

Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa

TIINA MÄKELÄ – ANTTI KARISTO – RAISA VALVE – MIKAEL FOGELHOLM

Tausta

Avopalvelut ja erityisesti kotihoito on asetettu ensisijaisiksi ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Linjausta on perusteltu sillä, että oma koti on paras paikka ikääntyä ja että laitospalvelut käyvät kalliiksi. Ikääntyneistä useimmat haluavatkin elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa tavoitteeksi on asetettu, että 91–92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuisi omassa kodissaan joko itsenäisesti tai palvelujen turvin ja 13–14 prosenttia saisi säännöllistä kotihoitoa vuonna 2012 (STM & Kuntaliitto 2008, 30). Huolimatta ikäpolitiikan kotikeskeisistä tavoitteista, on avopalvelujen peittävyys selvästi huonontunut 1990-luvun alusta alkaen (Stakes 2007, 33–42). Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus 75 vuotta täyttäneistä on vähentynyt 13,8 prosentista 11,5 prosenttiin vuosina 1995–2005. Vastaavasti tukipalveluasiakkaita oli viime vuosikymmenen alussa selvästi enemmän kuin nyt suhteessa 65 vuotta täyttäneisiin.

Palvelutarpeessakin on tapahtunut muutosta, sillä ikääntyvien toimintakyky on parantunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana merkittävästi (Sulander 2005, 39–40, 55–56; Koskinen & al. 2006, 54–56). On arvioitu, että tämä myöhentää hoivan tarvetta ja kompensoi väestön ikääntymisen aiheuttamaa palvelutarpeen kasvua (Parkkinen 2004, 17–20). Palvelujen tarvetta kasvattavat puolestaan dementoivia sairauksia sairastavien määrän lisääntyminen, puutteelli-

set asuinolot ja liikkumista vaikeuttava ympäristö (Heikkilä & Lahti 2007, 158). Kaiken kaikkiaan palvelutarpeet kasvavat väestön vanhetessa nopeasti (Parkkinen 2004, 41). Resurssit uhkaavat loppua. Tässä tilanteessa palvelujen myöntöperusteita on tiukennettu ja perinteisiä kotipalveluihin sisältyneitä palveluja, kuten siivous, on karsittu. Palvelujen karsimisen seurauksena omaisten vastuu ikääntyneiden arkituesta on lisääntynyt (Penning 1990; Sundström & al. 2002; Vaarama & al. 2005, 55).

Yllättävän vähän on keskusteltu siitä, mitkä asiat ennakoivat palvelujen piiriin tulemista. Laitoshoidon riskitekijöitä tunnetaan jo varsin hyvin. Tiedetään, kuinka huono toimintakyky (mm. Reuben & al. 1992; Wolinsky & al. 1993; Woo & al. 2000), sairaudet (Laukkanen & al. 2000; Nuotio & al. 2003), korkea ikä, naissukupuoli, matala koulutus ja yksin eläminen sekä muistiongelmia (Woo & al. 2000) lisäävät ikääntyneen todennäköisyyttä joutua ympärivuorokautiseen hoitoon. Vähemmän on tietoa siitä, mitkä tekijät ennakoivat erilaisten kotona asumista tukevien palvelujen tarvetta ja käyttöä. Tätä tietoa tarvitaan, jotta niukentuneet voimavarat osataan kohdentaa oikein.

Huono toimintakyky ja hyvä tulotaso lisäsivät sekä epävirallisen avun että kotihoidon käyttöä ikääntyneillä Peter Kemperin (1992) USA:ssa tekemässä tutkimuksessa. Ann Bowling ja kumppanit (1991) havaitsivat puolestaan englantilaisilla ikääntyneillä huonon toimintakyvyn ja pienen perheeseen ennustavan kotiin suuntautuvien palvelujen käyttöä. Näiden melko yllätyksettömienkin yhteyksien lisäksi on löydetty muunkinlaisia ennakoivia tekijöitä. Yksinäisyys, huono ongelmanratkaisukyky ja muistiongelmien ennusti-

Kiitokset Suomen Kulttuurirahaston Päijät-Hämeen rahastolle, joka on taloudellisella tuellaan mahdollistanut tämän artikkelin tekemisen.

vat lisääntyneitä palvelujen käyttöä ikääntyneillä (Samuelsson & al. 2003). Kirsten Avlundin ja kumppaneiden (2001) mukaan väsymys ennustaa sekä kotihoidon että laitoshoidon lisääntyneitä käyttöä: viiden vuoden seurantatutkimuksessa havaittiin, että väsyneillä oli kaksinkertainen todennäköisyys päätyä asiakkaiksi verrattuna niihin, jotka eivät tunteneet väsymystä päivittäisissä toiminnoissa.

Tämä tutkimus on osa Päijät-Hämeen 15 kunnassa vuosien 2002–2012 aikana toteutettavaa Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimusta ja -kehittämishanketta. Sen tavoitteena on tuottaa monipuolista tietoa vanhenemisesta sekä parantaa ikääntyvien toimintakykyä, vähentää sairastavuutta ja kohentaa elämänlaatua. Hankkeessa on tutkittu ikääntyviä vuosina 2002 ja 2005 poikkileikkausaineistojen avulla. Tulosten perusteella vanhimmassa ikäryhmässä, tutkimuksen alussa 72–76-vuotiailla, on jo ongelmia erityisesti raskaissa kotitöissä ja liikkumisessa. Huonointa suoriutumisen on maaseutumaisissa kunnissa asuvilla ikääntyvillä (Fogelholm & al. 2006; Mäkelä & al. 2006). Huolimatta suoriutumisongelmista kotiin suuntautuvien palvelujen käyttö oli vielä varsin vähäistä vuonna 2002. Apua kaivattiin lähinnä raskaissa kotitöissä. (Valve & al. 2003, 37). Tärkein avun lähde oli puoliso (Karisto & al. 2003, 76). Iän karttuessa varsinkin siivous- ja kuljetuspalveluja käyttäneiden määrä näytti kasvaneen vuoteen 2005 mennessä (Fogelholm & al. 2007, 61). Ikääntyvien arjessa suoriutumista käsitelleessä pitkittäistutkimuksessa Tiina Mäkelä ja kumppanit (2007) puolestaan havaitsivat, että väsymys ennustaa huonoa suoriutumista. Ikääntyvän väestön kotona asumista mahdollistavien palvelujen tarve ja käyttö ovat merkittäviä yhteiskuntapoliittisia kysymyksiä. Palvelujen käyttöä ennakoivista tekijöistä tarvitaan myös pitkittäistutkimukseen perustuvaa tietoa.

Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten kotona asumista tukevien palvelujen käyttö muuttuu kolmen vuoden seuranta-aikana. Samalla tutkitaan, missä määrin vuoden 2002 tilanteen sosio-ekonominen asema, asuinolot, sosiaalinen verkosto, sairastavuus ja tässä erityismielenkiinnon kohteena oleva väsymys sekä päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen ennustavat palvelujen käyttöä vuonna 2005. Lisäksi tutkitaan, millaiset ikääntyneet käyttävät kotiin suuntautuvia palveluja.

Tutkimusaineisto

Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen kohdealueella asuu kaiken kaikkiaan 210 000 ihmistä, ja sen keskus on 100 000 asukkaan Lahti. Tutkimuksessa seurataan vuosina 1926–30, 1936–40 ja 1946–50 syntyneitä. Tarkempia kuvauksia hankekokoaisuudesta ja sen aineiston keruusta on julkaistu muualla (Karisto & al. 2003; Valve & al. 2003; Fogelholm & al. 2006 & 2007).

Tämän tutkimuksen aineistona ovat vanhimpaan, vuosina 1926–30 syntyneeseen kohorttiin kuuluvat vastaajat. He olivat ensimmäisen tiedonkeruun aikana 72–76-vuotiaita ja kolme vuotta myöhemmin 75–79-vuotiaita. Tiedot kerättiin kumpanakin vuonna kahdella kyselylomakkeella, joista toinen täytettiin kotona ja toinen terveystarkastuksen yhteydessä. Vuonna 2002 kyselyn sai 1 424 vanhimpaan kohorttiin kuuluvaa päijäthämäläistä, joista siihen vastasi 62 prosenttia (n = 883), ja vuonna 2005 vastaavasti 1 280, joista vastasi 54 prosenttia (n = 689). Vuoden 2005 aineiston ulkopuolelle jäivät vastaajat, jotka olivat seuranta-aikana kuolleet (n = 117), muuttaneet muualle (n = 12) tai joiden osoite oli tuntematon (n = 15). Aineistoon otettiin mukaan kaikki molemmilla kerroilla vastanneet (n = 629). Analyseissa vastaajien lukumäärät jäävät kuitenkin pienemmiksi, koska yksittäisistä kysymyksistä puuttuu vastauksia. Tutkimusjoukko on kuvattu yksityiskohtaisesti muualla (Mäkelä & al. 2006, 2007).

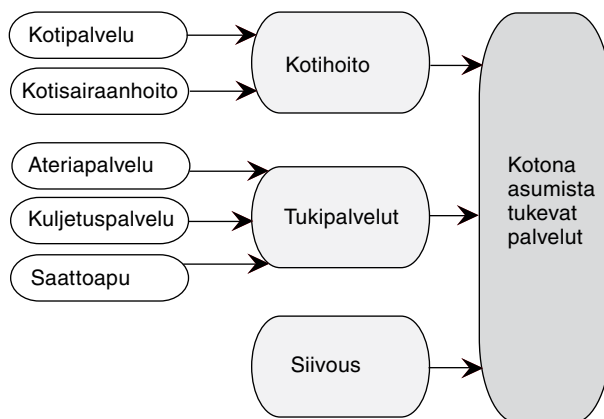
Tutkimusmenetelmät

Kotona asumista tukevat palvelut

Kotona asumista tukevilla palveluilla tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan tarjoamaa kotihoitoa, tukipalveluja ja siivouspalvelua. Nämä yhdessä muodostavat ikääntyneen arkea tukevan palvelukokonaisuuden (kuvio 1). Kotihoito sisältää sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun. Myös ateriapalvelu kotiin, kuljetuspalvelu ja saattoapu yhdistettiin, koska ne kaikki kuuluvat tukipalveluihin. Siivouspalvelu on analysoitu erillään kotihoitosta, koska kunnissa tapahtuneiden palvelukarsintojen vuoksi sitä kysyttiin vuonna 2005 erikseen.

Palvelujen käyttöä tutkittiin kysymyksellä: ”*Mitä kunnallisia ja yksityisiä palveluja olette käyttäneet vuoden aikana?*” Analyseja varten luokiteltiin se-

Kuvio 1. Kotona asumista tukevat palvelut



kä yksityinen että kunnallinen kotisairaanhoido aluksi luokkiin 1 = käyttänyt palvelua ja 0 = ei käyttänyt palvelua. Nämä yhdistämällä muodostettiin kotisairaanhoidon käyttöä kuvaava muuttuja. Tämän jälkeen kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta muodostettiin kotihoidomuuttuja, joka sai luokat 1 = käyttänyt palvelua ja 0 = ei käyttänyt palvelua. Samoin muodostettiin ateria- ja kuljetuspalvelusta sekä saattoavusta tukipalvelujen käyttöä kuvaava muuttuja. Lopuksi kotihoidosta sekä tuki- ja siivouspalveluista tehtiin kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä kokonaisuuksena kuvaava muuttuja. Tämä muuttuja sai arvon 0, mikäli vastaaja ei ollut käyttänyt mitään palvelua, ja arvon 1, mikäli hän oli käyttänyt edes yhtä kotona asumista tukevaa palvelua.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tutkittiin RAND-36-kysymyssarjalla (Aalto & al. 1999). Kysymyssarjan kysymys kuului: ”Rajoittaako terveydentilanne nykyisin suoriutumistanne seuraavista päivittäisistä toiminnoista?” Vastausvaihtoehtoja oli kolme: 1 = rajoittaa paljon, 2 = rajoittaa hiukan ja 3 = ei rajoita lainkaan, ja arvioitavia toimintoja oli kymmenen. Analyysija varten muodostettiin ensin kysytyjä kymmentä toimintoa kuvaava summamuuttuja, jonka kokonaispistemäärä vaihteli välillä 0–100 siten, että korkea pistemäärä kuvasi hyvää suoriutumista. Saadun jakauman katkaisukohtien perusteella vastaajat luokiteltiin viiteen luokkaan (100–81 = 1; 80–61 = 2; 60–41 = 3; 40–21 = 4; 20–0 = 5), joka mahdollisesti havainnollisemman vertailun.

Sosioekonominen asema, asuinolot ja sosiaalinen verkosto

Vastaajien sosioekonomista asemaa arvioitiin peruskoulutuksen ja itse arvioitun taloudellisen toimeentulon perusteella. Vastaajat jaettiin asuinalueen mukaan taajamissa ja haja-asutusalueella asuviin. Heidät luokiteltiin myös yksin asuviin, avio- tai avopuolison kanssa kaksin asuviin sekä joidenkin muiden henkilöiden kanssa asuviin. Asumismuodon mukaan vastaajat ryhmiteltiin omakotitalossa, rivitalossa sekä hissillisessä tai hissittömässä kerrostalossa asuviin. Sosiaalisen verkoston toimivuutta arvioitiin sen mukaan, kuinka usein vastaaja oli yhteydessä merkittäviin läheisiinsä.

Sairastavuus ja väsymys

Sairastavuutta arvioitiin kysymyksellä ”Onko teillä viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?” Mittarina käytettiin sairauksien lukumäärää, joka jaettiin kolmeen luokkaan: 1 = ei sairauksia, 2 = 1–2 sairautta ja 3 = 3 tai enemmän sairauksia. Väsymystä testaava kysymys kuului ”Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen kuukauden aikana tunteenut itsenne väsyneeksi?” Vastausten perusteella vastaajat luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1 = ei koskaan väsynyt, 2 = ajoittain väsynyt ja 3 = huomattavan usein väsynyt.

Analyysimenetelmät

Aluksi tarkasteltiin prosenttijakaumia vertaillen sitä, miten kotihoidon, tukipalvelujen ja kotona asumista tukevien palvelujen käyttö yleensä oli muuttunut seuranta-aikana. Seuraavaksi verrattiin vuonna 2005 palveluja käyttäneiden ja ei-

Taulukko 1. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö vuosina 2002 ja 2005 (%)

Palvelujen käyttö	Vuosi 2002 (n = 479–496)	Vuosi 2005 (n = 420–484)
Kotisairaanhoido	5,6	8,2
Kotipalvelu	5,1	4,8
Kotihoito, kaikki	8,8	9,3
Ateriapalvelu	1,5	4,0
Kuljetuspalvelu	7,8	10,9
Saattoapu	1,3	4,0
Tukipalvelut, kaikki	8,4	13,7
Siivouspalvelu		16,6*
Kotona asumista tukevat palvelut, kaikki	13,5	26,7 17,9**

*) Siivouspalvelu kysytty erikseen vuonna 2005

***) Ei sisällä siivouspalvelua

käyttäneiden ryhmiä ristiintaulukoimalla taustamuuttujien mukaan. Ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö -testillä. Vastaavasti analysoitiin ryhmien päivittäistoiminnoista suoriutumista vuonna 2005 RAND-summamuuttujan perusteella Mann Whitney U-testillä. Tämän jälkeen tutkittiin pakotetun logistisen regressioanalyysin avulla sitä, mitkä vuonna 2002 mitatut tekijät ennustavat ikääntyvien palvelujen käyttöä. Vastemuuttujana oli kotona asumista tukevien palvelujen käyttö kaiken kaikkiaan vuonna 2005. Selittäjinä olivat ensimmäisessä mallissa sosioekonominen asema, sukupuoli, siviilisäätö, asuinoloja ja sosiaalista verkostoa kuvaavat muuttujat sekä sairastavuus ja väsymys. Toisessa mallissa selittäjäksi lisättiin päivittäistoiminnoista suoriutuminen alkutilanteessa. Kolmas malli muodostettiin siten, että malliin lisättiin selittäjäksi kyseisen palvelun käyttö alkutilanteessa. Analyysia jatkettiin palvelujen käyttöä kokonaisuutena ennustavien tekijöiden osalta siten, että logistiseen regressioanalyysiin otettiin mukaan vain ne vastaajat, jotka eivät käyttäneet palveluja lainkaan vielä vuonna 2002. Lopuksi tutkittiin vielä erikseen kotihoiton, tukipalvelujen ja siivouspalvelun käyttöä vuonna 2005 ennustavia tekijöitä logistisella regressioanalyysillä. Kaikki analyysit on tehty SPSS 12.0.1 for Windows -ohjelmapaketilla.

Tulokset

Palvelujen käytön muutokset seuranta-aikana

Taulukossa 1 on esitetty kotona asumista tukevien palvelujen käyttö vuosina 2002 ja 2005. Seuranta-aikana sekä kotihoiton että erityisesti tukipalvelujen käyttö lisääntyivät. Useampi kuin joka neljäs vastaaja sai jotain kotona asumista tukevaa palvelua vuonna 2005. Eniten käytettiin siivouspalvelua. Myös ateria- ja kuljetuspalvelua sekä saattoapua käytettiin aiempaa enemmän. Siivouspalvelusta 78 prosenttia hankittiin yksityisiltä palvelujentuottajilta. Tukipalveluja käytti seuranta-ajan lopussa 14 prosenttia vastaajista, ja useimmin käytettiin kuljetuspalvelua. Kotisairaanhoidon käyttö näytti lisääntyneen, mutta kotipalvelun käyttö jopa hieman vähentyneen seuranta-aikana.

Palvelujen käyttäjät

Taulukossa 2 on kuvattu kotona asumista tukevia palveluja käyttäneitä ja niitä, jotka eivät käyttäneet palveluja vuonna 2005. Palveluja käyttäneissä oli enemmän naisia, yksin asuvia ja sellaisia, jotka eivät olleet naimisissa, kuin palvelujen ulkopuolella olevissa. Heillä oli myös enemmän sairauksia, ja he olivat väsyneempiä kuin ne vastaajat, jotka eivät käyttäneet palveluja. Erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

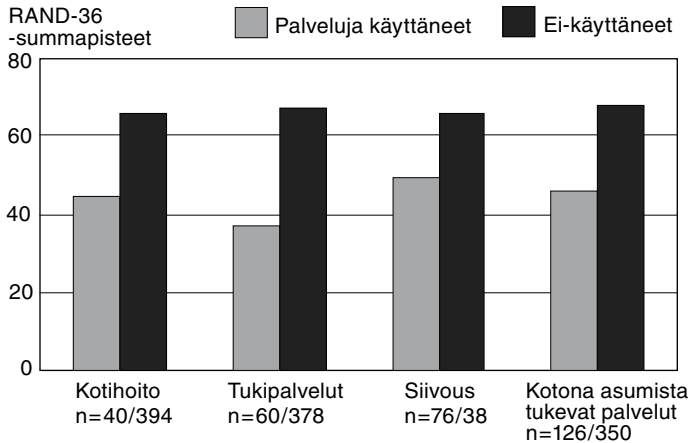
Palvelujen käyttöä tarkasteltiin myös taustamuuttujaryhmittäin. Seuranta-ajan lopussa 75–79-vuotiaista naisista kotona asumista tukevia palveluja käytti 35 prosenttia ja miehistä 18 prosenttia. Vastaavasti naimisissa olevista palvelujen piirissä oli 21 prosenttia, eronneista 20 prosenttia, leskistä 35 prosenttia ja naimattomista 43 prosenttia. Yksin asuvista palveluja sai yli kolmannes (35 %), puolison kanssa asuvista 22 prosenttia ja muun henkilön kanssa asuneista 25 prosenttia. Vastaajista, joilla ei ollut lainkaan sairauksia, 15 prosenttia käytti palveluja. Sen sijaan monisairaista lähes puolet (46 %) oli palvelujen piirissä. Myös huomattavan usein itsensä väsyneiksi kokeneista lähes puolet (49 %) sai palveluja. Sen sijaan ”ei lainkaan väsyneistä” vain kahdeksan prosenttia oli palvelujen piirissä.

Kuviossa 2 on esitetty vertailu siitä, miten kotona asumista tukevia palveluja vuonna 2005 käyttäneet ja ei-käyttäneet suoriutuvat päivittäisistä toiminnoista. Palveluja käyttäneet suoriutuivat selvästi huonommin kuin ne vastaajat, jotka eivät käyttäneet palveluja. Erot olivat tilastollises-

Taulukko 2. Kotona asumista tukevia palveluja käyttäneet ja ei-käyttäneet vuonna 2005 (%)

Taustamuuttujat	Palveluja käyttäneet (n = 118–129)	Ei-käyttäneet (n = 337–355)	p-arvo
Sukupuoli			
nainen	69	53	
mies	31	47	0,000
Siviilisäätö			
naimisissa	50	67	
eronnut	5	7	
leski	29	19	
naimaton	16	7	0,002
Peruskoulutus			
kansakoulu	76	76	
keskikoulu	12	17	
ylioppilas	12	7	
Taloudellinen toimeentulo			
hyvä	57	58	
siinä ja siinä	34	35	
huono	9	7	
Asuinalue			
taajama	73	79	
haja-asutusalue	27	21	
Asumismuoto			
omakotitalo	42	41	
rivitalo	17	13	
kerrostalo (hissi)	26	35	
kerrostalo (ei hissiä)	15	11	
Kenen kanssa asuu			
yksin	48	33	
puolison kanssa	46	61	
muun henkilön kanssa	6	6	0,008
Yhteydenpito läheisiin			
lähes päivittäin	27	26	
viikottain	29	30	
kuukausittain	32	30	
harvemmin	12	14	
Sairaudet			
ei sairauksia	5	12	
yksi sairaus	9	15	
kaksi sairautta	13	22	
kolme sairautta	16	18	
neljä sairautta	15	15	
viisi tai enemmän sairauksia	42	18	0,000
Väsymys viimeisen kuukauden aikana			
ei lainkaan	4	17	
vähän aikaa	22	37	
jonkin aikaa	30	26	
huomattavan osan aikaa	25	13	
suurimman osan aikaa	19	7	0,000

Kuvio 2. Kotona asumista tukevia palveluja käyttäneiden ja ei-käyttäneiden suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista vuonna 2005 RAND-36-kyselyn perusteella



ti merkitseviä kaikkien palvelumuotojen osalta. Palvelujen piirissä olleista vastaajista tukipalveluja käyttäneiden toimintakyky oli huonoin ja siivouspalveluja käyttäneiden paras. Kotihoitoa saaneiden suoriutuminen sijoittui tähän väliin.

Kaikkien kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä ennustavat tekijät

Taulukossa 3 on esitetty logistisen regressioanalyysin tulokset kaikkien kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä ennakoivista tekijöistä. Mallin 1 perusteella tuleva palvelujen käyttö oli todennäköisempää naisilla, haja-asutusalueella asuvilla ja vastaajilla, jotka kokivat itsensä huomattavan usein väsyneeksi. Kun malliin lisättiin selittäjäksi päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vuonna 2002, ennustivat sukupuoli ja asuinalue edelleen palvelujen käyttöä tulevaisuudessa. Heikoiten suoriutuvalla viidenneksellä oli huomattavasti suurempi todennäköisyys palvelujen käyttöön kuin muilla vastaajilla. Myös korkeasti koulutetuilla oli muita suurempi todennäköisyys käyttää palveluja. Kun malli vakioitiin alkutilanteen palvelujen käytöllä, ennusti päivittäissuoriutuminen edelleen selvästi kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Kokonaisuutena ”malli 1” ennusti 19 prosenttia, ”malli 2” 23 prosenttia ja ”malli 3” 32 prosenttia palvelujen käytön vaihtelusta. Siviilisäät, taloudellinen toimeentulo, yhteydenpito läheisiin tai muut asumiseen liittyvät tekijät ja sairastavuus eivät selittäneet tulevaa palvelujen käyttöä.

Kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä ennustavia tekijöitä tutkittiin vastaavasti myös niiden vastaajien osalta, jotka eivät käyttäneet palveluja vielä vuonna 2002 (taulukko 4). ”Mallin 1” perusteella korkeasti koulutettujen todennäköisyys käyttää kotona asumista tukevia palveluja tulevaisuudessa oli suurempi kuin muiden vastaajien. Kun malliin lisättiin selittäjäksi päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, ennusti koulutus edelleen palvelujen käyttöä. Myös huonoimmin suoriutuneen viidenneksen todennäköisyys joutua palvelujen piiriin oli suurempi kuin muiden vastaajien. ”Malli 1” ennusti 15 prosenttia ja ”malli 2” 16 prosenttia kotona asumista tukevien palvelujen käytön vaihtelusta.

Kotihoidon ja tukipalvelujen käyttöä ennustavat tekijät

Lopuksi tutkittiin erikseen kotihoidon, tukipalvelujen ja siivouspalvelun käyttöä ennustavia tekijöitä logistisella regressioanalyysillä. Ainut kotihoidon käyttöä ennakoiva tekijä oli kotihoidon käyttö alkutilanteessa (riskisuhde 9,78, LV 1,81–52,75, $p = 0,008$). Malli selitti 23 prosenttia kotihoidon käytön vaihtelusta ($\chi^2 = 34,78$, $p = 0,05$).

Taulukossa 5 on vastaavasti kuvattu sitä, mitkä tekijät ennustavat tukipalvelujen käyttöä. ”Mallin 1” tulosten perusteella palveluja käyttivät todennäköisemmin naiset ja haja-asutusalueella asuvat. Kun malliin lisättiin päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vuonna 2002, sukupuolella ja asuinalueella ei kuitenkaan ollut yhteyttä

Taulukko 3. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä vuonna 2005 ennustaneet tekijät vuoden 2002 tilanteen mukaan

Palvelujen käyttöä ennustaneet tekijät vuonna 2002	Palvelujen käyttö vuonna 2005								
	Malli 1 (n = 432)			Malli 2 (n = 426)			Malli 3 (n = 370)		
	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p
Sukupuoli									
mies	1			1			1		
nainen	2,29	1,35–3,87	0,002	1,87	1,08–3,23	0,026	1,65	0,87–3,11	0,123
Siviilisääty									
naimisissa	1			1			1		
muu	2,62	0,83–8,27	0,100	2,99	0,93–9,65	0,066	2,61	0,67–10,28	0,169
Peruskoulutus									
kansakoulu	1			1			1		
keskikoulu	0,64	0,32–1,28	0,208	0,78	0,38–1,60	0,498	0,77	0,34–1,72	0,520
ylioppilas	2,05	0,96–4,37	0,065	2,27	1,05–4,91	0,037	2,23	0,94–5,28	0,067
Taloudellinen toimeentulo									
hyvä	1			1			1		
siinä ja siinä	1,06	0,64–1,77	0,810	1,00	0,59–1,72	0,986	0,81	0,43–1,54	0,526
huono	0,62	0,21–1,82	0,384	0,48	0,15–1,55	0,216	0,24	0,05–1,20	0,082
Asuinalue									
taajama	1			1			1		
haja-asutusalue	2,74	1,28–5,86	0,009	2,49	1,09–5,39	0,029	1,82	0,71–4,63	0,210
Asumismuoto									
omakotitalo	1			1			1		
rivitalo	1,13	0,48–2,67	0,781	1,12	0,45–2,76	0,814	0,95	0,33–2,70	0,918
kerrostalo (hissi)	0,91	0,42–1,95	0,804	0,94	0,43–2,07	0,877	0,97	0,39–2,34	0,939
kerrostalo (ei hissiä)	1,19	0,48–2,92	0,707	1,19	0,47–3,06	0,711	1,94	0,68–5,55	0,215
Kenen kanssa asuu									
yksin	1			1			1		
puolison kanssa	1,74	0,52–5,77	0,366	1,77	0,52–6,02	0,357	2,11	0,51–8,69	0,301
muun henkilön kanssa	0,90	0,29–2,84	0,860	1,12	0,35–3,59	0,850	0,83	0,21–3,36	0,797
Yhteydenpito läheisiin									
lähes päivittäin	1			1			1		
viikottain	1,19	0,66–2,15	0,573	1,17	0,63–2,16	0,624	1,11	0,51–8,69	0,787
harvemmin	1,03	0,59–1,81	0,908	1,04	0,58–1,86	0,897	1,22	0,21–3,36	0,569
Sairaudet									
ei sairauksia	1			1			1		
1–2 sairautta	1,21	0,66–2,15	0,681	1,04	0,42–2,58	0,927	1,69	0,51–8,69	0,362
3 tai enemmän sairauksia	2,24	0,59–1,81	0,073	1,56	0,62–3,90	0,346	2,13	0,21–3,36	0,202
Väsymys									
ei koskaan	1			1			1		
ajoittain	1,33	0,61–2,89	0,481	1,54	0,42–2,58	0,333	1,02	0,38–2,69	0,973
huomattavan usein	2,46	1,05–5,80	0,039	2,24	0,62–3,90	0,108	1,62	0,52–5,08	0,404
Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen									
100–81 RAND-pistettä				1			1		
80–61 RAND-pistettä				1,71	0,86–3,39	0,128	1,56	0,73–3,36	0,252
60–41 RAND-pistettä				1,33	0,62–2,88	0,466	0,84	0,33–2,19	0,726
40–21 RAND-pistettä				1,85	0,80–4,30	0,154	1,48	0,56–3,87	0,431
20–0 RAND-pistettä				5,92	2,11–16,66	0,001	6,24	1,77–21,96	0,004
Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö 2002									
ei käyttänyt							1		
käyttänyt							7,38	3,15–17,30	0,000
Selitysaste/Khii ²	19 %	61,60	0,000	23 %	72,03	0,000	32 %	90,75	0,000

Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi pakotetulla mallinnuksella

Malli 2 = malli 1, johon on lisätty RAND-summamuuttuja

Malli 3 = malli 2, johon on lisätty kotona asumista tukevien palvelujen käyttö vuonna 2002

Taulukko 4. Kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä vuonna 2005 ennustaneet tekijät vuoden 2002 tilanteen mukaan uusilla palvelujen käyttäjillä

Palvelujen käyttöä ennustaneet tekijät vuonna 2002	Palvelujen käyttö vuonna 2005					
	Malli 1 (n = 329)			Malli 2 (n = 326)		
	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p
Sukupuoli						
mies	1			1		
nainen	1,76	0,92–3,37	0,086	1,58	0,81–3,12	0,183
Siviilisääty						
naimisissa	1			1		
muu	1,69	0,367–7,82	0,499	1,84	0,38–8,81	0,447
Peruskoulutus						
kansakoulu	1			1		
keskikoulu	0,59	0,25–1,42	0,241	0,68	0,27–1,71	0,416
ylioppilas	2,49	1,03–6,02	0,042	2,65	1,08–6,51	0,033
Taloudellinen toimeentulo						
hyvä	1			1		
siinä ja siinä	0,75	0,39–1,47	0,408	0,82	0,40–1,65	0,569
huono	0,20	0,03–1,66	0,136	0,19	0,02–1,64	0,130
Asuinalue						
taajama	1			1		
haja-asutusalue	1,88	0,75–4,71	0,180	1,75	0,67–4,58	0,252
Asumismuoto						
omakotitalo	1			1		
rivitalo	0,86	0,29–2,60	0,791	0,88	0,28–2,82	0,839
kerrostalo (hissi)	0,95	0,39–2,29	0,904	0,92	0,37–2,28	0,858
kerrostalo (ei hissiä)	1,79	0,63–5,09	0,274	1,75	0,59–5,16	0,311
Kenen kanssa asuu						
yksin	1			1		
puolison kanssa	1,69	0,35–8,22	0,510	1,69	0,34–8,47	0,524
muun henkilön kanssa	0,74	0,13–4,12	0,732	0,75	0,13–4,23	0,741
Yhteydenpito läheisiin						
lähes päivittäin	1			1		
viikottain	1,53	0,72–3,22	0,268	1,55	0,71–3,38	0,268
harvemmin	1,19	0,58–2,41	0,638	1,35	0,65–2,81	0,423
Sairaudet						
ei sairauksia	1			1		
1–2 sairautta	1,85	0,58–5,93	0,301	1,71	0,53–5,53	0,369
3 tai enemmän sairauksia	2,39	0,73–7,80	0,149	2,04	0,61–6,86	0,248
Väsymys						
ei koskaan	1			1		
ajoittain	0,69	0,28–1,71	0,426	0,84	0,31–2,29	0,735
huomattavan usein	1,67	0,61–4,59	0,317	1,49	0,45–4,91	0,512
Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen						
100–81 RAND-pistettä				1		
80–61 RAND-pistettä				1,31	0,59–2,94	0,506
60–41 RAND-pistettä				0,69	0,24–2,05	0,510
40–21 RAND-pistettä				1,57	0,57–4,30	0,384
20–0 RAND-pistettä				3,97	0,97–16,17	0,050
Selitysaste/Khii ²	15 %	31,79	0,023	16 %	34,85	0,040

Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi pakotetulla mallinnuksella
Malli 2 = malli 1, johon on lisätty RAND-summamuuttuja

Taulukko 5. Tukipalvelujen käyttöä vuonna 2005 ennustaneet tekijät vuoden 2002 tilanteen mukaan

Palvelujen käyttöä ennustaneet tekijät vuonna 2002	Palvelujen käyttö vuonna 2005								
	Malli 1 (n = 398)			Malli 2 (n = 393)			Malli 3 (n = 345)		
	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	P	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p	Riski- suhde	95 %:n luottamus- väli	p
Sukupuoli									
mies	1			1			1		
nainen	2,65	1,30–5,37	0,007	1,96	0,93–4,10	0,076	1,87	0,81–4,35	0,145
Siviilisääty									
naimisissa	1			1			1		
muu	0,84	0,19–3,64	0,815	0,89	0,19–4,16	0,887	1,13	0,19–6,63	0,892
Peruskoulutus									
kansakoulu	1			1			1		
keskikoulu	0,36	0,12–1,11	0,075	0,48	0,15–1,51	0,209	0,34	0,08–1,34	0,123
ylioppilas	1,45	0,53–4,03	0,471	1,50	0,52–4,31	0,451	1,25	0,36–4,33	0,726
Taloudellinen toimeentulo									
hyvä	1			1			1		
siinä ja siinä	1,63	0,85–3,12	0,145	1,44	0,72–2,87	0,300	1,10	0,49–2,50	0,814
huono	0,76	0,19–2,90	0,685	0,54	0,12–2,35	0,410	0,70	0,15–3,36	0,658
Asuinalue									
taajama	1			1			1		
haja-asutusalue	2,86	1,03–7,94	0,044	2,42	0,79–7,34	0,119	1,86	0,51–6,76	0,345
Asumismuoto									
omakotitalo	1			1			1		
rivitalo	1,06	0,32–3,48	0,922	1,28	0,37–4,49	0,699	0,96	0,22–4,13	0,959
kerrostalo (hissi)	0,94	0,32–2,70	0,901	0,98	0,32–3,03	0,970	0,96	0,27–3,43	0,948
kerrostalo (ei hissiä)	0,70	0,19–2,60	0,590	0,72	0,18–2,88	0,644	1,26	0,27–5,86	0,766
Kenen kanssa asuu									
yksin	1			1			1		
puolison kanssa	0,59	0,13–2,73	0,502	0,63	0,13–3,11	0,570	1,25	0,19–7,84	0,815
muun henkilön kanssa	0,54	0,11–2,56	0,434	0,65	0,13–3,28	0,603	0,66	0,10–4,33	0,665
Yhteydenpito läheisiin									
lähes päivittäin	1			1			1		
viikottain	1,34	0,58–3,10	0,498	1,46	0,60–3,54	0,403	1,75	0,62–4,97	0,295
harvemmin	1,92	0,89–4,14	0,098	2,2	0,97–5,00	0,059	2,38	0,92–6,14	0,074
Sairaudet									
ei sairauksia	1			1			1		
1–2 sairautta	1,21	0,31–4,77	0,783	0,81	0,19–3,34	0,774	1,40	0,24–8,28	0,708
3 tai enemmän sairauksia	3,37	0,87–13,04	0,078	1,81	0,44–7,44	0,410	2,83	0,47–16,89	0,255
Väsymys									
ei koskaan	1			1			1		
ajoittain	1,11	0,38–3,20	0,853	1,16	0,34–3,97	0,816	0,59	0,16–2,19	0,438
huomattavan usein	2,29	0,74–7,12	0,149	1,48	0,39–5,59	0,563	0,78	0,18–3,34	0,740
Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen									
100-81 RAND-pistettä				1			1		
80-61 RAND-pistettä				2,63	0,86–8,03	0,089	2,66	0,75–9,34	0,128
60-41 RAND-pistettä				2,67	0,82–8,71	0,104	1,84	0,45–7,59	0,397
40-21 RAND-pistettä				4,24	1,23–14,66	0,022	4,31	1,06–17,51	0,041
20-0 RAND-pistettä				11,16	2,86–43,58	0,001	11,46	2,38–55,12	0,002
Tukipalvelujen käyttö vuonna 2002									
ei käyttänyt							1		
käyttänyt							9,49	3,18–28,34	0,000
Selitysasaste/Khii2	22 %	52,86	0,000	27 %	64,31	0,000	35 %	74,58	0,000

Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi pakotetulla mallinnuksella

Malli 2 = malli 1, johon on lisätty RAND-summamuuttuja

Malli 3 = malli 2, johon on lisätty tukipalvelujen käyttö vuonna 2002

tukipalvelujen käyttöön vuonna 2005. Tulevaa palvelujen käyttöä selitti sen sijaan huono suoriutuminen päivittäistoiminnoista, sillä heikointen suoriutuva viidennes käytti jälleen palveluja muita todennäköisemmin. Kun malli vakioitiin vuoden 2002 tukipalvelujen käytöllä, päivittäistoiminnoista suoriutuminen ennusti edelleen selvästi tulevaa palvelujen käyttöä. Vastaajat, jotka olivat käyttäneet tukipalveluja alkutilanteessa, käyttivät niitä myös seuranta-ajan lopussa todennäköisemmin kuin muut. ”Malli 1” ennusti 22 prosenttia, ”malli 2” 27 prosenttia ja ”malli 3” jo 35 prosenttia tukipalvelujen käytön vaihtelusta vuonna 2005. Siviilisäädellä, koulutuksella, taloudellisella toimeentulolla, muilla asumiseen liittyvillä tekijöillä, yhteydenpidolla läheisiin tai sairastavuudella ja väsymyksellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää ennustuskykyä palvelujen käytön osalta.

Siivouspalvelun käyttöä ennustavat tekijät

Taulukossa 6 on esitetty vielä logistisen regressioanalyysin tulokset niistä tekijöistä, jotka ennustavat siivouspalvelun käyttöä. ”Mallin 1” mukaan siivouspalvelua käyttivät todennäköisemmin vastaajat, jotka asuivat haja-asutusalueella ja tunsivat itsensä huomattavan usein väsyneiksi. Myös koulutuksen indikoima korkea sosioekonominen asema ennusti palvelun käyttöä. ”Mallissa 2” siivouspalvelun käyttöä ennakoitiin erityisesti päivittäistoiminnoista suoriutuminen, mutta edelleen myös haja-asutusalueella asuminen ja korkea koulutus. Huonoiten suoriutuvalla viidenneksellä oli selvästi suurempi todennäköisyys käyttää siivouspalvelua kuin muilla vastaajilla. Myös muut kuin naimisissa olevat vastaajat käyttivät palveluja todennäköisemmin. Kun malli vakioitiin alkutilanteen kotihoidon käytöllä, siivouspalvelujen käyttöä ennustivat edelleen korkea koulutus ja etenkin päivittäissuoriutuminen. Kotihoitoa vuonna 2002 käyttäneet käyttivät myös siivouspalveluja muita vastaajia huomattavasti todennäköisemmin vuonna 2005. Lisäksi taloudellinen toimeentulo ennakoitiin palvelujen käyttöä siten, että huonosti toimeentulevien todennäköisyys palvelujen käyttöön oli muita vähäisempi. ”Malli 1” ennusti 18 prosenttia, ”malli 2” 23 prosenttia ja ”malli 3” 31 prosenttia siivouspalvelujen käytön vaihtelusta. Sukupuoli, yhteydenpito läheisiin ja muut asumiseen liittyvät tekijät tai sairastavuus eivät selittäneet tulevaa palvelujen käyttöä.

Pohdinta

Tulosten tarkastelu

Tässä artikkelissa kiinnostuksen kohteena on ollut se, miten kotona asumista tukevien palvelujen käyttö muuttuu kolmen vuoden aikana ja mitkä tekijät ennustavat ikääntyneiden palvelujen käyttöä. Odotetusti vastaajat käyttivät niin tukipalveluja kuin kotihoitoa ja kotona asumista tukevia palveluja yleensäkin enemmän seuranta-ajan lopussa kuin lähtötilanteessa. Lähestyttäessä 80:tä ikävuotta toimintakyky huononee ja palvelujen tarve lisääntyy (Aromaa & Koskinen 2002, 143). Palvelujen käytössä tapahtunut kasvu oli kuitenkin vielä varsin maltillista. Myös palvelujen vähentynyt tarjonta – niiden karsiminen ja tiukentuneet palvelujen myöntöperusteet (Stakes 2007, 42; Vaarama & al. 2005, 55) – saattaa näkyä käytön määrässä. Kotipalvelun käyttö näyttikin jopa hieman vähentyneen alkutilanteesta, sen sijaan kotisairaanhoidon käyttöä käytettiin aiempaa enemmän.

Paljon puhutaan siitä, että kotihoidon asiakkaat muuttuvat vuosi vuodelta huonokuntoisemmiksi. Painopiste kotihoidossa on siirtynyt kodinhoidosta kotona tapahtuvaan asiakkaiden henkilökohtaiseen hoitoon ja hoivaan (Vaarama & al. 2004, 173, 186). Sairaudet eivät kuitenkaan tässä tutkimuksessa selittäneet ikääntyneiden tulevaa palvelujen käyttöä, toisin kuin monissa laitoshoidon liittyvissä tutkimuksissa on havaittu (mm. Laukkanen & al. 2000; Nuotio & al. 2003). Suomessa onkin keskusteltu siitä, että arki-ongelmat ja avuntarve medikalisoitetaan. Palveluja arvotetaan terveystaloudellisesti sosiaalisen näkökulman kustannuksella (Tedre 1999, 87–88; Vaarama & al. 2004, 184).

Oireiden ja sairauksien hyvä hoito on ensisijaisen tärkeää kotona pärjäämisen kannalta (Räihä & al. 2006). Silti riskinä on, että ikääntynyt ihminen nähdään hoitotoimenpiteiden kohteena, ei toimijana. Tällöin kotikin käsitteellisesti kaventuu, vaikka siellä asumista korostetaan ikäpolitiikan kulmakivenä.

Kotihoidon käyttöä ei pystytty ennustamaan tutkimuksessa rakennettujen monimuuttujamallien avulla. Sen käyttö oli tässä ikäryhmässä vielä varsin vähäistä. Saattaa olla, että useimmat vastaajat suoriutuvat päivittäisistä perustoiminnoista edelleen ongelmitta, vaikka tarvitsevatkin jo apua raskaampiin kotitöihin. Ikääntymiseen liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu asteittain: ensin vaikeutuvat vaativat päivittäisto-

Taulukko 6. Siivouspalvelun käyttöä vuonna 2005 ennustaneet tekijät vuoden 2002 tilanteen mukaan

Palvelujen käyttöä ennustaneet tekijät vuonna 2002	Palvelujen käyttö vuonna 2005								
	Malli 1 (n=421)			Malli 2 (n=415)			Malli 3 (n=361)		
	Riski-suhde	95 %:n luottamusväli	p	Riski-suhde	95 %:n luottamusväli	p	Riski-suhde	95 %:n luottamusväli	p
Sukupuoli									
mies	1			1			1		
nainen	1,74	0,92–3,30	0,091	1,39	0,71–2,72	0,330	1,19	0,57–2,53	0,634
Siviilisäätty									
naimisissa	1			1			1		
muu	4,06	0,92–17,90	0,064	5,20	1,12–24,16	0,035	3,60	0,62–20,76	0,152
Peruskoulutus									
kansakoulu	1			1			1		
keskikoulu	0,98	0,43–2,26	0,965	1,22	0,51–2,94	0,657	1,35	0,50–3,64	0,548
ylioppilas	4,09	1,81–9,24	0,001	4,68	2,04–10,77	0,000	4,47	1,74–11,50	0,002
Taloudellinen toimeentulo									
hyvä	1			1			1		
siinä ja siinä	1,24	0,68–2,27	0,481	1,04	0,55–1,98	0,910	1,13	0,54–2,38	0,750
huono	0,38	0,08–1,84	0,227	0,20	0,04–1,17	0,074	0,06	0,01–0,62	0,018
Asuinalue									
taajama	1			1			1		
haja-asutusalue	2,73	1,00–7,46	0,050	2,89	0,99–8,33	0,050	2,15	0,67–6,85	0,196
Asumismuoto									
omakotitalo	1			1			1		
rivitalo	1,81	0,62–5,26	0,278	1,66	0,53–5,21	0,383	1,16	0,33–4,10	0,821
kerrostalo (hissi)	1,44	0,54–3,82	0,470	1,56	0,56–4,34	0,398	1,13	0,37–3,40	0,832
kerrostalo (ei hissiä)	1,78	0,57–5,54	0,319	2,06	0,63–6,74	0,231	2,36	0,66–8,51	0,189
Kenen kanssa asuu									
yksin	1			1			1		
puolison kanssa	2,75	0,59–12,89	0,199	3,34	0,67–16,59	0,141	2,67	0,43–16,56	0,292
muun henkilön kanssa	1,07	0,26–4,45	0,928	1,31	0,30–5,70	0,721	1,09	0,18–6,82	0,925
Yhteydenpito läheisiin									
lähes päivittäin	1			1			1		
viikottain	0,92	0,45–1,87	0,812	0,85	0,40–1,79	0,668	0,68	0,28–1,65	0,395
harvemmin	0,92	0,48–1,79	0,812	0,89	0,45–1,78	0,741	0,96	0,44–2,08	0,909
Sairaudet									
ei sairauksia	1			1			1		
1–2 sairautta	2,38	0,65–8,77	0,192	2,28	0,61–8,56	0,222	3,04	0,63–14,77	0,168
3 tai enemmän sairauksia	2,91	0,79–10,65	0,107	1,94	0,51–7,42	0,331	2,53	0,50–12,72	0,261
Väsytys									
ei koskaan	1			1			1		
ajoittain	1,85	0,61–5,60	0,278	1,66	0,52–5,31	0,397	1,40	0,38–5,23	0,616
huomattavan usein	3,98	1,24–12,76	0,020	2,98	0,86–10,37	0,086	2,17	0,50–9,40	0,300
Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen									
100-81 RAND-pistettä				1			1		
80-61 RAND-pistettä				2,20	0,94–5,13	0,068	2,60	1,01–6,68	0,047
60-41 RAND-pistettä				2,08	0,81–5,33	0,129	1,79	0,59–5,43	0,307
40-21 RAND-pistettä				2,09	0,74–5,89	0,165	1,89	0,58–6,14	0,289
20-0 RAND-pistettä				8,16	2,40–27,78	0,001	10,28	2,30–45,89	0,002
Kotihoidon käyttö 2002									
ei käyttänyt							1		
käyttänyt							8,74	2,75–27,74	0,000
Selitysaste/Khii ²	18 %	48,15	0,000	23 %	60,91	0,000	31 %	74,37	0,000

Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi pakotetulla mallinnuksella

Malli 2 = malli 1, johon on lisätty RAND-summamuuttuja

Malli 3 = malli 2, johon on lisätty kotihoidon käyttö vuonna 2002

minnot ja vasta lopuksi perustoiminnot, kuten liikkuminen, peseytyminen tai syöminen (mm. Morris & al. 1999). Eri tekijöiden vaikutuksia tulevaan kotihoidon käyttöön ei analyysissa saatu siksi esille. Ainoa tulevaa palvelujen käyttöä ennakoiva tekijä oli aiempi kotihoidon käyttö.

Ikääntyneiden eniten käyttämä arkiavun muoto oli siivouspalvelu. Siivouspalvelua he ostivat pääsääntöisesti yksityisiltä palvelujen tuottajilta, koska se on rajattu käytännössä kunnallisen kotihoidon ulkopuolelle. Sen osalta ei ollut mahdollisuutta vertailla palvelun käyttöä seuranta-aikana, koska siivouksesta kysyttiin erikseen ensimmäisen kerran vuonna 2005. Vuonna 2001 voimaan tulut verotuksen kotitalousvähennys (Finlex 2008) on vaikuttanut siihen, että niinkin suuri osa kuin 17 prosenttia vastaajista on kyennyt hankkimaan siivouspalvelua.

Korkea koulutus selitti sekä siivouspalvelun että kaikkien kotona asumista tukevien palvelujen tulevaa käyttöä. Koulutus ennusti itsenäisesti myös niiden vastaajien palvelujen käyttöä, jotka tulivat toimeen vielä ilman palveluja vuonna 2002. Tulos on päinvastainen kuin Jean Woon ja kumppaneiden (2000) tutkimuksessa, jossa matalan koulutuksen todettiin ennakoivan laitoshoidon. Saattaa olla, että korkeasti koulutetut osaavat hankkia itselleen arkiapua muita paremmin. Heillä voi olla myös enemmän taloudellisia mahdollisuuksia ostaa omakustanteisia palveluja kuin vähemmän koulutetuilla. Vastaavasti huonosti toimeentulevien todennäköisyys käyttää siivouspalveluja oli muita vähäisempi. Tulokset viittaisivat siihen, että hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat pystyvät parhaiten hankkimaan näitä palveluja. Myös Peter Kemper (1992) totesi hyvän tulotason olevan yhteydessä palvelujen käyttöön. Huonommassa tilanteessa ovat ne ikääntyneet, jotka eivät enää suoriudu raskaista kotitöistä ilman apua, mutta joiden tulot eivät mahdollista yksityisen avun hankkimista. Näyttää siltä, että hyvinvointi ei edelleenkään jakaudu kaikille ikääntyneille suostuisasti (Vaarama & al. 2006, 127).

Sosiaaliset suhteet eivät ennustaneet kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Niitä kuvaava mittari, yhteydenpito läheisiin, ei ehkä ollut erityisen kuvauskykyinen. Tulos varoittaa kuitenkin lastaamasta liikaa odotuksia lähiyhteisöstä tulevan tuen varaan. Samaa aihetta koskevassa tutkimuksessa on havaittu, että lähiyhteisössä on kyllä asenteellisia valmiuksia auttaa läheisiä. Silti etenkin ikääntyneet arvioivat, ettei käytännön

mahdollisuuksia hoivavastuun ottamiseen juuri ole (Haapola & al. 2006, 38).

Verrattaessa palvelujen käyttäjiä ja ei-käyttäjiä kävi ilmi, että palveluja saaneissa oli enemmän naisia, yksin asuvia ja sellaisia vastaajia, jotka eivät olleet naimisissa. Tulos on yhdenmukainen Jean Woon ja kumppaneiden (2000) tulosten kanssa. Palvelujen käyttäjät olivat myös sairaampia ja väsyneempiä kuin muut ikätoverinsa. Aiemmissä tutkimuksissa (Stuck & al. 1999; Avlund & al. 2003a & 2004; Mäkelä & al. 2007) näiden tekijöiden on todettu ennakoivan myös huonoa arjessa suoriutumista. Siksi niihin tulisi kiinnittää huomiota käytännön työssä riittävän varhain.

Naiset käyttivät sekä tukipalveluja että yleensä kotona asumista tukevia palveluja tulevaisuudessa todennäköisemmin kuin miehet. Samoin oli tilanne haja-asutusalueella asuvilla verrattuna taajamassa asuviin. Asutuskeskusten ulkopuolella pitkät välimatkat palveluihin aiheuttavat kuljetuspalvelun ja osalle ikääntyneistä myös saattoavun tarvetta. Asuminen ja arkiolosuhteet maaseutumaisessa ympäristössä ovat vaativammat. Ikääntyneiden naisten ajokorttittomuus (Karisto & al. 2003, 47–49) saattaa estää itsenäisen asioinnin. Puolison avun puuttuminen puolestaan (Andersson 2007, 96–101) johtaa palvelujen käyttöön. Erityisesti fyysisesti raskaissa töissä aviopuolison apu voi olla ratkaisevaa suoriutumisen kannalta.

Arkitoimet ja erityisesti raskaat kotityöt vaativat ikääntyneeltä myös tarmokkuutta ja voimia. Siivouspalvelujen ja kotona asumista tukevien palvelujen käyttö yleensäkin oli todennäköisempää vastaajilla, jotka tunsivat itsensä huomattavan väsyneiksi. Väsymyksen on havaittu ennakoivan sekä huonoa arjessa suoriutumista (Avlund & al. 2003a & 2003b & 2004; Mäkelä & al. 2007) että koti- ja laitoshoidon käyttöä aiemmissä tutkimuksissa (Avlund & al. 2001). Väsymys ei ole kovin erottelava oire, koska sen taustalta saattaa löytyä lähes mitä tahansa. Silti sen tunnistamisella voi olla erityinen merkitys arkityössä. Se voi antaa varhaisen vihjeen, jota tutkimalla päästään arkea uhkaavien ongelmien jäljille jo ennen kuin kotona asumista tukeville palveluille on tarvetta.

Tutkimuksen merkittävä tulos on se, että ikääntyneet itse pystyvät arvioimaan suoriutumistaan arkiaskareista siten, että sen avulla voidaan ennakoita tulevaa palvelujen käyttöä. Oma arvio suoriutumisesta näet ennusti itsenäisesti tukipalvelujen, siivouspalvelun ja yleisesti kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Se selitti tulevaa pal-

velujen käyttöä myös niillä vastaajilla, jotka suoriutuivat alkutilanteessa ilman palveluja. Odotevasti todennäköisyys palvelujen käyttöön on erityisen suuri huonoiten suoriutuvilla. Tulos on samansuuntainen kuin Peter Kemperin (1992) ja Ann Bowlingin (1991) sekä Bettina Meinowin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksissa, joissa huonon toimintakyvyn todettiin ennakoivan palvelujen piiriin joutumista.

Palvelut näyttävät myös kohdentuvan oikein. Onhan palvelujen tehtävänä mahdollistaa juuri niiden ikääntyneiden kotona asuminen, jotka eivät itse suoriudu arkiaskareistaan. Vaikka tulos ei yllätä, sen hyödyntäminen käytännön työssä on edelleen varsin vähäistä. Ikääntyneiden arjessa suoriutumista ei systemaattisesti arvioida esimerkiksi vastaanottokäyntien yhteydessä. Tieto siitä, miten päivittäistoimista suoriudutaan olisi tarpeen jo silloin, kun palvelujen välitöntä tarvetta ei vielä ole havaittavissa. Se auttaisi riskien tunnistamista ja ehkäisevien tukitoimien suuntaamista niitä erityisesti tarvitseville. Se voisi myös myöhentää varsinaisen kotihoidon, saati laitoshoidon piiriin joutumista.

RAND-kysely on helppokäyttöinen arjessa suoriutumisen arviointiväline, ja siksi se soveltuu myös käytännön työhön. Anna-Mari Aallon ja kumppaneiden (1999) tutkimuksen pohjalta on saatu väestöarvot päivittäistoiminnoista suoriutumisesta eri ikäisille suomalaisille. Vastavia viitearvoja palvelujen käyttäjistä ei sen sijaan ole ollut saatavilla. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa kotihoidon, tukipalvelujen, siivouspalvelun ja kotona asumista yleensä tukevien palvelujen käyttäjien itse arvioidusta toimintakyvystä.

Palveluja käyttäneistä tukipalveluja saaneiden suoriutuminen oli heikointa ja siivouspalveluja käyttäneiden kaikkein parasta. On mahdollista, että palvelujen karsinta on johtanut siihen, että tukipalveluasiakkaat ovat todella huonokuntoisia. Toisaalta huono liikkumiskyky aiheuttaa ateria- ja kuljetuspalvelujen sekä saattoavun tarvetta. RAND-kyselyssä liikkumisongelmat saavat erityisen huomion. Siivouspalvelujen käyttöön vaikuttavat asiakkaan toimintakyvyn lisäksi myös hänen mahdollisuutensa hankkia palveluja. Siksi siivouspalvelujen käyttäjät eivät välttämättä ole kaikkein huonokuntoisimpia.

Suomalainen ikäpolitiikka on julkilausutussa tavoitteessa hyvin kotikeskeinen (mm. STM & Kuntaliitto 2008, 30). Kotiin annettavat palvelut on kuitenkin rajattu pitkälti ikääntyneen henki-

lökohtaiseen hoitoon ja hoivaan (Vaarama & al. 2004, 173, 186). Kuntien käytössä olevat taloudelliset resurssit näyttävät puolestaan määrittävän sitä, mitä palveluja ikääntyneelle annetaan arjessa suoriutumisen tueksi ja mitä ei. Muu apu on hankittava sukulaisilta, naapureilta, ystävilta tai ostettava yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Käytännössä tämä on johtanut tilanteeseen, jossa ikääntyneellä voi olla samanaikaisesti monia asiakkuuksia useisiin palvelujen tarjoajiin. Ikääntyneen elämää saattaisi tukea paremmin sellainen palvelujen kokonaisuus, jossa palveluja ei arvoteta yleisellä tasolla tärkeiksi tai vähemmän tärkeiksi. Sen sijaan niiden merkitys perustuisi kunkin asiakkaan tilanteesta nouseville tarpeille. Tämäkin edellyttäisi sitä, että arjessa suoriutumisen riskit tunnistetaan hyvissä ajoin. Silloin ehkäisevät tukitoimet voidaan suunnata niille ikääntyneille, joiden toimintakyky uhkaa pettää.

Validiteetti ja reliabiliteetti

Aineistona tutkimuksessa käytettiin Ikihyvä Päijät-Häme -seurantatutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen tietoja. Tutkimuksen vastausprosentti oli kohtuullinen, ja paneeliaineisto ei poikennut oleellisesti vastaajien taustatietojen osalta vuoden 2002 ja 2005 poikkileikkausaineistoista. Tutkimuksesta pois jääneiden joukossa oli enemmän miehiä ja niitä, jotka arvioivat itsensä pienituloisiksi, terveytensä huonoksi ja jotka epäilivät arkiaskareista suoriutumistaan tulevaisuudessa. Oletettavasti heidän joukossaan on ollut enemmän huonokuntoisia ikääntyneitä ja niitä, jotka tarvitsevat säännöllisiä palveluja tai jopa ympärivuorokautista hoivaa. Yksittäisissä kysymyksissä ilmeni jonkin verran puuttuvia tietoja, jotka pienensivät vastaajien lukumäärää analyyseissa. Näitä ei kuitenkaan korvattu, koska aineiston koko oli riittävä jatkoanalyyseja varten.

Palvelujen käyttöä tutkivan kysymyksen vastausvaihtoehdot eivät olleet täysin samat eri mitauskerroilla. Vuonna 2002 kunnallisten ja yksityisten palvelujen käyttö kysyttiin erikseen, mutta vuonna 2005 ne oli yhdistetty samaan kysymykseen. Vastaajia ohjeistettiin merkitsemään sekä käyttämänsä kunnalliset että yksityiset palvelut. Saattaa olla, että jotkut ovat merkinneet vain toisen vastausvaihtoehdon, vaikka olisivatkin käyttäneet molempia palveluja. Tällä ei kuitenkaan ole isompaa merkitystä, sillä tarkastelukohteena on erityyppisten palvelujen käyttö kokonaisuutena eikä yksityisten ja kunnallisten palvelujen käy-

tön vertailu. Päivittäistoiminnoista suoriutumista tutkittiin itsearviointiin perustuvalla RAND-36-kyselyllä, jota on käytetty väestötutkimuksissa paljon, ja sen on todettu tuottavan luotettavaa tietoa (mm. Coons & al. 2000; Walters & al. 2001; Mäkelä & al. 2006).

Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämä tutkimus on tuottanut Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimusaineiston pitkittäisanalysiin perustuvaa uutta tietoa niistä tekijöistä, jotka ennakoivat ikääntyvien kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Tulosten perusteella huono itse arvioitu suoriutuminen ja korkea koulutus ennustavat kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Toimintakyvyltään heikoin viidennes on huomattavassa vaarassa ajautua palvelujen piiriin. Myös naiset, haja-asutusalueella asuvat ja itsensä huomattavan väsyneiksi tuntevat käyttävät kotona asumista tukevia palveluja muita todennäköisemmin, vaikka nämä tekijät eivät itsenäisesti en-

nustaneetkaan palvelujen käyttöä. Vastaajat käyttivät niin tukipalveluja kuin kotihoitoa ja kotona asumista tukevia palveluja yleensäkin enemmän seuranta-ajan lopussa kuin lähtötilanteessa. Palvelujen käytössä tapahtunut kasvu oli kuitenkin vielä varsin maltillista.

Palvelujen käyttöä ennakoivia riskitekijöitä kannattaa kartoittaa käytännön työssä. Ikääntyneiden arjessa suoriutumista tulisi arvioida vastaanottokäynneillä säännöllisesti. Tieto siitä, miten päivittäistoimista suoriudutaan, auttaa ehkäisevien tukitoimien suuntaamista niitä erityisesti tarvitseville. Se voi myös myöhentää palvelujen piiriin joutumista. Näyttää siltä, että ikääntyneet itse pystyvät arvioimaan suoriutumistaan niin luotettavasti, että sen avulla voidaan ennakoita tulevaa palvelujen käyttöä. RAND-kysely on helppokäyttöinen arjessa suoriutumisen arviointiväline, ja siksi se soveltuu myös käytännön työhön. Väsymys puolestaan voi antaa varhaisen vihjeen, jota tutkimalla päästään arkea uhkaavien ongelmien jäljille jo ennen kuin kotona asumista tukeville palveluille on tarvetta.

KIRJALLISUUS

- AALTO, ANNA-MARI & ARO, ARJA R. & TEPERI, JUHA: RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. *Stakes, tutkimuksia* 101. Helsinki: Stakes, 1999
- ANDERSSON, SIRPA: Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. *Stakes, tutkimuksia* 169. Helsinki: Stakes, 2007
- AROMAA, ARPO & KOSKINEN, SEPPO (toim.): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu ja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2002
- AVLUND, KIRSTEN & DAMSGAARD, MOGENS TRAP & SCHROLL, MARIANNE: Tiredness as determinant of subsequent use of health and social services among nondisabled elderly people. *Journal of Aging & Health* 13 (2001): 2, 267–286
- AVLUND, KIRSTEN & PEDERSEN, AGNES N. & SCHROLL, MARIANNE: Functional decline from age 80 to 85: influence of preceding changes in tiredness in daily activities. *Psychosomatic Medicine* (2003a): 65, 771–777
- AVLUND, KIRSTEN & SAKARI-RANTALA, RITVA & PEDERSEN, AGNES N. & FRÄNDIN, KERSTIN & SCHROLL, MARIANNE: Tiredness and onset of walking limitations in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 52 (2004): 11, 1963–1965
- AVLUND, KIRSTIN & VASS, MIKKEL & HENDRIKSEN, CARSTEN: Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role

of tiredness in daily activities. *Age and Ageing* 32 (2003b): 6, 579–584

BOWLING, ANN & FARQUHAR, MORAG & BROWNE, PETER: Use of services in old age: data from three surveys of elderly people. *Social Science & Medicine* 33 (1991): 6, 689–700

COONS, STEPHEN JOEL & RAO, SUMATI & KEININGER, DOROTHY L. & HAYS, RON D.: A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmaco Economics* 17 (2000): 1, 13–35

FINLEX: Tuloverolaki 30.12.1992/1535. Kotitalousvähennys 24.11.2000/§ 127 a. www.finlex.fi/laki/ajantasainen. 25.5.2008

FOGELHOLM, MIKAEL & HAAPOLA, ILKKA & ABSETZ, PILVIKKI & HEINONEN, HEIKKI & KARISTO, ANTTI & KASILA, KIRSTI & MÄKELÄ, TIINA & SEPPÄNEN, MARJAANA & TALJA, MARTTI & UUTELA, ANTTI & VALVE, RAISA & VÄÄNÄNEN, ILKKA: Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. Perusraportti 2005. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisu ja 65. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 2007

FOGELHOLM, MIKAEL & VALVE, RAISA & ABSETZ, PILVIKKI & HEINONEN, HEIKKI & UUTELA, ANTTI & PATJA, KRISTIINA & KARISTO, ANTTI & KONTTINEN, RIIKKA & MÄKELÄ, TIINA & NISSINEN, AULIKKI & JALLINOJA, PIA & NUMMELA, OLLI & TALJA, MARTTI: Rural-urban differences in health and health behaviour: a baseline description of a community health-promotion for the elderly. *Scandinavian Journal of Public Health* 34 (2006): 6, 632–640

- HAAPOLA, ILKKA & KARISTO, ANTTI & KONTTINEN, RIIKKA: Huomaamaton Hämeen helmi. Päijät-Hämeen alueellisen hyvinvointibarometrin 2005 tuloksia. Lahti: Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso, 2006
- HEIKKILÄ, MATTI & LAHTI, TUUKKA (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes, 2007
- KARISTO, ANTTI & NUMMELA, OLLI & KONTTINEN, RIIKKA & HAAPOLA, ILKKA & VALVE, RAISA & UUTELA, ANTTI & HEIKKILÄ, KIRSTI: Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia, raportteja ja selvityksiä 41/2003. Lahti: Palmenia, 2003
- KEMPER, PETER: The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Services Research* 27 (1992): 4, 421–451
- KOSKINEN, SEPPÖ & AROMAA, ARPO & HUTTUNEN, JUSSI & TEPERI, JUHA (toim.): Health in Finland. Helsinki: Kansanterveyslaitos, Stakes, sosiaali- ja terveysministeriö, 2006
- LAUKKANEN, PIA & LESKINEN, ESKO & KAUPPINEN, MARKKU & SAKARI-RANTALA, RITVA & HEIKKINEN, EINO: Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *Journal of Clinical Epidemiology* 53 (2000): 3, 257–265
- MEINOW, BETTINA & KÄREHOLT, INGEMAR & LAGERGREN, MÄRTEN: According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and Social Care in the Community* 13 (2005): 4, 366–377
- MORRIS, JERRY N. & FRIES, BRANT E. & MORRIS, SAMANTHA A.: Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 54A (1999): 11, M546–M553
- MÄKELÄ, TIINA & KARISTO, ANTTI & VALVE, RAISA & FOGELHOLM, MIKAEL: Väsymys on yhteydessä huonoon arjessa suoriutumiseen ikääntyneillä. *Gerontologia* (2006): 4, 182–192
- MÄKELÄ, TIINA & KARISTO, ANTTI & VALVE, RAISA & FOGELHOLM, MIKAEL: Väsymys on ennakoiva merkki huonosta arjesta suoriutumisesta. *Gerontologia* (2007): 4, 300–310
- NUOTIO MARIA & TAMMELA, TEUVO L. J. & LUUKKALA TIINA & JYLHÄ, MARJA: Predictors of institutionalization in an older population during a 13- year period: the effect of urge incontinence. *Journal of Gerontology* 58 (2003): 8, 756–762
- PARKKINEN, PEKKA: Hoiva- ja hoitopalvelumenot tulevaisuudessa. VATT -keskustelualoitteita. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2004
- PENNING, MARGARET J.: Receipt of assistance by elderly people: hierarchical selection and task specificity. *The Gerontologist* 30 (1990): 2, 220–227
- REUBEN, DAVID B. & SIU, ALBERT L. & KIMPAU, SOKKUN: The predictive validity of self-report and performance-based measures of functional and health. *Journal of Gerontology* 47 (1992): 4, 106–110
- RÄIHÄ, ISMO & SEPPÄLÄ, MAARIA & VIITANEN, MATTI: Geriatrician jättiläiset. *Duodecim* (2006): 122, 1483–1490
- SAMUELSSON, GILLIS & SUNDSTRÖM, GERDT & DEHLIN, OVE & HAGBERG, BO: Formal support, mental disorders and personal characteristics: a 25-year follow-up study of a total cohort of older people. *Health and Social Care in the Community* 11 (2003): 2, 95–102
- STM & KUNTALIITTO: Ikäihmisten palvelujen laatu-suositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2008/3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, 2008
- STAKES: Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Helsinki: Stakes, 2007
- STUCK, ANDREAS E. & WALTHERT, JUTTA M. & NIKOLAUS, THORSTEN & BÜLA, CHRISTOPHE J. & HOHMANN, CHRISTOPH & BECK, JOHN C.: Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48 (1999): 445–469
- SULANDER, TOMMI: Functional ability and health behaviors. Trends and associations among elderly people, 1985–2003. Publications of the National Health Institute A3/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2005
- SUNDSTRÖM, GERDT & JOHANSSON, LENNARTH & HASSING, LINDA B.: The shifting balance of long-term care in Sweden. *The Gerontologist* 42 (2002): 3, 350–355
- TEDRE, SILVA: Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40. Joensuu: Joensuun yliopisto, 1999
- VAARAMA, MARJA: Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteen liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvosto, 2004
- VAARAMA, MARJA & LUOMA, MIINNA-LIISA & YLÖNEN, LAURI: Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa: Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 2006
- VAARAMA, MARJA & VOUTILAINEN, PÄIVI & KAUPPINEN, SARI: Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa: Heikkilä Matti & Roos Milla (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 2005
- VALVE, RAISA & ABSETZ, PILVIKKI & FOGELHOLM, MIKAEL & KARISTO, ANTTI & KATAJAMÄKI, ERJA & NISINEN, AULIKKI & TALJA, MARTTI & UUTELA, ANTTI: Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus. Peruseraportti 2002. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiriin julkaisuja A 12/2003. Lahti: Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri, 2003.
- WALTERS, STEPHEN J. & MUNRO, JAMES F. & BRAZIER JOHN E.: Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community-based survey. *Age and Ageing* (2001): 30, 337–343
- WOLINSKY, FREDRIC D. & CALLAHAN, CHRISTOPHER M. & FITZGERALD, JOHN F. & JOHNSON, ROBERT J.: Changes in functional status and the risks of sub-

sequent nursing home placement and death. *Journal of Gerontology* 48 (1993): 3, 94–101
WOO, JEAN & HO, SUZANNE C. & YU, ASHLEY L. M. & LAU, JOSEPH: An estimate of long-term care needs

and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *Journal of Gerontology* 55 (2000): 2, 64–69.

ENGLISH SUMMARY

Tiina Mäkelä & al.: It is possible to predict the use of services supporting independent living in the community among older people (Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa)

This article discusses the use of services that support independent living in the community; how service use has changed over three years; and how socio-economic position, living conditions, social network, morbidity, tiredness and coping with activities of daily living predict service use. The study was conducted as part of a follow-up and development project ongoing in the Päijät-Häme region from 2002 through to 2012. The questionnaire data were collected in 2002 and 2005 from an age cohort born in 1926–1930. At the time of the first data collection in 2002, the respondents were aged 72–76 years, three years later 75–79 years. The material comprises all respondents who answered the questionnaire on both occasions (n=629). Based on the

results it seems that poor self-reported coping and high education predict the use of services that support independent living. The lowest quintile with the poorest functional capacity is at high risk of having to resort to these services. Women, people living in sparsely populated regions and people who feel extremely tired are more likely to use supportive services than others, even though these factors did not independently predict service use. The RAND-36 questionnaire used in this study can quite easily produce reliable data on how older people cope with activities of daily living. It is important that frontline staff work to identify and assess risk factors that predict service use. The early identification of people who have difficulty coping helps efficiently allocate preventive services.

KEY WORDS

independent living, service use, functional capacity, tiredness