäväksi, esimerkiksi 65–74-vuotiaiden keskuudessa keskittymiskykynsä huonoksi arvioi vain 0,7% vastaajista.

7.7.4 Terveys

Vastaajien koettu terveydentila oli pääosin hyvä tai keskitasoinen. Hyväksi terveydentilansa arvioi 55,6 % ja keskitasoiseksi 34 % 65–74-vuotiaista tutkittavista. Yli 75-vuotiaista hyväksi terveydentilansa arvioi 38,6 % ja keskitasoiseksi 41,2 % tutkittavista. Nuoremmat vastaajat, pitempään opiskelleet ja saaduilla tuloillaan ilman hankaluuksia pärjäävät vastaajat arvioivat terveydentilansa muita paremmaksi molemmissa ikäluokissa.

Vastaajista noin 80 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla ja noin 76 % oli käynyt hoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa viimeisen 12 kuukauden aikana vähintään kerran K2-alueella molemmissa ikäluokissa. Kotikäynnit olivat harvinaisia. Vaasassa noin 70 % 65–74-vuotiaista oli käynyt lääkärin vastaanotolla vähintään kerran viimeisen 12 kuukauden aikana ja yli 75-vuotiaista 90,7 %. Hoitajan luona käyntejä oli 91,2 %:lla yli 75-vuotiaista vastaajista. Terveydentilansa paremmaksi arvioineet tutkittavat olivat käyneet muita vähemmän lääkärin tai hoitajan vastaanotolla.

Tietoa sosiaalipalveluista vastaajat eivät olleet juurikaan tarvinneet, mutta terveyspalveluista kaivattiin lisää tietoa vaikka suurin osa vastaajista olikin tyytyväisiä terveyspalvelujen tiedotuksen riittävyteen. Sekä Vaasassa että K2-alueella yli 75-vuotiaista noin 20 % vastaajista koki, ettei terveyspalveluista tiedottaminen ole ollut riittävää.

Enemmistö vastaajista oli tyytyväisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyyteen. Kuitenkin esimerkiksi niistä vastaajista, jotka olivat sosiaali- ja terveyspalveluita käyttäneet, noin 18 % 65–74-vuotiaista vastaajista koki, etteivät olleet saaneet riittävästi terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluita sekä K2-alueella että Vaasassa.

Tarkasteltaessa molempien tutkimusalueiden vastaajia yhdessä ne vastaajat, jotka luottivat terveyspalveluihin, kokivat lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut terveyskeskuksessa muita tutkittavia useammin riittäviksi.

Tiettyjen palveluiden riittävyyttä (terveyskeskuksen vuodeosasto, vanhainkoti, kotipalvelu, kotisairaanhoido, kuntoutusjakso laitoksessa, vanhusten palvelu- ja päiväkeskukset) oli kysytty vain yli 75-vuotiailta. Kyseisten palveluiden käyttö oli vähäistä tutkittavien keskuudessa ja ne, jotka palveluita olivat käyttäneet, olivat pääosin tyytyväisiä palvelun riittävyyteen.

7.7.5 Kulttuuri

Tutkittavat olivat käyttäneet kulttuuripalveluista eniten kirjastoa K2-alueella. Vaasassa oli kirjaston lisäksi käyty museoissa ja taidenäyttelyissä sekä osallistuttu teatterin tai muun esittävän taiteen tilaisuuksiin. Monet tutkittavat kokivat, etteivät tarvinneet tietoa kulttuuripalveluista. Ne, jotka tietoa olivat tarvinneet, olivat pääosin tyytyväisiä kulttuuripalveluiden tiedotuksen riittävyyteen. Yli 75-vuotiaiden keskuudessa oli enemmän heitä, jotka olisivat kaivanneet lisää tietoa kulttuuripalveluista. Kulttuuripalveluiden riittävyyteen oltiin pääosin tyytyväisiä molemmilla tutkimusalueilla. K2-alueella oli muutamia vastaajia, jotka kokivat, etteivät olleet saaneet riittävästi tai ollenkaan tarvitsemiaan kulttuuripalveluita.

7.7.6 Liikunta

Kolmasosa yli 75-vuotiaista käveli ulkona vähintään 20 minuuttia viisi kertaa viikossa tai useammin. Yli 75-vuotiaista tutkittavista 13 % ei pystynyt vamman tai sairauden vuoksi harrastamaan liikuntaa. Tutkittavat, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi, liikkuvat ulkona enemmän kuin terveytensä huonoksi kokevat. Tutkittavista 65–74-vuotiaat istuivat keskimäärin 4,8 tuntia päivässä ja

yli 75-vuotiaat 5,8 tuntia päivässä. Suosituin ruumiillisesti rasittava harrastus molemmissa ikäluokissa oli käveleminen, pyöräileminen tai kevyiden koti- ja pihatöiden tekeminen. Varsinaisen kuntoliikunnan harrastaminen oli vähäistä yli 75-vuotiaiden keskuudessa.

Suurin osa tutkittavista ei ollut tarvinnut tietoa liikuntapalveluista ja ne, jotka olivat tietoa tarvinneet, olivat pääosin tyytyväisiä tiedotuksen riittävyyteen. Vaasassa tosin oli tutkittavia, jotka olisivat kaivanneet lisää tietoa liikuntapalveluista. Liikuntapalvelujen riittävyyteen oltiin suurimmaksi osin tyytyväisiä. Tutkittavista enemmistö koki, etteivät he olleet tarvinneet liikuntapalveluita.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yli 65-vuotiaiden kuntalaisten terveyttä ja toimintakykyä sekä tarkastella näihin vaikuttavia tekijöitä Vaasassa ja Mustasaari-Vöyri (K2)- alueella. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hyvinvointipalvelujen käytön määrää tutkimusalueilla. Tavoitteena oli, että tutkimuksen tuloksia voitaisiin hyödyntää kuntien palvelujen kehittämisessä. Opinnäytetyön viimeisessä osiossa pohditaan muun muassa tutkimuksen tuloksia ja sitä, miten tuloksia voisi käyttää kuntapäätäjien työn tukena.

Johtopäätökset ja pohdinta -luvussa tarkastellaan aluksi saatuja tuloksia peilaten niitä aiempiin tutkimuksiin. Sen jälkeen pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi luvussa on pohdinta, jonka jälkeen mietitään vielä jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tulosten tarkastelu

Nuoremmat vastaajat ja ne vastaajat, joilla oli enemmän koulutusvuosia käyttivät internettiä sähköiseen asiointiin ja tietojen hakemiseen vanhempia vastaajia ja vähemmän koulutusta saaneita enemmän. Tulos on samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa, joissa on todettu, että tiedon hakeminen internetistä ei ole tavallista yli 80-vuotiaiden keskuudessa (Vilkko, Finne-Soveri, Heinola 2010, 56–57) ja että korkeammin koulutetut iäkkäät käyttivät internettiä enemmän kuin vähemmän koulutetut (Berner ym. 2012, 122–124). Tulevaisuudessa palveluita tullaan järjestämään entistä enemmän internetissä (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 282–283; Lillrank & Venesmaa 2010, 192–193) ja tulevaisuudessa myös iäkkäämmät ovat nykyistä tottuneempia käyttämään tietokoneita (Rodeschini 2011, 527). Tässäkin tutkimuksessa 65–74-vuotiaista tutkittavista jo 74 %:lla oli taloudessaan internet-yhteys, joten todennäköisesti tulevaisuudessa entistä useampi iäkäskin voi hoitaa asioitaan sähköisesti.

Kuitenkin tällä hetkellä on vielä iäkkäitä, joille internetin käyttäminen ei ole itsestään selvyyttä. Tässä tutkimuksessa yli 75-vuotiailla tutkittavilla internet-yhteys oli noin kolmasosalla ja noin 20 % oli käyttänyt internettiä tietojen

hakemiseen tai sähköiseen asiointiin. Vähäinen tietokoneen käyttö saattaa hankaloittaa tiedon saantia. Tutkimuksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen tiedotuksen riittävyyteen oltiin pääasiassa tyytyväisiä, mutta noin 20 % yli 75-vuotiaista sekä Vaasassa että K2-alueella koki, ettei terveyspalveluista tiedottaminen ollut riittävää.

Tutkittavat luottivat julkiseen terveydenhuoltoon paljon. K2-alueella 65–74-vuotiaista tutkittavista vain 7,7 % ei luottanut julkiseen terveydenhuoltoon ja vanhimpien ikäluokassa sekä Vaasassa luku oli vielä pienempi. Myös Niemelän (2012, 33–34) tutkimuksessa luottamus oli suurta, sillä 70 % vastaajista luotti julkiseen terveydenhuoltoon.

Vanhimmat vastaajat luottivat nuorempia enemmän julkiseen terveydenhuoltoon (65–74-vuotiaat), julkiseen sosiaalihuoltoon, kunnan päätöksentekoon ja ihmisiin yleensä (yli 75-vuotiaat). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös esimerkiksi GERDA-tutkimuksessa (Nygård ym. 2011, 212–220). Opinnäytetyössä 65–74-vuotiaat naiset luottivat miehiä enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon, kun taas Niemelän tutkimuksessa (2012, 33–34) naiset luottivat miehiä enemmän julkiseen terveydenhuoltoon.

Tutkimuksessa saamallaan tuloillaan hyvin selviytyvät luottivat enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon kuin ne vastaajat, joiden tuloilla selviytyminen oli hankalampaa. Tutkimuslomakkeella kysymyksen kohdalla mainittiin esimerkkinä julkisesta sosiaalihuollosta sosiaalipalvelut ja toimeentulotuki. Voisi olettaa, että saamallaan tuloillaan hyvin pärjäävät henkilöt eivät ole sosiaalipalveluita tarvinneet ja he voivat olettaa, että kyseiset palvelut toimivat luotettavasti. Tuloillaan hankalasti selviävillä voi olla omakohtaisia tai lähipiirin kokemuksia esimerkiksi toimeentulotuen hakemisesta ja jos nämä kokemukset eivät ole hyviä, voi se vähentää luottamusta. Nygårdin ym. (2011, 212–220) tutkimuksessa on todettu, että taloudellisesti korkeammassa tuloluokassa olevat luottavat vähemmän terveydenhuoltoon kuin taloudellisesti matalammassa tuloluokassa olevat.

Surakan (2012, 34) mukaan suomenruotsalaiset kokevat yleistä luottamusta suomenkielisiä enemmän. Tämä suuntaus tuli näkyviin myös yli 75-vuotiaiden tutkittavien joukossa, sillä heistä ruotsinkieliset luottivat enemmän ihmisiin yleensä kuin suomenkieliset.

Suurin osa tutkittavista arvioi terveydentilansa joko hyväksi tai keskitasoiseksi. Muissakin tutkimuksissa iäkkäät ovat arvioineet terveytensä hyväksi sairauksista huolimatta (Jylhä & Leinonen 2013, 381; Zhao ym. 2010, 4; Larsson ym. 2009, 107). Nuoremmat, enemmän opiskelleet ja tuloillaan ilman hankaluuksia selviävät arvioivat terveydentilansa muita paremmaksi. Tulokset ovat samansuuntaisia muiden tutkimusten kanssa (Koskinen ym. 2012, 77–78; Klavus 2010, 29–30, 41; Jylhä & Leinonen 2013, 386; Talala ym. 2014, 2185).

Viime aikoina on puhuttu sosioekonomisten erojen kasvamisesta yhteiskunnassa (esim. Talala ym. 2014), mikä heijastuu myös terveyserojen kasvamisena. Sosioekonomiset erot näkyvät myös iäkkäiden joukossa. Monet hyvinvointiin vaikuttavat tavat, kuten liikkumiseen, ruokailuun ja kulttuuritapahtumiin osallistuminen, opitaan jo nuorena ja ihmisten totutut tavat saattavat säilyä läpi elämän. Tämän takia omasta hyvinvoinnista huolehtimista kannattaisi opetella jo nuoresta ja toisaalta taas yhteiskunnan tulisi osaltaan pyrkiä vaikuttamaan siihen, etteivät sosioekonomiset erot pääsisi kasvamaan liian suuriksi.

Tutkittavista suurimmalla osalla oli hyvä tai kohtalainen toimintakyky. Iäkkäimmillä, naisilla ja lisäksi niillä yli 75-vuotiailla, joilla oli hankaluuksia selviytyä tuloillaan tai joilla oli vähemmän koulutusvuosia, oli vaikeuksia toimintakykyyn liittyen. Tulokset ovat yhteneväisiä muiden tutkimusten kanssa (Kaikkonen ym. 2014a, 2; STM 2013a, 25; Sainio ym. 2012, 120; Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69; Zhao ym. 2010, 3–4; STM 2013a, 25; Talala ym. 2014, 2185).

ADL-toiminnoista selviytyminen ilman vaikeuksia oli yleistä yli 75-vuotiaiden keskuudessa. Myös HYPÄ-tutkimuksissa on todettu, että valtaosa vastaajista pystyi huolehtimaan esimerkiksi pukeutumisesta, peseytymisestä ja WC:stä

käynnistä itse (Vilkko, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69, 75). IADL-toiminnoissa tutkittavilla sen sijaan oli vaikeuksia yli 75-vuotiaiden keskuudessa. Tutkittavilla esiintyi vaikeuksia esimerkiksi ulkona liikkumisessa talvella, mikä on myös samansuuntainen tulos HYPÄ-tutkimusten kanssa (Vilkko, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69, 75). Puolen kilometrin kävelyssä levähtämättä vaikeuksia esiintyi noin 20 %:lla ja portaiden nousussa noin 24 %:lla yli 75-vuotiaista vastaajista. Tulokset ovat parempia kuin Terveys 2011 –tutkimuksessa, jossa 75 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet ja miehistä noin kolmannes raportoivat, etteivät he suoriutuneet ilman vaikeuksia puolen kilometrin kävelystä tai yhden kerrosvälin portaiden noususta (Sainio ym. 2012, 121–122).

Vaikka tutkittavien terveys ja toimintakyky olivatkin hyviä, käyntejä terveyskeskuksessa joko hoitajan tai lääkärin luona oli silti paljon, esimerkiksi Vaasassa yli 75-vuotiaista 90,7 % oli käynyt lääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana (keskiarvo 2,2 käyntiä). Kuitenkin valtakunnallisesti tarkasteltuna lääkärissä käynnit terveyskeskuksissa ovat vähentyneet 2000-luvulla, myös iäkkäiden keskuudessa. Vuonna 2010 tehtiin asukasta kohden 1,6 käyntiä valtakunnallisesti. (Vainiola 2011, 6,9; Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit 2011.) Olisi mielenkiintoista tietää, ovatko käynnit olleet ennaltaehkäiseviä käyntejä, kuten vuositarkastuksia, vai sairauden hoitoa. Opinnäytetyötutkimuksessa suurin osa tutkittavista oli oman ilmoituksensa mukaan käynyt lääkärissä 1–2 kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana molemmilla tutkimusalueilla ja molemmissa ikäluokissa. Lääkärillä ja hoitajalla käyntejä oli vähemmän niillä tutkittavilla, jotka arvioivat terveydentilansa hyväksi, joten huonompikuntoiset ovat käyneet useammin vastaanotoilla. Terveystieteiden palveluiden käyttäminen ylläpitää terveyttä, kun sairauksien kehittymistä seurataan ja estetään mahdollisesti sairauksien paheneminen. Joten se, että käytetään lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluita tai ollaan puhelinyhteydessä terveyskeskukseen ei välttämättä ole huono asia. Palvelujen oikein kohdentaminen on kuitenkin tärkeää, jotta esimerkiksi lääkärin vastaanotolle ohjautuvat ne asiakkaat, jotka tarvitsevat lääkäriä ja hoitajalle ne asiakkaat, joiden asia voidaan hoitaa hoitajan avulla.

Suurin osa tutkittavista ei ollut tarvinnut moniakaan sosiaali- ja terveysalan palveluita, joten analyyseissa keskityttiin vain lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynteihin terveyskeskuksessa. Tutkittavien hyvä terveydentila ja toimintakyky vaikuttivat varmaankin siihen, ettei tutkittavilla ollut paljoakaan käyttöä esimerkiksi kotipalvelulle, vuodeosastolle tai päivätoimintapaikoille.

Tutkittavat olivat pääosin tyytyväisiä hyvinvointipalvelujen riittävyyteen. Aiempienkin tutkimusten mukaan suomalaiset suhtautuvat pääosin myönteisesti kunnan palveluiden riittävyyteen (Palomäki 2013, 15; Kunnallisan kehittämissäätiö 2011, 35–36, 39; Muuri 2010, 88). Kuitenkin terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluiden riittävyyteen esiintyi tyytymättömyyttä molemmilla tutkimusalueilla. Saarsalmen ym. (2014) tutkimuksen mukaan maaseudulla ollaan tyytyväisempiä terveyskeskuslääkäripalveluihin kuin kaupungissa, mutta tässä opinnäytetyössä tutkimusalueiden välillä ei ollut eroja terveyskeskuslääkäripalveluiden riittävyyden suhteen.

Terveydentilansa huonoksi arvioineet yli 75-vuotiaat tutkittavat kokivat hieman useammin kuin terveydentilansa hyväksi arvioineet, etteivät terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut olleet riittäviä. Ne yli 75-vuotiaat tutkittavat, joilla oli eniten koulutusta arvioivat terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut riittämättömiksi muita useammin. Tulokset ovat samansuuntaisia Palomäen (2013, 20) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan ylempään korkeakoulututkinnon suorittaneet, suurituloisimmat sekä terveydentilansa kohtalaiseksi kokevat arvioivat terveyspalvelut riittämättömiksi useammin kuin muut. Muissa tutkimuksissa on todettu, että maaseutukunnissa sosiaalipalvelujen toimivuus ja terveyspalvelujen riittävyys koetaan paremmiksi kuin kaupungeissa (Muuri 2010, 83; Kunnallisan kehittämissäätiö 2011, 35–36, 39; Saarsalmi ym. 2014, 6), mutta opinnäytetyössä tutkimusalueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja terveyskeskuslääkärin vastaanottopalveluiden suhteen.

Tutkittavista suurin osa ei ollut osallistunut kulttuuritapahtumiin. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että yli 75-vuotiaat käyttävät vähän kulttuuripalveluja (Kangas & Ruokolainen 2012) ja että toisaalta ikääntyessä kulttuurin käyttömuodot muuttuvat niin, että osallistumisen sijaan kulttuuria seurataan radion ja television välityksellä (Pynnönen & Mitchell 2012, 160). ATH-tutkimuksessa ei kysytty radion, television tai internetin välityksellä tapahtuvaa kulttuurin seuraamista.

Tutkimuksessa suosituimpia kulttuuriharrastuksia oli kirjaston käyttö, mikä oli yhteneväinen tulos Sokan ym. (2014, 69) kanssa. Kangas ja Ruokolainen (2012) ovat todenneet, että kulttuuripalvelujen sisällöllinen monipuolisuus kasvaa usein kuntien asukasmäärien lisääntyessä. Opinnäytetyötutkimuksessa vaasalaisten tutkittavien osallistuminen kulttuuritapahtumiin oli pääsääntöisesti yleisempää kuin K2-alueen asukkaiden. Vaasassa on laajempi kulttuuritarjonta muun muassa teattereiden, konserttien ja näyttelyiden suhteen kuin mitä on K2-alueella. Lisäksi iäkkäiden voi olla nuorempia hankalampi lähteä kulttuuritapahtumiin pitkän matkan päästä, jos ei esimerkiksi omista omaa autoa.

Valtakunnallisen ATH-tutkimuksen mukaan noin joka viides suomalainen raportoi kulttuuripalveluiden tyydyttämättömää tarvetta (Kaikkonen ym. 2014a). Tässä tutkimuksessa kulttuuripalveluiden riittävyyteen tyytymättömiä oli vain muutama prosentti vastaajista. K2-alueella oli vastaajia, jotka kokivat kulttuuripalvelut riittämättöminä. Vaikka vastaajamäärät olivat niin pieniä, ettei tuloksista voi vetää mitään yleistyksiä, niin voitaneen silti todeta, että tulos on samansuuntainen Saarsalmen ym. (2014) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin, että maaseudulla esiintyy enemmän tyytymättömyyttä kulttuuripalvelujen riittävyyteen kuin kaupungeissa.

Tutkittavien suosituin liikkumismuoto vapaa-ajalla oli käveleminen, pyöräileminen tai kevyiden kotitöiden tekeminen. Kolmasosa yli 75-vuotiaista tutkittavista käveli ulkona vähintään 20 minuuttia viisi kertaa viikossa tai useammin ja 43 % tutkittavista käveli vähintään kerran viikossa ulkona 20

minuuttia. Suomalaisten suosituin liikuntamuoto onkin kävelylenkkeily (Sokka ym. 2014, 69–71). Opinnäytetyötutkimukseen osallistuneet yli 75-vuotiaat olivat aktiivisia kävelijöitä verrattuna esimerkiksi siihen tietoon, että 40 % yli 80-vuotiaista liikkuu vain päivittäisiä askareita tehdessään (Hirvensalo ym. 2013, 477–478). Toisaalta tässäkin opinnäytetyötutkimuksessa kävelykertojen määrä väheni mitä iäkkäämmistä vastaajista oli kyse. Tutkittavat olivat pääosin tyytyväisiä liikuntapalvelujen riittävyyteen – tosin moni vastaajista ei ollut liikuntapalveluita tarvinnutkaan. Myös muissa tutkimuksissa on aiemmin todettu, että kunnan liikuntapalvelut koetaan usein riittäviksi (Kunnallisalan kehittämissätiö 2011, 35–36, 39).

Kuntien yhdistymisnäkökulmasta on myös mielenkiintoista tarkastella, oliko tutkimusalueiden asukkaiden tai kieliryhmien välillä paljon eroavaisuuksia. Eroja ei juurikaan ollut ja voidaan todeta, että tämän tutkimuksen valossa tutkimusalueiden tutkittavat näyttivät olevan mielipiteiden, taustatekijöiden sekä terveydentilan ja toimintakyvyn suhteen hyvin samankaltaisia. Tutkimuksessa nousi esiin vain seuraavat erot. Vaasalaisilla yli 75-vuotiailla oli K2-alueella asuvia enemmän koulutusvuosia. Ruotsinkielisillä 65–74-vuotiailla oli suomenkielisiä enemmän koulutusvuosia. K2-alueella asuvilla yli 75-vuotiailla oli huonompi liikkumiskyky kuin vaasalaisilla. K2-alueella yli 75-vuotiaat luottivat julkiseen sosiaalihuoltoon ja oman kunnan päätöksentekoon enemmän kuin vaasalaiset. Ruotsinkieliset yli 75-vuotiaat luottivat suomenkielisiä enemmän julkiseen sosiaalihuoltoon, kunnan päätöksentekoon ja ihmisiin yleensä. Vaasassa osallistuttiin kulttuuritapahtumiin enemmän kuin K2-alueella. Vaasassa asuvat yli 75-vuotiaat ruotsinkieliset kokivat suomenkielisiä enemmän, etteivät terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut olleet riittäviä. Mietittäessä palvelujen järjestämistä olisi ollut hyvä tehdä lisää vertailuja tutkimusalueiden välillä palveluiden käytön ja palveluiden riittäväksi kokemisen suhteen, mutta analyysien tekeminen ei ollut mahdollista tässä tutkimuksessa pienten vastaajamäärien takia.

Lyhyenä vastauksena tutkimuskysymyksiin voidaan todeta, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista yli 65-vuotiaista Vaasan ja K2-alueen asukkaista

arvioi terveydentilansa ja toimintakykynsä hyväksi tai kohtalaiseksi. Terveyden ja toimintakyvyn hyväksi kokemiseen yhteydessä olevia tekijöitä olivat erityisesti ikä, sukupuoli, koulutus ja koettu tuloilla selviytyminen. Tutkittavat kokivat kunnan tarjoamat hyvinvointipalvelut pääosin riittäviksi. Terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelujen riittävyteen esiintyi tyytymättömyyttä molemmilla tutkimusalueilla.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Eettisten näkökohtien pohtiminen alkaa tutkimuksen aiheen valinnasta, sillä jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu (Hirsjärvi ym. 2009, 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Aiheen merkitystä tulisi pohtia paitsi yhteiskunnallisesti myös tutkittavien kannalta. Miten tutkimus esimerkiksi vaikuttaa tutkimukseen osallistuviin? Tutkimuksen hyödyllisyys on eräs tutkimusetiikan periaatteita ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohta. Tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien riskin minimointiin. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.)

Opinnäytetyön aiheen valinnassa painottui ajankohtaisuus ja asiakasnäkökulman esiin tuominen. Kuntalaisten näkökulmasta on mielekästä, että heillä on mahdollisuus kertoa omista näkemyksistään ja sitä kautta vaikuttaa myös päätöksentekoon. Päätäjien näkökulmasta on tärkeää saada tietoa siitä, millaisia kuntalaisten terveydentila ja toimintakyky ovat, mitä mieltä kuntalaiset kunnan tarjoamista palveluista ovat ja miten palveluita voisi edelleen kehittää. Lisäksi on mielekästä hyödyntää jo kerättyä ja olemassa olevaa, mutta osin analysoimatonta aineistoa sen sijaan, että kerättäisiin uutta aineistoa samasta aihepiiristä. Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Opinnäytetyössä tarvittavat kysymykset eivät ole sensitiivisiä (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Opinnäytetyön tekemisessä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2013).

Opinnäytetyöntekijä on kirjoittanut THL:n ohjeiden mukaisen tutkimussuunnitelman ja se on hyväksytty THL:ssä ja opinnäytetyön tekijä on

saanut tutkimusluvan. Tutkittaville jaetussa saatekirjeessä ja tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, toteutustapa, tulosten raportointi sekä tutkimuksen rahoittajat. Lisäksi tutkittaville kerrottiin tutkimuksen johtajat ja kerrottiin tutkimustietojen säilytyksestä ja salassapidosta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen sai keskeyttää. Tutkittaville annettiin myös THL:n tutkijoiden yhteystiedot. (THL 2012.) ATH-tutkimuksesta on tietoa THL:n internet-sivuilla (THL 2014c), josta tutkimukseen osallistuneet ovat voineet hakea tietoa, jos ovat halunneet tai jos heillä on ollut pääsy internettiin.

Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle ja että aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanalla suojattuna (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). ATH-tutkimukseen osallistuvat on poimittu satunnaisesti Väestörekisterikeskuksen tietojärjestelmistä. THL säilyttää ja käsittelee tutkimuslomakkeita luottamuksellisesti noudattaen salassapitovelvollisuutta ja henkilötietolakia. Kaikilla ATH-tutkimukseen liittyviä tietoja käsittelevillä on vaitiolovelvollisuus. Tutkimuslomakkeet säilytetään lukituissa arkistohyllyissä THL:ssä. Tutkimusaineisto pidetään erillään tutkittavien henkilötiedoista ja henkilötietoja käsitellään vain tutkimuskäyttöön liitettävien rekisteritietojen yhdistelyissä. Henkilötietoja ei luovuteta kenellekään. Internet-vastaukset on tallennettu salattuna tietojärjestelmiin. (THL 2012.) Opinnäytetyöntekijä sai, tehtyään hyväksytyt tutkimussuunnitelman, käyttöönsä tarvitsemiensa kysymysten vastaukset, eikä opinnäytetyöntekijä voi mitenkään tietää vastaajien henkilöllisyyttä. Mahdollisia eettisiä ongelmia vähentää myös se, että tutkittavat on valittu satunnaisotantana Väestörekisterikeskuksen tiedoista. Opinnäytetyön tekijä sitoutuu säilyttämään aineiston huolellisesti.

Kyselytutkimuksessa kyselyyn vastaaminen voidaan tulkita tietoiseksi suostumukseksi, eikä erillistä suostumuslomaketta tarvita. Tällöin saatekirjeen tulee olla informatiivinen ja sisältää tietoa esimerkiksi aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219–220.) ATH-tutkimuksen kaltaisessa tutkimuksessa tutkittavat antavat osallistuessaan tutkimukseen yleisen suostumuksen, mikä tarkoittaa sitä, että aineistoa saa käyttää

yleisesti tutkimukseen. Tutkittavilla tulee myös aina olla mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. (TENK 2009, 4–5.) ATH-tutkimuksessa ei ollut käytössä erillistä suostumuslomaketta vaan kyselyyn vastaaminen tulkittiin yleiseksi suostumukseksi.

Opinnäytetyön raportissa kuvataan tutkimuksen vaiheet eettisyyden ja luotettavuuden takaamiseksi. Myös mahdolliset puutteet on raportoitu. (Hirsjärvi ym. 2009, 26; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Tulosten raportoinnissa tulee kiinnittää huomiota siihen, ettei tuloksia yleistetä perusteettomasti (Hirsjärvi ym., 2009, 26).

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa ollaan mitattu sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti puolestaan tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.)

Opinnäytetyössä käytettiin valmista aineistoa ja valmista mittaria. Kyselylomake on tehty THL:ssä asiantuntijatyönä ja näyttöön perustuen, mikä lisää mittarin luotettavuutta. Toisaalta taas mittari on tehty niin, että mahdollisimman moni tutkimukseen osallistujista voisi siihen vastata ja mittaria käytetään maanlaajuisesti. Näin ollen on mahdollista, että osa lomakkeen kysymyksistä ei sovellu kovin hyvin jonkin tietyn ikäryhmän tai tietyn paikkakunnan kuntalaisten vastattaviksi. Kyselylomake on myös suhteellisen pitkä, mikä saattaa vaikuttaa vastaajien keskittymiskykyyn tai vastaamishalukkuuteen.

Tutkimuksen otoskoot on määritelty THL:ssä ja sopivan otoskoon ja tulosten raportoinnissa sopivan aluekoon määrittelyssä on käytetty apuna voimalaskelmia. Jotta yli 75-vuotiaiden määrä vastaisi muita ikäryhmiä, on yli 75-vuotiaita poimittu mukaan kaksinkertaisella poimintatodennäköisyydellä. (THL 2014c.) Koska analyysejä ei voitu tehdä painokertoimia huomioiden, on luotettavuuden lisäämiseksi yli 75-vuotiaat analysoitu omana ryhmänään.

Ikääntyneitä tutkittaessa pitää pohtia myös sitä, vastaako tutkimuksen kyselyyn vain hyväkuntoisimmat iäkkäät, mikä saattaa näin vaikeuttaa tulosten yleistettävyyttä (vrt. Vilkkonen, Finne-Soveri & Heinola 2010, 46). Tässä tutkimuksessa vastaajien koettu terveys ja toimintakyky olivat hyviä. Voi olla, etteivät huonokuntoiset ja esimerkiksi ne iäkkäät, jotka käyttävät paljon tiettyjä vanhuspalveluita, kuten kotihoitoa ja päivätoimintaa, ole vastanneet tutkimukseen. Toisaalta on kuitenkin todettu, että iäkkäiden terveys ja toimintakyky ovat parantuneet viime vuosina (Vaarama ym. 2010, 154; Koskinen ym. 2012, 78–79; Vilkkonen, Muuri & Finne-Soveri 2010, 67–69), joten ikääntyneiden joukossa on entistä enemmän niitä, joiden terveys ja toimintakyky ovat hyviä.

Itseraportointi objektiivisen mittaamisen sijaan saattaa vääristää vastauksia. Tutkimusjoukkoon voi olla valikoitunut hyväkuntoisempia iäkkäitä. (Lin ym. 2010, 947; Rennemark ym. 2009, 310.) Tutkittaessa itse-arvioidun terveyden käyttämistä mittarina iäkkäiden terveydentilan arvioimiseen on todettu, että itsearvioinnin lisäksi tulee huomioida myös tutkimuskohortin aiemmat kokemukset sekä yksilölliset tekijät myöhemmässä elämässä (French 2012, 2). Käyttämällä tutkimuksissa koettua terveydentilaa mittarina saadaan kuitenkin helpolla tavalla tietoa tutkittavan terveydentilasta (Jylhä & Leinonen 2013, 381; Vuorisalmi 2007, 69–70). Lisäksi on todettu, että iäkkäät arvioivat esimerkiksi toimintakykynsä niin luotettavasti, että sen avulla voidaan ennakoita tulevaa palvelujen käyttöä (Mäkelä ym. 2008, 620–622). On myös tärkeää saada kuvaa siitä, miten tutkittavat itse kokevat terveydentilansa ja toimintakykynsä. Henkilöllä saattaa olla objektiivisesti mitattuna monia sairauksia tai toimintakyvyn rajoituksia, mutta silti hän voi kokea terveytensä ja toimintakykynsä hyväksi. Käyttämällä erilaisia kompensatiokeinoja iäkäs saattaa selviytyä hyvin arjestaan rajoituksistaan huolimatta. Palvelujen kehittämisen näkökulmasta on myös tarpeellista kerätä käyttäjien kokemuksia palvelujen toimivuudesta.

Opinnäytetyö perustui tutkittavien omiin näkemyksiin ja arviointeihin omasta terveydestään, toimintakyvystään ja palvelujen käytöstä. Vastaamista on saattanut

vaikeuttaa esimerkiksi se, ettei tutkittava tee arkipäivässään jotain tiettyä toimintaa tai hän ei tarvitse jotain palvelua. Haja-asutusalueella voi olla esimerkiksi tilanteita, ettei esimerkiksi julkisten kulkuvälineiden käyttö ole mahdollista, koska linja-autot eivät kulje alueella. Tällöin voi olla vaikea miettiä teoreettisesti, pystyisikö tekemään jonkin asian, jos sitä arkipäivässään ei tee. Tällöin tutkittava on voinut jättää vastaamatta kysymykseen, koska hän ei koe kysymyksen koskettavan häntä. Esimerkiksi kulttuuri- ja liikuntapalveluihin liittyen oli paljon puuttuvia vastauksia, kun taas terveys- ja sosiaalipalveluita koskien puuttuvia vastauksia oli vähemmän. Todennäköisesti terveys- ja sosiaalipalvelut ovat iäkkäille tutumpia ja tärkeämpiä palveluita kuin kulttuuri- ja liikuntapalvelut. Toisaalta esimerkiksi lääkärin tai sairaanhoitajan tekemien kotikäyntien määrää tiedusteltaessa vastausprosentit olivat matalia. Ehkä vastaajat eivät olleet tarvinneet kyseisiä palveluja ja olivat sen takia jättäneet vastaamatta.

Koska vastausmäärät olivat kulttuuri- ja liikuntapalveluihin liittyen monessa kohtaa niin pienet, ei ole mahdollista tehdä mitään johtopäätöksiä kyseisten palveluiden riittävydestä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että vastaajamäärät on raportoitu, eikä tuloksista ole tehty pitkälle vietyjä yleistyksiä silloin, kun se ei ole ollut mahdollista.

Analyysejä tehtäessä on toimittu systemaattisesti ja kirjattu ylös mitä analyysejä on tehty. Näin analyyseihin voidaan palata tarvittaessa ja osoittaa, miten saadut tulokset on saatu aikaiseksi. Analyysejä tehtäessä on huomioitu esimerkiksi se, että ristiintaulukoinnin tilastollisen testauksen käyttöedellytykset täytyvät.

8.4 Pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

ATH-tutkimuksessa selvitetään kuntalaisten näkemyksiä omasta hyvinvoinnistaan ja kunnan palveluista. ATH-tutkimus on yksi kuntalaisten väylä kertoa omaan elämäänsä liittyvistä asioista. Kun ATH-tuloksista raportoidaan julkisuudessa, yhä useammat kuntalaiset huomaavat, että tuloksista puhutaan ja että tutkimukseen osallistumisen kautta voi vaikuttaa oman kuntansa asioihin. Tällöin

vastaamisaktiivisuus saattaa jatkossa entisestään nousta. Tulevaisuudessa yhä useammat iäkkäät haluavat vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja toisaalta he kantavat myös itse vastuuta omasta terveydestään ja toimintakyvystään aktiivisella elämänotteella. Jotta asiakaslähtöisyys toteutuisi entistä paremmin käytännössä, julkisella sektorilla tarvitaan nykyistä enemmän konkreettisia toimenpiteitä tyytyväisten asiakkaiden saamiseksi. Jotta palvelut ja palvelutarpeet saadaan tulevaisuudessa entistä paremmin kohtaamaan, täytyy palvelujen kehittämisessä myös asiakasmielipide ottaa huomioon.

ATH-tutkimuksesta saadun tiedon avulla tutkijat ja kunnan päättäjät saavat tietoa kuntalaistensa hyvinvoinnista ja palvelujen käytöstä. Saadun tiedon avulla voidaan suunnitella ja suunnata palvelutuotantoa tarpeelliseksi katsottuun suuntaan. ATH-tutkimus tuottaa tietoa valtakunnan tasolla tai sitten tuloksia voi tarkastella paikallisesti.

Esimerkiksi tässä opinnäytetyössä selvitettiin yli 65-vuotiaiden näkemyksiä terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointipalveluihin liittyen Vaasassa ja K2-alueella ja tätä tietoa voi hyödyntää muun tiedon ohessa palveluja kehitettäessä. Opinnäytetyö voi antaa myös kimmokkeen selvittää joitain kiinnostaviksi koettuja tuloksia tarkemminkin kunnan sisällä. Opinnäytetyön rajoituksena oli pienet vastaajamäärät joidenkin kysymysten kohdalla, joten esimerkiksi näihin kysymyksiin liittyviä aihealueita voisi tutkia vielä tarkemmin uuden tutkimuksen avulla.

Oli yllättävää, että tutkittavat eivät olleet käyttäneet kovinkaan paljoa hyvinvointipalveluja kokonaisuutena ja että he, jotka palveluita olivat käyttäneet, olivat niin tyytyväisiä saamiensa palveluiden riittävyteen. Julkisten palvelujen riittämättömyydestä puhutaan kuitenkin usein julkisuudessa. Toisaalta aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että julkisiin palveluihin ollaan usein tyytyväisiä ja että toisaalta ikääntymisen myötä osallistuminen esimerkiksi kulttuuripalveluihin saattaa vähentyä.

Kunnan työntekijöiden ja päättäjien on tärkeä saada tietoa siitä, mitkä palvelut koetaan riittämättömiksi tai jos palveluista tiedottaminen koetaan riittämättömäksi

palveluiden käyttäjien keskuudessa. Tämä opinnäytetyö antoi esimerkiksi viitteitä, että yli 75-vuotiaat kokivat tiedotuksen riittävydessä puutteita ja että terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut koettiin riittämättömiksi. Muutamien vastaajien mukaan K2-alueella myös esimerkiksi sisäliikuntapalvelut koettiin riittämättömiksi. Näitä kokemuksia voisi selvittää tarkemmin: tarjoaako kunta kyseisiä palveluita ylipäätään vai onko palvelua tarjolla, mutta siitä ei ole tiedotettu tarpeeksi, joten ihmiset eivät tiedä kyseisten palveluiden olemassaolosta. Esimerkiksi K2-alue on pinta-alaltaan laaja alue, joten jossain päin alueella kaivattuja palveluita voi olla hyvinkin saatavilla, kun taas muualla ei. Lääkäripula terveyskeskuksissa on puolestaan tunnettu tosiasia monilla terveysasemilla.

Palvelujen riittäväksi kokemiseen voi vaikuttaa monien muiden asioiden lisäksi se, että jos jotain palvelua ei ole koskaan ollut tarjolla, ei sitä osata kaivatakaan. Halukkaita palvelun käyttäjiä voisi kuitenkin olla, jos mahdollisuus käyttää jotain palvelua olisi tarjolla. Esimerkiksi kulttuuripalveluita on tarjolla kaupungeissa enemmän kuin maaseudulla. Tiettyjä kulttuuripalveluita, kuten esimerkiksi ammattilaisteattereita, ei kannatakaan pysyvästi siirtää maaseudulle, mutta ehkä tulevaisuudessa voisi toteuttaa nykyistä enemmän paikasta riippumattomia kulttuuripalveluita. Esimerkiksi Vaasassa on jo nyt järjestetty iäkkäille suunnattuja teatteriesityksiä, joita on esitetty muissa tiloissa kuin kaupunginteatterissa. Tällaisia esityksiä voisi järjestää myös Vaasan ympäristökunnissa. Lisäksi voitaisiin kiinnittää huomiota liikennejärjestelyihin, jotta myös maaseudun asukkailla olisi mahdollisuus osallistua kaupungeissa järjestettäviin kulttuuritapahtumiin. Kulttuurin harrastamista kannattaisi kuitenkin suosia sen positiivisten vaikutusten takia.

Palvelujen riittävyyden määrittely on haasteellista (katso luku 3.1.3). Palvelujen riittämättömyys voi tarkoittaa, ettei palvelua ole saatavilla ollenkaan tai että palvelua on tarjolla, mutta sitä ei ole silti määrällisesti riittävästi saatavilla asiakkaan näkökulmasta. Vaasassa asuvat yli 75-vuotiaat ruotsinkieliset kokivat suomenkielisiä useammin, etteivät terveyskeskuslääkärin vastaanottopalvelut

olleet riittäviä. Tässä kohtaa voi miettiä, tarkoittaako palvelujen riittämättömäksi kokeminen kenties sitä, ettei palvelua saa riittävästi omalla äidinkielellään.

Yksilöllä on vastuu huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvointipalvelut ovat osaltaan tärkeässä roolissa auttamassa terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Onkin tärkeää saada tietää, mitkä asiat vaikuttavat esimerkiksi terveyden ja toimintakyvyn hyväksi kokemiseen. Tässä opinnäytetyössä esimerkiksi pitempään opiskelleet kokivat terveytensä paremmaksi kuin vähemmän opiskelleet. Lisäksi koettu tuloilla selviytyminen, ikä ja sukupuoli olivat yhteydessä terveyden ja toimintakyvyn kokemiseen. Aiemmista tutkimuksista tiedetään myös, että sosio-ekonomisten erojen kasvaminen lisää myös terveyseroja. Muun muassa näitä tietoja kunnan päättäjät voivat hyödyntää, kun mietitään, mitä ja miten palveluja tuotetaan sekä miten resurssit jaetaan. Kunnan päättäjät voivat myös tarkastella opinnäytetyön tuloksia siitä, kuinka paljon kuntalaiset luottavat kunnan päätöksentekoon sekä julkiseen terveyden- ja sosiaalihuoltoon ja pohtia, miten kuntalaisten luottamus saadaan lunastettua yhä uudelleen.

Vaasan seudulla pohditaan kuntaliitoksia ja joidenkin palvelujen järjestämistä yli kuntarajojen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää apuna, kun halutaan tietää tutkimusalueiden yli 65-vuotiaiden näkemyksiä nykyisten palveluiden käytöstä ja palveluiden riittävydestä sekä kun tarvitaan tietoa kuntalaisten koetusta terveydentilasta ja toimintakyvystä. Lisäksi apuna voi käyttää muita ATH-tutkimuksia eri ikäryhmien osalta tai jos halutaan tehdä valtakunnallisia tai alueellisia vertailuja. ATH-tutkimuksen tuottaman asiakaslähtöisen tiedon lisäksi kannattaisi tarkastella kuntien omia tilastotietoja esimerkiksi terveyskeskusten tai kulttuuritapahtumien kävijämääristä ja verrata niitä kuntalaisten omiin näkemyksiin kyseisten palveluiden käytöstä. Tarkasteltaessa jonkun palvelun käyttäjiä tarkemmin voidaan huomata, että suurin osa jonkun tietyn ikäryhmän kuntalaisista ei juurikaan käytä jotain palvelua vaan palvelua käyttää vain pieni osa ikäryhmän edustajista, mutta he käyttävät palvelua paljon. Palvelujen suunnittelussa on hyödyllistä kerätä tietoa mahdollisimman laajasti huomioiden asiakkaiden, työntekijöiden ja päättäjien näkökulmat.

Iäkkäiden määrän lisääntyminen nähdään usein ongelmana ja esimerkiksi uutisointi aiheeseen liittyen on usein negatiivista. Kuitenkin monet iäkkäät asuvat omassa kodissaan ja kokevat terveytensä ja toimintakykynsä iästä ja mahdollisista sairauksista huolimatta hyväksi tai kohtalaiseksi. Tämäkin opinnäytetyö antoi viitteitä siitä, että kun iäkkäiden terveys ja toimintakyky ovat hyvät, silloin niin sanottujen vanhuspalveluiden (vanhainkoti, kotipalvelu, kotisairaanhoido, päivätoiminta, terveyskeskuksen vuodeosasto) tarve ei ole suuri. Yhtenä keinona ylläpitää iäkkäiden terveyttä ja toimintakykyä ovat toimivat ja monipuoliset hyvinvointipalvelut, joihin kannattaa laskea mukaan sosiaali- ja terveystalouden lisäksi myös kulttuuri- ja liikuntapalvelut. Olisi tärkeää panostaa jatkossakin ennaltaehkäiseviin palveluihin, jotka myös kannustavat palveluiden käyttäjiä aktiiviseen osallistumiseen ja toimintaan, jotta iäkkäiden terveys ja toimintakyky säilyisivät mahdollisimman pitkään mahdollisimman hyvänä.

Jatkotutkimusaiheita on paljon. Tutkimusta voisi laajentaa alueellisesti niin, että tutkittaisiin muitakin pohjanmaan kuntia ja kuntalaisia ja samalla saataisiin vertailutietoja nyt tutkittuihin alueisiin. Lisäksi voisi tehdä vertailuja valtakunnallisesti tai eri alueisiin eri puolilla Suomea. Olisi erittäin mielenkiintoista tutkia myös työikäisiä ja nuoria aikuisia ja selvittää heidän koettua terveydentilaansa ja palvelujen käyttöä. Lisäksi aiheen teemoista voisi tehdä pitkittäistutkimusta eli tehdä ATH-kysely uudelleen ja tutkia, muuttuvatko esimerkiksi kuntalaisten kokemukset palvelujen riittävyydestä vuosien aikana. Tutkimuksessa käsiteltäviä aiheita voisi syventää esimerkiksi laadullisen tutkimuksen avulla ja selvittää, millaisia ideoita kuntalaisilla olisi palvelujen kehittämiseksi. Nyt ATH-tutkimuksen avulla on mahdollisuus saada kuvaa palvelujen nykytilanteesta, mutta tutkittavilla ei ole mahdollisuutta kertoa omia ehdotuksiaan palvelujen kehittämiseksi. ATH-tutkimuksen kyselylomake on niin laaja, että sen avulla voisi tutkia monia muitakin kiinnostavia aiheita kuin mitä tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu, esimerkiksi kuntalaisten elämäntapoihin tai elämänlaatuun liittyen.

LÄHTEET

Anttonen A., Häikiö L. & Valokivi H. 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhuשוivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*, 19–46. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Berner J., Rennemark M., Jogreus C. & Berglund J. 2012. Distribution of personality, individual characteristics and internet usage in Swedish older adults. *Aging and Mental Health* 16:1, 119–126.

Chan K.S., Kasper J.D., Brandt J. & Pezzin L. E. 2011. Measurement Equivalence in ADL and IADL Difficulty Across International Surveys of Aging: Findings From the HRS, SHARE and ELSA. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. Jan 2012; 67B(1): 121–132. Viitattu 20.12.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267026>

Collins S.M, Wacker R.R & Roberto K.A. 2013. Considering quality of life for older adults: A view from two countries. *Journal of the American Society on Aging*. 37:1, 80–86.

Condelius A., Edberg A-K., Rahm Hallberg I. & Jakobsson U. 2010. Utilization of medial healthcare among people receiving long-term care at home or in special accommodation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 404–413.

Elfving J., Lusa K. & Sweins M. 2014. Kommunenkät bland invånarna i Jakobstad. C, Centria tutkimus ja kehitys – forskning och utveckling 15. Centria ammattikorkeakoulu. Kokkola. Viitattu 22.11.2014. <http://jakobstad.fi/jbst/upload/doc/5085.Kommunenkat.pdf>

Eronen A., Hakkarainen T., London P., Nykyri P., Peltosalmi J. & Särkelä R. 2013. *Sosiaalibarometri 2013*. Helsinki. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

French D.J., Browning C., Kendig H., Luszcz M.A., Saito Y., Sargent-Cox K. & Anstey K.A. 2012. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health* 12, 649, 1–12.

Grönroos C. 2010. *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Helsinki. WSOYpro Oy.

Haveri A. & Airaksinen J. 2012. Uudelleenskaalaus kunta- ja palvelurakenteissa. Teoksessa *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*, 305–334. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

- Heikkinen E., Laukkanen P. & Rantanen T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa *Gerontologia*, 278–283. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Saarijärvi. Duodecim.
- Helin S. & von Bonsdorff M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa *Gerontologia*, 426–443. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Saarijärvi. Duodecim.
- Helminen S., Sarkeala T., Enroth L., Hervonen A. & Jylhä M. 2012. Vanhoista vanhimpien terveys ja elämäntilanne – tuloksia vuoden 2010 Tervaskannot 90+ - tutkimuksesta. *Gerontologia* 26, 3, 162–171.
- Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Hirvensalo M., Rasinaho M., Rantanen T. & Heikkinen E. 2013. Liikunta. Teoksessa *Gerontologia*, 474–484. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Saarijärvi. Duodecim.
- Holopainen M. & Pulkkinen P. 2008. Tilastolliset menetelmät. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hyyppä M.T. & Liikanen H-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. Hoitotieto. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Hyyppä M.T., Mäki J., Impivaara O. & Aromaa A. 2005. Leisure participation predicts survival: A population-based study in Finland. *Health Promotion International* 21, 5–12. Viitattu 26.4.2014. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/21/1/5.full.pdf+html?sid=59cad839-1acb-40d8-bb0a-43a144bfaa55>
- Hyyppä M.T. 2013a. Kulttuuri pidentää ikää. Porvoo. Duodecim.
- Hyyppä M.T. 2013b. Sosiaalinen pääoma ja vanheneminen. Teoksessa *Gerontologia*, 101–109. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Helsinki. Duodecim.
- Ikäinnovaatio. 2014. Ikäinnovaatio-hanke 2012-2014. Itäs-Suomen yliopisto. Viitattu 19.10.2014. <http://www.uef.fi/fi/ikainnovaatio/60-ika>
- Innokylä. 2014. Ikäihminen kehittäjänä. Viitattu 26.3.2014. <https://www.innokyla.fi/web/malli302335>
- Jylhä M., Forma L., Aaltonen M., Raitanen J. & Rissanen P. 2008. Pidentyvä vanhuusikä ja palvelujen uudet haasteet. Teoksessa *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*, 116–128. Toim. Ashorn U. & Lehto J. Stakes. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jylhä M. & Leinonen R. 2013. Koettu terveys. Teoksessa *Gerontologia*, 381–390. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Helsinki. Duodecim.

Jämsén A. & Kukkonen T. 2014. Ikäosaaminen elää Pohjois-Karjalassa. *Gerontologia* 2, 117-122.

Jäppinen T. 2011. Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta. Acta-väitöskirja. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Acta nro 230. Viitattu 26.1.2014. <http://uta17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66835/978-951-44-8659-3.pdf?sequence=1>

Kaikkonen R., Murto J., Pentala O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskenniemi T., Ahonen J., Vartiainen E. & Koskinen S. 2014a. Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 003, tammikuu 2014. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL). Viitattu 15.3.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114627/URN_ISBN_978-952-302-136-5.pdf?sequence=1

Kaikkonen R., Murto J., Pentala O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskenniemi T., Ahonen J., Vartiainen E. & Koskinen S. 2014b. Hyvinvoinnin erot suurissa kaupungeissa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 19.10.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116073/URN_ISBN_978-952-302-207-2.pdf?sequence=1

Kangas A. & Ruokolainen V. 2012. Toimintamalli muutoksessa – tutkimus kuntien kulttuuripalveluista. Kulttuuripoliittisen tutkimuksen edistämässätiö Cupore. Cuporen verkkojulkaisuja 16 / 2012. Viitattu 15.2.2014. <http://www.cupore.fi/documents/KuntienKulttuuripalvelut.pdf>

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. SanomaPro Oy.

Karvinen E., Kalmari P. & Koivumäki K. 2011. Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30. Viitattu 26.3.2014. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM30.pdf?lang=fi>

Karvonen S., Kauppinen T.M. & Ilmarinen K. 2010. Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 216–232. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Kehusmaa S., Autti-Rämö I., Helenius H., Hinkka K., Valaste M. & Rissanen P. 2012. Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research* 12:204, 1–9.

Kettunen P. & Möttönen S. 2011. Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveystalouksissa. *Kansalaisyhteiskunta* 1, 57–68. Viitattu 20.4.2014. http://files.kotisivukone.com/kyts.kotisivukone.com/KY-lehti/2011-1/ky2011-1_nakemyksiakettunenetmottonen.pdf

Klavus J. 2010. Suomalaisten terveys, terveystalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 28-43. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Koskinen S., Manderbacka K. & Aromaa A. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, 77-81. Toim. Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. Raportti 68/2012. THL. Viitattu 27.4.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN_ISBN_978-952-245-769-1.pdf?sequence=1

Kunnallisan kehittämssäätiö. 2011. Kansalaismielipide ja kunnat. Ilmapuntari 2010-2011. Kunnallisan kehittämssäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 79. Viitattu 8.4.2014. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Polemia%2079.pdf>

Kuntaliitto 2014. CAF julkisen sektorin yhteinen laadunarviointimalli. Viitattu 3.5.2014. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/arviointi-laatu/laatu/caf/Sivut/default.aspx>

KvantiMOTV. SPSS-oppimisympäristö. 2014. <http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/SPSS/spss.html>

L3.8.1992/728. Laki kuntien kulttuuritoiminnasta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 18.3.2014. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920728?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20kuntien%20kulttuuritoiminnasta](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920728?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20kuntien%20kulttuuritoiminnasta)

L17.3.1995/365. Kuntalaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 26.3.2014. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kuntalaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365?search[type]=pika&search[pika]=kuntalaki)

L18.12.1998/1054. Liikuntalaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 15.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19981054>

L11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.2.2014. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search\[type\]=pika&search\[pika\]=perustuslaki#L2P19](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search[type]=pika&search[pika]=perustuslaki#L2P19)

L 6.6.2003/423. Kielilaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 26.4.2014. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kielilaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423?search[type]=pika&search[pika]=kielilaki)

L30.12.2010/1326. Terveystalveluolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.1.2014. [http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltoaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltoaki)

L28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 9.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lanne M. 2013. Käsitvksiä kotona asuvan ikäihmisen turvallisuuteen liittyvistä tarpeista ja palveluista. *Gerontologia* 27, 3, 262-275.

Larsson Å., Haglund L. & Hagberg J-E. 2009. Doing everyday life –experiences of the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 16, 99–109.

Laukkanen P. & Pekkonen A.K. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa *Gerontologia*, 303–314. Toim. Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. Helsinki. Duodecim.

Lautenschlager N.T., Cox K. & Cyarto E.V. 2012. The influence of exercise on brain and dementia. *Biochimica et Biophysica Acta* 1822, 474-481. Viitattu 5.1.2015. http://ac.els-cdn.com/S0925443911001633/1-s2.0-S0925443_911001633-main.pdf?_tid=6a7e148e-94d6-11e4-a3fb-00000aacb361&acdnat=1420461115_d51bf866acf4a0fee1f044ec864c3a8e

Lehtelä K-M. 2010. Sosiaali- ja terveystalvvelalan ajantieto 2008-2010. Teoksessa *Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi*, 252–265. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveystalvvelven ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Lehto J. 2012. Mitä terveystalvvelvenhuolto potee? Teoksessa *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*, 370–391. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Lillrank P. & Venesmaa J. 2010. Terveystalvvelvenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Helsinki. Talentum.

Lin Y-C., Huang L-H., Chang Yeh M. & Jen Tai J. 2010. Leisure-time physical activities for community older people with chronic diseases. *Journal of Clinical Nursing*. 20,940–949.

Lång J. 2013. Esimerkkejä kansalaisosallistumisesta ja yhteisöllisyydestä. Teoksessa *Hyvinvointitalkoot – Miten kuntalaisten osallistuminen tukee palveluita*, 20–41. Toim. Matthies A-L & Rantamäki N. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius & KAMPA-hanke.

Matthies A-L. 2013. Hyvät käytänteet – työkaluja osallisuuden ja yhteisöllisyyden tukemiseen. Teoksessa *Hyvinvointitalkoot – Miten kuntalaisten osallistuminen tukee palveluita*, 60–65. Toim. Matthies A-L & Rantamäki N. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius & KAMPA-hanke.

Milanović Z., Pantelić S., Trajković N., Sporiš G., Kostić R. & James N. 2013. Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clinical Interventions in Aging*. 8, 549–556.

Mitronen L. & Rintamäki T. 2012. Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjausjärjestelmissä. Teoksessa *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*, 174–216. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Moisio P. 2010. Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*, 20–27. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Mustasaari. 2007. Puitesopimus kunta- ja palvelurakennuudistuksesta annetun lain mukaisen yhteistoiminta-alueen muodostamisesta. Viitattu 19.2.2014. http://www.mustasaari.fi/medialibrary/data/Puitesopimus_23807-%7B2xiu0-x6i6o-b6vss%7D.pdf

Mustasaari 2014. Mustasaaren kunnan kotisivut. Viitattu 2.5.2014. <http://www.mustasaari.fi/fi/default.aspx?MenuID=0&TocID=1>

Muuri A. 2010. Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*, 78–95. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Muuri A. & Manderbacka K. 2010. Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa *Suomalaisten hyvinvointi*, 96–110. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Mäkelä T., Karisto A., Valve R. & Fogelholm M. 2008. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:6, 609-624. Viitattu 19.2.2014. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100373/makela.pdf?sequence=1>

Mäkilä P., Hirvensalo M. & Parkatti T. 2008. Iäkkäiden jyvaskyläläisten liikuntaharrastus ja sen muutokset 16 vuoden seuraututkimuksessa. *Liikunta & Tiede* 45:6, 50–54. Viitattu 26.4.2014. http://www.lts.fi/sites/default/files/page_attachment/lt608_tutkimusartikkelit_makila.pdf

Niemelä M. 2012. Terveyspalvelut kansalaismielipiteen ja luottamuksen näkökulmasta. Teoksessa *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali –ja terveydenhuollosta*, 24–39. Toim. Mikkola H., Blomgren J. & Hiilamo H. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 26.3.2014. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/33955/Kansallista_vai_paikallista.pdf?sequence=2

Niiranen V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa *Marginaalit ja sosiaalityö*, 63–80. Toim. Juhlia K., Forsberg H. & Roivainen I. Jyväskylä. SoPHi.

Nikkilä J. & Paasivaara L. 2007. Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Sipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Nygård M., Gustafson M. & Gustafson Y. 2011. Förtroende för hälsovården bland 65- och 75-åringar i Västerbotten och Österbotten. Teoksessa *Hälsa och välfärd i*

ett föränderligt samhälle. Festskrift till Gunborg Jakobsson, 205–222. Toim. Nygård M. & Jakobsson G. Vasa. Åbo Akademis förlag.

Nykänen P. & Ruotsalainen P. 2012. Kansalaisen luotettava eTerveyspalveluympäristö. Teoksessa Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos, 274-302. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Pajukoski M. 2006. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, 176–205. Toim. Heikkilä M. & Roos M. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino Oy.

Palomäki L-M. 2013. Suomalaisten mielipiteet eläkkeiden ja sosiaali- ja terveystalvvelujen riittävydestä eläkeaikana. Eläketurvakeskuksen keskustelualoiteita. Eläketurvakeskus. Viitattu 9.4.2014. http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tutkimusjulkaisut/keskustelualoiteet/suomalaisten_mielipiteet_elakkeiden_ja_sosiaali_ja_terveyspalvelujen_riittavyydesta_elakeaikana_7.pdf

Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.11.2014. https://sampo.thl.fi/select?area=Notitia&what=report-Notitia_Laakarikaynnit-prod

Pirttilä J. & Tuomaala M. 2012. Julkisasihoitteiset palvelut osana uudellenjako- ja hyvinvointijärjestelmää - pohjoismainen malli. Teoksessa Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos, 113-137. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Pohjalainen. 2014. Vaasa ehdottaa kolmea selvitystä kuntaliitoksesta. 11.2.2014. Viitattu 19.2.2014. <http://www.pohjalainen.fi/uutiset/maakunta/vaasa-ehdottaa-kolmea-selvitysta-kuntaliitoksesta-1.1553304>

Puustinen A. & Niiranen V. 2011. Rakenteet, päätöksenteko ja toiminta sosiaali- ja terveystalvveluissa. Kuntaliitto ja Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 26.1.2014. shop.kunnat.net/uploads/sotepa.pdf

Pynnönen K. & Mitchell R. 2012. Ikääntyvät ja ikääntyneet taiteen ja kulttuurin kentillä. 50+ barometrin tuloksia. Kulttuuripoliittisen tutkimuksen edistämissäitiö. Cuporen julkaisuja 20. Helsinki. Unigrafia.

Rennemark M., Holst G., Fagerstrom C. & Halling A. 2009. Factors related to frequent usage of the primary healthcare services in old age: findings from The Swedish National Study on Aging and Care. Health and Social Care in the Community 17:3, 304–311.

Rodeschini G. Gerotechnology: A new kind of care for aging? An analysis of the relationship between older people and technology. *Nursing and Health Sciences* 13, 521–528.

Rolls L., Seymour J.E., Froggat K.A. & Hanratty B. Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine* 25:6, 650–657.

Räntämäki N. 2013. KAMPA-hanke esittäytyy. Teoksessa Hyvinvointitalkoot – Miten kuntalaisten osallistuminen tukee palveluita, 7–10. Toim. Matthies A-L. & Rantamäki N. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius & KAMPA-hanke.

Saarsalmi P., Koskela T., Virtala E., Murto J., Pentala O., Kauppinen T., Karvonen S. & Kaikkonen R. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin erot maalla ja kaupungissa vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia uuden kaupunki-maaseutu-luokituksen mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 30/2014. THL. Viitattu 4.1.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125351/URN_ISBN_978-952-302-404-5.pdf?sequence=1

Sainio P., Stenholm S., Vaara M., Rask S., Valkeinen H. & Rantanen T. 2012. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*, 120–124. Toim. Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. Raportti 68/2012. THL. Viitattu 27.4.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN_ISBN_978-952-245-769-1.pdf?sequence=1

Sinisammal J., Autio T., Hyrkäs E. & Keränen H. 2013. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuus sosiaali- ja terveystalalla – yrittäjän näkökulma. *Premissi* 8:4, 50–57.

Sjöholm K. 2012. Liikunta kunnassa, lainsäädäntö ja tasa-arvo. Teoksessa *Liikuntapaikkapalvelut ja väestön tasa-arvo*, 36-53. Toim. Suomi K., Sjöholm K., Matilainen P., Glan V., Nuutinen L., Myllylä S., Pavelka B., Vettenranta J., Vehkakoski K. & Lee A. Opetus- ja kulttuuriministeriön veikkausvoittovaroista kustantama julkaisu. Kopijyvä Oy. Viitattu 16.2.2014. <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/liikunta/liikuntapaikkapalvelutjatasaarvo>

Sokka S., Kangas A., Itkonen H., Matilainen P. & Räisänen P. 2014. Hyvinvointia myös kulttuuri- ja liikuntapalveluista. *Kunnallisalan kehittämissäätiö. Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 77*. Viitattu 22.3.2014. http://www.kaks.fi/sites/default/files/TutkJulk_77_net.pdf

Sotkanet. 2014. Viitattu 29.3.2014. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Stenvall J. & Virtanen P. 2012. Sosiaali- ja terveystalujen uudistaminen. *Tallinna. Tietosanoma*.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Viitattu 27.3.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf

STM. 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 26.3.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

STM. 2013b. Vanhuspalvelulaki voimaan 1.7.2013. Mikä muuttuu? Viitattu 9.1.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=7724561&name=DLFE-26661.pdf

STM. 2014. Palvelutarpeen arviointi. Viitattu 4.1.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelut_ja_etuudet/palvelutarpeen_arviointi

Sun Q., Townsend M.K., Okereke O.I., Franco O.H., Hu F.B. & Grodstein F. 2010. Physical Activity at Midlife in Relation to Successful Survival in Women at Age 70 Years or Older. *Arch Intern Med.* 170, 2, 194-201.

Sundström G., Herlofson K., Daatland S.O., Boll H.E., Johansson L., Malmberg B., Puga González M.D. & Ángeles Tortosa M. 2011. Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. *Journal of Care Services Management*, 11,1, 35-42. Viitattu 22.11.2014. <http://www.maneyonline.com/doi/pdfplus/10.1179/175016811X12883685966936>

Suomi K. 2012. Tulokset. Teoksessa Liikuntapaikkapalvelut ja väestön tasa-arvo, 62-93. Toim. Suomi K., Sjöholm K., Matilainen P., Glan V., Nuutinen L., Myllylä S., Pavelka B., Vettenranta J., Vehkakoski K. & Lee A. Opetus- ja kulttuuriministeriön veikkausvoittovaroista kustantama julkaisu. Kopijyvä Oy. Viitattu 16.2.2014. https://www.jyu.fi/sport/laitokset/liikunta/liikunta_paikkapalvelutjatasaarvo

Surakka J. 2012. Social tillit bland de svenskspråkiga och finskspråkiga i Östra Nyland och Österbotten. Teoksessa *Social delaktighet*, 29–36. Toim. Surakka J. & Hyypä M.T. Arcada publication 1/2012. Viitattu 26.4.2014. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43811/Arcada_Publication1_2012.pdf?sequence=1

Szebehely M. & Trydegård G-B. 2012. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. *Health and Social Care in the Community*. 20,3, 300–309.

Talala K., Härkänen T., Martelin T., Karvonen S., Mäki-Opas T., Manderbacka K., Suvisaari J., Sainio P., Rissanen H., Ruokolainen O., Heloma A. & Koskinen S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria.

Suomen Lääkärilehti 36, 69, 2185-2192. Viitattu 4.1.2015.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116797/SLL362014-2185.pdf?sequence=1>

TENK 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 15.3.2014.
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu 9.2.2014. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

THL.2012. Tietoja tutkimukseen osallistuvalla. Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus, ATH. Tiedote.

THL. 2014a. ATH. Terveyttä ja hyvinvointia kansalaisille. Viitattu 9.2. 2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath

THL. 2014b. ATH-tutkimuslomakkeet. Viitattu 5.2.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/tutkimuslomakkeet

THL. 2014c. ATH-aineisto. Viitattu 5.2.204.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/aineisto

THL. 2014d. ATH 2012-2013 tutkimusalueet. Viitattu 20.2.2014.
http://www.terveytemme.fi/ath/2012/notes/ath_alueet_2012-2013.htm

Tilastokeskus. 2014. Viitattu 19.2.2014. <http://www.tilastokeskus.fi/>

TOIMIA-tietokanta. 2014. Viitattu 2.5.2014. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Tuulio-Henriksson A., Sainio P. & Sulkava R. 2012. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, 134–136. Toim. Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. Raportti 68/2012. THL. Viitattu 2.5.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/URN_ISBN_978-952-245-769-1.pdf?sequence=1

Vaarama M., Luoma M-L., Siljander E. & Meriläinen S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 150–166. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Vaarama M., Siljander E., Luoma M-L. & Meriläinen S. 2010. Suomalaisten kokemus elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 126–149. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Vaasa. 2014a. Vaasa-Laihia yhteistoiminta-alue. Viitattu 3.1.2015. http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Sosiaali_ja_terveys/Vaasa-Laihia_yhteistoiminta-alue

Vaasa 2014b. Vaasan kaupungin kotisivut. Viitattu 3.1.2015. <http://www.vaasa.fi/Suomeksi/Etusivu>

Vainiola S. 2011. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010. Öppenvårdsbesöken inom privatvården på hälsovårdcentralerna 2010. Tilastoraportti. 30/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.11.2014. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80141/Tr30_11.pdf?sequence=1

Vakkuri J., Kivimäki R., Mänttari P. & Kork A. 2012. Tuottavuusongelma julkisrahoitteisissa palveluissa – mitä tiedetään, mitä tehdään ja mitä vaikutuksia tekemisellä on? Teoksessa Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos, 138–173. Toim. Anttonen A., Haveri A., Lehto J. & Palukka H. Tampere. Tampere University Press.

Valkama K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 7. Vaasan yliopisto. Viitattu 20.4.2014. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf

Valtiovarainministeriö. 2014. Viitattu 16.2.2014. http://www.vm.fi/vm/fi/13_hallinnon_kehittaminen/03_palvelujen_laatu/01_arviointi/index.jsp

Valtion liikuntaneuvosto. 2013. Liikunta ja ikääntyminen - liikkeellä voimaa vuosiin. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2013:5. Viitattu 16.2.2014. http://www.liikuntaneuvosto.fi/files/271/Liikkeella_voimaa_vuosiin.pdf

Vilkko A., Finne-Soveri H. & Heinola R. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 44-59. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Vilkko A., Muuri A. & Finne-Soveri H. 2010. Läheisapu iäkkään arjessa. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, 60-77. Toim. Vaarama M., Moisio P. & Karvonen S. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino.

Vuorisalmi M. 2007. Examining self-rated health in old age. Acta Universitatis Tamperensis 1272. Tampere. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.4.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67783/978-951-44-7128-5.pdf?sequence=1>

Vöyri. 2011. Kuntaliitossopimus. Viitattu 19.2.2014. <http://www.vora.fi/assets/Filarkiv/Kommunen/Kommunfakta/kuntaliitossopimus.pdf>

Vöyri. 2014. Vöyriin kunnan kotisivut. Viitattu 2.5.2014. <http://www.vora.fi/voyri-osaamista-yritteliaisyytta-viihtyvyytta/>

Wihlborg E. 2013. Valfrihetens framsidor – information om och val av offentlig service på internet. Teoksessa När förvaltning blir business - marknadsieringens utmaningar för demokratin och välfärdsstaten., 41-56. Toim. Rönnerberg L., Stranberg U., Wihlborg E. & Winblad U. Linköping University Electronic Press. Viitattu 22.11.2014. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:660419/FULLTEXT02.pdf%20-%20page=52>

Winblad U. & Blomqvist P. 2013. Kundvalsmodeller i äldreomsorgen – kan de äldre välja? Teoksessa När förvaltning blir business - marknadsieringens utmaningar för demokratin och välfärdsstaten., 57-75. Toim. Rönnerberg L., Stranberg U., Wihlborg E. & Winblad U. Linköping University Electronic Press. Viitattu 22.11.2014. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:660419/FULLTEXT02.pdf%20-%20page=52>

Zhao J., Barclay S., Farquhar M., Kinnmonth A. L., Brayne C. & Fleming J. 2010. The oldest old in the last year of life: Population-based findings from Cambridge city over-75s cohort study participants aged 85 and older at death. *Journal of the American Geriatrics Society* 58,1-11.