



VALTIONEUVOSTON KANSLIA



## Ikääntyminen voimavarana

Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5



# Ikääntyminen voimavarana

## Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5

ISBN 952-5354-75-X  
ISSN 0782-6028

Painotyö: Edita Prima Oy, Helsinki 2004  
Julkaisija: Valtioneuvoston kanslia

**Julkaisija:**  
**VALTIOEUUVOSTON KANSLIA**

**KUVAILULEHTI**  
**18.11.2004**

**Tekijät:**

Mikko Kautto (toim.) luku 1, Simo Koskinen luku 2, Antti Karisto luku 3, Jaakko Kiander, Marja Riihelä ja Risto Sullström luku 4, Tarmo Valkonen luku 5, Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen luku 6, Marja Vaarama luku 7 ja Juhani Lehto luku 8

**Julkaisun laji:**

Raportti

**Toimeksiantaja:**

Valtioneuvoston kanslia

**Julkaisun nimi**

Ikääntyminen voimavarana - Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5

**Tiivistelmä:**

Tässä tulevaisuusselonteon liiteraportissa arvioidaan ikääntyneiden voimavaroja, aktiivista ikääntymistä ja yhteiskuntapolitiikan suuntaamista nopeasti ikääntyvässä yhteiskunnassa. Näkökulma ikääntymiseen on mahdollisuuksia etsivä. Raportin tavoitteena on esitellä voimavara-ajattelua, kolmatta ikää koskevia pohdintoja sekä aktiivisen ikääntymisen sisältöä.

Ikääntymistutkimuksessa on jo pitkään puhuttu mm. kolmannesta iästä, vahvasta vanhenemisesta, terveestä vanhenemisestä, aktiivisesta ikääntymisestä, tuottavasta ikääntymisestä ja voimavaroista. Niiden taustalta löytyvät muuttuneet ikäkäsitykset, vanhempien ihmisten erilaisuuden tunnistaminen sekä parantunut terveys ja toimintakyky. Tämän seurauksena ikääntyneet voivat olla voimavara monilla tavoin ja eri lohkoilla, mm. työelämässä, vapaaehtois- ja järjestötyössä, omaishoidossa ja muussa hoivassa, koulutuksessa ja kokemuksen siirtämisessä. Yhteiskuntapolitiikan suuntaamisessa voimavara-ajattelu on kuitenkin ollut vähäistä. Voimavarojen pohtimisen tekee tärkeäksi se, että Suomen väestön ikärakenteen muutoksessa on seuraavien kahdenkymmenen vuoden aikana kyse nimenomaan 65 vuotta täyttäneiden vaan ei vielä hoitoa ja hoivaa määrän absoluuttisesta kasvusta. Tämä väestöryhmä on edeltäjiään koulutetumpi, vauraampi ja terveempi.

Voimavaroja arvioidaan raportissa kahdesta suunnasta. Yhtäältä selvitetään ikääntyneiden ihmisten erilaisia voimavaroja ja niiden suuntaamista yhteiskunnassa, esim. työssä tai muussa toiminnassa (luvut 2 ja 3) ja esitetään tähän liittyviä taloudellisia näkökantoja (luvut 4 ja 5). Toisaalta raportissa arvioidaan toimintakyvyn kehitystä (luku 6) ja tämän kehityksen vaikutusta hoidon ja hoivan palvelutarpeisiin (luvut 7 ja 8).

Ihmisten aktiivisuuden ja voimavarojen tukeminen sekä toimintakykyyn panostaminen voi olla oivallista ikääntymispolitiikkaa. Aktiiviseen ikääntymiseen satsaamisen potentiaalinen lupaus yhteiskunnan kannalta on paitsi hoito- ja hoivapalveluiden kustannusten vähentyminen myös lisääntyneestä aktiivisuudesta koitua hyöty yhteiskuntaelämän eri lohkoilla.

**Avainsanat:**

voimavara, kolmas ikä, aktiivinen ikääntyminen, toimintakyky, palvelutarve

**Muut tiedot:**

Raportti on yksi tulevaisuusselonteon viidestä liiteraportista

**Sarjan nimi ja numero:**

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004

**ISSN:**

0782-6028

**ISBN:**

952-5354-75-X

**Kokonaissivumäärä:**

202

**Kieli:**

Fi

**Hinta:**

**Luottamuksellisuus:**

julkinen

**Jakaja:**

Valtioneuvoston kanslia

**Kustantaja:**

Valtioneuvoston kanslia



## Sisällys

1	IKÄÄNTYNEET RESURSSINA, IKÄÄNTYMINEN MAHDOLLISUUTENA <i>Mikko Kautto</i> .....	7
2	IKÄÄNTYNEITTEN VOIMAVARAT <i>Simo Koskinen</i> .....	24
3	KOLMAS IKÄ – UUSI NÄKÖKULMA VÄESTÖN IKÄÄNTYMISEEN <i>Antti Karisto</i> .....	91
4	IKÄÄNTYNEIDEN KULUTUSKÄYTTÄYTYMINEN: MITEN TULEVAISUUDEN ELÄKELÄISET KULUTTAVAT? <i>Jaakko Kiander, Marja Riihelä ja Risto Sullström</i> .....	104
5	KOLMAS IKÄ KANSANTALOUDELLISESTA NÄKÖKULMASTA <i>Tarmo Valkonen</i> .....	112
6	IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN KEHITYS <i>Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen</i> .....	117
7	IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA PALVELUT – NYKYTILA JA VUOSI 2015 <i>Marja Vaarama</i> .....	131
8	VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN JA TERVEYDENHUOLLON TARVE <i>Juhani Lehto</i> .....	199





# 1 IKÄÄNTYNEET RESURSSINA, IKÄÄNTYMINEN MAHDOLLISUUTENA

*Mikko Kautto*

## **Johdanto**

Tässä tulevaisuusselonteon liiteraportissa *arvioidaan ikääntyneiden voimavaroja ja aktiivista ikääntymistä* sekä näiden merkitystä yhteiskuntapolitiikan suuntaamiselle nopeasti ikääntyvässä yhteiskunnassa. Tulevaisuudessa Suomessa on merkittävästi enemmän 65 vuotta täyttäneitä. Toisaalta he ovat aikaisempia eläkeläissukupolvia terveempiä ja vauraampia. Yhteiskuntapolitiikan suuntaamisen kannalta tämä väestönosa nostaa esiin kaksi keskeistä tavoitetta. Yhtäältä tulee mahdollistaa ihmisten terve ja aktiivinen ikääntyminen. Toisaalta kannattaa myös miettiä miten ikääntyvien voimavaroja voidaan hyödyntää yhteiskunnan kehityksessä.

Raportin tavoitteena on esitellä voimavara-ajattelua, kolmatta ikää koskevia pohdintoja sekä aktiivisen ikääntymisen sisältöä. Käsitteet ja niiden aihepiirit ovat kohtalaisen tuoreita ja sisällöltään kehityksessä. Ikääntyneiden voimavarojen ajattelu – puhumattakaan niiden hyödyntämisestä – on kaikkialla maailmassa koko lailla uusi asia. Suomessakaan ei ole juuri pohdittu ikääntyneiden voimavaroja politiikan näkökulmasta saati rakennettu sen varaan aktiivisen ikääntymisen politiikkaa.

Tässä raportin johdannossa selvitetään aluksi raportin lähtökohtia, minkä yhteydessä esitellään myös raportin kirjoitusten perusjuonne ja keskinäiset yhteydet. Tämän jälkeen esitellään tulevaisuusselonteon taustatyössä esille nousseita näkemyksiä siitä, kuinka ikääntyminen voi avata myös mahdollisuuksia. Kolmanneksi tiivistetään raportissa olevien kirjoitusten pääviestit. Tältä osin tavoitteena on kirjata se, mitä yhteiskuntapolitiikan muotoilussa tulisi ottaa huomioon, jos voimavarojen lisäämisen ja hyödyntämisen näkökulmat otetaan vakavasti.

## **Raportin lähtökohdat**

*Ikääntyneiden voimavarat ja kolmas ikä*

Positiivisille urille suuntaavaa ajattelua herätetään tässä raportissa aluksi Lapin yliopiston sosiaaligerontologian professori Simo Koskisen artikkelilla, joka tarkastelee ikääntyneiden voimavaroja useasta eri suunnasta. Koskinen esittelee kuinka gerontologisessa tutkimuksessa ja muussa ikääntymistutkimuksessa on jo pitkään puhuttu mm. kolmannesta iästä, vahvasta vanhenemisestä, terveestä vanhenemisestä, aktiivisesta ikääntymisestä, tuottavasta ikääntymisestä ja voi-

mavaroista. Niiden taustalta löytyvät muuttuneet ikäkäsitykset, vanhempien ihmisten erilaisuuden tunnistaminen sekä parantunut terveys ja toimintakyky. Koskinen käy läpi kuinka ikääntyneet voivat olla voimavara monilla tavoin ja eri lohkoilla, mm. työelämässä, vapaaehtois- ja järjestötyössä, omaishoidossa ja muussa hoivassa, koulutuksessa ja kokemuksen siirtämisessä. Tutkimuksissa on myös viitattu siihen kuinka yhteiskunnassa vallalla olevat käytännöt, politiikat, lainsäädäntö ym. osaltaan vaikuttavat aktiiviseen ikääntymiseen.

Koskinen kirjoituksestaan tulee hyvin esille myös se, että kun puhutaan 65 vuotta täyttäneistä, ollaan tekemisissä hyvin heterogeenisen väestön kanssa. Heterogeenisyyttä ilmentää mm. se, ettei yli 65-vuotiaille ole enää käytettävissä yhteistä käsitettä. Vanhuksista puhuminen on häviämässä. Eläkeläis -termiäkin kyseenalaistetaan mutta sitä korvaamaan tullut *seniori* tai *seniorikansalainen* ei ole vakiintunut kielenkäyttöön. Keskustelu *kolmannesta iästä* viittaa syntymässä olevaan uuteen elämänvaiheeseen, jossa elinkaarelle sijoittuu työelämän ja vanhuuden väliin uudenlainen jakso. Tässä jaksossa elävät ihmiset ovat edeltäjiään koulutetumpia, vauraampia ja terveempiä. Heitä tulee olemaan myös määrällisesti paljon aikaisempaa enemmän. Tällä väestöllä on todennäköisesti toisenlaisia säästämis-, kulutus- ja muuta käyttäytymistä kuin muilla väestöryhmillä ja aikaisemmillä samassa iässä olleilla.

Koska Suomen väestön ikärakenteen muutoksessa on seuraavien kahdenkymmenen vuoden aikana kyse nimenomaan 65 vuotta vaan ei vielä 85 vuotta täyttäneiden määrän absoluuttisesta kasvusta, raportissa on seuraavaksi Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen professori Antti Kariston kirjoitus, jossa pohditaan millainen elämänvaihe tämä eläkkeelle siirtymisen jälkeinen mutta varsinaista vanhuutta edeltävä kolmas ikä on ja mitä siitä pitäisi ajatella yhteiskuntapolitiikan suuntaamisen näkökulmasta.

### *Aktiivinen ikääntyminen*

Raportin toisena teemana on voimavara-ajattelusta ponnistava tai ainakin sille sukua oleva *aktiivinen ikääntyminen*. Taustalta löytyy muuttunut ja edelleen muuttuva suhtautuminen vanhoihin ihmisiin. Viriiliyttä ja aktiivisuutta korostavissa kulttuureissa ikääntymistä on usein ajateltu negatiivisesti. Biologiseen vanhenemiseen on yhdistetty toimintakyvyn kaikenpuolinen heikkeneminen, kapasiteettien lasku, luopuminen, haurastuminen ja kuihtuminen. Alan Walkerin (2002) mukaan 1960-luvulla alettiin tällaista yleistä luopumis- tai taantumisteoriaa haastaa puhua *onnistuneesta ikääntymisestä* (successful ageing). Onnistuneen ikääntymisen teoreetikot esittivät, että työelämästä ja monista suhteista luopumisen sijaan eläkeläisten tuli pyrkiä kompensoimaan menetyksiä uusilla suhteilla ja aktiviteeteilla onnellisuutensa säilyttääkseen.

1980-luvulla ruvettiin puhumaan *tuottavasta ikääntymisestä* (productive ageing). Taustalla oli se, että ikä ei enää samalla tavalla näyttänyt ennustavan ihmisten suoriutumista. Monet eläkeläiset vastustivat sellaisia vanhentuneita käytäntöjä, joilla heidät lokeroitiin passiivisiksi sivustakatsojiksi. Tuottavan ikääntymisen ajatus on säilynyt ekonomistien ja poliitikkojen asialistalla ja näkynyt esimerkiksi niissä yhteyksissä, joissa on pohdittu ikääntyneiden ihmisten työhön osallistumisen lisäämistä. Aivan viime aikoina on lisääntyvästi ruvettu puhumaan *aktiivisesta ikääntymisestä* (active ageing). Käsite alkoi saada muotonsa 1990-luvulla WHO:n piirissä. Se korosti aluksi aktiivisuuden ja terveyden välistä yhteyttä. (Walker 2002; vrt. myös U.S. Department of Health and Human Services 1997; Avramov & Maskova 2003.)

Käsite on aivan viime vuosien aikana löytänyt tiensä kaikkien kansainvälisten järjestöjen ajatteluun, mutta sillä on järjestöstä riippuen erilainen sisältö. Kansainvälisistä järjestöistä YK ja WHO ovat yrittäneet luoda politiikan suunnittelulle voimavaralähtöistä ja tervettä ikääntymistä tukevaa viitekehystä (WHO 2002). Ne ovat aktiivisen ikääntymisen ohella puhuneet hyvästä yhteiskunnasta kaikenikäisille (*a society for all ages*) (ks. UN 2002, 2004). Näkökulma korostaa sukupolvien välistä riippuvuutta toisistaan ja niiden välisiä suhteita. Ikääntyminen ei tässä ajattelussa ole vain vanhoja ikäluokkia koskettava ilmiö vaan se koskettaa kaikkia ihmisiä ja tarkoittaa elinikäistä prosessia. Jo varhaislapsuudessa rakentuu myöhäiselämään vaikuttavia tekijöitä. Nuoruudessa puolestaan saavat alkunsa monet pysyväisluontoiset elintavat. Terveyden kehitykseen vaikuttavat vahvasti työikäisinä omaksumamme elämäntavat. Näkökulma siis korostaa ihmisen koko elämänkaarta tai elämänkulkua. Hyvään vanhuuteen ei vaikuteta vain vanhalla iällä.

Toiseksi se, miten yhteiskunta tukee elinikäistä kasvua ja kehitystä vaikuttaa ratkaisevasti myös siihen, millaisia ikääntyneet ovat korkeammalla iällä. Edelleen politiikalla voidaan vaikuttaa siihen, ettei alentunut toimintakyky johda tahattomaan riippuvuuteen muista tai vaikkapa osallistumismahdollisuuksien heikkene- mistä. Näkökulma siirtää fokusta yhteiskunnan erilaisiin rakenteisiin. Se korostaa ehkäisevää politiikkaa ja toimenpiteitä, joilla luodaan edellytyksiä aktiiviselle ja terveelle vanhuudelle.

Jotta elinvuosien pidentyminen olisi positiivinen asia, on huolehdittava elinvuosien sisällöstä, ts. terveydestä, toimintakyvystä ja osallistumismahdollisuuksista. "Aktiivinen ikääntyminen" on WHO:n mukaan prosessi, jossa "optimoidaan mahdollisuudet terveyteen, osallistumiseen ja turvallisuuteen, jotta ihmisten ikääntymisessä myös elämänlaatu paranee" (WHO 2002). WHO:n ikääntymisajatteluun kuuluu yksilöiden autonomian ja riippumattomuuden korostaminen.

Aktiivisen ikääntymisen näkökulma tuotiin näkyvästi esille YK:n ikääntymiskonferenssissa Madridissa vuonna 2002 mutta konferenssin jälkeen on eletty hil-

jaiseloa. Näyttää siltä, ettei yksikään maa ole ryhtynyt toteuttamaan "kaikenikäisten yhteiskunnan" edellyttämää politiikkaa (suullinen tieto, Kalache, WHO 2004). Selityksiä tälle voi olla useita. Ehkäisyn hyötyjä ei ehkä vieläkään olla laajasti ymmärretty. Ehkäisevä työ on vaikkapa tautien parantamiseen verrattuna varsin näkymätöntä ja sen tulokset näkyvät toteutumattomina kustannuksina. Kustannussäästöjä on vaikea esittää numeroina ja niiden suuruutta voidaan usein vain arvailla. Taustalla voi olla myös se, että aktiivisen ikääntymisen näkökulma on sympaattisuudesta huolimatta käytännössä liian epämääräinen tai laaja voidakseen toimia koherentin politiikan lähtökohtana. Poliitikot voivat myös arvailla ajatteluraamin lähtökohtia ja epäillä niiden konkreettisia seurauksia tai kustannusvaikutuksia.

Aktiiviseen ikääntymiseen viitataan välillä passiivisen ikääntymisen vastakohtana. Etenkin EU ja OECD näyttävät painottavan ikääntyneiden ihmisten resurssien suuntaamista aktiivisesti, yhteiskuntaa hyödyttävällä tavalla (ks. esim. OECD 2003; EU 2002 mutta myös EU 1999). Tällöin mietitään usein ikääntyneiden ihmisten työpanoksen lisäämistä joko tuottavassa työssä tai muussa toiminnassa. Esimerkiksi OECD on korostanut, että se miten eläkeläiset viettävät vapaa-aikaansa ei ole yhteiskunnan kehityksen ja talouskasvun kannalta lainkaan samantekevää. OECD on korostanut työnteon mahdollistamista ja sen miettimistä, miten yhteiskuntapolitiikalla voidaan vaikuttaa ikääntyneiden ajankäyttöön niin, että entistä useampi käyttäisi aikaansa "aktiivisella tavalla". Aktiivista ajankäyttöä on OECD:n mukaan esimerkiksi työnteke, järjestötoiminta ja hoivatyö. Passiiviseksi ajankäytöksi OECD listaa esimerkiksi televisionkatselun. Näkökulma on lähellä em. tuottavan ikääntymisen ajattelua. Se näyttäytyy helposti ekonomistisena ja instrumentaalisenä, kun aktiivisuuden lisäämistä perustellaan kustannusten vähentämisyillä. Ajankäyttötutkimuksia on hyödynnetty "aktiivisen" ja "passiivisen" ajan kehitykseen ja jakautumiseen esim. eri ikäryhmillä ja eri maissa (ks. esim. Niemi 2003).

Aktiivisella ikääntymisellä näyttää siis olevan kaksi pääsisältöä. Yhtäältä pohditaan ikääntyneiden tai kolmasikäisten taloudellista potentiaalia, toisaalta pyritään kohentamaan tai säilyttämään tämän kasvavan joukon toimintakykyä terveyden edistämisen näkökulmasta. Tässä raportissa on haluttu tarkastella sekä aktiivisen ikääntymisen taloudellista sisältöä että sen terveydellistä puolta.

Taloustieteellisesti virittyneen aktiivisen ikääntymisen pohdinnan aloittaa kulutustutkimusaineiston tarkastelu ikäryhmittäin. Jaakko Kiander, Marja Riihelä ja Risto Sullström VATT:sta tarkastelevat millaista kulutuskysyntää lisääntyvä kolmasikäisten joukko oikein tuottaa? Miten eri ikäryhmien kulutusikäytyminen eroaa toisistaan? Raportissa on tämän jälkeen vuorossa ETLAn tutkimuspäällikkö Tarmo Valkosen kommenttikirjoitus, joka erittelee sitä, mitä taloustiede sanoo vanhempien ihmisten määrän kasvun vaikutuksista kansantalouden kehitykseen.

Aktiivisen ikääntymisen teemaa lähestytään tämän jälkeen *toimintakyvyn* kautta. Toimintakyvyn riittävyys määrittää viime kädessä aktiivisuutta eri rintamalla. KTL:n tutkijat Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen esittelevät tapahtunutta toimintakyvyn parantumista ja arvioivat sen valossa tulevaa kehitystä. He kysyvät lisääntyvätkö suomalaisten toimintakykyiset vuodet, vai merkitseekö elinvuosien kasvu sittenkin myös terveysongelmien ja sairauksien kasvua?

Toimintakyvyn kehityssuunta on aivan oleellinen asia myös palvelujärjestelmän kehityksen kannalta. Sosiaali- ja terveysmenojen kehityksestä tehdyt ennustelaskelmat osoittavat, että toimintakyvyn myönteisen kehityksen vaikutus kustannuskehitykseen voi olla jopa suurempi kuin ikärakenteen muutoksen merkitys (STM 2003). Raportissa Stakesin tutkimusprofessori Marja Vaarama tarkastelee toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä sekä toimintakyvyn ja palvelujärjestelmän välisiä yhteyksiä. Toimintakyvyn kohentuminen merkitsisi palvelutarpeen myöhentymistä. Vaarama arvioi päätelmissään palvelujärjestelmän toiminnan suunnattamista tätä tukevaksi.

Raportti päättyy Tampereen yliopiston sosiaali- ja terveyspolitiikan professorin Juhani Lehdon kommenttikirjoitukseen, jossa arvioidaan väestökehityksen vaikutusta terveydenhuollon tarpeeseen.

### **Väestön ikärakenteen muutos on myös mahdollisuus**

Raportin lähtökohtana on ollut positiivinen ajattelu ikääntymiseen. Ikääntyneet ovat voimavara ja ikärakenteen muutoksesta on löydettävissä myös myönteisiä piirteitä ja mahdollisuuksia. Näkökulman esille nostaminen on tärkeää siksi, että käynnissä olevaa väestön ikärakenteen muutosta on Suomessakin voittopuolisesti lähestytty taloudellisesta näkökulmasta ja silloinkin pitkälti uhkana ja haasteena (ks. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 1). Kun lisäksi mediamielenkiintoa saa helposti aikaiseksi kauhukuvilla eläkepommeista tai palveluiden riittämättömyydestä, suurelle yleisölle ikääntyminen näyttäytyy helposti nimenomaan ikääntyneiden ihmisten määrän kasvamisena ja tästä seuraavana kustannusten nousuna eläkkeissä ja sosiaali- ja terveyspalveluissa. Ikääntyneet ihmiset puolestaan näyttäytyvät lähinnä taakkana. Ikärakenteen muutos tuottaa toki kustannuspaineita, joihin täytyy varautua mutta pelkästään kustannuksiin rajoittunut ote edessä olevasta kehityksestä ei lähimainkaan ole riittävä ikärakenteen muutoksen merkityksen arvioimiseksi.

Ikääntymistä voi ja tulee tarkastella myös *mahdollisuuksien* näkökulmasta. Ikärakenteen muutoksella on myös myönteisiä vaikutuksia, joita ei juurikaan ole tuotu esiin. Silloin kun ikääntyminen ymmärretään oikein eli koko väestön ikärakenteen muutoksena, nähdään ilmiön seuraukset myös lasten, nuorten ja työikäisten kannalta.

Edelleen ikääntyneitä ihmisiä on syytä tarkastella myös resurssina ja voimavarana eikä vain kustannusten aiheuttajina. Tällaisella tarkastelulla on itseisarvoa mutta se on tärkeää myös yhteiskunnan asenteisiin ja toimintatapoihin vaikuttamisen kannalta. Jos mielenkiinto suuntautuu vain tai liian yksipuolisesti vanhojen ihmisten määrän kasvun aiheuttamiin kustannuksiin, uhkana on, että väestön ikärakenteen muutoksen kiihtyessä vanhempien ihmisten arvostus heikkenee ja sukupolvien välinen keskinäinen kunnioitus ja yhteenkuuluvuus heikentyvät. Puhe elätettävistä ja huollettavista antaa sukupolvien keskinäisistä suhteista yksipuolisen kuvan ja korostaa sukupolvien välisiä konflikteja (Bengtson & Achenbaum 1993).

Voimavara-ajattelu kyseenalaistaa näkemyksen vanhoista ihmisistä passiivisina huollettavina. Se tuo myös esille sen, että voimavaroja on syytä tarkastella monesta suunnasta. Voimavara-ajattelun kolmas hyvä puoli on sukupolvien välisten suhteiden ja keskinäisen vaihdon näkyväksi tekeminen.

Ottaen huomioon kuinka suuri väestömuutos on odotettavissa on hämmentävää huomata kuinka vähän on pohdittu muutoksen seurauksia sellaisesta näkökulmasta, jossa olisi arvioitu ikärakenteen muutoksen uhkia ja mahdollisuuksia, hyötyjä ja haittoja. Mahdollisuuksien kartoittaminen ja hyötyjen arvioiminen puuttuu lähes kokonaan kansainvälisten järjestöjen ikääntymispohdiskeluista. Myöskään Suomessa ei valtionhallinnosta tai tutkimuslaitoksista löydy sellaista dokumenttia, jossa ikärakenteen muutoksen positiivisia seurauksia olisi kunnolla mietitty.

Tulevaisuutta pohdiskeleva tarmo on suuntautunut uhkien identifioimiseen. Epäedullisiin kehityskuviin varautumiseksi politiikkaa on sopeutettu etenkin kustannusten nousua ehkäisevästä näkökulmasta. Pelkkien haasteiden näkeminen tuottaa helposti reaktiivista politiikkaa.

Mahdollisuuksien miettiminen voi yhtäältä suhteuttaa uhkakuvien suuruutta. Mahdollisuuksien kirkastamisen seurauksena saattaa politiikka kiinnostua niistä keinoista, joilla mahdollisuuksien toteutumista edistetään. Mahdollisuuksien miettiminen uhkakuvien rinnalla antaa todennäköisesti paremmat lähtökohdat tulevaisuuteen suuntautumiseen. Tasapuolisemmalla tarkastelulla voi periaatteessa olla suurikin vaikutus siihen millaisia poliittisia johtopäätöksiä vedetään.

Mitä positiivisia seurauksia väestön ikärakenteen muutoksella sitten voisi olla? Seuraavassa on listattu ajatuksia herättämään sellaisia myönteisiä kehityskuvia, jotka ovat tulleet esille tulevaisuusselonteon taustatyössä. Lista ei ole kattava, eikä asioita ole kirjattu minkäänlaiseen tärkeysjärjestykseen. Joukkoon on otettu myös tutkimuspohjaa vailla olevia ajatuksia, joiden yleisyyttä tai toteutumisen edellytyksiä olisi hyvä tutkia. Kattavamman ja perustellumman listan tekeminen

(kuten myös seurausten tarkempi arvioiminen) odottaa tekijäänsä, mutta ehkä alla olevasta listasta olisi hyötyä tällaisessa harjoituksessa.

#### *Myönteisiä kustannusvaikutuksia*

Lasten ja nuorten määrän väheneminen merkitsee heistä aiheutuvien kustannusten pienentymistä. Mikäli syntyvät ikäluokat pienenevät, lasten päivähoidon tarve vähenee. Opetuspalvelujen tarve vähenee myös. Säästöjä koituu keskeisimmästä menoerästä eli palkoista. Päivähoidon tai ylipäättään lapsille suunnattavien palveluiden parissa työskentelevän henkilöstön tarve sekä opettajien ja muun opetukseen sidoksissa olevan henkilöstön tarve pienenee. Myös investoinnit ja ylläpitomenot saattavat pienentyä. Jo käynnissä oleva päivähoitopaikkojen karsiminen ja koulujen lakkauttaminen ovat usein perusteltuja juuri väestöennusteiden näkökulmasta. Väestökehityksen aiheuttamat rationalisointi- ja lakkautustarpeet tulevat jatkossa kasvamaan.

Kun työikäisten määrä vähenee, syntyy työvoimareservillekin suurempaa kysyntää. On odotettavissa, että työttömyys vähenee. Tällöin työttömyyden hoidosta aiheutuvien kustannusten tulisi laskea. Työttömyyskustannusten lasku näkynee sekä työttömyydestä aiheutuviin suorissa että epäsuorissa menoissa. Työttömyyden perusteella maksettavat päivärahat vähenevät. On mahdollista, että työttömyyden aiheuttamat epäsuorat menot kuten päihteiden käytöstä, terveyspalvelujen kulutuksesta ja sosiaalisista ongelmista aiheutuvat kustannukset pienenevät.

Kustannussäästöjä voi syntyä muuallakin, jopa arvaamattomilla alueilla, kun niitä rupeaa miettimään. Esimerkiksi varusmiesikäluokkien pieneneminen synnyttää todennäköisesti paineita varuskuntajärjestelmän supistamiseen, mikä toteutessaan tuottaa tälläkin sektorilla pieniä ylläpitomenosäästöjä.

#### *Rikollisuus vähenee*

Nuorten ikäluokkien vähentyminen ja ikääntyneiden lisääntyminen ennustavat tilastollisesti rikosten vähenemistä, sillä yli 50-vuotiaat henkilöt tekevät rikoksia erittäin vähän. Ikääntyvät joutuvat myös varsin harvoin rikosten uhriksi.

#### *Työmarkkinoiden ulkopuolella olevien tilanne paranee*

Laajamittaisen työvoimapulan välttäminen riippuu keskeisesti siitä, miten käyttämättömiä työvoimareservejä voidaan hyödyntää. Aikaisemmin liian vaatimattomaksi todettu työpanos saattaa uudessa tilanteessa kelvatakin. Työttömänä oleva tai työttömäksi joutuva voi työllistyä aikaisempaa nopeammin. Myös vajakuntoisten ja maahanmuuttajien työpanoksen kysyntä voi kasvaa. Kun kysyn-

tä laajenee nyt työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin, myös työmarkkinatilanteen luoma eriarvoisuus vähenee.

#### *Aluekehitys tasoittuu ja muuttoliike hidastuu*

Alueellisesta näkökulmasta väestökehitys puolestaan saattaa lähitulevaisuudessa merkitä lukuisten työpaikkojen vapautumista ja työllisyyden parantumista niin pienissä kuin suurissa alueellisissa keskuksissa. Alueiden väliset työllisyys- ja työttömyyserot voivat supistua. Ikärakenteen muutoksen takia nuoria muutto-oiässä olevia ihmisiä on vähemmän. Vaikka muuttoalittius säilyisikin nykyisellä korkealla tasolla, määrällisesti muuttoliike tulee vaimenemaan, mikä helpottaa kasvukeskusten palveluiden järjestämispaineita.

Väestön vanhetessa avoin kysymys on, missä ja miten suuret eläkkeelle siirtyvät ikäluokat asuvat ja käyttävät aikansa. Osa eläkeläisistä saattaa siirtyä nykyisen muuttovirran vastasuuntaan pois keskuksista, mikä vaikuttaisi muun muassa palvelujen kysyntään ja rahoitukseen. Muuttohalukkuustutkimusten mukaan suurta ryntäystä maaseudulle tai ulkomaille ei liene odotettavissa joskin muutto on monen harkinnassa. Vaikka muuttointensiteetti ei eläkeläisten keskuudessa kasvaisikaan, kakkosasuminen mökeillä ja muualla kasvaa kyllä määrällisesti siksi, että eläkeläisikäluokat suurentuvat.

#### *Vanhempien työntekijöiden kohtelu paranee ja osaamisen arvostus kasvaa*

Työikäisten määrä vähenee ja saatavilla oleva työvoima on aikaisempaa vanhempaa. Työpaikoilla ei voida laskea sen varaan, että niiden työvoimatarve tyydyttyy uusista ikäluokista. Kokeneiden työntekijöiden arvo nousee. Työssä viihtymiseen ja jaksamiseen kannattaa sijoittaa enemmän. Koulutus- ja osaamistason ylläpitoon ja parantamiseen sekä johtamiseen suunnataan enemmän energiaa ja resursseja, mikä koituu työntekijän iloksi ja hyödyksi. Myös yritysten ja työyhteisöjen eläkeikäisten ihmisten tietotaidon hyödyntäminen eläkkeelle siirtymisen jälkeen voi kasvaa. Osaamisen siirtämiseen kiinnitetään pakosti enemmän huomiota. Toimet voivat vaikuttaa voimakkaastikin eläkkeelle siirtymispäätöksiin.

#### *Tuottavuuden kasvu voi saada lisäpiristystä*

Työyhteisön ilmapiiriin, viihtyvyyteen ja johtamiskäytäntöihin panostaminen voivat parantaa tuottavuutta. Työikäisen väen vähetessä tietotekniikan hyödyntämisen tarve kasvaa. Teknologian ja tietoliikenteen lisääntyvän käytön seurauksena voi olla talouden tuottavuutta kohottava vaikutus.



### *Organisaatiot voivat uudistua*

Ikärakenteen muutoksesta seuraava suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle on myös organisaatioiden uudistamisen mahdollisuus. Vanhentuneet toimintamallit ja hierarkiat sekä muutosta kangistaneet tekijät voivat laueta pelkästään ihmisten vaihtuvuuden takia. Laajempi eläkkeelle siirtyminen voi aiheuttaa myös joidenkin yritysten kuihtumista, yritysjärjestelyjä, sulautumisia ym. Muihin tekijöihin yhdistyneenä ikärakenteen muutoksen seurauksena voi olla voimakastakin elinkeino- ja palvelurakenteen muutosta, etenkin keskustun ulkopuolella. Tämä avaa periaatteessa mahdollisuuksia elinkeinorakenteen monipuolistamiseen. Julkisella sektorilla tapahtuva mittava eläkkeelle siirtyminen seuraavien kymmenen vuoden aikana mahdollistaa monien toimintojen uudelleen arvioimisen ja toimintatapojen muutoksen.

### *Kulutuskysynnän rakenne muuttuu, mikä voi luoda uusia aloja*

Ajankäytön jakauma yhteiskunnassa muuttuu, kun eläkkeellä olevien osuus kasvaa. Eläkeikään tulevilla on keskimäärin enemmän ostovoimaa kuin edeltäjillään ja samaan aikaan vapaa-ajan hyödykkeiden valikoima on runsaampi ja tarjonta on edullisempaa kuin koskaan aiemmin. Myös koulutustason kohoaminen ja yleisen terveydentilan paraneminen vaikuttavat tulevien eläkeläisten osallistumismahdollisuuksiin ja kulutuskysyntään. Kysyntä muuttunee tulevaisuudessa entistä laatumaisemmaksi ja eriytyneemmäksi. Koko talouden kysynnän rakenne saattaa muuttua olennaisesti nykyisestä.

Ikärakenteen muutoksen aiheuttama uudenlainen kysyntä ja uudet markkinat kannustavat uusien tuotteiden kehittämiseen. Mm. apuvälineiden ja turvallisuustuotteiden sekä erilaisten terveellisten ja terveyttä edistävien tuotteiden kysyntä kasvaa. Suomelle tarjoutuu jonkinlainen etulyöntiasema tulevaisuuden globaaleille seniorimarkkinoille tarjottavien tuotteiden kehittämisessä. Monitieteisyys ja käyttäjälähtöisyys korostuvat innovaatiotoiminnassa.

Seniorikansalaiset muodostavat jatkossa merkittävän, joskin epäyhtenäisen kulluttajaryhmän, joka luo paitsi uutta kysyntää myös uusia markkinoita. Ikääntyneiden tarvitsemien palveluiden kysyntä lisääntynee monilla markkinoilla, kuten harrastusten ja vapaa-ajan tuotteiden, palveluiden, matkustamisen ja kulttuurin markkinoilla. Myös erilaisten hyvinvointipalvelujen kysyntä lisääntyy. Palveluihin kohdistuvan kysynnän kasvu avaa uusia aloja ja laajentamisen mahdollisuuksia palveluelinkeinoille.

### *Asuin- ja elinympäristöihin panostetaan*

Ikä rakenteen muutos suuntaa huomion kotona asumisen kehittämiseen. Asuntojen muunneltavuus paranee ja niiden esteettömyys ja käyttäjälähtöisyys korostuvat. Väestörakenteen muutoksen ymmärtäminen vauhdittaa asuntotuotantoa kasvukeskuksissa, etenkin pääkaupunkiseudulla. Asumisvaihtoehdot monipuoliset ja laatu paranee. Elinkaariajattelu vahvistuu rakentamisessa. Laadukkaammaksi kehittyvä elinympäristö parantaa kaikkien kansalaisten hyvinvointia.

### *Kansalais- ja järjestötoiminta vilkastuvat, vaikuttamisaktiivisuus kasvaa*

Mm. ajankäyttötutkimuksista tiedetään, että eläkkeelle siirtyminen merkitsee muutosta ihmisen ajankäyttötapoihin. Työhön käytetyn ajan väheneminen merkitsee monelle mahdollisuuksia lisätä harrastus-, järjestö- tai muuta kansalais-toimintaa. Samanlaisessa tilanteessa elävät perustavat itselleen tärkeitä ryhmiä ja verkostoja. Aikaisempaa paremmin koulutetut eläkeläiset käyttävät osan lisääntyneestä vapaa-ajastaan asuinpaikkakuntansa ja koko yhteiskunnan asioiden seuraamiseen ja kehitykseen vaikuttamiseen.

### *Eläkeikäiset auttavat työikäisiä*

Sukupolvien välillä on suhteita, joissa resursseja ja palveluksia virtaa molempiin suuntiin. Ikä rakenteen muutos ei merkitse pelkästään kasvavien eläkkeiden siirtoa työikäiseltä väestöltä eläkeläisille vaan myös toiseen suuntaan lisääntyvien virtojen kasvua. Kasvava vanhempi väestö on potentiaalisesti aikaisempaa suurempi resurssi pienemmälle työikäiselle väestölle. Osa eläkkeistä virtaa perheen sisäisinä siirtoina takaisin työikäisille ja heidän lapsilleen. Terveet ja toimintakykyiset eläkeläiset voivat hanakammin haluta käyttää lisääntyntä vapaa-aikaansa lastensa ja lastenlastensa auttamiseen eri tavoin, esimerkiksi tarjoamalla lastenhoitoapua.

## **Aktiivinen ikääntyminen Suomessa raportin kirjoitusten valossa**

Edellä esiteltyihin ikä rakenteen muutoksen ja ikääntyneiden määrän kasvun tuomiin mahdollisuuksiin on vaikea tarttua, ellei käytössä ole punnitumpaa arviota siitä, miten ikääntyneiden voimavaroja voi hyödyntää. Raportin tekemisen päämääränä oli halu saada tutkimukseen perustuvaa tietoa voimavaroista, kolmasikäisten kasvun tuomasta potentiaalista ja mahdollisuuksista palvelurakenteen kehittämisen näkökulmasta. Tässä jaksossa tiivistetään toimittajan vapaudella kirjoitusten antia. Lukijan kannattaa kuitenkin tiivistelmän ohella tutustua kirjoittajien teksteihin, sillä ne osoittavat hyvin kuinka erilaista kuvaa ja näkökulmaa voimavara -aiheeseen on mahdollista saada.

### *Aktiiviseen ikääntymiseen liittyy paljon odotuksia*

Odotuksia kolmasikäläisten roolista on vähitellen alettu tuoda julki. Odotukset voivat olla kohtuuttoman suuria, keskenään ristiriitaisia ja heijastella enemmän toiveita kuin realismia. Ikääntyvien käyttäytymiseltä odotetaan Suomessakin mm. seuraavia asioita:

- pitää tehdä pitempään palkkatöitä elinkaarellaan (vrt. eläkeikäkeskustelu),
- pitäisi työskennellä jossakin määrin myös eläkkeellä ollessaan (vrt. tuottava ikääntyminen),
- pitäisi kouluttaa itseään myös vanhemmalla iällä ja huolehtia henkisestä pääomastaan,
- tulisi investoida ihmissuhteisiin, kokemuksen siirtämiseen ja yhteisön kehittämiseen (ja luoda sosiaalista pääomaa)
- olisi suotavaa käyttää aikaansa enemmän "aktiivisesti" vapaaehtoistyöhön (ts. toimia omaishoitajina, lastenlasten hoitajina ja naapuriavun tarjoajina),
- tulisi elää terveemmin (säästääkseen yhteiskunnan terveysmenoja),
- tulisi kuluttaa riittävästi (siis luoda työpaikkoja ja säästää vähemmän) ja kuluttaa oikein (so. ostaa kotimaisia innovatiivisia tavaroita ja palveluja ja välttää ulkomaisia tuotteita ja ulkomaanmatkailua),
- jättää kulutuskäyttäytymisestään huolimatta perintöjä (huolehtiakseen sukupolvien välisestä oikeudenmukaisuudesta),
- maksaa enemmän veroja (kontribuoidakseen julkisen talouden tasapainoon)

Osa näistä enemmän tai vähemmän julkilausutuista toiveista ovat myös toisilleen ristiriitaisia. Samaan aikaan tuskin voi kuluttaa enemmän, säästää perintöjä varten ja maksaa lisää veroja. Kaikki toiveet liittyvät tavalla tai toisella ihmisten henkilökohtaisiin valintoihin, jotka koskevat rahan ja ajan käyttöä. Näihin valintoihin politiikalla on vain rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa.

Tällä hetkellä ei ole selvää käsitystä tai linjausta siitä, mihin em. esimerkeistä politiikalla pitäisi yrittää vaikuttaa. Joidenkin mielestä on kyseenalaista pyrkiä vaikuttamaan siihen, miten ihmiset rahansa käyttävät, tai edes pyrkiä esittämään tätä koskevia toiveita. Toisten mielestä vuoden 2030 väestöennusteen tilanne, jossa 5-miljoonaisessa väestössä on 1,4 miljoonaa 65 vuotta täyttänyttä pakottaa pohtimaan juuri tällaisia kysymyksiä ja luomaan sellaisia kannusteita ja rakenteita, joissa ihmisten valinnat paitsi tuottavat heille itselleen parhaan mahdollisen ilon ja hyödyn, myös koituvat kansantalouden ja julkistalouden hyväksi. Toisaalta seurauksiakaan ei ole kunnolla pohdittu. Mitä merkitsisi eri tahoille esimerkiksi se, että ikääntyneet todellakin ryhtyisivät aikaisempaa enemmän kuluttamaan?

Keskustelua tällaisista kysymyksistä tullaan jatkossa käymään varmasti aikaisempaa enemmän. Raportin artikkelien perusteella näin käy kahdesta yksinkertaisesta syystä: kolmasikäisiä on entistä enemmän ja heidän toimintakykynsä on edeltäviä sukupolvia parempi. Edelliseen liittyen Antti Karisto kiinnittää huomiota siihen, että kolmas ikä on pidempi ajanjakso kuin lapsuus, nuoruus tai vanhuus ja että tässä iässä olevia on määrällisesti enemmän kuin muissa em. ikävaiheissa olevia. Simo Koskinen listaa syihin vielä sen, ettei yhteiskunnassa tällä hetkellä ole riittävästi sellaisia rooleja, joita tulevat ikääntyneet itse haluavat. Antti Karisto korostaa sitä, että biologinen ikä ja koettu ikä ovat irronneet toisistaan ja elämäntavat väljentyneet. Tuottavasta tai aktiivisesta ikääntymisestä tullaan puhumaan enemmän myös siksi, että kehitys murtaa käsityksiä siitä, että työelämän jälkeinen aika olisi pelkkää raihnauden ja riippuvuuden kasvua. Simo Koskinen toteaaakin kirjoituksessaan, ettei aktiivinen ikääntyminen välttämättä ole kovin erilainen "hyvän vanhuuden" sisällöstä.

### *Voimavarojen hyödyntäminen*

Voimavarat ovat läheistä sukua resursseille, tai pääomalle, kuten Simo Koskinen toteaa. Kuten resursseja tai pääomaa, myös voimavaroja on mahdollista käyttää erilaisilla areenoilla (vrt. listaus edellä) oman ja yhteisön hyvinvoinnin ja elämänlaadun lisäämiseksi. Tällainen käyttö ei hävitä voimavaroja vaan päinvastoin lisää niitä. Tässä mielessä voimavarojen korostamisessa ei itse asiassa ole kysymys sen kummallisemmasta asiasta kuin vuorovaikutuksen ja vaihdon lisäämisestä.

Keskeinen kysymys tällöin on se, miten yhteiskunta mahdollistaa tai luo lisää mahdollisuuksia vaihdolle ja vuorovaikutukselle, voimavarojen käytölle. Simo Koskinen tuo esille mm. ikäihmisten yliopistojen tukemisen, vanhusneuvostot sekä kulttuuri- ja liikuntapalvelut. Kulttuuri- ja liikuntapalveluiden tukeminen lisää voimavaroja eri saroilla; hyödyt näkyvät henkisessä ja sosiaalisessa pääomassa, terveydessä ja myös palveluiden kulutuksessa. Antti Karisto puolestaan korostaa uimahalleja, latuverkkoa, pyöräteitä ja kirjastoja. Sosiaalisina tiloina Karisto tähdentää ennen kaikkea ikääntyneiden palvelukeskusten merkitystä vaihdon mahdollistajina ja monien erilaisten voimavarojen hyödyntäjinä.

Todennäköisesti yleisin näkökulma ikääntyneiden voimavarojen hyödyntämiseen on työelämävirittynyt. Tällä saralla tuskaillaan hukkaan meneviä resursseja. Simo Koskinen esittää, että Suomessa 65 vuotta täyttäneistä jatkaa työelämässä vajaa 10 prosenttia, joskin suurin osa osa-aikaisesti. Ero vaikkapa Yhdysvaltoihin tai Islantiin ja Ruotsiin on valtavan suuri. Tarmo Valkonen muistuttaa kirjoituksessaan, ettei ole syytä rajoittaa vain ikääntyneiden käyttäytymisen ja eläkesääntöjen pohtimiseen vaan tulisi arvioida myös ikäluokkien koon vaikutusta ja työvoiman kysyntään liittyviä tekijöitä.

Toisaalta ikääntyneiden voimavaroissa on myös puoli, jonka vahvistumista uumoillaan ja jopa pelätään. Simo Koskinen kirjoittaa *gerontokratiasta*, vanhojen vallasta edustuksellisessa demokratiassa ja muilla yhteiskuntaelämän lohkoilla. Toistaiseksi yliedustus ei kuitenkaan ainakaan vielä ole merkinnyt äänten yhdistämistä, oman ikäryhmän etuja ajavan blokin muodostamista. Muissa maissa on jo kokemuksia ikääntyneiden voimakkaista etujärjestöistä – ja näyttöä tuloksellisesta toiminnasta.

Siitä Simo Koskinen, Antti Karisto, Kiander ym. ja Valkonen ovat yhtä mieltä, että näkyvästi esillä olevan työelämänäkökulman lisäksi jatkossa tulee yhä enemmän korostumaan taloudellisen voimavaran näkökulma. Ikääntyneiden taloudelliset voimavarat ovat jo nyt – ja syystäkin – nuorempia ikäryhmiä suuremmat. Ikäryhmän varallisuuden ajatellaan jatkossa kasvavan. Kolmasikälaisten taloudellista merkitystä tullaan jatkossa arvioimaan monesta suunnasta (omistus, kulutus, säästäminen, sijoittaminen, sekä erilaisista rooleista käsin, mm. veronmaksajana, perinnönjättäjänä sekä työllistäjänä). Tarmo Valkonen esimerkiksi toteaa, että väestön ikärakenteen muutos tulee vaikuttamaan verotulojen kasvuun hidastavasti. Samalla kun eläkkeet nousevat, myös eläkkeiltä perittävät verotulot nousevat. Kuitenkin verokertymästä tuloverojen osuus tulee pienenevän samalla kun kulutusverojen osuus vastaavasti nousee.

Raportissa Kiander, Riihelä ja Sullström toteavat, että tällä hetkellä ikääntyneiden kulutuksesta menee valtaosa palveluihin. Kun varallisuus jatkossa kasvaa, tämä avaa periaatteessa mahdollisuuksia lisätä kulutusta, samalla kun ikäluokan volyyymi kasvaa. Tällä hetkellä näyttää kuitenkin kulutustutkimusaineistojen valossa siltä, että suomalaiset ikääntyneet eivät ole kovin hanakoita kuluttamaan. Nyt eläkkeelle siirryttäessä käykin niin, että säästäminen lisääntyy ja kulutuksen osuus tuloista pienenee. Käyttäytymismalli näyttää varsin stabiililta, sillä suuria muutoksia tässä asiassa ei ole tapahtunut 1985 lähtien. Kiander ym. pohtivat syiksi perinnönjättömotiivia ja toisaalta epävarmuutta tulevaisuudesta, eläkkeiden tasosta ja palveluista. Kiander ym. eivät pohdi sitä, mikä vaikutus yhteiskunnan luonteella on käyttäytymiseen. Ehkä laajasti saatavilla olevat julkiset palvelut, eläkeläisalennukset ja oman avun kulttuuri vaikuttavat siihen, ettei kulutuksen osuutta tarvitse eikä haluta nostaa. Joka tapauksessa tulevaisuudessa näyttäisi siltä, että ikääntyneen väestön määrän ja varallisuuden kasvaessa seurauksena on myös lisääntynyttä kysyntää hyvätasoisille yksityisen sektorin palveluille.

Tarmo Valkosen kommenttikirjoituksen johtopäätökseen on mahdollista yhtyä. Väestön ikärakenteen muutoksen ja erityisesti kolmannen iän kansantaloudellisista merkityksistä on Suomessa sittenkin kohtuullisen vähän tutkimusta. Hyvän tutkimuksen puuttuessa mielipiteet, tunteet ja poliittisesti korrekrit puheenvuorot pitävät kentällä isoa osaa hallussaan. Poliitiikan tekemisen kannalta johtopäätös voisikin olla aiheen tutkimukseen panostaminen.

### *Hyvää terveyttä ja toimintakykyä kannattaa tavoitella*

Aktiiviseen ikääntymiseen vaikuttavat useat tekijät. Yksilöllisten tekijöiden ohella keskeisiä ovat mm. taloudelliset olosuhteet (tulot, työ), sosiaali- ja terveyspalvelut, sosiaaliset tekijät ja fyysinen elinympäristö. Vain osa terveyden heikkenemisestä on vanhenemisesta johtuvaa, muut ei-biologisperäiset syyt ovat merkitykseltään suurempia. Näihin muihin terveystoimintapotentiaalia nakertaviin tekijöihin on politiikan keinoin mahdollista pyrkiä vaikuttamaan.

Terveystoimintapotentiaali ja toimintakyky ovat WHO:n ajattelussa keskeisiä käsitteitä. Ikä alentaa kiistatta ihmisen toimintakykyä, joitakin kykyjä aikaisemmin kuin toisia. Toimintakyvyn alentuminen sinänsä ei ole pulma, sillä ihmiset sopeutuvat siihen monin eri tavoin, esimerkiksi hankkimalla apuvälineitä, kuten silmälasia, kuulokojeita tms. tai sopeuttamalla tavoitetasoaan. Keskeistä on miettiä sitä, missä vaiheessa toimintakyky alenee toimintakyvyttömyyden kynnyksen huonommalle puolelle. Mikäli yhteiskunta toimisi tervettä ja aktiivista ikääntymistä edistävällä tavalla, suurempi osa väestöstä saavuttaisi potentiaalisen hyvän terveyden tason, jolloin toimintakyvyn laskuun siirtyisi elinkaarella tuonnetuksi ja toimintakyvyttömyyttä korjaavien palveluiden tarve olisi vähäisempää.

Suomessa on koettu nopea keskimääräisen eliniän nousu. Silti sairastavuudessa ja elinajanodotteissa Suomi ei tasoltaan ole vielä kovin korkealla verrattuna muihin kehittyneisiin teollisuusmaihin. Odotettavissa olevilla terveillä vuosilla mitattuna Suomi ei pärjää muille maille (WHO). Toisin sanoen Suomessa on potentiaalia kohottaa ihmisten toimintakykyä ja terveiden elinvuosien määrää. Suuren eriarvoisuuden takia Suomessa on myös erittäin suuri mahdollisuus terveystoimintapotentiaalin kohottamiselle sukupuolten välisiä terveyseroja kaventamalla ja miesten terveydestä huolehtimalla.

Tapahtuva ikärakenteen muutos tulee lisäämään toimintarajoitteisten henkilöiden määrää, kuten Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen tässä raportissa esittävät. Muista tulevaisuuden tekijöistä koulutusrakenteen paranemisen voi ajatella lisäävän toimintakykyä, toisaalta kotitalousrakenteissa näkyvä yksin asuminen yleistymisen toimii todennäköisesti toiseen suuntaan. Ikärakenteen muutokseen varautumisessa toimintakyvyn kohentamiseen tähtäävät toimet voivat olla merkitykseltään valtavan suuria. Toimintakyvyn kohentuminen tai paraneminen samaa tahtia elinvuosien kanssa voi

- tuottaa lisää toimintakykyisiä työvuosia,
- vähentää tarvetta turvautua sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin,
- tuottaa enemmän aktiivisempia ikääntyneitä ihmisiä.

Martelin ym. toteavat artikkelissaan, että tutkimusten perusteella lisääntyneet elinvuodet ovat olleet kokonaan toimintakykyisiä. Toimintakyky on siis parantu-

nut ja toimintakyvyn rajoitukset siirtyneet myöhemmälle iälle. Näin on tapahtunut kaikissa 55 vuotta täyttäneissä ikäryhmissä kaikkein vanhinta ikäryhmää lukuun ottamatta (85+). Martelinin ym. käyttämien toimintakykymittarien mukaan toimintarajoitteisten lukumäärä vuosina 1980 ja 2000 oli koko lailla samalla tasolla vaikka ikääntyneiden määrä kasvoi huomattavasti. Kuitenkin tästä eteenpäin odotettavissa oleva ikärakenteen muutos merkitsee toimintarajoitteisten määrän jyrkkää kasvua. On syytä noteerata, että kasvua on jo vuoteen 2015 mennessä. Kasvun jyrkkyys riippuu oletuksista toimintakyvyn paranemisesta. Martelinin ym. johtopäätös onkin, että toimintakykyyn panostaminen on olennaisen tärkeää, jos halutaan vaikuttaa hoito- ja hoivapalveluiden tarpeen kasvuun. Toimintakykyyn on mahdollista vaikuttaa koko elinkaarella, myös myöhemmällä iällä.

Marja Vaarama lähestyy artikkelissaan toimintakyvyn ja hoivapalvelujen käytön välistä suhdetta. Vaaraman tutkimuksen mukaan hyvä fyysinen ja psyykinen terveys, hyvät sosiaaliset suhteet, turvattu taloudellinen asema ja esteetön asunto ja asuinympäristö suojaavat ikäihmisiä toimintakyvyn vaikeuksilta ja enenaikaiselta palvelujen käytöltä. Kaksi kolmesta 75 vuotta täyttäneestä tarvitsee apua selviytyäkseen kotona, mutta vain yksi kolmesta käyttää palveluja. 12 prosentilla avun tarve on suurta ja päivittäistä. Epävirallinen apu on siten edelleenkin ikääntyneiden tärkein avun lähde. Ikääntyneiden kotona selviytymisen ongelmat liittyvät valtaosalla arkipäivän kodinhoitoon, siivoukseen, ruoanlaittoon ja asiointiin. Vaaraman tulosten perusteella ikääntyneiden hoivan tarvetta voidaan vähentää merkittävästi parantamalla asuntoja ja asuinympäristöjä (mm. kodin esteettömyys, hissit, liikennepalvelut). Vaaraman tulosten mukaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn (voimavarojen) tukeminen ehkäisee palvelutarpeita.

Vaarama tähdentää kirjoituksessaan kotona selviytymistä tukevia palveluja. Kotipalvelujen kattavuuden nostaminen STM:n suosituksen mukaisesti 25 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä ja päivittäisen kotipalvelun/kotihoidon pitäminen nykyisessä 12 prosentissa näyttää hänen mukaansa riittävältä, mikäli yksityisten tukipalvelujen käyttö lisääntyy ja mikäli korjataan asuntojen ja asuinympäristöjen esteitä sekä tuetaan ikääntyneiden toimintakykyä ja vireyttä. Viimeksi mainitussa liikunnalla, kulttuurilla ja palvelukeskuksilla on merkittävä rooli.

Juhani Lehto kysyy kirjoituksessaan terveystalouden tarvetta selittäviä tekijöitä. Hänen mukaansa ei ole ollenkaan varmaa, että terveystalouden käyttöä määrittäisi väestön ikärakenne, siitä huolimatta, että terveystalouden käyttö on yleisintä juuri vanhemmissa ikäryhmissä. Lehto tavallaan muistuttaa siitä, että ihmisen elinkaaren loppupää, ajoittui se mihin ikään tahansa, on yleensä terveystalouden järjestelmälle eniten kustannuksia tuottavaa. Tästä näkökulmasta olennaista saattaisikin olla tietää viimeisiä 2–5 vuotta elävien määrän kehitys. Lehto piirtääkin erilaisia kasvuennustekäyriä eri ikäryhmille ja kuolleisuuden kasvulle ja

arvelee, että terveyspalvelujen tarpeen kasvu sijoittuu jonnekin ääripäiden välille. Ennusteen hajonta on tässäkin noteerattava. Ääripäät osoittavat terveydenhuollon käytölle koko väestön tasolla 10–50 prosentin kasvua, jos nuorten ja työikäisten tarpeet pysyisivät muuttumattomina.

Toimintakykyä käsittelevistä kirjoituksista korostuu terveyden ja aktiivisuuden yhteisvaihtelu, mikä on politiikan kannalta noteerattava asia. Erilaisia tulkintoja aktiivisen ikääntymisen sisällöstä ei kannattane asettaa vastakkain. Hyvä terveys, toimintakykyisyys ja energisyys näyttävät vaikuttavan aktiivisuuteen ja voimavarojen käyttöön eri elämänulottuvuuksilla. Aktiivinen elämä puolestaan näyttää tuottavan iloa, terveyttä ja toimintakykyä.

Ihmisten aktiivisuuden ja voimavarojen tukeminen sekä toimintakykyyn panostaminen voi olla oivallista ikääntymispolitiikkaa. Poliitiikka toimintakyvyn kohentamiseksi voi sekä parantaa ihmisten hyvinvointia että koitua samalla yhteiskunnan parhaaksi. Aktiiviseen ikääntymiseen satsaamisen potentiaalinen lupaus yhteiskunnan kannalta on se, että investoinnit kantavat hedelmää. Tuloksena voi olla paitsi hoito- ja hoivapalveluiden kustannusten vähentyminen myös lisääntyneestä aktiivisuudesta koitua hyöty yhteiskuntaelämän eri lohkoilla.

## Lähteet

- Avramov, D. & Maskova, M. (2003): Active Ageing in Europe, European Population Papers Series No. 12, Council of Europe.
- Bengtson, V. & Achenbaum, (1993): (eds.) The Changing Contract Across Generations, New York: Aldine de Gruyter.
- EU (1999): Towards a Europe for All Ages. Communication from the European Commission.
- EU (2002): Komission raportti Neuvostolle, Euroopan Parlamentille, talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Tukholman Eurooppa-neuvoston pyytämä raportti: Työvoimaosuuden nostaminen ja aktiivisen ikääntymisen edistäminen, KOM (2002) 9 lopullinen.
- Kalache, A. (2004): "Active Ageing – Who Perspectives for Policy Development and Research", luento Kansanterveyslaitoksella 30.8.2004.
- Niemi, I. (2003): Active or Passive Ageing? Paper at the IATUR Conference on Time Use Research, Comparing Time, Brussels 17–19.9.2003.
- OECD (2003): Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform, ECO/WKP (2003) 23, Paris: OECD.
- UN (2002): Report of the Second World Assembly on Ageing. Madrid 8–12 April.
- UN (2004): Towards a Society for All Ages, United Nations, DESA, [www.un.org/esa/socdev/ageing/](http://www.un.org/esa/socdev/ageing/)



U.S. Department of Health and Human Services (1997:) Active Aging: A Shift in the Paradigm, May 1997, <http://aspe.os.dhhs.gov/dalttcp/reports/actaging.htm>.

Walker, A. (2002): A Strategy for Active Ageing, International Social Security Review, Vol.55, 1/2002.

WHO (2002): Active Ageing. A Policy Framework. WHO/NMH/NPH/02.8.

## 2 IKÄÄNTYNEITTEN VOIMAVARAT

*Simo Koskinen*

### Sisällys

2.1	VANHENEMISEN OLEMUS .....	25
2.1.1	Vanhenemisen kaksikasvoisuus .....	25
2.1.2	Pitkäikäisyys, diversiteetti ja sukupolvet .....	26
2.1.3	Ikäkäsitteet muutoksessa .....	29
2.2	KOLMAS IKÄ JA TUOTTAVA IKÄÄNTYMINEN .....	31
2.2.1	Kolmas ikä .....	31
2.2.2	Tuottava ikääntyminen .....	33
2.3	VANHUSKÄSITYS, ELÄMÄNKULKU JA HYVÄ VANHUUS VOIMAVARANÄKEMYKSEN TAUSTALLA .....	36
2.3.1	Vanhuskäsitys .....	36
2.3.2	Elämäntilanne .....	38
2.3.3	Hyvä vanhuus .....	39
2.4	VOIMAVAROJEN KÄSITTEELLISTÄMINEN JA VOIMAVARANÄKÖKULMAN PERUSOLETTAMUKSET .....	42
2.4.1	Voimavaran käsite .....	42
2.4.2	Pääoman käsite .....	46
2.4.3	Mukautuminen vanhenemismuutoksiin .....	48
2.4.4	Voimavara- ja elämäntilanteen perusolettamukset .....	49
2.4.5	Ikääntymisen voimavaranäkemys Suomessa .....	51
2.5	IKÄÄNTYNEITTEN KOLLEKTIIVISET TAI RYHMÄTASON VOIMAVARAT .....	53
2.5.1	Ikääntyvien ja ikääntyneiden työntekijöiden voimavarat .....	53
2.5.2	Ikääntyneiden poliittiset resurssit .....	55
2.5.3	Ikääntyneiden aineelliset ja persoonalliset voimavarat .....	60
2.5.4	Asunto, koulutus ja terveys voimavaroina .....	63
2.6	SOSIOKULTTUURISET VOIMAVARAT .....	69
2.6.1	Kolmannen iän vapaudet voimavarana .....	69
2.6.2	Vanhuuden kehitystehtävään liittyvät voimavarat .....	70
2.6.3	Elämäntilanteen resurssit .....	71
2.7	YMPÄRISTÖ IKÄÄNTYNEEN VOIMAVARANA .....	71
2.7.1	Paikan ja kodin merkitys voimavarana .....	71
2.7.2	Sosiaalinen verkosto voimavarana .....	72
2.7.3	Perhe ja isovanhemmuus voimavarana .....	74
2.8	PSYKKISET JA HENKISET VOIMAVARAT .....	75
2.9	VOIMAVARANÄKÖKULMAN HAASTEET YHTEISKUNTAPOLITIIKALLE .....	76
2.10	YHTEENVETO .....	77
	LÄHTEET .....	79

## 2.1 Vanhenemisen olemus

### 2.1.1 Vanhenemisen kaksikasvoisuus

Vanheneminen ja vanhuus ovat ilmiöinä hyvin kaksikasvoisia. Erilaiset vanhenemisprosessit aiheuttavat sekä myönteisiä että kielteisiä seurauksia (esim. Atchley 2000, 4–5). Negatiivisessa mielessä vanhuus tuo mukanaan erilaisia menetyksiä ihmisen elämään kuten raihnaisuutta, sairauksia, ulkonäön muutoksia, toimintakyvyn laskua, yksinäisyyttä, statuksen laskua tai suoranaista syrjintää. Tiedämme hyvin, että yli 75-vuotiaista enintään 30 % on enää kliinisesti terveitä ja yli 90-vuotiaista on vaikea löytää tässä mielessä tervettä (Heikkinen 2002). Samoin tiedämme, että joka kolmannen yli 75-vuotiaan ja joka toisen yli 85-vuotiaan toimintakyky on alentunut siinä määrin, että he tarvitsevat päivittäistä apua selviytymisessä (Vaarama & Voutilainen 2002, 353).

Myönteisinä vanhenemiseen liittyvinä seikkoina mainitaan usein kokemuksen, moninaisten taitojen ja viisauden lisääntyminen. Vanhuus voidaan nähdä myös seesteisyyden ja erilaisten vapauksien kautena. Ihmisen elämänkulku on mahdollista mieltää kumulatiivisena prosessina, jonka aikana ihmisen mukaan tarttuu monia asioita. Osa näitä prosesseista ovat voimavaroja kuluttavia, osa taas niitä lisääviä.

Vanhenemisen kaksikasvoisuudesta seuraa, että yhteiskunnan tasolla vanhenevista ja vanhuutta voidaan korostaa ihmiskunnan suurena voittona ja saavutuksena, kun on pystytty voittamaan tappavia tauteja ja parantamaan hygieenisiä oloja. Seurauksena on pitkän iän vaiheen saavuttaminen. Toisaalta vanhuus on mielletty sosiaalisesti ongelmaksi, jonka korjaaminen vaatii erilaisia yhteiskunnallisia toimenpiteitä. Kaikkina aikoina on vallinnut varsin dikotominen vanhuskäsitys yhteiskunnassa. Vuosisatojen aikana vanhuutta on kunnioitettu, mutta samalla nähty se kurjana ja pelottavana elämänvaiheena. (Koskinen 1994a, 22–28; vrt. Quadagno 1999, 102–122). Nykyisinkin suhtautuminen ikääntyneisiin voi olla arvostava joillakin yhteiskunnan alueilla esimerkiksi politiikassa, mutta syrjivä toisilla alueilla esimerkiksi työelämässä. Myös vanhenemisen tutkijat voivat painottaa tutkimuksensa lähtökohdissa joko vanhenemisen kielteisiä tai myönteisiä puolia. He voivat keskittyä etsimään tutkittavistaan menetyksiä ja heikkouksia tai vahvuuksia ja voimavaroja.

Vanhenemisen kaksikasvoisuus merkitsee sitä, että toisille vanhuus on voittopuolisesti myönteinen elämänvaihe ja toisille pääasiassa kielteinen vaihe. Vielä saattaa olla ihmisiä, jotka sijoittuvat näiden ääripäiden välille. Robert Atchley (2000, 5) on arvioinut, että amerikkalaisessa ikääntyneessä väestössä ikääntymisen vaikutukset ovat myönteisempiä kuin kielteisiä kahden suhteessa yhteen. Hän toteaa vielä, että iän karttuessa ikääntymisen myönteiset ja kielteiset

seuraukset ovat tavallisesti tasapainossa. Arvio pitää karkeasti ottaen melko hyvin paikkansa myös suomalaisen ikääntyneen väestön keskuudessa. Eri muutujilla arvioituna 60–70 % ikääntyneestä väestöstä vanhenee varsin myönteisesti. Kahdella kolmanneksella on tiivis sosiaalinen verkosto (Melkas & Jylhä 1997), 60 % ei tunne koskaan itseänsä yksinäiseksi (Vaarama & Kaitasaari 2002, 132; Routasalo ym. 2003); noin 70 % arvioi terveytensä vähintään keskinkertaiseksi (Sulander ym. 2004), kahden kolmasosan taloudellinen tilanne on hyvä tai kohtuullinen (Vaarama & Kaitasaari 2002, 125) ja kahdella kolmesta on niin ikään vahva minäidentiteetti. Suomalaisista yli 66-vuotiaista kolme neljäsosaa pitää ikääntymistä rikkautena ja runsas viidennes menetyksenä (Suuri valinta, ei painovuotta). Näitä lukuja vasten täytyy ottaa huomioon, että noin kolmanneksen vanheneminen ja vanhuus eivät suju pääosin myönteisesti. Monille elämänvaikeudet kasaantuvat, ja osa on syrjäytynyt useilta elämänalueilta.

### 2.1.2 Pitkäikäisyys, diversiteetti ja sukupolvet

Nykyisen ikääntymiskysymyksen taustalla vaikuttavat ennen muita kolme seikkaa: pitkäikäisyys (longevity), moninaisuus (diversiteetti) ja sukupolvet. Myös ikääntymisen voimavaroja on tarkoituksenmukaista peilata näitä tekijöitä vasten.

Elämme alhaisen kuolleisuuden maissa ensimmäistä kertaa ihmiskunnan historiassa pitkän iän oloissa. Pitkän iän olot merkitsevät kolmea toisiinsa kytköksissä olevaa ilmiötä, nimittäin maksimaalisen eliniän pidentymistä, elinajan odotteen lisääntymistä sekä hyvin vanhojen määrän kasvua. Korkein ihmisen saavuttama elinaika on pidentynyt viimeisen parin sadan vuoden aikana noin 20 vuodella. (Jeune 2002, 75–77). Ihmisen keskimääräisen elinajan eli syntymähetken elinajanodotteen kasvu on ollut viimeisen sadan vuoden aikana yksi suurimpia kehityskulkuja. Kun vuonna 1900 suomalaiset elivät keskimäärin 45-vuotiaiksi (miehet 43 ja naiset 48) ja nykyisin noin 78-vuotiaiksi (miehet 75 ja naiset 82), on keskimääräinen elinaika pidentynyt sadan vuoden aikana 33 vuodella (Martelin ym. 2003, 36). Yksi pitkäikäisyyden tunnuspiirre on, että kansalaisista yhä suurempi osa on hyvin iäkkäitä, millä nykyisin tarkoitetaan yli 90-vuotiaita. Kehittyneissä maissa sata vuotta täyttäneiden määrä on kaksinkertaistunut joka kymmenes vuosi 1950-luvulta lähtien, mikä merkitsee sitä, että satavuotiaiden joukko on kasvanut 20-kertaiseksi viimeisen 50 vuoden aikana. Koko maailmassa satavuotiaiden määrä on nykyisin yli 150 000. (Jeune 2000, 76). Suomessa satavuotiaiden määrä on nykyisin runsas 300. Yhdellä sadasta suomalaisesta on mahdollisuus saavuttaa nykyoloissa 100 vuoden ikä, mutta mahdollisuudet lisääntyvät koko ajan (Hervonen 2001, 7–9). Yli 80-vuotiaita suomalaisia oli 1970-luvun puolivälissä 52 000, mutta vuonna 2000 jo 177 000. Vastaavasti yli 90-vuotiaiden määrä on lisääntynyt 4 000 henkilöstä noin 30 000 henkilöön (esim. Koskinen ym. 2003, 28–29). Tässä yhteydessä ei ole mahdollista eritellä yksityiskohtaisesti pitkäikäisyyttä selittäviä tekijöitä, joita löytyy sekä kohorttivaiku-

tuksista (esim. sosioekonomisten olojen paraneminen) että periodivaikutuksista (esim. tuntuva kuolleisuuden aleneminen iäkkäissä ryhmissä). (esim. Jeune 2000, 77–80). Luonnollisesti perinnöllisyydellä on oma merkityksensä. Eino Heikkisen (2002, 30) mukaan perinnöllisten tekijöiden osuus on elinajan pituuden vaihteluiden selittämisessä noin neljännes, aikuisiän elinolojen ja -tapojen osuus noin puolet ja lapsuuden ja nuoruuden elinoloille jää noin neljännes.

Voimavaranäkemyks kytkeytyy pitkäikäisyyteen montaa eri kautta. Ikäkäsitteet muuttuvat pitkän iän oloissa ja syntyvät uusia ikävaiheita (esim. kolmas ikä) ihmisen myöhempään elämään. Useiden sukupolvien rinnakkaiselo yhteiskunnan ja perhetasolla on tosiasia. Monet sosiokulttuuriset voimavarat (esim. elämäkokemus, kasautuva viisaus ja hiljainen tieto) lisääntyvät merkittävästi, kun kansalaisista yhä useampi on korkeassa iässä. Pitkäikäisyys on ollut vuositasoista yhteiskunnallinen päämäärä, joka nyt on saavutettu. Kuitenkin tämä ihmiskunnan suuri voitto kääntyy yhteiskunnallisessa keskustelussa helposti vastakohtakseen, sosiaalisesti ongelmaksi. Puhutaan lähes katastrofista, kun ikääntyneitä ihmisiä tulee paljon. Päivitellään pitkän iän aiheuttamia kustannuksia, puhutaan eläkepommista ja hoitotaakasta (Koskinen ym. 1998, 19–20; Karisto & Konttinen 2004, 11). Kyllä pitkäikäisyys kiistatta lisää myös yhteiskunnan kustannuksia, mutta hyvin vanhojen määrä ja palvelujen tarpeen välinen suhde ei ole lineaarinen. Kustannusvaikutus riippuu muiden muassa terveiden vuosien kehityksestä, ikääntyneiden sosiaalisesta verkostosta, ympäristön esteettömyydestä ja siitä, voidaanko avuntarpeen alkua siirtää myöhemmäksi ehkäisevillä ja kuntouttavilla toimenpiteillä (esim. Karppi ym. 2003, 13).

Sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa käsitellään nykyisin runsaasti kysymystä vanhenemisen ja vanhuuden moninaisuudesta (diversiteetistä) ja heterogeenisyydestä. Jälkitekollisen ja postmodernin yhteiskunnan analyysissä on nostettu keskeisesti esille ihmisten elämäntilanteiden eriytyminen, moninaisuus ja vaihtelevuus (esim. Beck ym. 1995). Teollisen yhteiskunnan aikana vanhuus miellettiin varsin homogeeniseksi ilmiöksi. Jälkitekollisessa yhteiskunnassa on alettu kiinnittää huomiota vanhenemisen ja vanhuuden erilaisuuteen, monikasvoisuuteen, moniäänisyyteen ja heterogeenisyyteen (Koskinen ym. 1998, 14).

Vanhenemisen diversiteetillä viitataan siihen, että ikääntyneet ihmiset ovat hyvin erilaisia jo suhteessa ikäänsä. Puhutaan ikääntyvistä ja ikääntyneistä työntekijöistä, "nuorista vanhoista" (65–74), "vanhoista vanhoista" (75–84) ja "vanhoista vanhimmista" (85+). He ovat erilaisia myös toimintakykynsä, sukupuolensa, kohorttinsa, perheolonsa, asuinpaikkansa, rotunsa, etnisen taustansa ja sosiaaliluokkansa suhteen.

Voimavaranäkemyksen kannalta on tärkeää tiedostaa se, että ikääntyneet ihmiset ovat objektiivisesti erilaisia ja se, että he myös tulkitsevat tilanteensa erilaila. Sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa on erotettu käsitteet diversiteetti ja

heterogeenisyys. Diversiteetti viittaa ikääntyneiden ryhmien välisiin eroihin ja heterogeenisyys ikääntyneiden yksilöiden välisiin eroihin. Tärkeää on nähdä myös se prosessi, jota kautta yhteiskunnalliset muutokset tuottavat diversiteettiä esimerkiksi monikulttuurisuuden lisääntyessä yhteiskunnassa. Voidaan myös havaita, että ikääntymisen diversiteetti on koko ajan lisääntymässä. Suuret ikäluokat ovat vanhetessaan paljon moninaisempia kuin tähänastiset ikäihmiset (Torres-Gil 1992; Morgan & Kunkel 1998, 198–200, 431–437; Hooyman & Kiyak 1999, 5, 463). Erityisen merkitykselliseksi myös voimavarojen kannalta on osoittautunut diversiteetin ja heterogeenisyyden lisääntyminen ikääntyneiden perheissä. Perhemuodot ovat moninaistuneet, perheroolit pidentyneet ja samassakin perheessä voi olla viisikin biologista sukupolvea (esim. Bengtson ym. 1990).

Pitkän iän oloissa on tullut mahdolliseksi, että samanaikaisesti elää yhä useampia sukupolvia. Menemättä tässä yhteydessä sukupolven yksityiskohtaiseen erittelyyn (ks. esim. Alanen 2001) voidaan todeta, että sukupolvien määrä on kasvanut sekä yhteiskunnan että perheen tasolla. Karl Mannheim (1952; vrt. Morgan & Kunkel 1998, 11–12) määritteli vanhenemisen osana sukupolvien dynamiikkaa. Mannheimilaisille kulttuurisille sukupolville on kirjallisuudessa annettu erilaisia kuvaavia nimityksiä. Fernando Torres-Gil (1992, vrt. Quadagno 1999, 13) erotti viisi kulttuurista sukupolvea: "swing generation" (synt. 1900–1926), "silent generation" (synt. 1927–1945), "baby boom generation" (suuret ikäluokat, synt. 1946–1964), "baby bust generation" (vähälapsinen sukupolvi, synt. 1965–1979) ja "baby boomlet generation" (syntyvyyden hienoisen lisääntymisen sukupolvi, synt. 1980–). Suomalaisille tutumpi sukupolvijaottelu on peräisin J P Roosilta (1987, 53–56), missä erotetaan "sotien ja pulan sukupolvi" (synt. 1900–1920), "sodanjälkeisen jälleenrakennuksen ja nousun sukupolvi" (synt. 1925–1939), "suuren murroksen sukupolvi" (synt. 1940-luvulla) ja "lähiöiden sukupolvi" (synt. 1950-luvulla). Roosin tutkimuksen jälkeen on syntynyt jo viideskin kulttuurinen sukupolvi, joka odottaa vielä nimeään. Suuren murroksen sukupolveen sisältyy Suomessa myös merkittävä "baby boom" sukupolvi (synt. 1946–1949). Puhutaan myös poliittisista sukupolvista, joita ovat sotasukupolvi (1920–1926), jälleenrakennuksen sukupolvi (1927–1934), vakiintumisen sukupolvi (1935–1944), kulttuurimurroksen sukupolvi (1945–1951) ja ylipolitisoitumisen sukupolvi (1952–1957) (Jääsaari & Martikainen 1991, 15–22). Marjatta Marin (2000a, 37) korostaa onnistuneesti vanhenevaa yhteiskuntaa, jossa sukupolvien ja ikäryhmien väliset suhteet ovat tasapainossa ja tasavertaiset. Nämä suhteet tarkoittavat taloudellisia, moraalisia ja ideologisia valtasuhteita.

Pitkän iän oloille on tyypillistä, että myös perheissä eletään monen biologisen sukupolven yhteiseloa. Neljä perhesukupolvea ovat Suomessakin jo yleisiä ja viiden sukupolven perheet ovat koko ajan yleistymässä. Viiden sukupolven perheessä kolme vanhinta polvea saattaa olla jo eläkkeellä, yksi on työelämässä ja nuorin vielä koulussa. Voimavaranäkökulmasta nämä yhteiskunta- ja perhetason sukupolvet ovat ensi arvoisessa asemassa. Sukupolvien välisistä suhteista on

tullut tärkeä kysymys nyky-yhteiskunnassa. Kehittykö sukupolvien välille solidaarisuutta, kilpailua vai ajautuvatko ne konfliktiin? Minkälaisia sukupolvittaisia siirtoja ja sosiaalista vaihtoa tapahtuu (periminen, omaishoito). Miten sukupolvi-tietoisuus kehittyy? Miten turvataan sukupolvien välinen tasa-arvo, miten yhteiskunnan voimavarat jaetaan sukupolvien kesken? Miten ylisukupolvisuus otetaan huomioon suunniteltaessa tulevaisuuden ikäpolitiikkaa? Tarvitaanko muuttuneessa yhteiskunnallisessa tilanteessa ja hyvinvointiyhteiskunnassa uutta sopimusta sukupolvien välille? Millainen voimavara monisukupolvinen perhe on eri sukupolville? Näihin kysymyksiin joudutaan vastaisuudessa vastaamaan useasti. (esim. Walker 1996; Cutler & Hendricks 2001, 476; Myles 2000). Kansainvälisten vertailujen mukaan suomalaiset kuten muidenkin Pohjoismaiden kansalaiset kokevat kaikkein vähiten olevan sukupolvien välistä kuilua. Vain alle viidennes pohjoismaalaisista kokee ristiriidat suuriksi tai erittäin suuriksi nuorten ja vanhojen välillä (Forma 2002, 47–48).

Nykytutkimuksessa käytetään apuna sukupolvien välisten suhteiden tarkastelussa sukupolvitilinpitoa, jolla selvitetään sitä, onko nykyinen julkisen talouden järjestelmä (vero-, hyvinvointi-, hallinto- ja muut järjestelmät) mahdollista ylläpitää esimerkiksi suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Tällä hetkellä ollaan melko vakuuttuneita siitä, että suuret ikäluokat eivät johda Suomea rahoitusongelmiin, mikäli työllisyys, talouskasvu, väestönkehitys, veroaste ja etuudet säilyvät nykyisellään pitkällä aikavälillä (esim. Vanne 2002, 59–60).

Voimavarojen kannalta on tärkeä subjektiivisen sukupolven käsite, jolla tarkoitetaan ihmisten sukupolvi-tietoisuutta, samaistumista johonkin sukupolveen. Semi Purhosen (2002, 39–40) mukaan 60 prosenttia suomalaisista samaistaa itsensä johonkin sukupolveen. Korkein samastuneiden osuus 80,4 % on suurten ikäluokkien (1945–1950 syntyneet) jäsenten keskuudessa. Heitä aikaisemmin syntyneistä samaistuu sukupolveen 71,4 % ja heidän jälkeensä syntyneistä vain joka toinen (50,1 %). Suurten ikäluokkien jäsenten subjektiivisia sukupolvia ovat suuret ikäluokat (58,5 %), 60-luvun sukupolvi (8,5 %), sodanjälkeinen sukupolvi (6,8 %) ja hyvinvoinnin sukupolvi (5,8 %). Joka viides ei katso kuuluvansa sukupolveen. Perustellusti voidaan todeta, että suuret ikäluokat muodostavat paitsi yhden ikäkohortin myös tietoisien sukupolven (vrt. myös Virtanen 2002, 46).

### 2.1.3 Ikäkäsitykset muutoksessa

Vanheneminen on erilaista iän suhteen. Ikääntymisen voimavarojen etsimisessä ikääntymisvaihe on tärkeä. Pitkän iän oloissa se vaihe, jota kuvataan ikääntymisenä, on pidentynyt ja jäsentynyt uudelleen. Ikäsyrintä työelämässä ja toisaalta huoli työvoiman ikääntymisestä ovat nostaneet ikääntymis-käsitteen esille jo varsin varhaisessa vaiheessa. On alettu puhua senioriteetista voimavarana (Heinonen 1998), jolloin senioriteetin katsotaan alkavan neljänkymmenen vuoden

iästä. Korostetaan, että "nelikymppisillä" on vielä paljon arvokasta elämää edessään ja heillä on paljon annettavaa muille. Kansallisen ikäohjelman yhteydessä vuosina 1998–2002 otettiin käyttöön käsitteet "ikäntyvä työntekijä" (45+) ja "ikäntynyt työntekijä" (55+). Tavaksi on tullut myös etsiä näiden ikääntyvien ja ikääntyneiden työntekijöiden vahvuuksia, joita työelämässä on mahdollista hyödyntää (Ilmarinen 1998; 1999).

Teollisen yhteiskunnan aikana oli tavallista, että vanhuuden katsottiin alkavan sosiaalipoliittisessa iässä eli yleisessä vanhuuseläkeiässä, joka useissa teollistuneissa maissa on ollut 65 vuotta. Työnjätö ja vanhuus miellettiin kiinteästi toisiinsa nivelyviksi seikoiksi. Kuitenkin jo 1950-luvulla alettiin Suomessakin korostaa, että tyypilliset vanhuusmuutokset alkavat näkyä selvemmin vasta 75 vuoden iässä (Rintala 2003, 87–88). Vanhenemista ja vanhuutta määritetään kronologisen iän lisäksi sosiaalisten roolien muutoksen avulla, mistä esimerkkeinä käynevät leskeytyminen, isovanhemmaksi tulo tai eläkkeelle siirtyminen. Kolmas vanhenemisen kriteeri on funktionaalinen ikä, joka viittaa siihen, mitä ikääntyneet ihmiset kykenevät tekemään fyysisesti, millainen on heidän psyykinen tilansa ja millainen esimerkiksi heidän sosiaalinen verkostonsa on. Ikääntyneet ihmiset luokitellaan usein funktionaalisen iän perusteella hyvän toimintakyvyn omaaviin (the well elderly), toimintakyvyltään jonkin verran heikentyneisiin (the somewhat impaired elderly) ja huonokuntoisiin vanhuksiin (the frail elderly). (esim. Quadagno 1999, 10–12). Kansainvälisesti on arvioitu, että 60 % yli 65-vuotiaista asuu kotonaan itsenäistä elämää ja heidän toimintakykynsä on hyvä. Noin 30 prosentin toimintakyky on alentunut jossakin määrin ja joka kymmenes voidaan luokitella huonokuntoiseksi Cantor & Little 1985, 750). Tämä arvio pitää karkeasti ottaen paikkansa myös Suomessa.

Neljäs vanhenemisen määrittämisen mitta on subjektiivinen ikäidentiteetti tai kokemuksellinen vanheneminen (Quadagno mt., 12; Heikkinen R-L 2003). Käsite tarkoittaa mm. sitä, miten nuoreksi ikääntyneet ihmiset kokevat itsensä tai miten he vanhenemisestään kertovat.

Ikääntymisen heterogeenisyyttä kuvaa osuvasti ikääntyneiden jakaminen nuoriin vanhoihin (65–74), vanhoihin vanhoihin tai keskimmäisiin vanhoihin (75–84) sekä vanhimmista vanhimpiin (85+). Suomessa näihin ikääntyneiden ryhmiin kuului 2000-luvun alussa yli 65-vuotiaista 57 % nuorimpaan ryhmään, 36 % keskimmäiseen ja seitsemän prosenttia vanhimpaan ryhmään (Koskinen ym. 2003, 28). Yhdysvalloissa vastaava jakautuma vuonna 1995 oli 56 %, 33 % ja 11 % (Hooyman & Kiyak 1999, 13).

Entistä enemmän gerontologisessa tutkimuksessa ollaan taipuvaisia määrittämään varsinaisen vanhuuden alkavan 80 tai 85 vuoden iästä. Näitten ikäpyykien kohdalla fyysisen toimintakyvyn aleneminen, liikkumisvaikeudet ja sairastavuus lisääntyvät selvästi (esim. Atchley 2000, 8; Heikkinen 2000, 220–221).



Samoin 85. ikävuoden jälkeen tapahtuu dementian vallitsevuudessa oleellinen hyppäys ylöspäin (Hervonen & Lääperi 2001, 17). Subjektivista ikäkokemusta koskevan seurantalutkimuksen perusteella näyttää siltä, että suuri osa ikääntyneistä ihmisistä kokee edenneensä vanhuuteen juuri 80 ja 85 ikävuoden välillä (Heikkinen 2003, 194–196). Pitkäikäisten tutkimuksesta saadut tulokset puoltavat myös vanhuuden rajan myöhentämistä (Hervonen ym. 1996). Suomalaiset yli 60-vuotiaat henkilöt ovat sitä mieltä, että vanhus-käsite soveltuu käyttöön vasta yli 80-vuotiaista (Vaarama ym. 1999, 4–5).

## 2.2 Kolmas ikä ja tuottava ikääntyminen

### 2.2.1 Kolmas ikä

Eläminen pitkän iän oloissa ja vanhuuden alkamisen myöhentyminen ovat aktivoineet uusia käsitteitä kuvaamaan aikaisempia ikääntymisen vaiheita. Voimavaranäkemyksen kannalta käsitteet kolmas ikä ja tuottava ikääntyminen (productive aging) ovat näistä tärkeimmät. Käsitteet kietoutuvat monin tavoin yhteen. (Hooyman & Kiyak 1999, 509).

Suomessa ensimmäisiä kolmannen iän tutkimuksia on Marja Tikan (1991) perusteellinen katsaus kolmannen iän käsitteeseen, historiaan ja sen kehitykseen vaikuttaneisiin tekijöihin. Tutkimus osaltaan vakiinnutti kolmannen iän käsitteen suomalaisen keskusteluun. Ote Tikan tutkimuksesta kuvaa hyvin kolmannen iän pääsisältöä (mt., 5): *"Kolmannen iän keskustelijoiden viesti on seuraava: useissa läntisissä maissa on jouduttu yllättäen tilanteeseen, jolloin vanhat ihmiset eivät olekaan enää vanhoja sanan traditionaalisessa mielessä. Useimmat iäkkäät ihmiset ovatkin suhteellisen terveitä ja hyväkuntoisia tekemään erilaisia asioita ja nauttimaan elämästä: lähtemään kulttuurimatkalle Egyptiin, menemään tietokonekurssille, hankkimaan itselleen toisen asunnon etelän auringosta, oppimaan uusia asioita, tutkimaan naiseutta, mieheyttä ja ihmisyyttä, puhumaan seksuaalisuudesta, eutanaasiasta, moraalista, kuolemasta tai aloittamaan surffiharrastuksen jne. Eli yksinkertaisesti tekemään ja olemaan tekemättä mitä monimuotoisimpia asioita."*

Vaikka kolmannen iän käsitteen historia on jäljitettävissä aina keskiaikaiseen ikävaiheajatteluun, on se uudenaikaisessa mielessä syntynyt 1950-luvulla Ranskassa, jossa se kytkettiin lähinnä vaiheeseen, jossa vapauduttiin palkkatyöstä ja siirryttiin eläkkeelle. (mt., 65–66; 149). Eläkeläisyys oli muodostunut massailmiöksi useimmissa teollistuneissa maissa ja sille etsittiin mielekästä sisältöä (esim. Phillipson 1998, 55–64). Keskustelu kolmannesta iästä liittyi osana myös vanhenemisen ja vanhuuden moderniin diskurssiin. Käsitteet uusi vanhuus ja uusi vanheneminen nousivat esille 1980-luvulta alkaen (esim. Hugonot 1989; Torres-Gil 1992). Haluttiin päästä vapaaksi vanhuuden perinteisestä ymmärtämi-

sestä kielteisenä elämänvaiheena ja antaa vanhenemiselle ja vanhuudelle myönteisempää sisältöä. Kolmannen iän synty liittyy keskeisesti kasvatuksen, oppimisen ja vanhenemisen väliin suhteisiin. 1970-luvulla alkoi yleistyä kasvatusgerontologinen tutkimus, jossa pureuduttiin ikääntyvien opetukseen ja oppimisen kysymyksiin. Kolmannen iän käsitteen vakiintumiselle on ollut merkittävää kolmannen iän yliopiston alku Ranskassa Toulousen yliopistossa 1973 ja Englannissa Cambridgessä vuonna 1981. Suomessa ikääntyvien yliopistotoiminta alkoi vuonna 1985.

Peter Laslett (1989, 99–122; vrt. Tikka 1991, 36–37) on määritellyt kolmannen iän syntymiselle väestöllisiä, taloudellisia, sosiaalisia ja kulttuurisia ehtoja. Kolmas ikä edellyttää, että maassa eletään pitkän iän oloissa. On saavutettu tietty elinajan odotteen pituus. Yksityiskohtaisia demografisia indikaattoreita ovat seuraavat: a) että jokaisella yli 25-vuotiaalla kansalaisella on mahdollisuus saavuttaa 70 vuoden ikä ja b) että neljännes yli 25-vuotiaasta väestöstä on yli 60-vuotiaita ja c) että väestöstä vähintään 10 % on yli 65-vuotiaita. Englannissa nämä väestölliset kriteerit saavutettiin jo 1950-luvulla, Suomessa vasta 1970-luvulla (Tikka 1991, 36). On huomattava, että nykyisinkin vain alhaisen kuolleisuuden maat voivat saavuttaa nämä väestölliset kriteerit. Kolmannen iän syntyminen edellyttää myös tiettyä elintasoja maassa, kansallisvarallisuutta ja sen oikeudenmukaista jakoa sekä ikääntyvän henkilökohtaisia voimavaroja ja pääomia (rahaa, terveyttä, koulutusta jne.). Kolmas ikä edellyttää myös yhteiskunnallisia instituutioita kuten eläkejärjestelmiä, elinikäisiä koulutusmahdollisuuksia jne. Edellytetään myös sosiokulttuurisesti uusien ajattelu- ja elämäntapojen kehittymistä.

Osassa maailmaa mainitut kriteerit täyttyvät, ja ihmisen elämänkulun uusjako on totta nimitettäköön sitä kolmanneksi iäksi, toiseksi nuoruudeksi tai jollakin muulla nimellä. Kolmannessa iässä on kysymys elämänkulun uudelleen käsitteistämisestä, työn ja vapaa-ajan uudeltaisesta kytköksestä sekä kulttuurisesta muutoksesta (esim. Blaikie 1999, 68–77; Karisto 2002). Vaikka mm. Tikka (1991, 15) toteaa, että kolmannessa iässä eläminen ei riipu kalenteri-iästä vaan henkilökohtaisesta valinnasta, asetetaan kolmannen iän alkamiselle milloin 50, 55 tai 60 vuoden rajoja. Kolmannen iän katsotaan ulottuvan 75–80 ikävuoteen. Osittain kolmannessa iässä on kysymys keski-iän laajentumasta, aktiivisenioriteetistä tai nuorista vanhoista. Yleensä se mielletään työnjätön ja varsinaisen vanhuuden väliin jääväksi vaiheeksi (Karisto 2002, 138).

Usein kolmanteen ikään siirtymiseen liitetään työnjätön lisäksi lasten lähteminen kodista, aineellisten ja urapainoiden väheneminen, vapaus, nautinto, itsensä toteuttaminen, harrastukset, opiskelu, kulttuurisuus, kuluttaminen, ikätietoisuus, terveyden kuntoon saattaminen, autonomia ja riippumattomuus, persoonallinen valinta ja täytyminen, parhaimmillaan elämän kruunu (esim. Laslett 1989; Blaikie 1999). Ikääntyneiden ajankäyttöön, elämäntapoihin ja elämäntyyliin liittyvät

tutkimukset osoittavat, että kolmannen iän kulttuurinen sisältö on jo muodostumassa, vaikka osittain kolmasikäläiset vielä etsivät identiteettiään (Phillipson 1998, 2–4; Karisto 2002, 141).

### 2.2.2 Tuottava ikääntyminen

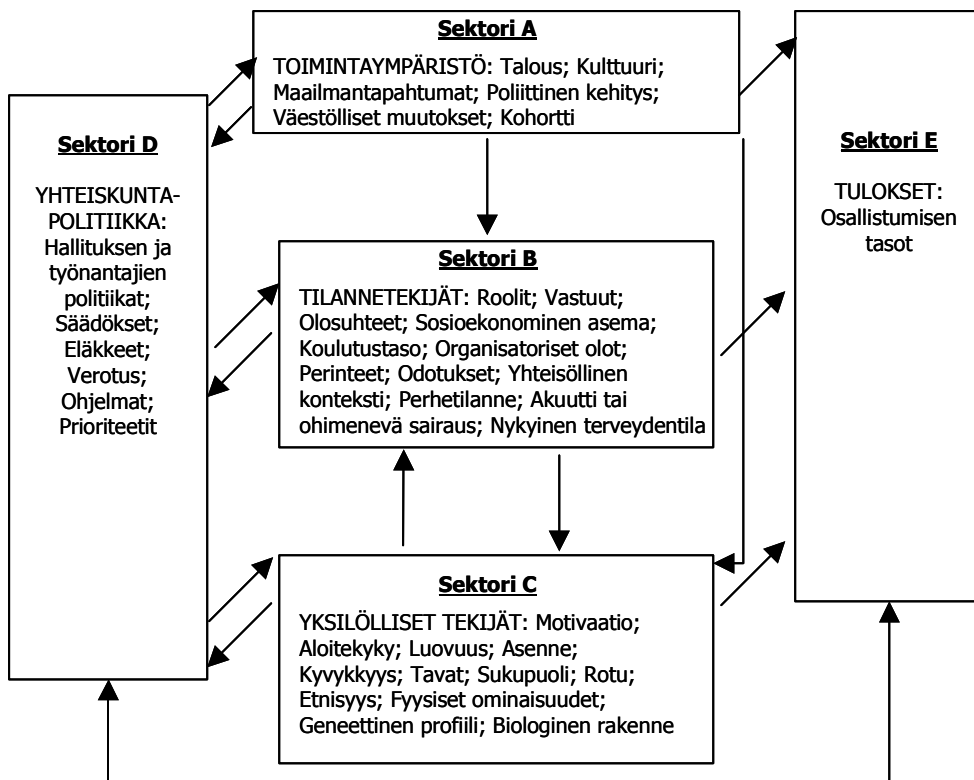
Kolmas ikä käsitteellistetään usein jatkuvana sitoutumisena ja keskittymisenä palkkatyön ja perheen ulkopuolisiin alueisiin. Siinä tunnustetaan ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet olla hyödyksi yhteiskunnassa. Kysymykseksi on nousut, miten tämä potentiaali ja kontribuutiot määritetään ja miten niitä mitataan. On syntynyt käsite tuottava vanheneminen (productive aging), joka liittyy oleellisesti kolmannen iän sisältöön. (esim. Hooyman & Kiyak 1999, 508–509; Morrow-Howell, Hinterlog & Sherraden 2001). Aikaisemmin sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa kiinnitettiin paljon huomiota siihen, miten ihmiset mukautuvat eläkkeelle. Pitkän iän oloissa tuottavan vanhenemisen käsitteen kautta pyritään tarkastelemaan ikäihmisten mielekkäitä rooleja ja mahdollisuuksia 20–25 vuotta jatkuvan eläkeläisyyden aikana. Tuottavan vanhenemisen keskeisenä sisältötekijänä on näkemys ikääntyneen ihmisen käyttämättömistä, arvokkaista voimavaroista (Morgan & Kunkel 1998, 203–204). Tuottavan vanhenemisen käsitteen historia liittyy sosiaaligerontologiassa ikääntyvien ihmisten terveyden edistämishjelmiin sekä tutkimukseen menestyksellisestä ikääntymisestä (successful aging).

Tuottavalla vanhenemisellä ymmärretään ikääntyvien henkilöiden erilaisia aktiiviteetteja, joilla he tuottavat (palkkatyönä tai ei-palkkatyönä) hyödykkeitä ja palveluja kuten kotityö, lastenhoito, vapaaehtoistyö sekä perheiden ja ystävien auttaminen (omaishoito). Myös koulutuksen ja taitojen hankkiminen näiden tehtävien suorittamiseksi luetaan tuottavaan vanhenemiseen. Tuottavan vanhenemisen käsite laajentaa työn käsitettä palkkatyöstä palkattomaan työhön. Usein myös vapaa-ajan erilaiset harrastukset, jäsenyys vapaaehtoisjärjestöissä, osallistuminen koulutusohjelmiin (opiskelu), uskonnollinen ja poliittinen osallistuminen sekä toimiminen eläkeläisten omissa järjestöissä sisällytetään tuottavaan vanhenemiseen (Bass ym. 1993; Hooyman & Kiyak 1999, 319–320; 340–351; Morrow-Howell ym. 2001.). On olemassa siten selvästi suppea ja laaja tuottavan ikääntymisen käsite. Scott Bass ja Francis Caro (2001) ovat suppean määrittelyn kannalla korostaessaan, että tuottavaa ikääntymistä kuvaa vain sellainen toiminta, jolla on taloudellista tai sosiaalista arvoa. He nimeävät tällaisiksi neljä toimintamuotoa: 1. palkkatyö, 2. vapaaehtoistyö, 3. avustaminen perheissä (pitkäaikaisairaantun tai lastenlasten hoito) ja 4. näihin valmistava koulutus (career-related education). Lähellä tuottavan ikääntymisen käsitettä on aktiivinen ikääntyminen, jonka esimerkiksi Alan Walker (2000) liittää kiinteästi ikääntyvän työvoiman kysymyksiin.

Tuottavan ikääntymisen käsitteen esille nostamista perustellaan tavallisesti viidellä seikalla (esim. Bass & Caro 2001, 37; Hinterlog ym. 2001, 4–5). Ensinnäkin ikääntyneiden ihmisten toimintakyvyn lisääntyminen luo edellytykset tuottavalle toiminnalle. Toiseksi halutaan kiinnittää huomiota siihen, ettei yhteiskunnassa ole riittävästi tuottavia rooleja ikääntyneille kansalaisille. Kolmantena tavoitteena on kehittää positiivisempi käsite näkemykselle, että ikääntyminen on riippuvuuden kautta. Neljäs tarkoitus on murtaa ikäsyrijintä (ageismi). Viidenneksi halutaan laajentaa vanhuskäsitystä kapeasta biologisesta näkemyksestä uusiin mahdollisuuksiin.

Bass ja Caro (2001, 47) ovat kehittäneet tuottavan ikääntymisen käsitteellisen mallin (kuvio 2.1), jonka tarkoituksena on osoittaa niitä tekijöitä, jotka lisäävät tai vähentävät ikääntyneiden kansalaisten osallistumista tuottaviin toimintoihin. Mallin ideana on se, että muutokset sektorien A–D eri tekijöissä vaikuttavat ikääntyneiden osallistumiseen (Sektori E). Sektori A kuvaa laajoja makrotason globaaleja, kansallisia ja historiallisia voimia, jotka vaikuttavat kulloiseenkin yhteiskuntapolitiikkaan ja vanhojen ihmisten elinoloihin. Sektoriin B sisältyvät vanhan ihmisen elämäntilanteeseen liittyvät seikat, jotka säätelevät osallistumismahdollisuuksia. Sektorissa C sijaitsevat ikääntyneiden ihmisten henkilökohtaiset voimavarat, jotka ovat luonteeltaan psykobiologisia. Sektori D sisältää yhteiskuntapoliittiset järjestelmät, yksityisen sektorin (yrittäjät, järjestöt) säännöt ja määräykset sekä erilaisten ohjelmien (esim. kansallinen ikäohjelma) suomat mahdollisuudet vanhojen ihmisten osallistumisen lisäämiseksi tai estämiseksi. Sektori D on avainasemassa tuottavien roolien lisäämisessä ikäihmisille. Sektori E sisältää ne kollektiiviset tulokset ja vaikutukset (esim. sosiaalisen ja taloudellisen hyvinvoinnin lisäys), joita ikääntyneiden tuottavalla toiminnalla on ollut yhteiskunnalle, tuotannolle, perheelle ja ikäihmiselle itselleen. Keskeisiä politiikan alueita, joilla edistetään tuottavaa ikääntymistä, ovat muiden muassa työllisyyspolitiikka, vapaaehtoistyön arvostusta ja organisointia edistävä politiikka, omaishoidon tukeminen ja elinikäinen koulutus (esim. ikääntyvien yliopistotoiminta).

**Kuvio 2.1** Tuottavan ikääntymisen käsitteellinen malli.



Lähde: Bass & Caro 2001, 47.

On kuitenkin tärkeää muistaa, ettei kaikilla ole mahdollisuutta nauttia kolmannesta iästä ja olla tuottavia. Huono terveys, pienet tulot, kulkuvaikeudet, yksinäisyys ja suuret elämänmuutokset vaikeuttavat ja estävät osallistumista. Osa saattaa kokea, ettei heillä ole riittävästi tietoa ja taitoja näihin aktiviteetteihin ryhtymiseksi. Aikaisemman elämän osallistumismallit ja elämäntyyli vaikuttavat myös. (esim. Hooyman & Kiyak mt., 320).

Kolmannen iän ja tuottavan vanhenemisen käsitteet ovat joka tapauksessa liisänneet vanhenemisen myönteistä ymmärtämistä. Ne ovat nostaneet esiin ikääntyneiden ihmisten arvon itselleen ja yhteiskunnalle laajemminkin. Ne ovat kyseenalaistaneet vakiintuneet ikänormit, ikäodotukset sekä ikääntymistä koskevat stereotyyppit. Tuottava vanheneminen on kritiikki kaavamaisille huoltosuhdelaskelmille, joiden mukaan kaikki tietyn iän ylittäneet ovat huollettavia ja autettavia. Tuottavan vanhenemisen näkökulma auttaa kiinnittämään huomiota siihen, että yhteiskunta voi merkittävästi rakentaa ikääntymiskokemuksia laajentamalla ikääntyneiden ihmisten mahdollisuuksia.

Kolmannen iän ja tuottavan vanhenemisen käsitteisiin kohdistuu myös kovaa kritiikkiä. Yksi keskeinen kritiikin aihe on, että näillä käsitteillä ja ideologioilla syyllistetään niitä vanhoja ihmisiä, joilla ei ole edellytyksiä niiden mukaiseen toimintaan. Onko kysymys uudenlaisesta vanhenemispuheesta, joka on epätohdellista ja jopa pinnallista? Aletaanko varsinainen vanhuus mieltää entistä kielteisempänä? Molemmat käsitteet saatetaan mieltää liikaa palkkatyöhön ja perinteiseen eläkkeelle siirtymiseen kuuluviksi. Kaikilla ei ole tällainen elämäntyyli. Merkitseekö elämäntyylin muuttaminen uudenlaisen vanhenemisen stereotyyppien luomista? (esim. Jyrkämä 2001, 310–311; Karisto 2002, 138–139). Kolmannen iän kritiikki on paikallaan. Kuitenkin on muistettava, että uusi elämäntyyli on nimityksestä huolimatta tosiasia eikä missään sanota, mikä sen sisällön tulee olla.

Tuottavan vanhenemisen kritiikki tulee lähinnä ikääntymisen poliittisen taloustieteen taholta (esim. Estes ym. 2001) Kritiikin keskeinen sisältö on, että tuottavan ikääntymisen käsitteen avulla ujutetaan markkinaideologia vanhenemisprosessiin. Yksilön vastuu, yksilöllisyys ja tavaraluonne markkinoiden keskeisinä piirteinä tulevat vallitseviksi vanhenemisen ymmärtämisessä. Valtion vastuu vastavasti vähenee. Vanhuuden ongelmat redusoidaan yksilöllisiksi ongelmiksi. Samalla vanheneminen biomedikalisoidaan. Kritiikin mukaan käsitteen kehittämisessä ei ole otettu huomioon sukupuoleen, yhteiskuntaluokkaan ja rotuun liittyviä eriarvoisia mahdollisuuksia osallistua tuottavaan toimintaan. Hyvästä tarkoituksesta huolimatta tuottava vanheneminen diskriminoi niitä ikääntyviä, jotka ovat syrjäytyneet yhteiskunnan valtavirroista.

## 2.3 Vanhuskäsitys, elämäntyyli ja hyvä vanhuus voimavara-näkemyksen taustalla

### 2.3.1 Vanhuskäsitys

On olemassa kaksi päämallia ymmärtää vanhenemistä ja vanhuutta: biologinen ja biolääketieteellinen ja toisaalta sosiokulttuurinen vanhuskäsitys (esim. Fry 1995, 117). Ensiksi mainittu malli medikalisoii vanhenemisen ja vanhuuden, mikä merkitsee sitä, että vanhuus ja vanheneminen ovat ensisijassa lääketieteellisiä ongelmia ja niihin kohdistetut interventiot lääketieteellisiä kysymyksiä. Biolääketieteellinen käsitys vanhenemisestä johti yksipuoliseen näkemykseen vanhuudesta. Vanheneminen ja vanhuus pelkistettiin raihnaisuudeksi, sairauksiksi, diagnooseiksi ja patologiaksi. Vanhuuden patologisoinnilla on pitkä historia alkaen aina 1800-luvun alkupuolelta. Suomessakin vanhuuden medikalisointi on edennyt viimeisen 50 vuoden ajan. (Kirk 1994; Morgan & Kunkel 1998, 340–342; Phillipson 1998, 33–35; Atchley 2000, 374; Heikkinen 2002, 15–19; Rintala 2003, 29–38, 189–196). Biolääketieteellinen vanhenemisen malli on vähenevä tai laskeva malli, jonka kautta vanheneminen mielletään pääosin kielteisenä. Mallin avulla on vaikea nostaa esiin vanhenemiseen liittyviä voimavaroja, koska

vanhuus nähdään etupäässä ongelmana. Mary ja Kenneth Gergen (2003, 203) kävivät läpi Journal of Gerontology -lehden numeroita ja totesivat, että valtaosa artikkeleista korosti vanhojen ihmisten sairauksia. He listasivat seuraavat teemat: "*Alzheimerin tauti, diabetes, sairaalahoitoa vaatineet tapaturmat, dementia, krooninen reuma, krooninen stressi, tasapainon heikkeneminen, masennuslääkkeet, masennus, verenpainetauti, lihasten heikkeneminen, aivoverenkiertotauti, toimintakyvyn aleneminen ja haavautumat*". Vain yksi artikkeli heidän tarkastelemistaan artikkeleista käsitteli vanhenemisen positiivisia mahdollisuuksia, vaikka lehti edustaa koko gerontologista tutkimusta.

Sosiokulttuurista vanhuskäsitystä ovat vanhenemisen tutkimuksessa korostaneet erityisesti vanhenemisen poliittisen taloustieteen (esim. Phillipson 1998; Vincent 1999; Walker & Naegele 1999; Estes ym. 2001), sosiaalikonstruktioismin (esim. Gubrium & Holstein 1999; Gergen & Gergen 2003) sekä humanistisen ja kulttuurigerontologian (esim. Fry 1996; Luborsky & McMullen 1999; Cole ym. 2000) edustajat. Mainittujen alojen tutkijat kritisoivat vanhenemisen yksipuolista biolääketieteellistämistä ja korostavat vanhenemisen ja vanhuuden historiallista, kulttuurista ja yhteiskunnallista ulottuvuutta ja näkökulmaa. Historiallinen muutos sekä yhteiskunta ja kulttuuri muokkaavat vanhenemistä ja toisaalta ikääntyneillä ihmisillä on mahdollisuuksia vaikuttaa näihin. Sosiokulttuurinen käsitys korostaa moninaisia tapoja vanheta, näkee vanhuuden jopa uutena mahdollisuutena ja nostaa vanhenemisestä ja vanhuudesta esiin vahvuuksia sekä voimavaroja. Sosiokulttuurisen näkemyksen mukaan vanheneminen voi monessa suhteessa merkitä kasvua ja kehitystä eikä vain alenevaa suuntaa.

Phillipsonin (1998, 35–41) mukaan eläkeläisyyden (retirement) ja hyvinvointivaltion kehittyminen toisen maailmansodan jälkeen on merkinnyt vanhenemisen ja vanhuuden modernisoitumista. Hyvinvointivaltion keskeinen idea oli jakaa vanhenemisen riskit sukupolvien välisen solidaarisuuden avulla. Ensi kerran alettiin puhua vanhojen ihmisten kohdalla sosiaalisista oikeuksista ja sosiaalisesta kansalaisuudesta. Eläkeläisyys ja hyvinvointivaltio loivat uudenlaisen identiteetin perustan vanhoille ihmisille. Ikääntymisen yhteiskunnallisen näkökulman kautta me voimme hahmottaa, miten yhteiskunnan rakenteet, instituutiot ja vallankäyttö muovaavat ikääntyneiden ihmisten elämää: elämäntyylejä, sukupolvien välisiä suhteita, näkyvyyttä ja henkilökohtaista identiteettiä (esim. Vincent 1999). Toisaalta ikääntyneet ihmiset voivat omalla toiminnallaan järjestöjensä ja poliittisen edustamisensa kautta vaikuttaa (the politics of old age) yhteiskunnan toimintaan (esim. Walker & Naegele 1999).

Gergen & Gergen (2003, 204–205) korostavat sitä, ettei ole mitään vanhenemisprosessia itsessään, vaan vanhenemisdiskurssi syntyy ihmisten välisistä suhteista tietyssä kulttuurissa tietynä aikana. Korostamalla vanhenemisteorioiden sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakenteistuvaa luonnetta voimme kiinnittää huomiota mahdollisuuksiin uudelleen suunnata vanhenemisen kurssia positiivi-

sella tavalla. Kirjoittavat esittävät kolme aluetta, joiden kautta positiivinen vanheneminen mahdollistuu. Nämä alueet ovat keskittyminen itse (laajentaa tietoja, ruumiin kunto ja kauneus, etsiä uusia taitoja), investoida ihmissuhteisiin ja antaa panoksensa yhteisölle. Voimavarojen kannalta ovat siis tärkeitä itsensä toteuttaminen, emotionaalinen vuorovaikutus ja yhteisöllinen kontribuutio. Kulttuurin laajassa mielessä katsotaan niin ikään muovaavan ikääntymistä ja vanhuutta monella tavalla. Kulttuuri on ymmärrettävä globaalina, kansallisena ja paikallisena ilmiönä. Vanheneminen rakentuu erilaiseksi eri kulttuureissa. Esimerkiksi erilaisen etnisen taustan omaaminen tuottaa erilaisia vanhenemiskokemuksia. Kulttuuri antaa vanhenemiselle erilaisia merkityksiä, ja vanhoja ihmisiä kohdellaan ja arvostetaan kulttuurisidonnaisesti. Vanhojen ihmisten elämäkerrat, narratiivisuus ja elämäntarinat heijastavat heidän elämänsä historiallisuutta ja kulttuurisuutta. Vanhenemisen kannalta on tärkeää muistaa, että elämänkulku on yksi keskeisimpiä kulttuurisia yksiköitä. (esim. Fry 1996; Luborsky & Mc Mullen 1999).

### 2.3.2 Elämänkulku

Sosio-kulttuurisen vanhenemisen ymmärtämiseksi elämänkulun (life course) käsite on välttämätön. Käsite on hyvin monimerkityksinen ja sen sisältö riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä lähestytään (biografinen, tilastollinen, väestöllinen, kulttuurinen). Elämänkulkuteorian keskeisin anti on siinä, että sen avulla voidaan tarkastella vanhenemistä sekä mikro- että makrotasolla. Siinä voidaan yhdistää psykologista ja yksilöllistä merkityksenantoa sekä sosiaalista, historiallista, kulttuurista ja yhteiskuntarakenteellista kontekstia. (Hooyman & Kiyak 1999, 238). Jill Quadagno (1999, 15) luonnehtii elämänkulkua historiallisten tapahtumien, henkilökohtaisten ratkaisujen ja mahdollisuuksien sekä aikaisemman elämän kokemusten väliseksi vuorovaikutukseksi. Anni Vilkkö (2000, 75) toteaa, että "elämänkulun käsite liittyy toisiinsa ikää, elämänaikaa ja tapahtumarakenteita" ja jatkaa "elämänkulku saattaa yhteen iälle annettavat merkitykset ja eri elämänvaiheissa olevien ihmisten sosiaaliset asemat". Biografisesti elämänkulussa korostetaan niitä polkuja, joita yksilöt kulkevat elämänsä aikana ja sitä, miten näihin polkuihin vaikuttaa elämänvaiheen ja historiallisen ajan yhteispeli (esim. nuorena II maailmansodassa). Tilastollinen tai väestöllinen lähestymistapa keskittyy ikäkohorttien tai sukupolvien elämään ajan kuluessa. Puhutaankin kohortti-elämänkulun näkökulmasta. Kulttuurinen elämänkulku viittaa niihin ideaalisiin, ikäsidonnaisiin rooleihin ja ryhmäjäsenyyksiin, joita yksilön odotetaan toteuttavan tietyssä iässä (Uhlenberg & Miner 1996; Atchley 2000, 134–135; Martelin ym. 2000).



Elämäntapojen keskeiset käsitteet ovat sosiaaliset siirtymät ja elämäntapahtumat (kouluun meno, työntöön aloittaminen, perheen perustaminen) sekä elämäntapojen (koulutus, työura, perheura). Koskinen ym. (1998, 131) ovat esittäneet graafisesti suomalaisen satavuotiaan elämäntapojen. Kuvioon on sisällytetty rinnakkain historiallinen aika ja suomalaisen yhteiskunnan historialliset tapahtumat, henkilön biologiset elämäntapavaiheet lapsuudesta vanhuuteen, hänen kronologinen ikänsä sekä sosiaaliset siirtymät koulun alkamisesta isoisovanhemmukseen. Lisäksi vanhalle ihmiselle liittyy muistoja kaikkiin näihin elämäntapojen elementteihin ja hänellä on niille omat merkityksensä. Robert Atchley (2000, 137) kuvaa elämäntapojen graafisesti koulutus-, työ- ja perheurilla.

Voimavaranäkemyksen kannalta kumulatiivisen elämäntapojen käsite on hyödyllinen. Siinä on perusajatuksena näkemys siitä, että ihmisen elämän aikana hänelle kasaantuu hyviä ja huonoja asioita ja olosuhteita. Sosiaaligerontologiassa puhutaankin teoriasta, joka tarkastelee hyvien ja huonojen asioiden kasaantumisesta (The Theory of Cumulative Advantage and Disadvantage) elämäntapojen aikana (esim. O’Rand 1996, 197–203; Quadagno 1999, 182). Teorian avulla voidaan yhdistää esimerkiksi yksilön työura organisaatiorakenteisiin ja työmarkkinoihin, perheura sukupolvien välisiin rakenteisiin ja julkiseen politiikkaan sekä yleensä yksilöiden elämä historialliseen kontekstiin. Käytännössä teoria käsittelee esimerkiksi sitä, mitä seurauksia vanhuudelle on siitä, että ihmisen lapsuuden olosuhteet ovat olleet ankeat, koulutus on jäänyt vähäiseksi, työsuhteet ovat olleet epäsuotuisat ja eläke on jäänyt pieneksi. Eriarvoisuutta vanhuudessa on lähestytty usein tämän teorian avulla. Kumulatiivinen elämäntapojen ajattelu soveltuu hyvin myös etsimään vanhuuden voimavaroja ja niihin vaikuttaneita tekijöitä elämän aikana. On myös mahdollista arvioida niitä yhteiskunnallisia interventioita, joilla ihmisen elämää voidaan eri vaiheissa voimavaraistaa.

### 2.3.3 Hyvä vanhuus

Hyvän vanhuuden olemus implikoi tärkeitä vahvuuksia ja voimavaroja. Hyvässä vanhuudessa on kysymys mukautumisesta, adaptaatiosta vanhenemisen mukanaan tuomiin muutoksiin. Hyvä vanhuus voi olla tulosta tästä mukautumisprosessista (Atchley 2000, 174–175). Hyvän vanhuuden olemusta pyrittiin 1950–1960-luvulta lähtien lähestymään elämään tyytyväisyyden (life satisfaction) käsitteellä. Mikäli ikääntyvä ihminen on tyytyväinen nykyiseen ja menneeseen elämäänsä, hänen katsotaan vanhenevan suotuisasti. Elämään tyytyväisyyden elementteinä tuotiin esiin elämänhalu, periksi antamattomuus ja rohkeus, halu ottaa vastuu omasta elämästään, tunne siitä, että on saavuttanut mitä on halunnut, arvostaa itseään ihmisenä sekä on optimistinen ja näkee toivoa vielä edessä (esim. Atchley mt., 174–175).

**Kuvio 2.2** Hyvän vanhenemisen neljä sektoria.



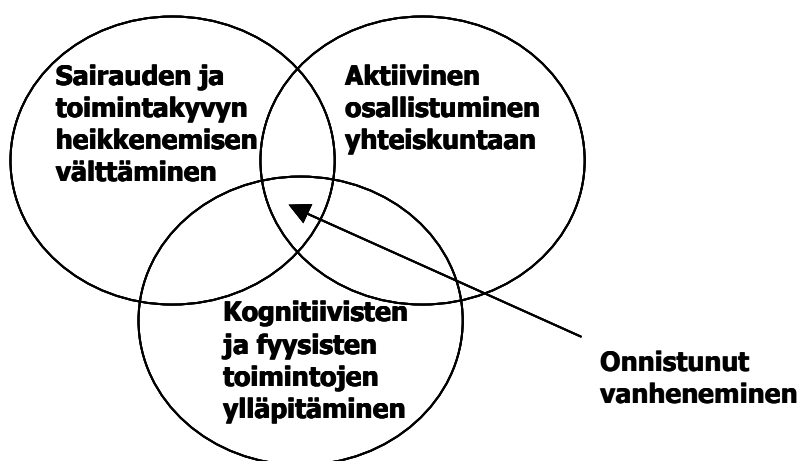
Lähde: Lawton 1983, 355.

Seuraava käsite oli hyvän elämän saavuttaminen (achieving the good life), jonka pohjalta Powell Lawton (1983) muotoili neliosaisen mallin hyvästä elämästä (the good life) vanhuudessa (kuvio 2.2). Hänen malliinsa sisältyivät seuraavat ulottuvuudet: kompetentti käyttäytyminen, psyykinen hyvinvointi, koettu elämisenlaatu ja objektiiivisen ympäristön positiiviset ominaisuudet. Käyttäytymisen kompetenssi tarkoittaa, että ikääntyneen ihmisen terveys ja toimintakyky ovat tallella, hänellä on runsaasti tietoja ja taitoja toimia itsenäisenä aikuisena kansalaisena ja kykyä vuorovaikutukseen muiden kanssa. Psyykkisesti ikääntynyt ihminen voi hyvin, jos hän ei ole masentunut, jos hän ei koe elämäntuskaa ja jos hän ei ole taipuvainen jatkuvaan pessimismiin. Koettu elämisen laatu eli hyvinvoinnin kokemuksellinen ulottuvuus tarkoittaa ikääntyvän ihmisen arvioita erilaisista elämänalueista kuten perheestä, ystävistä, toiminnasta, työstä, tuloista ja asumisesta. Lawtonin mielestä hyvän vanhuuden tärkeä kriteeri on ikääntyvän ihmisen omien valintojen ja toiminnan sekä ympäristön suomien edellytysten tasapainoinen suhde.

Onnistuneen vanhenemisen (successful aging) käsite on ollut mukana hyvän vanhuuden tutkimuksessa aina 1960-luvulta lähtien, mutta sitä on teoreettisesti kehitelty viime vuosien aikana (Rowe & Kahn 1998; Hooyman & Kiyak 1999, 171–173; Marin 2000b). Marja Jylhän (2000) tavoin voidaan todeta, että onnistunut vanheneminen on ollut yksi merkittävimmistä iskulauseista vanhenemisen tutkimuksessa. Sitä ovat käyttäneet sosiaalipsykologit, terveystutkijat, sosiologit sekä sosiaalipolitiikan tutkijat. Kuviossa 2.3 on havainnollistettu nykykäsityksen mukaista onnistuneen vanhenemisen olemusta, jonka edellytyksiä ovat hyvä fyysinen terveys ja toimintakyky, kognitiiviset toiminnot ovat kunnossa (ongelmanratkaisukyky, käsitteellistäminen, kielellinen kyky) ja ihminen on kiinni yhteiskunnassa (sosiaaliset verkostot, mielekäs toiminta). On tärkeää, ettei mikään

näistä kolmesta kriteeristä saa puuttua, jotta voidaan puhua onnistuneesta vanhenemisestä.

**Kuvio 2.3** Onnistuneen vanhenemisen malli.



Lähde: Hooyman & Kiyak 1999, 172.

Adam Garfein ja Regula Herzog (1995, vrt. Hooyman & Kiyak 1999, 172–173; Atchley 2000, 176–177) kehittivät vahvan vanhenemisen (robust aging) käsitteen, johon sisältyi neljä kategoriaa: korkea tuottava aktiivisuus (tietty tuntimäärä viikossa palkkatyötä tai palkatonta työtä), positiivinen status mielentilan suhteen (ei masennusta), positiivinen toimintakyvyn status (fyysiset toiminnot) ja positiivinen kognitiivinen status. Garfein ja Herzog testasivat tätä luokitustaan 1600 yli 60-vuotiasta henkilöä käsittävällä näytteellään. Tulos osoitti, että vielä yli 80-vuotiaidenkin ryhmässä vahvan vanhenemisen omaisi yli puolet (66 %, 60 %, 53 %) tutkituista, mutta kognitiivisen statuksen osalta vahvojen osuus oli vain 40 %. Tulokset eivät missään mielessä tue kielteistä yleistystä vanhenemisestä heikkenemisenä. Tutkimuksen tekijät toivat esille myös sen, että on varsin vähän tutkimusta positiivisista vanhenemiskokemuksista. Vahvan vanhenemisen käsite on lähellä tuottavan vanhenemisen käsitettä, jota tarkasteltiin edellä. Samoin käsitteet terve vanheneminen (healthy aging), aktiivisena vanheneminen (active aging) ja liikkuva vanheneminen (mobile aging) ovat lähellä hyvän vanhuuden olemusta (esim. Heikkinen 2002, 23).

Tulevaisuuden vanhuksia ajatellen on kehitetty rohkean (courageous aging, courageous ager) vanhenemisen käsite, joka viittaa ikääntyviin ihmisiin, joilla on "focus, vision and are willing to take risks" (Tirrito 2003, 237–238). Rohkeata vanhenemistä verrataan vuorelle kiipeämiseen. Vanhenemiseen tulee valmistautua jo keski-ikästä lähtien fyysisesti, psyykkisesti ja henkisesti. Rohkeasti vanheneva on alati kehittyvä yksilö, joka kohtaa erilaisia haasteita kaikissa elämän-

vaiheissa. Terry Tirriton mukaan (mt., 238) kaikkein vanhimmistakin vanhenevat rohkeasti ne, jotka elävät nykyisyydessä, koska he kykenevät olemaan sinut myös tulevaisuuden kanssa. Rohkeasti vanhenevan tunnuspiirre on myös se, että uskotaan siihen, että tulevaisuus muotoutuu jo tänään. Onnistuneen vanhenemisen edellytyksenä on kyky olla rohkeasti vanheneva.

Ikääntyneiden omat arviot hyvän vanhuuden tuottavista asioista ovat tärkeitä voimavarojen kartoittamisessa. Jyrkämän (1995, 196) tutkimuksen mukaan ikääntyneet haastateltavat arvioivat ylivoimaisesti tärkeimmiksi asioiksi hyvän terveyden ja kohtuullisen toimeentulon. Sitten seurasivat myönteinen elämänsen ja ihmissuhteet. Muina vaikuttavina tekijöinä tuotiin esille perhe, aktiivisuus, kunnollinen asunto ja uskonto. Antti Karisto ja Riikka Konttinen (2004, 162 tukeutuen Pirjo Kalmarin pro gradu-tutkielmaan) esittävät hyvän vanhenemisen peruselementteinä jatkuvuutta, aktiivisuutta ja muutosta kuvaavia muuttujia kuten oma ja läheisten terveys, lapset ja lastenlapset, ihmissuhteet, nykytilanteen jatkuminen ja elämänilo, tyydyttävä työtilanne, eläköityminen, vapaa-ajan toiminnot, taloudellisen tilanteen kohentuminen, matkustelu ja ympäristön vaihdos sekä asumisen uudelleen järjestely.

## 2.4 Voimavarojen käsitteellistäminen ja voimavaranäkökulman perusolettamukset

### 2.4.1 Voimavaran käsite

Käytän tässä esityksessäni rinnakkain voimavaran ja pääoman käsitteitä kuvatakseni niitä vahvuuksia ja hyviä asioita, joita ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyy. Voimavaran käsitettä käytetään paljon tutkimuksen piirissä ja varsinkin käytännön työssä ikääntyneiden ihmisten kanssa. Kuitenkin käsitteen operationaalistaminen on osoittautunut vaikeaksi. Puhutaan, että vanhoilla ihmisillä on paljon voimavaroja, mutta niiden yksilöiminen ei aina onnistu. Puhutaan myös voimavara- ja lähtöisestä vanhustyöstä, mutta aina ei selvästi osata konkretisoida, mitä voimavaroista lähtevä työn on.

Tässä esityksessä olen lähtenyt erittelemään ikääntyneiden voimavaroja ensinnäkin Ruotsissa 1970-luvun lopulla käynnistyneen laajan vanhustutkimuksen "Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden" pohjalta (Tornstam ym. 1982). Toinen lähtökohdani paikantuu niin ikään 1970-luvulla esiin nousseeseen resurssipohjaiseen hyvinvointitutkimukseen (esim. Johansson 1970; Allardt 1976). Näillä lähtökohdilla on monia yhtymäkohtia keskenään.

Hyvinvointitutkimukseen tuli tarve teoreettisen ajattelun sijaan tai rinnalle niin sanottu resurssinäkökulma. Tämä tuli hyvin esille Erik Allardtin johtamassa pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa, jossa hyvinvointitarpeiden tyydytys jaet-

tiin kolmeen arvoluokkaan ja 12 hyvinvoinnin osatekijään seuraavasti: Elintaso (having, tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus, terveys), yhteisyyssuhteet (loving, paikallisyhteisyys, perheyhteisyys, ystävyyssuhteet) ja itsensä toteuttamisen muodot (being, arvonanto eli status, korvaamattomuus, poliittiset resurssit, mielenkiintoinen vapaa-ajan toiminta, "tekeminen". (Allardt mt., 50). Tutkimuksessa käytettiin resurssin käsitettä kahdessa merkityksessä. Ensinnäkin niin, että katsottiin joidenkin tarpeiden tulevan tyydytetyiksi suoraan aineellisilla ja persoonattomilla resursseilla (esim. raha, asunto, terveys). Puhutaan myös kollektiivisista resursseista. Toisaalta jotkut tyydytetyt tarpeet (esim. ihmissuhteet) voivat toimia resursseina muiden tarpeitten tyydyttämiselle. Näin hyvinvoinnin osatekijät voivat toimia tavoitearvoina ja resursseina. Korkea elintaso, hyvät ihmissuhteet ja mahdollisuus määrätä elämästään ovat selviä resursseja, jotka voivat toimia keinona muiden resurssien saavuttamiselle. Resurssi-käsitteeseen miellyttiin sen vuoksi, että niitä on mahdollista muuntaa toisiksi resursseiksi ja niitä voidaan vaihtaa eri osapuolten kesken. Toiset hyvinvoinnin osatekijät ovat toisia tehokkaampia uusien resurssien hankinnassa (mt., 36–52).

Lars Tornstam (1982a, 60–61) lähti analysoimaan ikääntyneiden ihmisten voimavaroja määrittelemällä: *"että resurssi laajassa merkityksessä on aineellinen, persoonallinen ja henkinen ominaisuus, joka tunnetaan ja jota tietoisesti voidaan ja halutaan käyttää yhteiskunnallisesti ja yksilöllisesti asetetun tavoitteen saavuttamiseksi"* (käännös SK). Sellaiset vanhojen ihmisten ominaisuudet, joita ei tunneta, eivät ole resursseja. Myöskään sellaiset asiat, joita ei haluta käyttää, eivät ole voimavaroja. Tornstam asettaakin resurssin käsitteelle tiukat ehdot. Meillä täytyy olla ensiksikin tietoa tästä ominaisuudesta ja siitä tavasta, millä sitä voidaan käyttää hyväksi. Meidän täytyy selvittää, missä määrin ikääntyneellä henkilöllä on esimerkiksi työkykyä jäljellä ja myös se, millä tavalla tätä työkykyä voidaan hyödyntää. Toiseksi täytyy olla tietty yksimielisyys siitä, minkä tavoitteen saavuttamiseksi vanhan ihmisen panosta tarvitaan. Esimerkiksi vanhan ihmisen jäljellä olevan työkyvyn käyttö omaishoidossa on sekä yhteiskunnan että perheen edun mukaista. Kolmanneksi pitää olla halua ja tahtoa hyödyntää vanhan ihmisen voimavaraa. Työmarkkinatilanne ja ikääntyvän ihmisen oma halu saattavat estää ikääntyneen ihmisen työssä jatkamisen. Molemmat tahot sen sijaan voivat haluta ikääntyneen tekevän omaishoitotyötä. Vanhan ihmisen voimavarat ovat potentiaalisia resursseja niin kauan, kunnes puheena olevat ehdot tulevat täytetyiksi.

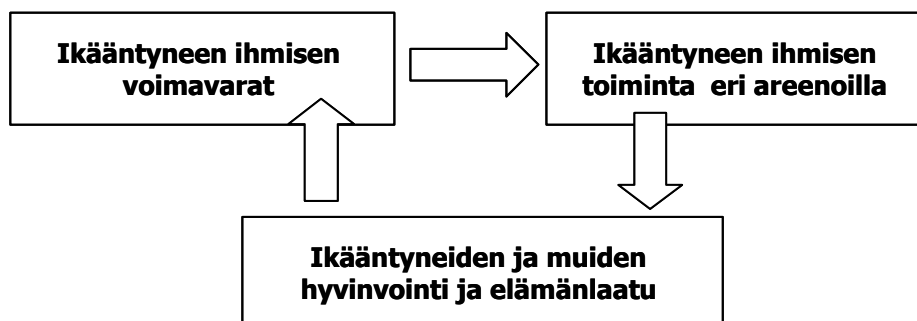
Ikääntyvien ihmisten voimavarojen analyysissä ovat tärkeitä kysymyksiä, mitä voimavarat ovat, missä niitä voidaan käyttää, mitä esteitä niiden käytölle on, miten voimavarat vapautetaan ja miten ne muuttuvat yhteisölliseksi tai yksilölliseksi hyväksi. Lars Tornstam (1982a, 73–74) jakaa ikääntyvien voimavarat seitsemään pääryhmään, joita ovat 1. työvoima palkkatyössä, 2. vapaaehtoistyö, 3. työpaikkojen luominen kulutuksen kautta, 4. kulttuurisen perinnön siirtäminen sukupolvelta toiselle, 5. ammatillisen ja muun tiedon siirtäminen jälkipolville, 6.

normi- ja arvojärjestelmän välittäminen ja 7. elämäkokemuksen välittäminen. Hän tarkastelee näiden voimavarojen toteutumismahdollisuuksia yhteiskunnan, naapuruston ja perheen tasolla.

Työmarkkinatilanne ja eläkepolitiikka saattavat estää ikääntyneiden käytön työvoimana, joskin tässä suhteessa on tapahtumassa muutos parempaan suuntaan mahdollisen työvoimapulan ja eläkelainsäädännön muutoksen myötä. Vapaaehtoistyöllä on merkitystä kaikilla tasoilla. Kulttuurin välittäminen on paljolti ammatillistunut ja ikäihmisten omaehtoinen kulttuuritoiminta etsii uomiaan. Arvojen siirtämisen tiellä saattavat olla kulttuurin muutos ja kulttuurinen pluralismi. Elämäkokemuksen välittämistä voi estää ainakin yhteiskunnan tasolla vallitseva arvorakenne. Torstamin mielestä kulttuuriset tehtävät ja elämäkokemuksen välittäminen onnistuvat parhaiten perhetasolla. Ikäihmisten kulutusmahdollisuudet toimivat parhaiten Torstamin mukaan yhteiskunnan tason voimavaroina.

Resurssien vapauttamista koskevassa analyysissään Tornstam (mt., 120–124) puhuu ensinnäkin tilanteista ja mahdollisuusrakenteista, jotka hän näkee joko resursseina tai ehtoina. Näitä ovat yksilölliset resurssit tai ehdot (esim. koulutus), rakenteelliset resurssit tai ehdot (esim. liikenneverkosto, palvelujärjestelmä) ja suhderesurssit tai ehdot (esim. sosiaalinen verkosto). Toinen ulottuvuus on ikääntyvän ihmisen todellisuuskäsitys (käsitys aineellisista ja ihmissuhteisiin liittyvistä tekijöistä, käsitys rakenteellisista olosuhteista, käsitys itsestään siinä ympäristössä, jossa elää). Kolmanneksi tulevat ikäihmisen omat arvot. Tornstam esittää ikääntyneiden voimavarojen vapauttamiseksi neljää strategiaa. Ensimmäinen strategia on ehtojen, tilanteiden ja mahdollisuuksien muuntaminen resursseiksi. Esimerkiksi vanhan ihmisen koulutus, ympäröivä kaunis luonto tai suuri lasten määrä muutetaan resursseiksi, jotka parantavat hänen elämänlaatuun. Toisessa strategiassa on kysymys ikääntyvän ihmisen tekemisestä tietoisesti omista potentiaalisista voimavaroistaan ja mahdollisuuksistaan. Kolmanneksi voidaan voimavaroja vapauttaa neutralisoimalla ikääntyneiden tai muiden arvoja ja arvostuksia, jotka estävät resurssien käytön. Esimerkiksi kyseenalaistamalla näkemys, että vanhat kilpailevat työpaikoista nuorten kanssa. Neljäs strategia pyrkii ehkäisemään sellaisia ehtoja, jotka sitovat vanhan ihmisen voimavaroja. Käytännön esimerkkinä käynee asunnon ja asumisen muuttaminen niin, että se vähentää kotitapaturmia ja sosiaalista eristäytymistä.

**Kuvio 2.4** Resurssit, areenat ja elämänlaatu.



Lähde: Mukaillen Tornstam 1982a, 111.

Tornstam (mt., 111) esittää myös prosessimallin siitä, kuinka ikääntyvän ihmisen resurssit muuntuvat erilaisilla areenoilla toimimisen kautta hyvinvoinniksi ja elämänlaaduksi (kuvio 2.4). Yllä esitetystä voimavarojen määritelmässä yhteiskunnallisella tai yksilöllisellä tavoitteella voidaan ajatella tarkoitettavan hyvinvoinnin (having, loving ja being) lisäämistä ja elämänlaadun parantamista. Tämä voi koskea ikääntyneen ihmisen itsensä lisäksi hänen läheisiään tai koko yhteisöä. Ikääntyneiden elämänlaatuun on sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa yleensä sisällytetty esimerkiksi asuin ympäristön laatu, sosioekonominen status, henkilökohtainen autonomia, fyysinen ja psyykinen terveys, elämään tyytyväisyys ja psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen integraatio sekä mielekäs toiminta (esim. Hughes 1990, 55; Tenkanen 2003, 86–117). Toiminta-areenoita voivat olla esimerkiksi Torstamin (mt., 111; Allardt 1976, 73) mukaan taloudelliset ja työmarkkinat, naapuristo, yksityiselämä, vapaa-aika ja politiikka. Lisäksi voidaan mainita kulttuuri ja perhe. Mallin mukaan parantunut elämänlaatu puolestaan tuottaa uusia resursseja ikääntyneiden käyttöön.

Ikääntyneiden voimavarojen tarkastelussa on tärkeä myös sosiaalisen vaihdon käsite (esim. Allardt 1976, 55–62; Tornstam 1983b; Taylor & Bengtson 2001, 131). Ikääntynyt ihminen nähdään vaihtosuhteessa muiden ja ympäristönsä kanssa. Tässä suhteessa vaihdetaan konkreettisia asioita kuten rahaa, tavaraa ja hoivaa sekä symbolisia asioita kuten tietoja. Toiset vaihdettavat resurssit ovat perin henkilökohtaisia (rakkaus, tunteet) ja toiset taas universaaleja (tavara, raha). Mitä enemmän ikääntyneellä ihmisellä on voimavaroja, sitä vahvempi hän on tässä vaihtosuhteessa. Omaishoitoa tarkastellaan usein sosiaaligerontologiassa tällaisena vaihtosuhteena. Lapin kylien ikääntyneitä ihmisiä koskevassa tutkimuksessa (Ylikulppi 2002, 16) havaittiin, että ikääntyneet auttoivat lapsiaan taloudellisesti (31 %), lastenhoidossa (31 %), taloustöissä (28 %) sekä korjaustöissä (19 %). Vastaavasti ikäihmiset saivat apua taloudellisesti (15 %), talous-

töissä (54 %), ja korjaustöissä (72 %). Vaihto ulottui vielä kolmanteenkin polveen.

#### 2.4.2 Pääoman käsite

Pääoman käsite on osoittautunut hedelmälliseksi välineeksi sosiaaligerontologiassa mm. hyvän vanhenemisen, vanhenemisen voimavarojen ja elämäntilanteen tutkimuksessa. Se soveltuu hyvin myös sosiaalisen vaihdon näkökulmaan. Marjatta Marinin (2000a, 39; 2002, 101) mukaan pääoman käsitteiden avulla voidaan yhdistää vanhenemisen rakenteelliset ja yksilölliset tekijät sekä samalla ymmärtää sukupolvien välisiä ja sisäisiä eroja. Voidaan analysoida niitä yhteiskunnallisia tekijöitä, jotka vähentävät tai lisäävät ikääntyneiden kansalaisten voimavaroja. Tutkittaessa elämäntilanteen aikaista stratifikaatiota (esim. eriarvoisuutta) pääoman käsitteellä on todettu olevan heuristista merkitystä (O'Rand 2001).

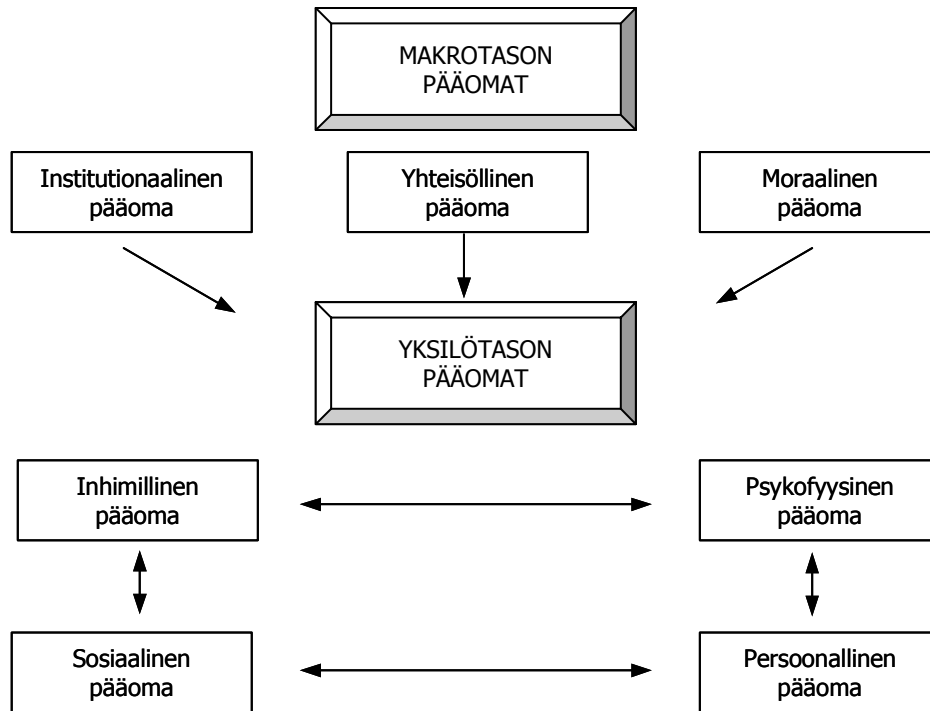
Pääoman käsite viittaa yksilöllisiin ja yhteiskunnallisiin ominaisuuksiin, toiminta-resursseihin ja mahdollisuuksiin, joiden avulla voidaan hankkia uusia asioita, toimia erilaisilla areenoilla ja kentillä sekä toteuttaa taloudellista ja muuta yhteiskunnallista toimintaa (esim. Sankari 2004, 47–48). Siten pääomia on mahdollista tarkastella sekä yksilö- että yhteiskunnan tasolla. Perinteisesti on korostettu sitä, että "nuoriso on kansakunnan kallein pääoma". Vastaavasti voisi tuoda esiin, että "ikäntynyt väestö on kansakunnan merkittävä pääoma". Totutussa merkityksessä pääoman käsite viittaa erityisesti taloudelliseen pääomaan, johon sisältyvät rahapääoma ja reaali-pääoma. Viime vuosikymmeninä pääoman käsite on huomattavasti laajentunut ja konkreettisen pääoman rinnalle on noussut monia kuvainnollisia pääoman käsitteitä. Käsitteinä ikääntyneen ihmisen yksilölliset voimavarat ja pääomat nähdään tässä synonyymeinä.

Tutkittaessa aikaisempien elämäntilanteen vaiheiden merkitystä vanhenemiselle ja vanhuudelle on tarkasteltu erilaisten pääomien liikettä elämäntilanteen aikana (O'Rand 2001). On nimetty sekä yksilö- että yhteiskuntatason pääomia. Yksilötason pääomia ovat muiden muassa inhimillinen pääoma (kasvatus, koulutus, ammattitaito, työkokemus), psykofyysinen pääoma (mielenterveys ja fyysinen terveys), sosiaalinen pääoma (esim. sosiaaliset suhteet, sosiaaliset verkostot, yhteisöllisyys) ja persoonallinen pääoma (esim. joustavuus, positiiviset tunteet, itseluottamus, mahdollisuus kontrolloida elämäänsä, terveelliset elämäntilanteet). Elämäntilanteen tutkimuksessa nämä eri pääoman muodot sisältyvät käsitteeseen "elämäntilanteellinen pääoma". Pääomat voivat elämäntilanteen aikana lisääntyä tai vähentyä. (mt., 200–203). Yhteisötason pääomia ovat institutionaalinen pääoma (esim. hyvinvointivaltiolliset etuudet, julkiset hyödykkeet), yhteisöllinen pääoma (esim. paikallinen työllisyystilanne, palvelujärjestelmä) ja moraalinen pääoma (esim. sukupolvien välinen solidaarisuus, sosiaalinen identiteetti, kiintymys) (mt.,



204–209). Tärkeää on havaita erilaisten yksilötason voimavarojen keskinäiset suhteet ja toisaalta yksilötason ja yhteiskunnan tason voimavarojen monimutkaiset suhteet. Yksilölliset pääomat voivat vahvistaa toisiaan. Samoin makrotason pääomat voivat lisätä tai vähentää yksilöllisiä pääomia (kuvio 2.5).

**Kuvio 2.5** Ikääntymisen makrotason ja yksilötason pääomat.



Lähde: Laadittu O'Rand'in (2001, 197–213) tekstin pohjalta.

Pääomatarkastelun taustalla on usein Pierre Bourdieu'n (1986, 241–258) tekemä pääomien jaottelu eri lajeihin, joita ovat taloudellinen, kulttuurinen, sosiaalinen ja symbolinen pääoma. Mainittuja pääoman lajeja on sovellettu vanhenemisen tutkimuksessa ja hyvinvointipoliittisessa keskustelussa (esim. Marin 2000;2002; Ruuskanen 2001;2002). Tässä yhteydessä sivuutan eri pääoman lajien yksityiskohtaisen määrittelyn ja tuon esiin vain keskeiset piirteet kunkin pääoman osalta. Kutakin pääoman lajia voidaan tarkastella sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Tässä kuitenkin rajoitun yksilöllisten pääomien tarkasteluun. Taloudellinen pääoma on näistä konkreettisin sisältäen rahallisen pääoman, omistamisen sekä omistusoikeuden. Kulttuurinen pääoma viittaa kulttuuristen tuotteiden omistamiseen, tiettyyn tapaan elää ja tehdä valintoja (habitus) sekä kykyyn käyttää ja tuottaa kulttuuria. Sosiaalisessa pääomassa on kysymys lyhyesti sanottuna sosiaalisista verkostoista, niihin liittyvistä normeista ja luottamuksesta

(esim. paikallisiin laitoksiin, sosiaalisiin verkostoihin ja kanssaihmiisiin). Sosiaalinen pääoma merkitsee myös yhteisöllisyyttä, suhdeverkkoja, ryhmäidentiteettiä, sosiaalista osallisuutta ja yhteisösuhteita. Jussi Simpura (2002, 210–211) esittelee Isossa-Britanniassa toteutetun sosiaalisen pääoman mittausmallin, jota on käytetty tutkittaessa yksittäisten kansalaisten sosiaalista pääomaa. Malli antaa konkreettisen kuvan sosiaalisen pääoman sisällöstä. Malliin kuuluu viisi teema-aluetta, joihin kuhunkin sisältyy useita yksittäisiä muuttujia. Teema-alueet ovat osallistuminen (esim. paikallisosallistumisen intensiteetti), kontrolli ja pystyvyys (esim. tyytyväisyys elämänhallintamahdollisuuksiin), yhteisötason rakenteiden ja piirteiden havaitseminen (esim. arvio terveyspalveluista), sosiaalinen vuorovaikutus, verkostot ja tuki (esim. sosiaalisten verkostojen syvyys) sekä luottamus, vastavuoroisuus ja sosiaalinen koheesio (esim. luottamus julkisiin palveluihin).

Symbolinen pääoma viittaa ihmisen tai ihmisten kykyyn ja valtaan vaikuttaa muiden pääomien arvon määrittämiseen (esim. valta vaikuttaa kunkin hetken vanhuskäsitykseen). Antti Karisto ja Riikka Konttinen (2004, 166–167) käyttävät käsitettä ikääntyneiden energiapääoma, joka käsittää terveyden, toimintakyvyn, vitsaisuuden ja näihin liittyvän minäkuvan. He myös näkevät energiapääoman osana symbolista pääomaa, koska esimerkiksi terveyden kautta määritetään paljolti hyvää vanhuutta.

### 2.4.3 Mukautuminen vanhenemismuutoksiin

Vanheneminen merkitsee monenlaisia muutoksia, kielteisiä ja myönteisiä. Tavallisimpia ikääntyvien ihmisten elämässä tapahtuvia muutoksia ovat muutokset työelämässä ja eläkkeelle siirtyminen, asunnon tai paikkakunnan vaihdos, viimeisen lapsen kotoa lähteminen, leskeytyminen, mahdollinen tulojen aleneminen, kroonisten sairauksien syntyminen ja toimintakyvyn aleneminen, omanarvontunnon heikkeneminen sekä sosiaalisten roolien ja harrastusten muutokset. Haittaavat muutokset aiheuttavat sen, etteivät kaikki vanhat ihmiset suinkaan täytä hyvän ja onnistuneen vanhenemisen kriteereitä. On olemassa kuitenkin monia keinoja sopeutua näihin muutoksiin niin, että voidaan saavuttaa, jopa ylittääkin ennen muutoksia vallinnut taso. Monet muutokset tapahtuvat vähitellen, jolloin ikääntyvä ihminen mukautuu niihin tiedostamattaan ja rutiininomaisesti. Toisaalta usein tarvitaan tietoisia strategioita muutoksista selviämiseksi. Gerontologiassa onkin kehitetty teoriaa adaptaatioprosesseista, jotka edistävät mukautumista näihin muutoksiin (esim. Baltes & Baltes 1990, 1–34; Baltes 1993, 580–594; Quadagno 1999, 158–159; Atchley 2000, 157–174; Thorson 2000, 161–164; Heikkinen 2002, 25–26).

Adaptaatio tarkoittaa ikääntyvän ihmisen sopeutumista itseensä, erilaisiin tilanteisiin ja ympäristöön. Usein vanhenemismuutokset kielletään, mutta muun muassa Robert Atchley (mt., 138) korostaa sitä, että onnistunut mukautuminen

edellyttää muutoksen tunnustamista, minkä pohjalta ikääntyvä ihminen voi muuttaa esimerkiksi käyttäytymistään paremmin tilanteeseen sopivaksi. Arkipäivän selviytymistaidot (coping skills) ovat tärkeitä mukautumisen kannalta. Usein ikääntyneet ihmiset etsivät aikaisemmassa elämässään käyttämiään selviytymiskeinoja. Ne saattavat joskus toimia hyvinkin, mutta ne voivat olla toisaalta tehotomia uudessa tilanteessa, jolloin tarvitaan uusien taitojen harjaannuttamista. Jatkuvuus on tärkeä mukautumisstrategia vanhenemismuutoksiin. Atchley erottaa sisäisen ja ulkoisen jatkuvuuden. Edellinen viittaa siihen, mitä säilyy muistissa (esim. lapsuuden muistot, mielenmaisema, käsitys itsestä, käsitys maailmasta). Jälkimmäinen tarkoittaa tuttua asuinympäristöä tai tuttuja ihmisiä. Uusia muutostilanteita käsitellään sisäisen ja ulkoisen jatkuvuuden avulla.

Ennakointi on yksi mukautumisstrategia. Sen avulla ikääntyvä ihminen tarkastelee mahdollisesti tulevaisuudessa tapahtuvia asioita pyrkien minimoimaan huonoja asioita ja edistämään muutoksen positiivisia puolia (esim. eläkkeelle valmennus, elämäntavat, varautuminen kohtuulliseen eläketasoon ja palvelujen saantiin). Valikoinnin strategia merkitsee keskittymistä ikäihmisen mielestä kaikkein tärkeimpiin ja välttämättöimpiin toimintoihin, silloin kun toimintakyky eikä ympäristön kunto salli kaikkia aktiviteetteja. Optimoimalla voimavaransa vain valittujen toimintojen toteuttamiseen ja kiinnittymällä näihin intensiivisesti ikääntynyt ihminen voi ylläpitää hyvää elämisen tasoaan. Kompensointi on varsin tavallinen keino muutoksiin sopeutumisessa. Teknologian hyväksikäyttö, apuvälineet, muistamista helpottavat keinot, uusien kykyjen kehittäminen (opiskelu, liikunta) ja kuntoutus käynevät kompensoinnista esimerkkeinä. Usein iäkkäillä ihmisillä on taipumus alentaa vaatimustasoaan (ns. aspiraatiotason lasku) ajatteleamalla esimerkiksi, että ei tässä iässä toimintakyvyn enää tarvitsekaan olla niin hyvä. Voimavara-ajattelun kannalta on tärkeää muistaa, että hyvinkin sairaat ja huonokuntoiset ihmiset voivat parantaa elämäänsä erilaisilla mukautumismekanismeilla ja lisätä mahdollisuuksiaan onnistuneeseen vanhenemiseen.

Osa ikääntyneistä ihmisistä valitsee adaptaation sijasta paon, mikä usein merkitsee kielteisiä keinoja kuten vanhenemismuutosten kieltäminen, eristäytyminen, alkoholin ja huumeiden käyttö sekä äärimmäisenä ratkaisuna itsemurha (esim. Atchley mt., 170–174).

#### 2.4.4 Voimavaralähtöisyyden perusolettamukset

Ikääntyneiden voimavarojen kartoittamiselle antaa hyvän pohjan tutustuminen hyvin vanhoja ihmisiä koskevien tutkimusten johtopäätöksiin (esim. Hervonen ym. 1996; Louhija 1998; Hervonen 2001). Vaikka tutkimusjoukko näissä tutkimuksissa on hyvin valikoitunut, osoittavat tutkimukset kuitenkin, että hyvin vanhoillakin on vielä voimavaroja ja he itse ovat voimavaroja yhteiskunnassa. Miksi sitten ei nuoremmilla ikääntyneillä olisi voimavaroja ja pääomaa? Tampereen

yliopiston terveystieteen laitoksella on tehty merkittävää tutkimusta yli 90-vuotiaista henkilöistä (TERVASKANTO 90+ ja 100+ -projekti), jonka tulokset antavat viitteitä ikääntyneiden voimavaroista. Enemmistö yli 90-vuotiaista asui kotonaan ja suuren osan fyysinen ja henkinen suorituskyky oli vielä kohtuullinen. Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta tutkittavat olivat hyvin elämänmyönteisiä. Perustellusti voidaan sanoa, että kaikki 90 vuoden iän saavuttaneet ovat selviytyjiä. Seuraavassa esittelen muutaman suoran sitaatin tutkijoiden johtopäätöksistä, joihin hyvin vanhojen tutkimus antoi aiheita:

1. "... ikääntyminen parhaimmillaan ei ole sairautta, kurjuutta ja toimintakyvyttömyyttä" (Hervonen 1996, 13)
2. "Nyt korkeassa iässä he ovat samanaikaisesti kiinni elämässä ja valmiita siitä luopumaan" (Jylhä 1996, 11)
3. "Tervaskannot osoittivat meille joka tapauksessa, että tulevaisuudessa yhä useammat meistä voivat nauttia pitkästä fyysisestä ja henkisestä iästä ja kohdata lopulta arvokkaan luonnollisen kuoleman" (Hervonen mt., 18)
4. "Tervaskanto -projekti on avannut myös meille tutkijoille uuden näkökulman ihmisen elämänkaareen. Pitkään elänyt ihminen voi olla huolestunut ympäristön saastumisesta mutta suhtautua tyynesti omaan kuolemaansa, hän voi olla samanaikaisesti vuosisadan alun maalaistyttö ja 1990-luvun isoisoäiti, kahden Venäjän tsaarin aikalainen ja nykyinen EU-politiikan terävänäköinen tarkkailija" (Jylhä mt., 11)
5. "Nämä ihmiset, joita kutsun vuosisadan vartijoiksi, edustavat ikäpyramidin terävintä huippua. --- Tässä kirjassa mukana olevat ovat siis poikkeusyksilöitä, mutta he viestivät meille kuitenkin: tulkaa perässä, koettakaa keksiä, miten minä sen tein! Heidän tarinansa avaavat eteen kokonaisen vuosisadan, he ovat elävää historiaa. Monet heistä ovat eläneet kolmella vuosisadalla ja kahdella vuosituhanella". (Hervonen 2001, 7)
6. "Mutta vanhenemista voidaan tarkastella myös prosessina, jossa elämäntapa ja tieto kasautuvat ja jossa mahdollisuudet henkisten ja muiden voimavarojen vapautumiseen yhä lisääntyvät (Tornstam 1982a, 60).

Ikääntyminen voidaan mieltää myös Giddens'in (1991) tavoin toisena tai uutena mahdollisuutena. Ihmisen elämän ei tarvitse aina jatkua samaa rataa, vaan elämän suuntaa voi muuttaa missä vaiheessa tahansa. Esimerkiksi eläkkeelle siirtymisen jälkeen ihminen voi harkita kokonaan uusia polkuja elämälleen. Yksi voimavara-ajattelun perusolettamus on interventionäkökulma, jonka mukaan ihminen voi itse vaikuttaa voimavarioihinsa vanhana varautumalla ja ennakoimalla. Myös yhteiskunta voi lisätä erilaisilla toimenpiteillään ikääntyneiden voimavaroja (esim. eläkepolitiikalla, luomalla opiskelumahdollisuuksia jne.). Nykyisin puhutaankin vanhojen ihmisten voimavaraistamisesta tai voimaannuttamisesta (esim. Thursz ym. 1995).

## 2.4.5 Ikääntymisen voimavaranäkemys Suomessa

Vanhenemisen voimavarakeskustelua on käyty Suomessa 1970-luvun lopulta saakka. Merkittävänä silmien avauksena voidaan pitää amerikkalaisen Alex Comfort'in teoksen *A Good Age* ilmestymistä suomeksi nimellä *Paras ikä* vuonna 1979. Kirjassa Comfort ruotii terävästi ja kriittisesti vanhoihin ihmisiin kohdistuvia kielteisiä asenteita, myyttejä ja kaavamaisia yleistyksiä. Hän kirjoittaa kirjaan (s. 26–27): *”Muutokset, jotka voisivat herättää henkiin ihmisessä koko hänen elinikänsä vallitsevat henkiset ja ruumiilliset voimat, ovat asennemuutoksia. Kun vanhaan ihmiseen ei suhtauduta ensisijaisesti vanhuksena ja vasta toissijaisesti ihmisenä, vaan ihmisenä, joka sattuu olemaan vanha ja joka yhä on samanlainen kuin on aina ollutkin paitsi että hänellä nyt on enemmän kokemusta ja rasitteena tietyt iän aiheuttamat fyysiset vajavuudet – vasta silloin sosiaaligerontologia on saanut sanomansa perille”.*

Suomessa on ilmestynyt ainakin kolme kirjaa, joiden nimenä on vanhenemisen tai vanhuuden voimavarat. Vuonna 1982 ilmestyi Riitta Auvisen ym. kirjoittama teos *Vanhenemisen voimavarat*, jossa Comfort'in tavoin pyrittiin murtamaan vanhuuden myyttejä ja näkemään vanheneminen kokonaisuutena. Voimavarojen käsite tulee esille vain otsikossa, sillä voimavaroja ei mitenkään käsitteistetä kirjassa. Kirjan merkitys lieneekin siinä, että vanhenemisen voimavarat asenteena jäivät ihmisten mieliin.

Vuonna 1998 ilmestyi Jarmo Heinosen toimittama teos *Senioriteetti voimavarana*, jossa tarkasteltiin yli 40-vuotiaiden uusia elämisen mahdollisuuksia. Kirjan aiheet sivuavat keskeisesti kansallisen ikäohjelman teemoja. Vaikka voimavaroja ei kirjassa systemaattisesti määritellä, kirjan artikkeleissa ne nousevat selvästi. Kirjan otsikosta Senioriteetti voimavarana kirjoittaa Jarmo Heinonen. Kirjan 15 artikkelin joukossa muiden muassa Osmo Kuusen artikkeli Ikääntyneet tietoyhteiskunnan voimavarana korostaa sitä, että ikääntyneiden ammattitaitoa voidaan hyödyntää tietoyhteiskunnan verkostoitumisessa. Sinikka Vakimo analysoi vanhan naisen voimavaroja, joita ovat esimerkiksi auttajan rooli, välittäjän ja jatkuvuuden turvaajan rooli sekä tiedon hallinta. Kirjan keskeinen merkitys on siinä, että se kiinnitti huomiota erityisesti ikääntyvän työvoiman vahvuuksiin.

Kolmas voimavarakirja on Eino Heikkisen ja Marjatta Marinin toimittama *Vanhuuden voimavarat* vuodelta 2002. Kirja on tähänastisista monipuolisin, vaikka siinäkään ei vielä voimavaroja selkeästi käsitteistetä. Kirjassa tarkastellaan ikääntymistä ja sen voimavaroja varsin modernisti kiinnittämällä huomiota aktiiviseen ikääntymiseen, ikääntymiseen elämänkulun näkökulmasta, adaptaatiomekanismeihin, psyykkisiin ja mielen voimavaroihin, muisteluun voimavarana sekä yhteiskunnan mahdollisuuteen voimavaraistaa ikääntyneitä palvelujärjestelmän ja opiskelun avulla.

Myös muutamissa akateemisissa ikääntymistutkimuksissa on korostettu vanhenemisen voimavaranäkökulmaa. Esimerkkeinä mainittakoon Jyväskylässä yliopistossa toteutettu Eino Heikkisen johtama Ikävihreät -projekti (vuosina 1985-), Helsingin yliopiston Vanhuuden voimavarat -tutkimusprojekti, jota johtivat Antti Karisto ja Jan-Erik Ruth (vuosina 1994–1998), Simo Koskisen Lapin yliopistossa johtama ELVI (elämisen välineitä ikääntyville) tutkimus- ja kehittämishanke (vuosina 1998–2002) sekä Helsingin yliopiston Lahden koulutus- ja tutkimuskeskuksessa (2002–) meneillään oleva, Antti Kariston johtama Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus- ja kehittämishanke. Ikävihreät -projektissa olivat keskeisenä ikääntyneiden toimintakykyyn mutta myös kokemuksellisuuteen ja narratiivisuuteen liittyvät voimavarat (esim. Heikkinen 1996). Vanhuuden voimavarat – projektissa keskityttiin ikääntyvien ihmisten hyvinvoinnin voimavaroihin sekä yksilöllisiin voimavaroihin sopeutumisen näkökulmasta. ELVIssä ikääntyneet osallistuivat hankkeeseen olemalla kiinteästi mukana yhdessä tutkijoiden kanssa kehittämässä erilaisia elämisenvälineitä (esim. Outila & Koskinen & Piekkari 2002). Ikihyvä Päijät-Häme-hanke keskittyy terveyteen ja elämäntyyleihin voimavarana (esim. Karisto & Konttinen 2004). Kaikista hankkeista on ilmestynyt lukuisia osatutkimuksia. Edellä käsitelty Tampereen yliopiston Tervaskanto90+ -tutkimushanke kuuluu luonnollisesti näiden hankkeiden joukkoon.

Ikääntymiseen liittyviä voimavaroja on nostettu esiin myös muutamissa viimeaikaisissa väitöskirjatutkimuksissa. Varsinkin kulttuurigerontologinen tutkimus on alkanut korostaa vanhenemisen kulttuurisia voimavaroja. Sinikka Vakimo (2001, myös 1998) nostaa esiin väitöskirjassaan "*Paljon kokeva, vähän näkyvä. Tutkimus vanhaa naista koskevista kulttuurisista käsityksistä ja vanhan naisen elämäkäytännöistä vanhan naisen voimavaroja ja kulttuurisia merkityksiä.*" Sirkka-Liisa Palomäki sivuaa samaa teemaa väitöskirjassaan (2004) "*Suhde vanhenemiseen. Iäkkäät naiset elämänsä kertojina ja rakentajina*", jossa tarkastellaan iän ja elämänkerronnan välistä suhdetta. Leonie Hohenthal-Antin'in väitöskirja (2001) "*Luvan ottaminen – ikäihmiset teatterin tekijöinä*" käsittelee senioriteatteri Kutkutuksen toiminnasta saatuja kokemuksia. Anne Sankari tarkastelee väitöskirjassaan (2004) "*Ikääntyviä tietoyhteiskunnassa. Kulttuuriset ajattelutavat ja sosiaalinen tila*" ikääntymisen ja tietotekniikan suhdetta voimavaranäkökulmasta. Tutkimuksen keskeinen viesti on "ikääntyvät tietoyhteiskunnan voimavarana". Myös joissakin viimeaikaisissa gerontologian ja vanhustyön oppikirjoissa on selvästi voimavaralähtöinen ote (esim. Hervonen ym. 1998; Koskinen ym. 1998; Heikkinen & Rantanen 2003; Marin & Hakonen 2003). Valtion hallinnon asiakirjoista erityisesti Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintöä (1996) voidaan pitää peruslähtökohdiltaan varsin voimavarakeskeisenä.

Tässä raportissa ryhmittelen vanhuuden voimavarat neljään pääryhmään. Ensimmäistä pääryhmää nimitän ikääntyneiden kollektiivisiksi tai ryhmätason voimavaroiksi, joissa taloudellinen ja inhimillinen pääoma on keskeisenä. Toisen pääryhmän muodostavat itse vanhenemiseen ja vanhuuteen elämänvaiheena liittyvät sosiokulttuuriset voimavarat, joissa kulttuurinen pääoma on keskeinen elementti. Kolmas ryhmä on nimeltään ympäristö voimavarana, jossa sosiaalinen pääoma nousee keskeisesti esille. Neljäs pääryhmä käsittää psyykkiset ja henkiset voimavarat, jotka voidaan identifioida myös psykofyysisiksi ja persoonallisiksi pääomiksi.

## 2.5 Ikääntyneiden kollektiiviset tai ryhmätason voimavarat

### 2.5.1 Ikääntyvien ja ikääntyneiden työntekijöiden voimavarat

Ikääntyvien työntekijöiden vahvuuksien korostaminen viime aikoina perustuu lähinnä kolmeen seikkaan. Ensinnäkin pyritään torjumaan ikäsyrajintaa (ageismia), jonka yksi muoto on syrjintä iän vuoksi työelämässä. Toiseksi työntekijöiden toivotaan jatkavan työelämässä nykyistä pidempään. Kolmanneksi varaudutaan työvoimapulaan suurten ikäluokkien siirtyessä vähitellen eläkkeelle. Ikääntyvien työntekijöiden kannalta yhteiskunnassa vallitsee kaksi vastakkaista trendiä: ikäsyrajintä ja huoli työntekijöiden poistumisesta liian aikaisin työelämästä (keskimäärin noin 60-vuotiaana).

Toisen trendin keskeinen sisältö on, ettei kokemusta arvosteta riittävästi työelämässä ja ikäsyrajintää esiintyy, vaikka se on usein vaikea osoittaa (Tikkanen 1998; Ilmarinen 1999, 18–19,135; Järnefelt 1999; Forss 2001; 28–30). Työmarkkinoiden on sanottu suosivan nuoria. Irtisanottujen enemmistö on ollut ikääntyviä työntekijöitä. Uusiin työpaikkoihin haetaan usein nuoria. Jo 40-vuotiaat ovat olleet monta kertaa vaaravyöhykkeessä. Yli 50-vuotiaiden on usein ollut vaikea työllistyä. Ikäsyrajinnässä työelämässä erotetaan suora ja epäsuora tai näkyvä ja piilosyrjintä. Syrjintää tapahtuu työhönotossa, koulutukseen pääsemisessä, uralla etenemisessä. Ikääntyvät työntekijät on saatettu leimata osaamattomiksi, muutoksiin sopeutumattomiksi tai uutta oppimattomiksi. Ikäsyrajinnan laajuus vaihtelee huomattavasti. Monissa tutkimuksissa ikäsyrajintää on havainnut 10–12 %. Joillakin aloilla esimerkiksi hotelli- sekä raha- ja vakuutusaloilla jopa joka neljäs on havainnut ikäsyrajintää. Kun on kysytty omakohtaista ikäsyrajintää, prosenttiosuus on pudonnut 2–4,5 %:iin (Forss mt., 29, 36; Ilmarinen mt., 135).

Selvästi on ollut havaittavissa kiinnostuksen lisääntyminen ikääntyvien työntekijöiden vahvuuksiin kymmenen viime vuoden aikana. Ikääntyvien työntekijöiden voimavarojen tarkastelussa on lähtökohtana se, että pitkä kokemus lisää osaamista, mutta se on usein erilaista kuin nuorempien osaaminen. Myös koroste-

taan sitä, etteivät tuottavuus ja oppiminen ole iästä kiinni. Seuraavassa on luettelo niistä vahvuuksista, jotka usein liitetään ikääntyviin työntekijöihin (esim. Kirjonen 1994, 123–127; Snel & Cremer 1994; Ilmarinen 1998, 24–26; Ilmarinen 1999; Levonen 2004, 22–23).

1. Henkinen kasvu, johon sisältyvät mm. strateginen ajattelu, terävä-älyisyys, harkitsevaisuus, tilannehallinta, viisaus, kyky pohdiskella ja perustella sekä kokonaisvaltainen hahmottaminen
2. Kyky strategisen suunnitelman hallintaan ja päämäärätietoisuus
3. Hyvä ongelmanratkaisukyky: teorian ja käytännön integrointi
4. Kielellis-numeeriset taidot
5. Elämänsuunnittelun taidot
6. Sosiaaliset, vuorovaikutus- ja yhteisölliset taidot kehittyneet
7. Kokemustieto lisääntyy iän myötä: hiljainen tieto, tosiasiatieto elämäntilanteista ja elämäntilanteista, menettelytapatieto, kontekstuaalinen tieto, tieto ymmärtää asioiden suhteellisuus, tieto ja taito ymmärtää ja sietää elämän epävarmuuksia
8. Pitkä aikaperspektiivi auttaa hahmottamaan menneisyyttä, arvioimaan muutoksia ja luomaan käsityksen tulevaisuudesta monipuoliseksi ja realistiseksi
9. Hyvä itsetunto
10. Työtyytyväisyys, työmotivaatio, vastuullisuus ja lojaalisuus työnantajaa kohtaan lisääntyvät usein iän myötä
11. Ikääntyvien työntekijöiden työn tulokset ovat pysyvästi tasaisia ja korkealaatuisia
12. Vaihtuvuus ja poissaolot vähenevät iän myötä
13. Ikääntyvä työntekijä on hyvä työtoveri nuoremmille (tuutoreina ja valmentajina)
14. Tapaturmavaara laskee iän myötä yleensä, mutta toisaalta vakavat tapaturmat lisääntyvät iän mukana
15. Ikääntyvät työntekijät vahvistavat yrityksen kollektiivista muistia

Yllä olevaa luetteloa tarkasteltaessa on pidettävä mielessä, että tutkimustulokset iän ja työn välisistä suhteista ovat monesti ristiriitaisia. Suinkaan kaikilla ikääntyvillä työntekijöillä ei ole kaikkia näitä ominaisuuksia. Ikääntyvien työntekijöiden vahvuudet tulevat esille eri tavoin eri työtehtävissä. Parhaiten kokemus auttaa työtehtävissä, jotka sisältävät tietoperusteista arviointia ja tuottamista ja joihin ei sisälly aikapainetta. Kokemus auttaa myös suunnittelu- ja käsityön omaisissa työtehtävissä. (Kirjonen mt., 124–124). Luettelon ominaisuudet kuvaavat selvästi ikääntyneiden henkistä pääomaa. Terttu Levonen (2004) kirjoittaa, että yrityksissä tuhlataan vielä paljon ikääntyneiden työntekijöiden henkistä pääomaa. Tosin kansainvälisesti on jo havaittavissa, että yritykset hakevat esimerkiksi eläkkeellä olevia johtajia takaisin työelämään tai palkkaavat yli 50-vuotiaita johtajia vaativiin tehtäviin. Ikääntyneiden johtajien vahvuus on siinä, että he siirtä-



vät tietoaan ja kokemustaan eteenpäin ja vahvistavat yrityksen kollektiivisen muistin lenkkejä ja samalla elinkelpoisuutta.

Ikääntyneiden työntekijöiden (50–64-vuotiaat) osuus koko Suomen työvoimasta on vuonna 2005 lähes kolmannes (31 %). Luku on korkein EU-maissa ja Suomi tässä suhteessa kahden kärkimaan joukossa ainakin seuraavat 10 vuotta. Ikääntyneet työntekijät ovat suurin ryhmä kansallisessa työvoimassamme aina vuoteen 2025 saakka. (Ilmarinen 1999, 21; 2003, 395). Täten ikääntyneiden työntekijöiden voimavarat tulevat olemaan kansantaloudellisesti merkittäviä.

Ilmarisen (2003, 404–405) mukaan ikääntyvien työntekijöiden mahdollisuuksia jatkaa työelämässä pidempään voidaan edistää keventämällä työnvaatimuksia vastaamaan yksilön toimintakyvyn (voimavarojen) luonnollista heikkenemistä. Ennen aikaista heikkenemistä ehkäistään toimintakykyä vahvistamalla (vrt. adaptaatiomekanismit). Nykyinen työelämä edellyttää ikääntyvien ammattitaidon vahvistamista erityisesti seuraavissa asioissa: tietotekniikka, tiedon käsittely- ja prosessointi, kielitaito, uusien asioiden oppimis- ja omaksumiskyky, muutoksen-sietokyky, ryhmätyökyvyt, kansainvälisyystaidot ja oppimaan oppiminen. Ikääntyvien työntekijöiden voimavarat realisoituvat vasta sitten, kun ne ovat maksimaalisessa käytössä ja niitä hyödynnetään.

## 2.5.2 Ikääntyneiden poliittiset resurssit

Poliittiset resurssit liittyvät valtaan ja vaikutusmahdollisuuksiin. Kysymys on ihmisen mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämäänsä, saada ongelmansa käsitel-lyksi erilaisissa yhteiskunnallisissa instituutioissa ja mahdollisuus vaikuttaa poliit-tisiin päätöksiin. Ne ovat muodollista osallistumista ja myös subjektiivista koke-mista vaikuttamismahdollisuuksista (Johnsson 1971, 35–49; Allardt 1976, 46–49, 170–171). Hyvinvointiteorian kannalta poliittiset resurssit merkitsevät yksilön mahdollisuutta toteuttaa itseänsä, omata itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa. Valta liittyy ihmisten ja ihmisryhmien väliseen vuorovaikutukseen. Se on valtaa johonkin ja jollakin alueella (Jyrkämä 1988, 19–20). Valta on myös esimerkiksi ikääntyneitten ihmisten edunvalvontaa yhteiskunnassa. Siihen liittyy keskeisesti myös sukupolvien välinen tasa-arvo. Pääomanäkökulman kannalta ikääntyneit-ten poliittiset resurssit edustavat symbolista pääomaa.

Ikääntyminen merkitsee usein vallan menettämistä. Työnjätto ja eläkkeelle siir-tyminen syrjäyttävät ikääntyviä jo varsin varhain niistä vaikuttamismahdollisuuksista, jotka realisoituvat kollektiivisesti työpaikoilla ja ammattiyhdistyksissä. Pa-kolliset eläkeiät ja luottamustoimista eroamisiät vähentävät ikääntyvien vaikut-tamismahdollisuuksia. Osa korkeassa iässä olevista saattaa katsoa, etteivät he enää hallitse politiikan kiemuroita ja vetäytyvät. Osa iäkkäistä tulee niin huono-kuntoisiksi ja esimerkiksi dementoituu, jolloin vaikutusmahdollisuudet laajemmin

ja myös oman itsemääräämisoikeuden suhteen heikkenevät ja loppuvat kokonaan. (esim. Walker 1999, 17; Helander 2001, 47). Toisaalta on olemassa monia mahdollisuuksia, joilla ikääntyneet kansalaiset voivat hankkia menetettyä valtaa takaisin ja säilyttää valtapotentiaaliaan.

Merkittävin kysymys ikääntyneiden poliittisten resurssien kannalta on se, että ikääntyneiden suhteellinen osuus väestöstä kasvaa jatkuvasti. Nykyisin 60-vuotta täyttäneiden osuus äänioikeutetuista on jo 28 % ja yli 65-vuotiaiden vastaava osuus 21 %, vaikka esimerkiksi yli 65-vuotiaiden väestöosuus on vain runsas 15 %. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on Suomessa jo noin 26 %, mikä merkitsee heidän osuutensa kasvua äänioikeutetuista ainakin 30 prosenttiin ja yli 60-vuotiaiden osalta noin 38 prosenttiin. (Koskinen Seppo ym. 2003, 28; *Äänioikeusrekisteriin merkittyjen...*). Määrällisesti viime vuosien kehitys on merkinnyt ikääntyneiden poliittisten voimavarojen kasvua ainakin potentiaalisesti. Voitto Helander (2001, 35) puhuu "harmaan voimapotentialin kasvusta". Esimerkiksi EU-maissa kysellään nykyisin, tulevatko ikääntyneet ihmiset esiintymään tulevaisuudessa yhtenäisemmin kuin aikaisemmin ja korottavatko he rohkeammin äänensä yhdysvaltalaisen ikätoveriensä tapaan. Mitä tulee merkitsemään väestöllinen ikääntyminen yhteiskunnan poliittisiin prosesseihin? (esim. Walker 1999, 19–20). Selvästi voidaan havaita, että esimerkiksi EU-maissa ikääntyneiden erilaiset liikkeet ovat alkaneet yleistyä.

Viimeisen 20 vuoden aikana vanhenemisen tutkimuksessa on kansainvälisesti kiinnitetty entistä enemmän huomiota ikääntyneiden valtapotentiaaliin ja vaikuttamismahdollisuuksiin. Tämän alan tutkimuksesta on alettu käyttää käsitettä poliittinen gerontologia (esim. Williamson ym. 1982) Tämä gerontologian haara keskittyy tutkimuksissaan muun muassa ikääntyneiden äänestyskäyttäytymiseen ja eläkeläisten organisoitumiseen. Poliittisen gerontologian keskeisiä käsitteitä ovat esimerkiksi gerontokratia (vanhojen valta) ja seniorien valta, joiden avulla pyritään analysoimaan ikääntyneiden valtapotentiaalin realisoitumismahdollisuuksia. Yleinen käsitys on, että ikääntyneet ihmiset ovat voimakas poliittinen voima yhteiskunnassa (esim. Morgan & Kunkel 1998, 382–383; Hooyman & Kiyak 1999, 351–355). Poliittisen gerontologian käsitteistöä on myös The Politics of Old Age (vanhuuden politiikka), jossa ikääntyneet ihmiset nähdään subjekteina. Vanhuuden politiikka tarkoittaa niitä toimenpiteitä, joilla ikäihmiset itse pyrkivät vaikuttamaan omien etujensa mukaisesti yhteiskunnassa, Vanhuspolitiikka (Elderly Policy) taas viittaa esimerkiksi hyvinvointivaltion toteuttamiin ohjelmiin vanhusväestön hyväksi (esim. Walker & Naegele 1999; Helander 2001, 17–18).

Yleisenä havaintona kansainvälisesti, niin Yhdysvalloissa kuin Euroopassakin, voidaan todeta, että ikääntyneet ihmiset ovat kiinnostuneita poliittisesta vaikuttamisesta ja ovat poliittisesti orientoituneita. Ikääntyneiden poliittinen tietoisuus ja osallistuminen ovat jopa lisääntymässä. Myös Suomesta on vastaavia havainnot, joiden mukaan 61–70-vuotiaat on kaikkein kiinnostunein ryhmä politiikasta.

Heistä jopa kaksi kolmasosaa ilmoittaa olevansa kiinnostunut politiikasta. Usein tämä selitetään kohorttivaikutuksilla eli tämän ikäiset ovat pitäneet elämänsä aikana tärkeänä vaikuttaa (esim. Morgan & Kunkel 1998, 375–402; Hooyman & Kiyak 1999, Quadagno 1999, 367–389; Walker & Naegele 1999; Binstock & Qadagno 2001, 333–346; Helander 2001, 65–70).

Ikääntyneiden poliittisia resursseja on tutkittu tavallisesti äänestyskäyttäytymisen, intressiryhmien vaikutuksen, sosiaaliin liikkeisiin ja järjestöihin osallistumisen, merkittävien asemien hallinnan sekä erilaisten vaikuttamiskeinojen käytön avulla. Ikääntyneiden äänestysaktiivisuus on eri maissa osoittautunut varsin korkeaksi. Jopa 70–80 % yli 65-vuotiaista äänestää eri vaaleissa. Myös Suomessa ikääntyneiden äänestysaktiivisuus on osoittautunut korkeaksi viimeisen 25 vuoden aikana. Tosin äänestäminen vähenee yli 80-vuotiaiden ryhmässä, josta enää runsas puolet käyttää äänioikeuttaan. Merkittävin havainto ikääntyneiden äänestyskäyttäytymisessä eri maissa on, etteivät ikääntyneet äänestäjät ole sanottavastikaan muodostaneet yhtenäistä poliittista blokkia, jonka pohjalta suuntaisivat ääniänsä. Ikääntynyt väestö on osoittautunut niin heterogeeniseksi, ettei yhteistä intressipohjaa ole löytynyt. Yhteiskuntaluokka, sukupuoli, koulutus ja etninen tausta vaikuttavat äänestyskäyttäytymiseen ikääntyneiden keskuudessa samoin kuin nuorempienkin keskuudessa. Jill Quadagnon (1999, 371–372) mukaan ikääntyneiden äänestyskäyttäytymiseen vaikuttaa enemmän symbolisen politiikan kuin rationaalisen valinnan teoria. Jälkimmäinen korostaa esimerkiksi taloudellisten intressien pohjalta äänestämistä. Edellinen taas viittaa samaistumista johonkin ideologiseen ajatteluun tai puolueeseen (liberaalit/konservatiivit, oikeisto/vasemmisto). Suomessakaan äänestyskäyttäytyminen ei ole ikäsidonnaista. Vaikka esimerkiksi vuoden 1999 eduskuntavaaleissa yli 60-vuotiaita oli äänioikeutetuista neljännes, heitä oli ehdokkaana vain runsas 10 prosenttia ja valituksi tulleista ehdokkaista vain viisi prosenttia oli tämän ikäisiä. Kunnallisvaaleissa tilanne on samansuuntainen (Helander 2001, 71–74).

Ikääntyneiden vaikuttamismahdollisuuksien kehittyminen varhain ja usein radikaaleinakin muotoina on tyyppillistä Yhdysvalloille. Selitys saattaa löytyä Yhdysvaltojen heikosta hyvinvointivaltiosta ja toisaalta pluralistisesta poliittisesta järjestelmästä, joka on hyvää maaperää erilaisten intressiryhmien syntymiselle. (esim. Walker 1999, 20). Yhdysvalloissa syntyi varsinkin 1970-luvun alusta lähtien osin puolueiden vaikutuksen heikkenemisen johdosta erilaisia eturyhmiä ja ikäperusteisia asianajoryhmiä nostamaan ikääntyneiden tarpeita esille ja taistelemaan ikääntyneiden sosiaaliturvan puolesta. Alettiin puhua harmaasta lobbamisesta (gray lobby). Yhdysvaltojen eläkeläisjärjestö (The American Association of Retired Persons), joka perustettiin vuonna 1958 ja jossa nykyisin on noin 33 miljoonaa jäsentä, edustaa merkittävää ikäihmisten poliittista voimaa. Ikääntyneiden poliittisten resurssien historiasta on syytä mainita Yhdysvalloista kaksi sosiaalista liikettä tai poliittista demonstraatiota, joilla on ollut merkitystä ikääntyneiden asemaan. Jo vuonna 1933 Francis Townsend perusti Townsend -

liikkeen, jonka suunnitelmana oli, että jokaiselle yli 65-vuotiaalle amerikkalaiselle taataan 150 dollarin eläke kuukaudessa. Liike lobbasi kongressia eläkepolitiikassa ja sillä oli ilmeisen suuri vaikutus vuoden 1935 sosiaaliturvauudistukseen. Suoritettuaan tehtävänsä liike vähitellen hiipui. Toinen merkittävä liike, Harmaat pantterit (Gray Panthers) syntyi niin ikään Yhdysvalloissa Maggie Kuhnin perustamana vuonna 1972. Harmaat pantterit on voimakas taistelujärjestö, jossa vanhat ja nuoremmat aikuiset yhdistävät voimansa paitsi ikääntyneiden asioiden ajamiseksi myös muiden kysymysten esimerkiksi köyhyyden ja ydinaseiden vastustamiseksi (esim. Morgan & Kunkel 1998, 387–391; Quadagno 1999, 372–388).

Euroopassa ikääntyneiden organisoituminen on ollut paljon sovinnaisempaa kuin Yhdysvalloissa. Kuitenkin aktiivisempaa liikettä on syntymässä. EU:n piirissä on rohkaistu suorasti tai epäsuorasti ikääntyneiden poliittista osallistumista erilaisia organisaatioita tukemalla. Esimerkkeinä eurooppalaisista, hallitusten ulkopuolisista järjestöistä mainittakoon European Federation for the Welfare of the Elderly (EURAG, perustettu 1962), International Federation of Older People's Associations (FIAPA, perustettu 1973), EUROLINK AGE (perustettu 1982) ja European Federation for the Retired and Older People (FERBA, perustettu 1991). Vuonna 2001 EUROLINK AGE ja FIAPA perustivat voimiensa yhdistämiseksi järjestön, jonka nimi on European Older People's Platform (AGE). Yhtenä perustajajäsenenä oli myös The European Platform of Senior's Organisations. Lisäksi kansallisella tasolla on perustettu monenlaisia ikääntyneiden ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi tarkoitettuja organisaatioita. Esimerkiksi vuodesta 1975 on moniin maihin perustettu Harmaitten pantterien kaltainen järjestö. Myös englantilainen AGE CONCERN on tunnettu vaikuttajajärjestö vanhuskysymyksissä. Paikallistasolla on lisätty ikääntyneiden kansalaisten poliittisia voimavaroja esimerkiksi perustamalla vanhusneuvostoja (esim. Walker 1999, 10–16; EUROG, Koskinen, Outi 11.8.04)

Ikääntyneiden järjestöosallistuminen on Suomessa EU:n huipputasoa. Runsas puolet yli 60-vuotiaista osallistuu jonkin järjestön tai seurakunnan toimintaan (Vaarama ym. 1999, 19). Eläkeläis- ja veteraanijärjestöjen jäsenmäärä on noin 450 000 henkeä eli kolme viidestä eläkeikäisestä kuuluisi näihin järjestöihin. Tosin jäsenyyksissä on päällekkäisyyksiä, joten tarkkaa arviota on vaikea tehdä. (Helander 2001, 129). Kollektiivisella vaikuttamisella on ainakin periaatteellinen mahdollisuus. Ikääntyneillä on muita ryhmiä useammin puoluejäsenyys, vaikka he eivät yleensä pärjää ehdokasasettelussa tai eivät halua asettua vaaleissa ehdokkaiksi. Eläkeläisten puolueilla ei ole ollut Suomessa menestystä. Kuntaliiton kyselyn mukaan (Piipponen 10.8.04) Manner-Suomen kunnanvaltuutetuista noin 14 % oli yli 60-vuotiaita ja vajaa viisi prosenttia yli 65-vuotiaita. Vastaavasti nykyisistä kansanedustajista (Oksa-Pallasvuo 10.8.04) 24 % on syntynyt vuonna 1944 tai aikaisemmin (yli 60-vuotiaita). Vastaavasti vuonna 1939 tai aikaisemmin syntyneiden (yli 65-vuotiaat) osuus on kaksi prosenttia. Vaikka ikääntyneiden

edustuspaikat ja ehdokkaana oleminen ovat lievästi lisääntyneet viime vuosina, mistään vanhojen vallasta ei voida vielä puhua (ks. myös Helander 2001, 72, 74–99). Vain noin kolmannes yli 60-vuotiaista on tyytyväinen ikäihmisten osuuteen kunnallis- ja valtakunnan politiikassa (Vaarama ym. 1999, 21).

Tulevaisuuden ikääntyneiden valtakysymyksen kannalta on merkittävää, että suurten ikäluokkien (tässä 1945–1950 syntyneet) jäsenet ovat poliittisesti aktiivisia. He ovat selvästi yliedustettuina poliittisissa puolueissa ja yhteiskunnan valtaeliitissä. Heidän osuutensa äänioikeutetusta väestöstä on 14 prosenttia. Kuitenkin heidän osuutensa viiden suurimman puolueen jäsenistössä vaihtelee 19–24 prosentin välillä. Vuonna 1999 valituista kansanedustajista 71 eli 36 % oli syntynyt vuosina 1945–1950. Suurten ikäluokkien edustajien osuus yhteiskunnan erilaisissa eliittiryhmissä oli vuonna 2001 erittäin vahva: politiikassa 26 %, hallinnossa 41 %, elinkeinoelämässä 41 %, järjestöissä 51 %, mediassa 45 %, tieteessä 37 % ja kulttuurissa 25 % (Borg & Ruostesaari 2002). Nämä luvut antavat olettaa, että tulevaisuudessa, vuoden 2010 jälkeen, ikääntyneitten valta on todellisuutta paljon enemmän kuin nykyisin, kun nämä poliittisesti aktiivit ja hyvin koulutetut ihmiset ovat eläkkeellä.

Ikääntyneiden poliittisten resurssien kannalta ovat merkittäviä niin sanotut palvelujärjestöt, jotka tuottavat ikääntyneille palveluja ja harjoittavat vaikutustoimintaa ikääntyneiden etujen ajamiseksi (Helander 2001, 125–128). Nämä ovat valtakunnallisia ja paikallisia järjestöjä. Vanhustyön Keskusliitto valtakunnallisena keskusjärjestönä on toteuttanut vaikutustoimintaa jo 1940-luvun lopulta lähtien. Viime vuosina on syntynyt uusia yhdistyksiä esimerkiksi dementian, omaishoidon ja turvallisuuden ympärille. Myös vanhenemisen tutkimuksen tieteelliset yhdistykset ovat tietty voimavara ikääntyneille. Tutkijat ovat liittoutuneet ikääntyneiden kanssa ajamaan heidän asiaansa. Esimerkkinä tästä on jo vuonna 1987 Kuntokalliossa järjestetty "Vanhusten valta" -seminaari, jonka tuotoksena laadittiin julkilausuma lähetettäväksi tasa-arvovaltuutettu Paavo Nikulalle. Julkilausumassa esitettiin suosituksia ikääntyneiden poliittisesta vaikuttamisesta, työstä ja tuotantoelämästä, kulttuurista, palveluista, perheestä ja ikääntyneiden järjestötoiminnasta (Julkilausuma vanhojen vallasta ja itsemääräämisoikeudesta 1988, 60–63). Myöhemmin esimerkiksi tutkijat ja ikääntyneet kansalaiset ovat kohdanneet mm. valtakunnallisilla gerontologian päivillä. Kuitenkin on olemassa selvää tarvetta vanhenemisen tutkimuksen ja ikäihmisten väliselle vuoropuhelulle.

Merkittävä mielipiteen ilmaisu ikääntyneiden poliittisten resurssien tiimoilta oli vuonna 1998 käynnistynyt keskustelu vanhusten hoidon tilasta Suomessa (Vaarama ym. 1999, 1–2). Samoihin aikoihin kansanliike ihmisarvoisen vanhuuden puolesta keräsi kansalaisadressin, jossa vaadittiin poliittisia päättäjiä kiinnittämään huomiota vanhusten hoidon ongelmiin. Tuloksena olivat STM:n ja Stakesin laatimat vanhustenhuollon laatusuositukset ja monet muut asiakirjat, joissa kiinnitetään huomiota ikääntyneiden omiin voimavaroihin. Ikääntyneiden kuntalais-

ten poliittisen osallistumisen vahvistamiseksi perustetut vanhus- tai ikäneuvostot luovat oivallisen toiminta-areenan eläkeläisjärjestöille ja niiden jäsenille. Vanhusneuvosto on perustettu jo ainakin kahdessa kolmesta kunnasta. Neuvostojen kautta voidaan kanavoida ikäihmisten kokemus hyödyntämään paikallista päätöksentekoa ja edistää dialogia kunnan ikääntyneen väestön ja päättäjien sekä virkamiesten kesken. Lääni, maakunta ja seutukunta ovat uusia alueita myös ikääntyneiden toiminnalle (Walker 1999, 12–15; Helander 2001, 159–161; Suominen 2002). Uusien areenoiden löytyminen on tärkeää, kun suuret ikäluokat tulevat vanhuusikään.

### 2.5.3 Ikääntyneiden aineelliset ja persoonattomat voimavarat

#### **Taloudelliset voimavarat**

Vielä 30–40 vuotta sitten ei olisi juurikaan voinut puhua ikääntyneiden taloudellisista voimavaroista, sillä ikääntyminen ja köyhyys liittyivät kiinteästi yhteen. Köyhyys oli yleistä yli 65-vuotiaiden keskuudessa monissa teollistuneissa maissa. Rungas kolmannes ikääntyneistä eli köyhyysrajan alapuolella. Tultaessa 1990-luvun puoliväliin ikääntyneiden köyhyys oli pudonnut monissa maissa ainakin kolmannekseen (esim. Walker & Maltby 1997, Hooyman & Kiyak 1999, 335–339; Crown 2001, 353–354). Nykyisin on perusteltua puhua, että enemmistöllä ikäihmisiä on taloudellisia voimavaroja tulojen ja omaisuuden muodossa. He ovat myös taloudellista pääomaa yhteiskunnan ja talouselämän kannalta säästäjinä, kuluttajina, sijoittajina ja investointien mahdollistajina. Myös veronmaksajina, perinnönjättäjinä ja työllistäjinä ikääntyneiden rooli korostuu nykyisin.

Eläkejärjestelmien täydellistymisen myötä ikääntyneiden taloudellinen toimeentulo on kohentunut huomattavasti. Jo 1990-luvun puolivälissä suomalaisten yli 65-vuotiaiden tuloista lakisääteiset eläkkeet muodostivat noin 90 %. Ansiotulojen, omaisuustulojen ja lyhytaikaisten tulonsiirtojen merkitys on siten marginaalinen. (Mäkinen 2001, 15–29). Vanhuuseläkkeellä olevien, omaa eläkettä saavien keskimääräinen eläke oli vuoden 2002 lopussa 1 064 euroa, naisten 931 euroa ja miesten 1 267 euroa (Eläketurvakeskuksesta 12.8.04 puhelimitse saatu tieto). Vuosina 1996–1997 pysyvästä työstä TEL- tai julkisen sektorin mukaiselle vanhuuseläkkeelle siirtyneiden tulosuhde oli 0,67, mikä merkitsee sitä, että eläke oli 67 % työaikaisista ansioista. Keskimäärin tulot alenivat siis kolmanneksella. Voidaan perustellusti sanoa, että eläkejärjestelmä on saavuttanut tavoitteensa ja takaa keskimäärin kohtuullisen kulutustason eläkeläisille (Rantala 2003). Yli 60-vuotiaista lähes 86 % pitää taloudellista asemaansa turvattuna, parhaiten yli 75-vuotiaat miehet (91 %) ja vähiten 60–64-vuotiaat naiset (76 %). Silti noin kolmannes ilmoittaa rahojensa riittävän vain joten kuten (Vaarama & Kaitsaari 2002, 125) Ikääntyneiden taloudellisen toimeentulon osalta viimeisten vuosien

ajalta voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset (Mäkinen 2001, 2003, Tuominen ym. 2003, Uusitalo 2003, Uusitalo ym. 2003):

1. Eläkeläisten toimeentulo pysyi koko 1990-luvun vakaampana kuin muiden
2. Eläkkeitten kehitys oli kuitenkin 1990-luvulla maltillista, reaalkasvu oli 8–9 %
3. Eläkeläisten ostovoima oli 2000-luvun alussa hieman parempi kuin 1990-luvun alussa.
4. Eläkeläisten keskuudessa tulonjako on tasaisempi kuin työssä olevien keskuudessa. Vanhuuseläkkeen saajista 43 % sijoittui vuonna 2001 kokonaiseläkkeen osalta tuloluokkaan 500–899 euroa. Noin joka kymmenes sai eläketuloa alle 500 euroa kuukaudessa, samoin 10 % sai eläkettä yli 1 700 euroa. Vuoden 2002 lopussa naisten eläke oli 73 % miesten eläkkeestä. Eläkeikäiset sijoittuvat kuitenkin muita ikäryhmiä enemmän pieni- ja keskimääräisiin toimeentulodesiileihin (2–5).
5. Suomalaisen eläkkeiden taso on OECD-maiden keskitasoa
6. Eläkeläisten köyhyysriski aleni 1990-luvulla huomattavasti ollen nyt OECD-maiden alhaisimpia (ns. 50 %:n laskukaavan mukaan vuonna 2000 3,6 %). Toimeentulotukea yli 65-vuotiaista saa vain muutama prosentti.
7. Kansaneläkkeen osuus keskimääräisestä omaeläkkeestä väheni 1990-luvulla 30 prosentista 20 prosenttiin. Vuonna 2001 oli 111 100 täyden kansaneläkkeen saajaa eli noin 13 % kaikista vanhuuseläkkeen saajista.
8. 1990-luvulla toteutettiin useita eläkepoliittisia hienosäätöjä järjestelmän rahoituksellisen kestävyuden parantamiseksi. Lyhyellä aikavälillä osa näistä toimenpiteistä heikensi eläkeläisten toimeentuloa.

Ikääntyneiden mielestä tulojen ja eläkkeiden lisäksi (91 %) heidän taloudelliseen turvallisuuteensa vaikuttavat muun muassa asunto- ja muu omaisuus (76 %) sekä säästöt, osake- ja muut sijoitukset (26 %) (Vaarama ym. 1999, 37). Jo 1990-luvun alussa dokumentoitiin, että yli 65-vuotiaiden tavallisimmat omistuskohteet ja varallisuuden muodot olivat omistusasunnon lisäksi maatalousmaa, metsä, vapaa-ajan asunto ja talletukset. Esimerkiksi ikääntyneistä miehistä kolmannes omisti metsää, mikä on kaikkien ikäryhmien suurin prosenttiosuus. Vapaa-ajan asunto oli joka viidennellä naisella ja joka neljännellä miehellä. Arvopaperien omistus oli tuolloin vielä vähäistä ikääntyneiden keskuudessa (Sailas 1991; Vaarama 1992, 56; Vannemaa 1993; Koskinen 1994b, 90).

Ikääntyneiden varallisuus kasvoi 1990-luvulla enemmän kuin minkään muun väestöryhmän. Ikääntyneillä ihmisillä oli vuoden 1998 varallisuustutkimuksen mukaan suhteellisesti ja absoluuttisesti enemmän varallisuutta kuin ennen lamaa. Varallisuusprofiili on jyrkentyneempi vanhempiin ikäryhmiin päin (Virén 2002). Vuonna 2000 kahdeksan kymmenestä ikääntyneestä asui omistusasunnossa kun vastaava osuus esimerkiksi 32–36-vuotiaista oli 56 % (Juntto 2002, 18). Suurten ikäluokkien (1946–1950 syntyneet) jäsenistä 76 % asui omistusasunnossa.

Ikääntyneiden (yli 55-vuotiaiden) asuntovarallisuus on suurempi kuin muiden ikäryhmien. Iän myötä myös vapaa-ajan asuntojen omistaminen lisääntyy, vaikka niistä osittain luovutaankin korkeassa iässä. Yli 75-vuotiaat ovat aktiivisimpia säästäjiä, sille heillä on euromääräisesti talletuksia eniten. Sen sijaan yli 75-vuotiaiden arvopapereiden ja muun rahoitusomaisuuden osuus on pienempi kuin nuorempien. Rahoitusomaisuus keskittyy eniten 55–64-vuotiaille (Virén mt., 7). Suurten ikäluokkien edustajien tärkeimmät sijoituskohteet olivat vuonna 1998 (prosentteina kotitalouksista) talletukset (91 %), asunnot (81 %), kulkuvälineet (79 %), rahoitusvarat (esim. säästö- ja sijoitusvakuutukset jne.) (48 %) ja arvopaperit (40 %). Vaikka yli 75-vuotiaat ovat lähes velattomia, oli suurten ikäluokkien talouksista 40 %:lla asuntolainaa ja 31 %:lla opintolainaa (Kankaanranta 2002, 33).

Matti Virénin (mt.4) mukaan ikääntyneillä ihmisillä on perinnönjättömotiivi, mikä johtaa huomattaviin tulonsiirtoihin sukupolvien välillä. Vuosina 1994–1998 perintöjen suuruus oli perijää kohti 21 000 euroa. Pitkän iän oloissa perintö jätetään yhä korkeammassa iässä niin, että perijätkin usein jo lähentelevät eläkeikää. Suuret ikäluokat ovat nyt parhaimmassa perinnön saannin iässä (vrt. Säylä 2002, 29). Osittain tästä syystä kotitalouksien kokonaisvarallisuus (netto) oli vuonna 1998 suurimmillaan (120 000 euroa) 55–64-vuotiaiden ryhmässä laskien yli 80-vuotiaiden talouksissa runsaaseen 70 000 euroon (mt., 8).

Kasvava ikääntyneiden joukko muodostaa merkittävän kuluttajaryhmän. Eläkkeelle siirtyminen merkitsee joidenkin menojen vähentymistä verrattuna työssä oloon. Vanhustaloudet kuluttavat muutamien menoryhmien osalta enemmän kuin nuoremmat ikäryhmät. Tällaisia menoja olivat vuosina 2001–2002 asunto ja energia (41 % vanhustalouden menoista), elintarvikkeet (16 %) ja terveysmenot (8 %) (Ahlqvist & Berg 2003, 32). Kulttuuriin ja vapaa-aikaan ikäihmiset sijoittavat yhtä paljon kuin terveyteenkin. Suurten ikäluokkien ikääntyessä vanhojen ihmisten kulutuskäyttäytyminen tulee oleellisesti muuttumaan. Vaikka ikääntyneiden kulutusalttius on Suomessa jo melko korkea, on tulevaisuuden vanheneminen nykyistä vielä paljon kulutuskeskeisempi.

Ikääntyneiden tulot ja varallisuus vaikuttavat kaikkiin kokonaistaloudellisiin muuttujiin joko suoraan tai välillisesti. Suuri osa yritystoiminnasta nojaa ikääntyneiden taloudellisiin resursseihin. On syntynyt suoranaiset eläkeläisten markkinat esimerkiksi matkailun, asuntotuotannon, tiedonvälityksen ja hoivayrittäjyyden alueella. Kriittisesti orientoituneet yhdysvaltalaiset ovat jo parin vuosikymmenen ajan puhuneet käsitteestä "aging enterprise" ja kyselleet, kenen ehdoilla se tapahtuu (esim. Estes 1979). Eläkerahastojen merkitys on yhteiskunnan kokonaistaloudessa nykyisin suuri. Yksityisen puolen työeläkevarat ovat noin 56 miljardia euroa, joista vajaa neljäsosa rahastoidaan. On nostettu esille kysymys siitä, kasvatetaanko rahastoja vielä vai aletaanko niitä purkaa. (Kalliomäki 2004, 4–6). Rahastoilla on ollut merkittävä rooli tuotantopääoman rahoituksessa, joskin ta-



loudellinen integraatio ja globalisaatio todennäköisesti vähentävät tätä roolia. (Lassila & Valkonen 1999, 1). Merkittävää on kansantaloudellisesti myös se, missä määrin eläkeikäisten kasvavaa varallisuutta tullaan käyttämään heidän omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa. Suuri vaikutus talouteen on myös sillä, miten perinnöt käytetään.

Ikääntyneiden merkitys myös työllistäjinä on huomattava. Väestön ikääntyessä tarvitaan yhä enemmän hoito, hoiva- ja palveluhenkilöstöä. Suomessakin on esimerkki kunnasta, joka on kääntänyt väestön ikääntymisen voimavaraksi julistautumalla "seniorikunnaksi". Senioriteetin ja vanhusväestön ympärille on mahdollista luoda erilaisia työpaikkoja.

## 2.5.4 Asunto, koulutus ja terveys voimavaroina

### **Asunto voimavarana**

Asuntoa voidaan tarkastella ikääntyneiden voimavarana monesta näkökulmasta. Edellisessä luvussa asunto miellettiin osana ikäihmisen varallisuutta. Luvussa seitsemän tarkastellaan asuntoa kotina ja sen merkityksiä. Tässä on tarkoitus luoda katsaus asuntoon konkreettisenä, fyysisenä rakenteena. Erityisesti ikääntyneille ihmisille asunto on tärkeä elämän jatkuvuuden kannalta. Asunnossa tapahtuvat perustavat inhimilliset toiminnot kuten nukkuminen, syöminen, pesytyminen, omaisuuden säilytys, sosiaaliset kontaktit, virkistäytyminen ja ikääntyneiden kohdalla ulkopuolelta tuotavien palvelujen vastaanotto. Entistä enemmän ikääntyneiden asunnot toimivat hoivatyöntekijöiden työympäristönä. Ikääntyneiden asuntoa usein arvioidaan seuraavin kriteerein: sijainti, koko, suunnittelu, kunto, helppopääsyisyys, edullisuus, lämpö ja mukavuus. (esim. Heywood ym. 2002, 3). Kansainvälisessä vanhuspoliittisessa kirjallisuudessa ikääntyneiden asumisvaihtoehdot jaetaan asumisen itsenäisyyden mukaan itsenäiseen talouteen ja erilaisiin ryhmäasumisen muotoihin. Itsenäisen talouden muotoja ovat täysin itsenäinen asuminen, puolittain itsenäinen asuminen (semi-independent, talous saa palveluja ulkopuolelta) ja tuettu asuminen (assisted living, avun antaminen otettu huomioon jo asunnon suunnittelussa). Ryhmäasumiseen kuuluvat erilaiset ryhmäkodit ja hoivakodit. (esim. Atchley 2000, 347–350).

Nykyisin yli 65-vuotiaista noin 95 % asuu tavallisessa asunnossa laitosten ulkopuolella. Näistä pari kolme prosenttia elää palveluasunnoissa. Tavoitteena on, että 90 % yli 75-vuotiaistakin voisi asua kotona. Tavallisesti kiinnitetään huomiota vanhojen ihmisten asuntojen puutteisiin ja sivuutetaan asunnon hyvät puolet. Kuitenkin on syytä havaita, että vuonna 2001 suuri enemmistö eli 83,5 % yli 65-vuotiaista asui hyvin varustetuissa asunnoissa (SVT 2003, 52). Ikääntyneiden asunto-olot olivat erittäin huonot 1950-1960-luvulla. Tulotason parantuessa myös asunto-olot alkoivat kohentua, ensin kaupungeissa ja vähitellen myös

maaseudulla. Vailla kaikkia perusmukavuuksia oli eläkeikäisistä joka kolmas vielä 1970-luvun puolivälissä. Tultaessa 1990-luvun alkuun puutteellisesti asuvien osuus oli laskenut viidennekseen. Kuluvan vuosituhaten alussa varustetasoltaan puutteellisesti asui yli 65-vuotiaista siis 16,5 % sukupuolesta ja iästä riippuen (Kärkkäinen 1994; Vaarama & Kaitsaari 2002, 126, SVT 2003, 52–53). Maaseudun haja-asutusalueellakin 1990-luvun lopulla 8–9 kymmenestä ikääntyneestä asui hyvin varustetussa asunnossa. (Piekkari 2002).

Vaikka asuntojen varustetaso on parantunut merkittävästi, on ilmennyt muita vaikeuksia ikääntyneitten asumisessa. Liikuntaesteitä mainitsee asunnossa yli 65-vuotiaista 22–40 %, eniten yli 75-vuotiaat naiset ja vähiten 65–74-vuotiaat miehet. Pitkät matkat palvelujen piiriin ja asuin ympäristön liikuntaesteet ovat ongelmia 44 prosentille. Yksin asuu yli 65-vuotiaista 17–68 %. Vähiten yksin asuvia on 65–74-vuotiaiden miesten ja eniten yli 75-vuotiaiden naisten keskuudessa. (Vaarama & Kaitsaari 2002, 126). Yhden hengen asuntokuntia oli vuonna 2001 kaikista yli 65-vuotiaiden asuntokunnista 51 % ja yli 75-vuotiaiden asuntokunnista 59 %. Kaikista asuntokunnista oli yhden hengen asuntokuntia 37 % (SVT 2003, 49). Vuonna 1990 arvioitiin hissittömyyden vaikeuttavan noin 80 000 vanhan ihmisen asumista (Kärkkäinen mt., 105). Edelleenkin hissittömyys on ongelma, vaikka hissejä on rakennettu kerrostaloihin ja uudet rakennusnormit tuovat hissit uusiin kerrostaloihin.

Suurten ikäluokkien edustajista yli puolet (55 %) asuu omakotitalossa, 12 % rivitalossa ja 30 % kerrostalossa. Tulevaisuudessa he joutuvat ratkaisemaan, millaiseen päättöasuntoon he suuntautuvat. Vielä ei tiedetä, mihin he muuttavat vai muuttavatko minnekään. (Junto 2002, 19). Nykyisin pohditaan paljon senioriasumista ja sen vaihtoehtoja. Sen yhteydessä kiinnitetään huomiota asunnon ja ympäristön esteettömyyteen, mikä on tulevaisuudessa ikääntymiskysymyksen yksi tärkeimpiä asioita. (esim. Maddox 2001). Senioriasunto sijoittuu palvelutalon ja normaalin asunnon välimaastoon. Asumisen ja palvelujen yhteys on suunniteltu niin, että ikääntymisen myötä sitä voidaan tarpeitten mukaan muuttaa. (vrt. elinkaariasuminen). Senioreiden erilaisuus on otettu huomioon suunnittelussa. Kotihotellit, senioritalot, neljän sukupolven asuntoalueet ja kommuuniseniortalot ovat senioriasumisen eri muotoja (Sonkin ym. 1999, 36, 113–114).

## Koulutus

Viimeisen sadan vuoden aikana jokainen uusi sukupolvi on saanut edellistä sukupolvea paremman koulutuksen (esim. Parkkinen 1993, 3; Tiisanoja 2002, 26–27). Nykyisin elävien, vanhimpien ikäryhmien koulutus on jäänyt alhaiseksi. Toisaalta koulutuksen merkitys ikääntymismuutoksiin sopeutumiseksi on erittäin keskeinen.

Taulukosta 2.1 ilmenee selvästi, miten koulutustaso laskee mentäessä vanhempiin ikäryhmiin. Merkittävää on kuitenkin, että vanhimmissakin ikäryhmissä viidenneksellä on ainakin keskiasteen peruskoulutus. On muistettava, ettei muodollinen koulutus ole ikääntyneiden ainoa henkinen pääoma, vaan monet heistä ovat opiskelleet eri asioita aikuisopiskelijoina, oppineet työn ja kokemuksen kautta sekä seuraamalla esimerkiksi tiedotusvälineitä (esim. Parkkinen 1993). Jos suuret ikäluokat määritellään suppeasti (1945–1950), voidaan nähdä, että heilläkin on vielä koulutusvajetta melkoisesti. Kun otetaan mukaan myöhemmin syntyneitä, koulutustaso alkaa kohota heti. Ikäryhmän 1965–1974 koulutustaso on jo korkea, mikä todistaa sitä, että suuret ikäluokat ovat halunneet antaa lapsilleen paljon paremman koulutuksen kuin heillä itsellään on ollut. Pekka Parkkinen (1993) on arvioinut, että suurten ikäluokkien lapsilleen jättämä koulutusperintö on ainakin yhtä suuri kuin suurten ikäluokkien lapsilleen jättämä eläkevelka, mikä tulee näin kuitatuksi. Suuret ikäluokat ikääntyvät kuitenkin huomattavasti parempien koulutusresurssien varassa kuin heitä edeltäneet sukupolvet. Noin kahdella kolmanneksella suurten ikäluokkien (1945–1950 syntyneet) edustajista on ainakin koulutasoinen ammattitutkinto, 12–13 prosentilla jopa korkea-koulututkinto. (Savioja ym. 2000, 62).

**Taulukko 2.1** Ikääntyneiden, suurten ikäluokkien ja heidän jälkeläistensä peruskoulutustaso vuoden 2000 lopussa prosentteina.

Ikäryhmä	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Yhteensä
60–64	57	24	19	100
65–69	68	18	14	100
70–74	75	14	11	100
75–79	78	13	9	100
80–84	79	12	9	100
85–	82	10	8	100
1945–1950 synt. miehet	60	23	17	100
naiset	49	26	24	100
1945–1954 synt.	32	39	29	100
1965–1974 synt.	13	47	40	100

Lähde: Tiisanojaa (2002, 27) ja Saviojaa ym. (2000, 62) mukailten.

## Terveys ja toimintakyky

Terveys ja toimintakyky (terveyspääoma) ovat keskeisimpiä muuttujia hyvän vanhuuden ja vanhenemisen voimavarojen kannalta. Voimavaranäkökulman kannalta nykyisin tiedetään, että (esim. Heikkinen 2000, 220, 224, 232; Savioja ym. 2000, 68; Sulander ym. 2004, 4, 12):

1. Ikääntyneiden koettu terveys ja toimintakyky ovat parantuneet ainakin 1990-luvun alusta lähtien
2. Enemmistön terveydentila ja toimintakyky säilyvät hyvänä korkeaan ikään asti (75. jopa 85. ikävuoteen asti)
3. Terve ja aktiivinen elinaika todennäköisesti pitenee elinajan pidentymisen myötä
4. Suurten ikäluokkien terveydentila on kohtuullisen hyvä ja he tulevat siirtymään eläkkeelle terveempinä kuin heitä edeltäneet sukupolvet.

**Taulukko 2.2** 65–84-vuotiaitten koettu terveys keväällä 2003 sukupuolen mukaan prosentteina.

Terveys	65–69		70–74		75–79		80–84	
	M	N	M	N	M	N	M	N
Hyvä	14	16	15	16	6	8	5	5
Melko hyvä	39	36	36	32	29	33	22	27
Keskinkertainen	32	39	36	41	42	42	46	38
Melko huono	12	6	10	10	19	14	21	24
Huono	2	3	4	1	4	3	6	5
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100

Lähde: Sulander ym. 2004, 31.

Vähintään melko hyväksi terveytensä kokeneiden osuudet vaihtelevat 27 ja 53 prosentin välillä. Terveimpiä ovat 65–69-vuotiaat miehet ja sairaimpia 80–84-vuotiaat miehet. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muilla aineistoilla (esim. Vaarama & Kaitsaari 2002, 128). Kuitenkin on muistettava, että tämän ikäisistä 7–8 kymmenestä on yksi tai useampi diagnostisoitu pitkäaikaissairaus.

**Taulukko 2.3** 65–84-vuotiaitten selviytyminen ilman vaikeuksia jokapäiväistä askareista keväällä 2003 sukupuolen mukaan prosentteina.

Toiminto	65–69		70–74		75–79		80–84	
	M	N	M	N	M	N	M	N
Raskaat taloustyöt	86	82	75	72	56	49	43	35
Painavien tavaroiden kantaminen	91	76	85	71	73	53	62	43
Portaissa kulkeminen	91	85	87	79	76	69	65	55
Asiointi kodin ulkopuolella	96	94	90	89	82	77	70	64
Ulkona liikkuminen	97	94	91	89	86	81	76	66

Lähde: Sulander ym. 102–115.

Taulukosta 2.3 voidaan havaita, että fyysinen toimintakyky säilyy suurella enemmistöllä ikääntyneitä 75. ikävuoteen saakka. Senkin jälkeen suuri osa selviytyy päivittäistä toiminnoista varsin hyvin. Ensimmäisenä tuottavat vaikeuksia raskaat taloustyöt. Miesten toimintakyky on selvästi naisia parempi. Merkittävää on havaita, että vanhimmastakin ikäryhmästä kolmella neljäsosalla miehistä ja kahdella kolmanneksella naisista ei ole vaikeuksia liikkua ulkona.

**Taulukko 2.4** 65–84-vuotiaiden kyky selvittää muistia ja henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä vähintään melko hyvin keväällä 2003 sukupuolen mukaan prosentteina.

Sukupuoli	Ikäryhmä			
	65–69	70–74	75–79	90–84
Miehet	65	50	38	30
Naiset	70	61	55	49

Lähde Sulander ym. 2004, 101.

Taulukon 2.4 mukaan naisten psyykinen toimintakyky säilyy selvästi miehiä paremmin. On hyvä muistaa, että toimintakykyä voidaan parantaa monilla adaptaatiomekanismeilla. Apuvälineiden käyttö lisääntykin iän mukana, mutta Sulander ym. (2004, 116) osoittavat, että 80–84-vuotiaista miehistäkään lähes kolmannes (31 %) ja naisista viidennes ei käytä vielä mitään apuvälinettä.

Työkyky säilyy enemmistöllä, ainakin kolmella neljäsosalla, varsin hyvänä pitkälti yli 70 ikävuoden, vaikka monille työntekijöille alkaa tulla työkyvyn rajoitteita erityisesti 51–58. ikävuoden paikkeilla. Merkittävää on myös se, että mitä paremmin työkyky säilyy eläkkeelle siirtymiseen, sitä parempana terveys, ruumiillinen kunto ja elämään tyytyväisyys koetaan eläkeläisenä. (Ilmarinen 1999, 85; 2003, 398, 406).

## **Tekeminen, toiminta ja oleminen**

Itsensä toteuttaminen ja mielekäs vapaa-ajan tekeminen ovat tärkeitä hyvinvoinnin osatekijöitä (esim. Allardt 1976, 46–47). Myös tuottavan ikääntymisen keskeinen ydin on ikääntyneiden toiminnassa ja tekemisessä.

Yli 65-vuotiaista jatkaa työelämässä hieman vajaa 10 %. Kokoaikaisessa palkkatyössä heistä on ani harva, mutta osa-aikatyössä jatkaa ainakin seitsemän prosenttia. Ikääntyneiden työntekijöiden työvoimaosuudet ovat alentuneet kaikissa OECD-maissa 1970-luvun alusta lähtien. Nykyisin suomalaisista 50–54-vuotiaista on työssä noin 80 %, 55–59-vuotiaista noin 60 % ja 60–64-vuotiaista noin viidennes (Ilmarinen 1999, 33–37; 2003, 395; Vaarama & Kaitsaari 2002, 124; Rantala 2004, 9). Suurista ikäluokista (1945–1954 syntyneet) oli vuonna 2001 työssä 80 %, työttömänä 6 %, eläkkeellä 0,6 %, työkyvyttömänä 9 % ja muusta syystä pois työvoimasta 5 % (Tiisanoja 2002, 24).

Vaikka havaintotoimintojen tarkkuus ja nopeus heikkenevät iän myötä, säilyvät psykomotoriset taidot kuten ammattitaito korkeaan ikään saakka. Tiedämme hyvin, että kirvesmies, putkimies, opettaja ja lääkäri säilyttävät ammattitaitonsa pitkälle eläkkeelle siirtymisen jälkeenkin. Toisaalta ammattien ja yhteiskunnalliset muutokset ovat niin nopeita, että ammattitaito vanhenee, ellei sitä jatkuvasti kehitetä. On ollut havaittavissa, että monet eläkeläiset seuraavat tiiviisti oman ammattinsa kehitystä lukemalla oman alansa lehtiä ja kirjallisuutta. Ikääntyvän työvoiman merkittävään rooliin ja mahdollisen työvoimapulan vuoksi eläkeikäiset tulevat olemaan tärkeä työvoimareservi tulevaisuudessa. Ainakin nuoremmat eläkeläiset alkavat entistä enemmän tehdä "keikkaa" työelämäänsä. Ammattitaitoa on mahdollista käyttää eläkkeellä ollessakin monin tavoin.

Ikääntyneiden antama naapuriapu on korvaamaton voimavara maalaiskylässä tai kaupunkien kerrostalossa. Kaikista eläkeikäisistä 38 % kertoo auttaneensa naapuriaan viimeisen neljän viikon aikana. Nuoremmista eläkeläisistä (65–74-vuotiaat) joka toinen auttaa naapuriaan, naisista 52 % ja miehistä 42 %. (Niemi 2002, 22). Lasten, vanhusten tai sairaitten hoito, ruuanlaitto, asiointi ja lemmikkieläinten hoito ovat tavallisimmat naapuriavun muodot. Suuren osan vanhuksista kotona selviytyminen on nykyisin iäkkäiden antaman naapuriavun varassa.

Ikääntyneet ihmiset ovat tärkeä voimavara omaishoitajina. He hoitavat joko sairasta aikuista lastaan, sairasta puolisoaan tai muuta läheistään. Suomessa arvioidaan olevan 3 500 perhettä, jossa yli 65-vuotiaat vanhemmat hoitavat kehitysvammaista lastaan kotona (Jokinen 2000, 45). Omaishoito on merkittävä hyvinvointipluralismin toimintamuoto, jota on viimeisen 25 vuoden ajan poliittisesti pidetty tärkeänä. Omaishoito on yhteiskunnallistettu ja sen kautta ikääntyneet ihmiset ovat kiinni merkittävässä yhteiskunnallisessa prosessissa. Omaishoitajia arvioidaan olevan yli 300 000 henkilöä. Omaishoitajista 55 % on eläk-

keellä ja noin neljä kymmenestä ovat itsekin jo yli 65-vuotiaita. Hoidettavista 63 % on yli 65-vuotiaita. (esim. Pietilä & Saarenheimo 2003, liitetaulukko 1; Valta-kunnallinen omaishoidon uudistaminen 2004, 31–32). Siten ikääntyneiden omaishoitajien määrä on ainakin 120 000. Vaaraman ym. (2003, 34) mukaan vuonna 2001 omaishoidolla säästettiin (nettosäästö) noin 283 miljoonaa euroa laitoshoidokustannuksista. Täten ikääntyneiden omaishoitajien osuudeksi voidaan arvioida vähintään 113 miljoonaa euroa, ehkä enemmänkin.

Vapaaehtoistyö erilaisissa järjestöissä on melko yleistä eläkeikäisten keskuudessa. 65–74-vuotiaista miehistä 28 % ja yli 75-vuotiaista miehistä 24 % ilmoittavat tekevänsä vapaaehtoistyötä. Vastaavat luvut naisilla ovat 28 % ja 15 %. Ikäihmiset toimivat vapaaehtoistyöntekijöinä muiden muassa eläkeläisjärjestöissä, uskonnollisissa yhdistyksissä ja seurakunnissa sekä sosiaali- ja terveysjärjestöissä (Niemi 2002, 23–24). Monet kouluttautuvat vapaaehtoistyössä esimerkiksi mielenterveyskuntoutujien tukihenkilöksi.

Yhä yleisempää on, että ikääntyneet ihmiset toimivat erilaisissa vertaisryhmissä ja vertaistukena, osallistuvat oman avun ryhmiin sekä toteuttavat itsehoitoa. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi ikääntyneiden liikunta- ja keskusteluryhmät (esim. Malin 2000, 17–21). Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa ja itsehoitoa on alettu korostaa entistä enemmän kun kotihoidosta on tullut vanhuspolitiikan keskeinen strategia. Itsehoitoon sisältyvät päivittäiset terveystottumukset, systemaattinen terveyden ylläpitäminen sekä sairauden oireiden tarkkailu (esim. Backman 2001, 20). Itsehoidolla on saavutettavissa taloudellisia säästöjä, koska se mahdollistaa kotona asumisen jatkumisen pidempään. Suurten ikäluokkien jäsenillä on hyvät koulutukselliset ja muut valmiudet toteuttaa itsehoitoa.

Välillisesti ikääntyneiden voimavaroja lisäävät erilaiset vapaa-ajan toiminnot, kuten opiskelu, kulttuuriharrastukset, matkailu, liikunta ja yhdistysosallistuminen (Niemi 2002, 23). Näissä on kysymys erilaisista itsensä toteuttamisen muodoista. Suuri osa eläkeikäisten kokonaisuudesta kuuluu kodinhoidollisiin tehtäviin, seurusteluun, TV:n katseluun ja radion kuunteluun, lukemiseen sekä lepäilyyn ja nukku-miseen.

## 2.6 Sosiokulttuuriset voimavarat

### 2.6.1 Kolmannen iän vapaudet voimavarana

Peter Laslett'in (1996, 192–202) mukaan kolmannen iän keskeinen piirre ovat persoonalliset saavutukset. Kolmas ikä on erityisesti erilaisten vapauksien kautta. Ensinnäkin tämä vapaus merkitsee sitä, että monen työssäoloaikaiset vastuut ja velvoitteet ovat poistuneet. Kolmannessa iässä ollaan vapaita työstä, enemmistö myös rahahuolista sekä lasten kasvatuksesta. Laslett'in (mt., 192) tavoin

kolmannessa iässä ollaan "vapaita toteuttamaan henkilökohtaisia päämääriä niin täydellisesti kuin mahdollista". Kolmas ikä on yksilöllisen valinnan kautta eikä mikään julkinen tapahtuma. Se voi Laslett'in mukaan merkitä "elämän täyttymystä" ja "elämän kruunua". Kolmas ikä on vapaa-ajan ja itsensä toteuttamisen kautta. Palkkatyön muodossa tapahtuva tuottaminen muuttuu erilaiseksi kulu- tukseksi (ks. myös Blaikie 1999, 70). Karisto (2002, 138) korostaa, että kolmas ikä on henkilökohtaisen hyvinvoinnin lisäämisen aikaa. Silloin on mahdollista tehdä sellaista, mitä työssä ollessa ei ehtinyt tehdä. Ikäryhmässä 50–55-vuotiaat 68 % katsoi ohittaneensa elämän vaikeat vuodet (Suuri valinta, ei painovuotta). Eläkkeellä oloon monilla on unelmia ja elämänmuutostoiveita, joita edustavat esimerkiksi ympäristönvaihdos, matkustelu, vapaa-aika, hankinnat ja terveys sekä hyvinvointi (Karisto & Konttinen 2004, 98). Monille kolmas ikä on lasten- lapsista nauttimisen kautta.

Kolmannen iän vapauksia täydentävät kauteen liittyvät oikeudet. Eläkkeelle siir- tyminen tuottaa oikeuden eläkkeeseen, alennettuihin matka- ym. lippuihin sekä osittain vapaaseen kalastukseen. Kolmannen iän vapauksien toteutuminen riip- puu oleellisesti jaksossa 2.5 käsitellyistä voimavaroista. Toisaalta kolmannen iän vapauksia voi toteuttaa mahdollisuuksien mukaan myös hyvin korkeassakin iäs- sä.

## 2.6.2 Vanhuuden kehitystehtävään liittyvät voimavarat

Ikääntyneiden kulttuurinen pääoma liittyy oleellisesti elämänkokemukseen ja vanhuuden kehitystehtävään. Ikääntymisen myötä syntyy vahvaa tietoisuutta, jonka avulla ihminen tutkii elettyä elämäänsä. Tämä elämänprosessi johtaa vii- sauteen, joka merkitsee kykyä eheyttää elämänsä kokemukset. Viisaus merkit- see myös elämän vaalimista kuoleman edessä. Erikson ym. (1986; vrt. Ruoppila & Suutama 1994, 72–73; Saarenheimo 2003, 22–26) määrittävät viisauden van- huuden henkiseksi perusvoimaksi, koska sen avulla ikääntynyt ihminen säilyttää kokemusmaailmansa eheyden, vaikka ruumiilliset ja henkiset toiminnot heikkeni- sivät.

Eriksonilaisessa mielessä aikuisuuden keskeinen kehitystehtävä on generatiivi- suus, jolla tarkoitetaan halua kasvattaa seuraavaa sukupolvea, aikuisen vastuuta uudesta sukupolvesta. Generatiivisuutta seuraa vanhuudessa minän eheyttämi- nen eli integraatio, mikä merkitsee uskoa elämään, elämäntarkoituksen löytämistä ja ristiriitojen ratkaisemista. Tähän persoonalliseen integraatioon liittyy juuri vanhuuden viisaus.

John Kotre (1995, 37) puhuu kulttuurisesta generatiivisuudesta, jonka yksi kes- keinen piirre on ihmisen sisäinen halu symboliseen kuolemattomuuteen. Ihmiset tulevat ikääntyessään tietoisiksi kulttuurisesta generatiivisuudesta sen jälkeen,



kun he ovat huolehtineet jälkikasvusta ja siirtäneet tietojaan ja taitojaan nuoremille. Ikääntynyt ihminen haluaa jättää perinnöksi jonkin merkin itsestään. Tämä merkki voi olla jokin konkreettinen esine tai rakennus. Ikääntyneiden kiinnostusta sukututkimukseen tai muistelmien kirjoittamiseen voidaan tarkastella kulttuurisen generatiivisuuden pohjalta. Voidaan sanoa, että sukupolvien välinen sykli ja generatiivisuus ovat suurimpia vanhuuden voimavaroja.

Pitkä elämä mahdollistaa myös kyvyn muistella ja sen, että on muisteltavaa. Ikääntyneiden merkittävä valtaistamiskeino on rohkaista heitä tiedostamaan nämä muistot ja kertomaan niitä. Voidaan sanoa, että jokainen vanha ihminen on oma tarinansa. Muistot ja tarinat ovat tärkeitä vanhuuden voimavaroja. (Saarenheimo 1997). Ikääntyneillä on runsaasti arkielämässä syntyvää hiljaista tietoa. Ikääntyneiden kulttuurinen voimavara on myös se, että he toimivat yhteiskunnassa tietynlaisena stabisoivana vastavoimana yhteiskunnallisille muutoksille (esim. Marin 2002, 103). Ikääntyneiden merkitys kulttuurin tuottajana, kuluttajina ja välittäjinä on suuri, vaikka näiden tehtävien on toteuttamisen tiellä onkin monia esteitä. Vielä puuttuu monia areenoita, joilla ikääntyneet voivat toteuttaa näitä kulttuurisia tehtäviään.

### 2.6.3 Elämänhallinnan resurssit

Selvää empiiristä näyttöä ei ole siitä, mihin suuntaan elämänhallinnan keinot muuttuvat ikääntymisen myötä. Yhden näkemyksen mukaan elämänhallinnan kyvyt kypsyvät ikääntymisen mukana (esim. Saarenheimo 2003, 40). Jotkut sosiaaliset taidot kuten suvaitsevaisuus ja ihmissuhdetaidot saattavat lisääntyä ihmisen vanhetessa. Vanhat ihmiset voivat myös palata niihin selviytymiskeinoihin, joilla he ovat onnistuneet aikaisemmassa elämässään.

## 2.7 Ympäristö ikääntyneen voimavarana

### 2.7.1 Paikan ja kodin merkitys voimavarana

Usein asuinympäristössä kiinnitetään huomiota vain siihen, miten se vastaa fyysisesti vanhan ihmisen toimintakykyä ja mahdollistaa selviytymisen. Voimavara-ajattelun kannalta ympäristö on paljon muutakin. Kylä tai kaupunginosa ovat ikääntyneelle keskeinen yhteisöllinen resurssi. Alueeseen liittyvät aina myös tunne- ja henkinen puoli sekä elämänhistoriallisuus, jotka lisäävät elämän enustettavuutta ja turvallisuutta sekä vaikuttavat mielialoihin ja tunteisiin. Paikka siis voidaan nähdä sosiokulttuurisena tilana, jossa rakennettu ympäristö ja esineet kantavat kollektiivista ja yksilöllistä muistia (Marin 2003a, 31–35). Vanhuudessa paikan kokeminen, paikallisidentiteetti esiintyy usein vahvana. Ikääntyneiden voimavarojen kannalta ympäristö ei saa olla liian helppo, vähän vaativa eikä

toisaalta se saa vaatia vanhalta ihmiseltä liikaa. Harmonia ikääntyvien kykyjen ja ympäristön haasteiden välillä luo edellytykset ikäihmisen hyvälle selviytymiselle (Hooyman & Kiyak 1999, 5–8).

Marjatta Marinin (2003a, 30) mukaan kotona olemisen tunne on olennainen osa paikallisidentiteettiä. Kodin merkitykseen onkin kiinnitetty paljon huomiota viime aikaisessa sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa. Yleinen käsitys on, että koti merkitsee eniten juuri ikääntyneille ihmisille. Seuraavassa esitetään luettelo ikäihmisten kodille antamista merkityksistä (esim. Sinkkonen 1995; Hietanen 1998; Vilkkö 2000; Heywood ym. 2002, 30–34). Ikääntyneet ihmiset perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta seuraavasti:

1. Kokemuksella vapaudesta, itsemääräämisestä, autonomiasta ja omasta päätösvallassa
2. Kokemuksella itsenäisestä elämästä ja elämänhallinnasta sekä omatoimisuudesta
3. Kokemuksella sosiaalisten suhteiden säilymisestä
4. Kokemuksella asuinympäristöstä ja luonnosta
5. Kokemuksella arvokkaasta elämästä ja arvostetuksi tulemisesta
6. Kokemuksella tasavertaisuudesta avunantajien kanssa
7. Kokemuksella turvallisuudesta
8. Kokemuksella oman minuuden vahvistumisesta
9. Kokemuksella mahdollisuudesta ilmaista tunteita.

Kodin merkityksiin sisältyvät keskeiset inhimilliset piirteet ja arvot. Varoituksen sana on tuotava esiin siitä, ettei asuinalueen eikä kodin merkitystä saa yliarvostaa. Osa ikääntyneistä ihmisistäkin on jatkuvasti muuttamassa, joten heille ei ole muodostunut paikallisidentiteettiä. Monille asuinalue ja koti voivat olla turvattuuden ja väkivallan areenoita. Kaikilla ei yksinkertaisesti ole eri syistä mahdollista asua omassa kodissa. Tällöin olisi tärkeää, että nämä kodin merkitykset voitaisiin siirtää myös palveluasumiseen sekä laitosasumiseen.

## 2.7.2 Sosiaalinen verkosto voimavarana

Sosiaalisen vanhenemisen tutkimuksessa yhdeksi tärkeimmäksi alueeksi on muodostunut ikääntyneen ihmisen sosiaaliset vuorovaikutussuhteet, jotka puolestaan muodostavat sosiaalisen pääoman ydinsisällön. Mitä enemmän ikääntyneellä ihmisellä on näitä vuorovaikutussuhteita, sitä integroituneempi hän sosiaalisesti on. Puhutaan sosiaalisesta verkostosta, kun halutaan kuvata ihmisen sosiaalisten suhteiden rakennetta. Ikääntyneen ihmisen sosiaalinen verkosto voidaan määritellä seuraavasti (Seikkula 1994; Koskinen ym. 1998, 189; Marin 2003b): Ikääntyvän ihmisen sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan hänen inhimillisiä vuorovaikutussuhteitaan ja henkilökohtaisten kontaktien

joukkoa, jotka rakentavat hänen sosiaalista identiteettiään ja jotka voivat ohjata erilaista vaihtoa. Vanhan ihmisen sosiaalinen verkosto sisältää tavallisesti seuraavat tahot:

1. Vanhan ihmisen kanssa asuvat perheenjäsenet tai muut henkilöt
2. Hänen muualla asuvat perheenjäsenensä, sisaruksensa ja muut sukulaisensa
3. Päivittäisten toimintojen ja harrastusten kautta tulevat ihmissuhteet
4. Ystävät, naapurit ja entiset työtoverit
5. Ammattiauttajat
6. Elämänaikaiset merkittävät ihmissuhteet huolimatta siitä, ovatko he vielä elossa.

Sosiaalista verkostoa suppeampi on vanhan ihmisen sosiaalinen tukiverkosto. Tällöin tarkastellaan sosiaalisia vuorovaikutussuhteita niiden funktion näkökulmasta. Tukiverkoston muodostavat ne vanhan ihmisen sosiaalisen verkoston osat, jotka ovat käytettävissä silloin, kun ikääntynyt tarvitsee apua (esim. Gothoni 1990, 11). Nykyisin puhutaan myös ikääntyneen ihmisen kotiverkostosta, jolla tarkoitetaan niitä virallisen ja epävirallisen tukiverkoston toimijoita, jotka ovat ikäihmiselle kotona asumisen kannalta tärkeitä ja hänelle itselleen merkityksellisiä (esim. Jokinen & Malin 2000, 12). Enemmistöllä (65 %) suomalaisista ikäihmisistä on melko tiivis sosiaalinen verkosto (esim. Melkas & Jylhä 1997, 8) Sosiaalinen verkosto voimavarana merkitsee ikääntyneille ihmisille seuraavia asioita (esim. Gothoni 1990; Tuominen 1994; Litwin 1996; Melkas & Jylhä 1997):

1. Muodostaa ikäihmisten arkielämän perustan, jossa hän elää ja toimii
2. Auttaa rakentamaan ikäihmisen sosiaalista identiteettiä ja itsearvostusta
3. Edistää hänen sosiaalista ankkuroitumistaan, liittymistä yhteisöön
4. Toimii puskurina elämässä eteen tulevia stressitekijöitä vastaan
5. Mahdollistaa paremmin ympäristöön vaikuttamisen
6. Mahdollistaa perinteen ja jatkuvuuden, mutta myös muutoksen ja uudistumisen, edistää mukautumista uusiin tilanteisiin
7. Toimii mobilisaation ja yhteisen toiminnan perustana
8. Auttaa käsittelemään vaikeita elämäntilanteita
9. Ohjaa erilaista vaihtoa
10. Vähentää riippuvuutta ammattiauttajista
11. Vaikuttaa jatkuvasti ikääntyneen valintoihin ja päätöksentekoon
12. Tuottaa arvokasta tietoa ikääntyneen elämästä

Vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999, 24–26) mukaan yli 60-vuotiaista 85 % on yhteydessä perheeseen tai lähisukulaisiin ainakin viikoittain, lähes puolet jopa päivittäin. Vastaavasti ystäviin pitää yhteyttä viikoittain 74 % ja päivittäin runsas kolmannes. Yhteydenpito lisääntyi vuosien 1994 ja 1998 välisenä aikana. Myös yksinäiseksi itsensä kokeneiden osuus aleni 42 prosentista 36 prosenttiin.

Monista myönteisistä sosiaalisen verkoston piirteistä huolimatta verkostoon voi sisältyä myös vähemmän myönteisiä piirteitä kuten liiallista kontrollia ja holhoamista. Verkosto ei suinkaan korvaa palveluja, koska siihen sisältyy monia epävarmuustekijöitä.

### 2.7.3 Perhe ja isovanhemmuus voimavarana

Perhe on keskeinen elementti ikääntyneen sosiaalisessa verkostossa. Melkas ja Jylhä (1997, 9) nimesivät toiseksi yleisimmäksi ikääntyneiden verkostotyyppiä perhekeskeisen verkoston, jossa nimenomaan lasten merkitys on suuri. Ikääntyneet ihmiset tuovat lukuisissa tutkimuksissa esiin perheen suuren merkityksen voimavarana heidän elämässään. Iäkkäiden perheet ovat nykyisin heterogeenisempia kuin nuorempien. Noin kahdeksalla kymmenestä ikäihmisestä on ollut lapsia jossakin elämänsä vaiheessa. 50-vuotiaista vain 15 % ei ole koskaan solminut avioliittoa. Lasten ja ikäihmisten tiiviit suhteet ja vastavuoroisuus ovat todellisuutta enemmistön kohdalla. Apua tarvitsevien ikääntyneiden pääasiallinen avun lähde on perhe, puoliso, lapset, lastenlapset, vävyt ja miniät. Myös sisarusuhteiden merkitys korostuu usein, kun sisarukset ikääntyvät. Sisarukset ovat usein tärkeänä linkkinä vanhan ihmisen tukiverkostossa. On myös tapauksia, joissa ikääntyneet ihmiset ovat joutuneet perheenjäsenten taholta kaltoin kohdelluiksi (Hurme 1990; Koskinen ym. 2003; Marin 2003c).

Pitkän iän oloissa samassakin perheessä voi nykyisin olla jopa viisi biologista sukupolvea. Sukupolvista on siten kehittynyt tärkeä perhevoimavara. Isovanhemmuuttakin voi esiintyä siten "kolmessa kerroksessa". Näiden lisääntyvien perhesukupolvien solidaarisuudesta ja vastuuntunnosta on kehittynyt merkittävä voimavara (esim. Marin 2003c, 66–68). Erityisesti sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa on nostettu isovanhemmuus voimavarana esiin (esim. Hurme 1990; Marin 2002). Helena Hurme (1990, 218–223; vrt. Marin 2002, 112) tuo esiin näitä isovanhempien ulottuvuuksia seuraavasti:

1. Emotionaalinen vuorovaikutussuhde lastenlasten kanssa
2. Isovanhemmat kokevat lastenlasten kautta suvun biologisen uusiutumisen ja jatkuvuuden
3. Isovanhemmat lastenlasten hoitajina ja tukihenkilöinä
4. Isovanhempien ja lastenlasten välinen suhde edustaa myös sosiaalista jatkuvuutta, jonka kautta välittyy menneisyydestä tietoja ja niitä tulkitaan lapsille
5. Isovanhemmat toimivat mallina lastenlapsille opettamalla heitä elämään, antamalla elämänohjeita, elämänviisautta ja käytännön taitoja
6. Isovanhemmat toimivat välittäjinä vanhempien ja lasten välillä, ymmärtävät lastenlapsia (ns. puskurina oleminen)
7. Isovanhemmat tekevät erilaisia asioita lastenlasten kanssa

8. Isovanhemmuuden symbolinen merkitys (peitetyt merkitykset): esim. muistikuvat aikaisemmista tapaamisista

Vielä on ennenaikaista arvioida, mitä erilaista merkitsevät voimavarana isovanhemmuus, isoisovanhemmuus ja isoisoisovanhemmuus. Nykyisin on isovanhemmuutta toteutettu esimerkiksi eräissä erillisissä liikuntahankkeissa ilman biologista suhdetta. Isovanhemmuus- ja lastenlasten iässä olevia on saatettu yhteen liikuntaohjelmissa. Perheettömillä ikäihmisillä on mahdollisuus kompensoida perheen resursseja muilla ihmisuhteilla. Suurten ikäluokkien edustajilla perhe näyttää olevan keskeinen elämänalue. Esimerkiksi vuonna 1947 syntyneistä 22 % elää ilman perhettä. Enemmistö suurista ikäluokista elää vielä ensimmäisessä avioliitossaan (Kartovaara 2002, 8–13).

## 2.8 Psyykkiset ja henkiset voimavarat

Psyykkiset ja henkiset voimavarat edustavat persoonallista pääomaa. Menemättä tässä yksityiskohtaiseen erittelyyn voidaan viimeaikaisen tutkimuksen valossa todeta, että psyykkiset toiminnot kuten älykkyyden taso, luovuus, havaintokyky, verbaalinen ilmaisu, muisti, oppiminen ja muut kognitiiviset toiminnot voivat säilyä varsin hyvinä korkeaan ikään. Monissa toiminnoissa tapahtuu hidastumista iän mukana, mutta kokemuksella, käyttämällä enemmän aikaa ja harjoituksella voidaan psyykkisiä kykyjä ylläpitää.

Heikkinen (2002) puhuu ikääntyneiden mielen voimavaroista, joilla hän tarkoittaa tunteita ja niiden hallintaa, tietoja, taitoja, osaamista ja ymmärtämistä. Lapsuuden muistot ja lapsuuden kuvaukset ovat hänen mukaansa tärkeitä vanhuuden voimavaroja. Hän osoittaa (mt., 227), miten hyvinkin iäkkäillä on runsaasti mielen voimavaroja, jotka ilmenevät luovuutena ja harrastuksina.

Takkisen (2003, 214–219) mukaan valtaosa 60–70 % ikäihmisistä kokee elämänsä tarkoitukselliseksi. Tärkeitä syytekijöitä olivat läheiset ihmiset, elämään liittyvät seikat sekä hyvä terveys ja toimintakyky. Optimistisuus näkyi myös ikäikäiden ihmisten elämäntyytyväisyyden piirtämisessä. Korkeimmat arvot niissä asetettiin usein 80-89. ikävuoden kohdalle. Elämän tarkoitukselliseksi kokeminen on usein yhteydessä elämään tyytyväisyyteen, hyvään itsetuntoon, hallinnan tunteeseen, ulospäin suuntautumiseen, negatiivisten tunteiden vähäisyyteen sekä hyvään itse arvioituun terveyteen ja toimintakykyyn.

Viime aikaisissa suomalaisissa tutkimuksissa on saatu korkeita prosenttiosuuksia ikääntyneiden myönteisissä elämänasenteissa ja elämään tyytyväisyydessä. Routasalon ym. (2003, 20) tutkimuksen mukaan ei-yksin asuvista 90 % ja yksin asuvista 65 % omasivat myönteisen elämänsentteen. Tyytyväisiä elämäänsä oli

96 % ei-yksin asuvista ja 81 % yksin asuvista. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa (esim. Vaarama & Kaitsaari 2002, 138).

Ikääntyneet ihmiset tuovat usein esille tutkimuksissa ja syntymäpäivähaastattelussa omina voimavaroinaan erilaiset elämänarvot, jotka ovat heitä elämässään ja vanhetessaan kannatelleet. Tällaisina arvoina usein mainitaan uskonnollinen tai poliittinen vakaumus, isänmaallisuus, henkisyys, luonnonkunnioitus ja rakkaus.

## 2.9 Voimavaranäkökulman haasteet yhteiskuntapolitiikalle

Voimavaranäkökulma asettaa monia haasteita käytännön yhteiskuntapolitiikalle niin valtakunnallisella kuin paikallisella ja seudullisella tasolla. Tärkeää olisi saada aikaan uusi ainakin vuoteen 2015 ulottuva valtakunnallinen ikästrategia, joka laadittaisiin laajapohjaisesti ja se hyväksyttäisiin poliittisesti. Strategiassa tulisi ikääntyminen nähdä jatkumona, jossa työntekijöiden ikääntyminen, kolmas ikä ja varsinainen vanhuus niveltäisivät yhteen. Strategian laadinnassa tulee olla keskeisenä se, miten ikääntyneiden voimavaroja, esimerkiksi ammattitaitoa, hyödynnetään yhteiskunnassa ja miten niitä tuetaan yhteiskuntapoliittisilla toimenpiteillä. Kysymyksessä olisi siten ikääntymisen institutionaalisen pääoman lisääminen. Vastaavasti paikallisissa ikästrategioissa pitäisi ottaa ikäjatkumo huomioon eikä laatia yksinomaan yli 75-vuotiaiden palvelusuunnitelmia. Vanhuspoliittinen näkökulma olisi muutettava ikääntymis- tai ikäpoliittiseksi näkemykseksi.

Keskeisenä osana uudessa strategiassa tulee olla elinikäisen oppimisen ulottaminen ikääntyneeseen ja vanhusväestöön. Konkreettisena esimerkkinä on, että ikääntyneiden yliopistotoiminta otetaan yliopistojen avoimen yliopiston perushoituksen piiriin lisäämällä avoimen yliopiston rahoitusta. On myös välttämätöntä suunnitella sitä, miten ainakin nuorempia eläkeikäisiä voidaan käyttää työelämässä mahdollisen työvoimapulan uhatessa. Ikäihmisten taloudellinen merkitys tulee ottaa huomioon kansantalouden tilipidossa ja huoltosuhteiden laskemisessa.

Yhteiskunta voi voimavaraistaa ikäihmisiä tukemalla heidän omaehtoista kulttuuriaan, esimerkiksi senioriteatteria. Vanhusneuvostotoimintaa tulee kehittää edelleen ja harkinta toiminnan lakisääteistämistä. Eläkeläisjärjestöjen toimintaedellytyksiä on tarkoituksenmukaista lisätä ja niiden asiantuntemusta käyttää. Yhdyskuntakuntasuunnittelua koskeissa ohjeissa tulee korostaa ikääntyneiden voimavaroja ja turvata esteetön liikkuminen. Ikääntyneiden liikuntamahdollisuuksia tulee lisätä paikallisella tasolla.

Ehkäisevä ja kuntouttava näkökulma tulisi saada läpäiseväksi periaatteeksi koko yhteiskuntapolitiikassa ja erityisesti ikäpolitiikassa. On pohdittava, tulisiko ehkäisevät kotikäynnit saattaa lakisääteiksi. Ikäihmisten toteuttamaa omaishoitoa on tulevaisuudessa tuettava huomattavasti enemmän kuin nykyisin. Suuri haaste on kehittää rahoitusjärjestelmä ikääntyneiden ihmisten kuntoutusta varten. Palvelujen suunnittelussa tulee kehittää entistä enemmän monet sukupolvet huomioon ottavia palvelumalleja.

Ikääntymisen medikalisoimisen ehkäisemiseksi olisi korostettava myös ikääntymisen sosiokulttuurisia puolia. Maahanmuuttajien ikääntymiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Yliopistoihin tulee perustaa psykogerontologian ja kulttuuri-gerontologian professorin virkoja (ainakin yksi kumpaankin), joita Suomessa ei vielä ole lainkaan.

Uudessa strategiassa voimavarojen lisäksi tulee ottaa entistä enemmän huomioon vähäresurssiset ikääntyneet kansalaiset. Pienituloisten, menneistä traumoista kärsivien, yksinäisten, hyväksikäytön kohteena olevien, huonosti asuvien, sairaitten ja dementoituneiden vanhojen ihmisten asemaa tulee parantaa. Selvästi on havaittavissa, etteivät nuoret ihmiset ole halukkaita opiskelemaan vanhustyötä. Nyt on korkea aika kehittää strategioita, joilla jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa rekrytoidaan nuoria alalle. Tärkeää tässä rekrytoinnissa on valottaa nuorille myös ikääntymisen hyviä puolia ja voimavaroja.

Voimavaranäkökulman haaste voidaan tiivistää yhteen lauseeseen "Koko yhteiskunta ikääntymisen asialle", mikä ei suinkaan tarkoita sitä, että muut ikäryhmät jätetään vähemmälle. Myönteisesti ikääntyvä yhteiskunta on sellainen, jossa kaikki ikäryhmät otetaan tasapuolisesti huomioon.

## 2.10 Yhteenveto

Yhtenä strategiana valmistauduttaessa kohtaamaan ikääntynyt yhteiskunta on pyrkiä löytämään, analysoimaan ja tunnustamaan ikääntymiseen liittyviä voimavaroja, joita voidaan käyttää hyväksi yksilö-, perhe-, yhteisö- ja koko yhteiskunnan tasolla. Vanheneminen ja vanhuus ovat ilmiöinä kaksikasvoisia. Niihin sisältyy sekä huonoja että hyviä puolia. Perinteisesti vanhenemisessä on kiinnitetty huomiota vain sen mukanaan tuomiin haittavaikutuksiin. Tässä esityksessä on nostettu esiin ikääntymisen voimavaroja. Voimavaranäkökulman kannalta on tärkeää, että ikääntyvien ihmisten voimavaroja voidaan monella tavalla edistää paikallisella ja valtakunnallisella politiikalla.

Voimavara-ajattelun taustalla vaikuttavat yhä kasvava elinajanodote (pitkäikäisyys), vanhenemisen monikasvoisuus ja useiden sukupolvien eläminen samanaikaisesti. Pitkän iän oloissa myös ikäraajat ja ikäkäsitteet muuttuvat. Nykyisin

perustellusti määritetään varsinaisen vanhuuden (neljännen iän) alkavan noin 85. ikävuoden paikkeilla, jolloin ikään liittyvä sairastavuus, toimintakyvyn aleneminen, muista riippuvuus sekä hoidon ja palvelujen tarve lisääntyvät. Työn jätön ja varsinaisen vanhuuden väliin jäävä kolmas ikä jäsentää uudelleen ihmisen elämänsä. Tästä elämänvaiheesta on tullut tärkeä osa eläkeikäisten elämää myös voimavarojen kannalta. Toisaalta on alettu kiinnittää huomiota ikääntyvien työntekijöiden asemaan. On otettu käyttöön käsitteet ikääntyvä (yli 45-vuotiaat) ja ikääntynyt (yli 55-vuotiaat) työntekijä.

Tuottavan iän käsitteellä halutaan nykyisin korostaa ikääntyneiden kansalaisten kontribuutiota yhteiskunnassa. Käsite on myös kritiikkiä kaavamaiselle huoltosuhdeajattelulle, joka ei ota huomioon ikääntyneiden monipuolista merkitystä. On tavallista, että vanheneminen ja vanhuus lääketieteellistetään. Voimavara-ajattelu edellyttää kuitenkin näiden ilmiöiden näkemistä laajemmassa sosiokulttuurisessa yhteydessään. Voimavarojen kannalta on tärkeää myös ymmärtää ihmisen elämänsä kokonaisuus. Voimavaroja kertyy ja niitä myös kuluu koko elämänsä aikana. Jotta ikääntyviä kansalaisia voidaan tukea erilaisilla yhteiskuntapolitiikan toimenpiteillä, on tiedettävä, mikä tuottaa hyvän vanhuuden. Sosiaaligerontologisen tutkimuksen avulla ymmärtämyksemme hyvän vanhuuden olemuksesta on lisääntynyt oleellisesti viime vuosina.

Vanhenemisen voimavarojen konkretisoimiseksi on saatava täsmällinen kuva siitä, mitä voimavaroilla tarkoitetaan. Meidän täytyy tuntea nämä ikäihmisten voimavarat, meillä täytyy olla halua ja kykyä käyttää näitä voimavaroja ja meillä täytyy olla käsitys, mihin tarkoitukseen näitä voimavaroja käytetään. Yhteiskunnan toimesta tulee järjestää erilaisia areenoita, joilla ikäihmiset omalla toiminnallaan vapauttavat voimavarojaan. Esimerkkinä tästä on elinikäisen koulutuksen ulottaminen ikääntyneeseen ja vanhusväestöön tukemalla taloudellisesti ikääntyvien yliopistotoimintaa. Voimavara -käsitteen rinnalla on tässä esityksessä käytetty myös pääoman -käsitettä. Taloudellinen, kulttuurinen, sosiaalinen, symbolinen, inhimillinen ja persoonallinen edustavat eri pääoman lajeja. Vaikka vanhenemiseen liittyy monia haittaavia muutoksia, voimavara-ajattelun kannalta on tärkeää, että näitä muutoksia voidaan kompensoida erilaisilla adaptaatiomekanismeilla.

Voimavaralähtöisyyden perusolettamuksina tuotiin esille joitakin hyvin vanhojen elämää koskevia tutkimustuloksia. Perusolettamuksia ovat myös, että ikääntyminen voidaan nähdä myös toisena tai uutena mahdollisuutena ja että yhteiskuntapolitiittisilla toimenpiteillä voidaan voimaannuttaa ikäihmisiä. Suomessa on keskusteltu ikääntyneiden voimavaroista 1970-luvun lopulta lähtien. On julkaistu aihetta koskevia teoksia ja toteutettu voimavaroja korostavia tutkimushankkeita.

Tässä esityksessä ikääntymiseen liittyvät voimavarat jaettiin neljään ryhmään, joita ovat kollektiiviset tai ryhmätason voimavarat, sosiokulttuuriset voimavarat,



ympäristöön liittyvät voimavarat sekä psyykkiset ja henkiset voimavarat. Kollektiivisiin voimavaroihin sisältyy erilaista taloudellista, henkistä ja symbolista pääomaa. Ensimmäisenä tarkasteltiin ikääntyvien ja ikääntyneiden työntekijöiden vahvuuksia (henkinen pääoma). Toiseksi luotiin katsaus ikäihmisten poliittisiin resursseihin (symbolinen pääoma), joilla ikääntyneet kansalaiset voivat vaikuttaa omaan asemaansa yhteiskunnassa. Todettiin, että vanhuuden politiikka (the politics of old age) on noussut tärkeäksi kysymykseksi EU-maissa, joissa on kehittynyt erilaisia vanhuskysymyksen ympärillä toimivia järjestöjä. Vanhusneuvostot ovat yksi tie ikäihmisten vaikuttamismahdollisuuksiin. Tulevaisuudessa "vanhojen valta" ilmeisesti nousee esille yhä suurempana kysymyksenä.

Ikääntyneiden taloudelliset voimavarat ja taloudellinen merkitys kasvavat koko ajan. Monessa suhteessa ikääntyneiden taloudelliset voimavarat (taloudellinen pääoma) ovat suuremmat kuin nuorempien ikäryhmien. Ikääntyneiden taloudellinen merkitys ilmenee heidän rooleissaan eläkkeen saajina, omistajina, säästäjinä, kuluttajina, sijoittajina, investointien mahdollistajina (eläkerahastot), veronmaksajina, perinnönjättäjinä ja työllistäjinä (hoivahenkilöstö).

Voimavaroja ovat myös ikääntyneiden parantunut asumistaso, lisääntynyt koulutus sekä terveyden ja toimintakyvyn säilyminen hyvänä yhä pidempään. Ikääntyneiden ammattitaitoa voidaan käyttää eläkkeellä ollessakin monin tavoin. Ainakin nuoremmat eläkeläiset tulevat toimimaan entistä enemmän työvoimareservinä uhkaavaa työvoimapulaa lieventämään. Omaishoitajina, vapaaehtoistyön tekijöinä ja vertaistuen antajina ikääntyneiden merkitys on jo nyky-yhteiskunnassa korvaamaton voimavara.

Sosiokulttuuriset voimavarat (kulttuurinen pääoma) liittyvät kolmannen iän vapauksiin, vanhuuden kehitystehtävään sekä lisääntyviin elämänhallinnan kykyihin. Ikääntyneiden kulttuurinen generatiivisuus, muistelu, hiljaisen tiedon omaaminen, stabilisoivana voimana toimiminen sekä kulttuurin tuottajina, kuluttajina ja välittäjinä toimiminen ovat keskeiset elementit kulttuurisissa voimavaroissa.

Ikääntyneiden ympäristöstä on löydettävissä monia resursseja (sosiaalinen pääoma). Niitä ovat paikan ja kodin merkitykset, sosiaalinen verkosto sekä perhe ja isovanhemmuus. Esimerkiksi ikääntyneiden asuntoa voidaan tarkastella voimavaranäkökulmasta omistuksen kohteena, fyysisenä paikkana ja koettuna kotina. Sosiaalinen verkosto on enemmistöllä ikäihmisiä varsin tiivis. Sosiaalinen verkosto tukiverkostoineen muodostaa elämän perustan ikäihmisille.

Psyykkiset voimavarat (persoonallinen pääoma) viittaavat kaikkein yksilöllisimpiin resursseihin. Muut voimavarat voidaan nähdä edellytyksiä luovina persoonalliselle pääomalle. Viime kädessä psyykkisten ja mielen voimavarojen säilyminen, elämän tarkoituksellisuus, myönteinen elämänasenne ja elämään tyytyväi-

syys ratkaisevat paljolti kotona selviytymisen mahdollisimman pitkään. Julkisten interventioidenkin toteuttajien on tärkeä tietää, miten ikääntyneiden persoonallista pääomaa voidaan lisätä.

Ikääntymisen institutionaalisen pääoman kannalta on merkittävää, miten paikallisyhteisöjen, seutukuntien ja valtakunnan tason julkishallinnon, yritysten ja järjestöjen ikästrategioissa ja vanhuuspoliittisissa ohjelmissa otetaan huomioon ikääntymisen voimavarat ja miten niitä pyritään vahvistamaan. Ikääntymisen tukeminen kuuluu kaikille hallintokunnille ja kaikille yhteiskuntapolitiikan lohkoille. Menestyksellisesti ikääntyvä yhteiskunta ottaa huomioon kaikkien ikäryhmien tarpeet ja vahvuudet. Ikäihmisten tarpeista ja resursseista lähtevä yhdyskuntasuunnittelu merkitsee yleensä sitä, että sellainen yhteisö soveltuu myös nuoremmille.

## Lähteet

- Ahlqvist, K. & Berg, M-A. (2003): Kotitalouksien kulutusmenojen muutossuunnat. Tilastokeskus. Tulot ja kulutus 2003:21. Yliopistopaino. Helsinki.
- Alanen, L. (2001): Polvesta polveen. Sukupolvi sosiologisena käsitteenä ja tutkimuskohteenä. Teoksessa Sankari, Anne & Jyrkämä, Jyrki (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Vastapaino. Jyväskylä, 97–115.
- Allardt, E. (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY. Porvoo.
- Atchley, R. C. (2000): *Social Forces and Aging. An Introduction to Social Gerontology.* Ninth Edition. Wadsworth. Belmont.
- Auvinen, R. & Hirsjärvi, E. & Kumpulainen, M. & Stenbäck, A. & Vauhkonen, M-L. (1982): Vanhenemisen voimavarat. Kirjayhtymä. Hämeenlinna.
- Backman, K. (2001): Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluensis. D Medica* 624. Oulun yliopisto. Oulu.
- Baltes, P. B. (1993): The Aging Mind: Potential and Limits. *The Gerontologist* 33(5), 580–594.
- Baltes, P. B. & Baltes, Margret M. (1990): Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. Teoksessa Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (toim.) *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences.* Cambridge University Press. Cambridge, 1–34.
- Bass, S. A. & Caro, F. G. (2001): Productive Aging: A Conceptual Framework. Teoksessa Morrow-Howell, N. & Hinterlong, J. & Sherraden, M. (toim.) *Productive Aging. Concepts and Challenges.* The John Hopkins University Press. Baltimore, 37–78.
- Beck, U. & Giddens, A. & Lash, S. (1995): *Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio.* Vastapaino. Jyväskylä.
- Bengtson, V. & Rosenthal, C. & Burton, L. (1990): Families and Aging: Diversity and Heterogeneity. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) *Handbook of Aging and the Social Sciences.* Third Edition. Academic Press. New York, 263–281.

- Binstock, R. H. & Quadagno, J. (2001): Aging and Politics. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) Handbook of Aging and Social Sciences. Fifth Edition. Academic Press. San Diego, 333–351.
- Blaikie, A. (1999): Ageing & Popular Culture. Cambridge University Press. Cambridge.
- Borg, S. & Ruostesaari, I. (2002): Suuret ikäluokat ja valta. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 51–58.
- Bourdieu, P. (1986): The Forms of Capital Teoksessa Richardson, J. G. (toim.) Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. Greenwood. New York, 241–258.
- Cantor, M. & Little, V. (1985): Aging and Social Care. Teoksessa Binstock, Robert H. & Shanas, E. (toim.) Handbook of Aging and the Social Sciences. Second Edition. Van Nostrand Reinhold. New York, 754–781.
- Caro, F. G. & Bass, S. A. & Chen, Y-P. (1993): Introduction: Achieving a Productive Aging Society. Teoksessa Bassa, Scott A. & Caro, F. G & Chen, Y-P. (toim.) Achieving a Productive Aging Society. Auburn House. Westport, 1–25.
- Cole, T. R. & Kastenbaum, R. & Ray, R. E. (toim.) (2000): Handbook of the Humanities and Aging. Second Edition. Springer. New York.
- Comfort, A. (1979): Paras ikä. WSOY. Porvoo.
- Crown, W. (2001): Economic Status of the Elderly. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) Handbook of Aging and Social Sciences. Academic Press. San Diego, 352–368.
- Cutler, S. J. & Hendricks, J. (2001): Emerging Social Trends. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) Handbook of Aging and the Social Sciences. Fifth Edition. Academic Press. New York, 462–480.
- Erikson, E. H. & Erikson, J. M. & Kivnick, H. Q. (1986): Vital Involvement in Old Age. Norton. New York.
- Estes, C. L. (1979): Aging Enterprise. Jossey-Bass. San Francisco.
- Estes, C. L. and Associates (2001): Social Policy & Aging. A Critical Perspective. Sage. Thousand Oaks.
- Estes, C. L. & Mahakian, J. L. & Weitz, T. A. (2001): A Political Economy Critique of "Productive Aging". Teoksessa Estes, C. L. and Associates Social Policy & Aging. A Critical Perspective. Sage. Thousand Oaks, 187–199.
- Forma, P. (2002): Sukupolvien välinen kuilu ja sosiaaliturva kyselytutkimusten valossa. Hyvinvointikatsaus 1/2002, 47–50.
- Forss, S. (2001): Toimipaikkojen ikäpolitiikka ja yrityskulttuuri. Teoksessa Forss, S. & Karisalmi, S. & Tuuli, P. Työyhteisö, jaksaminen ja eläkeajatuksset. Eläketurvakeskuksen raportteja 2001:26. Eläketurvakeskus. Helsinki, 13–52.
- Fry, C. L. (1996): Age, Aging, and Culture. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) Handbook of Aging and the Social Sciences. Academic Press. San Diego, 117–136.
- Garfein, A. J. & Herzog, R. (1995): Robust Aging Among the Young-old, Old-old and Oldest-old. Journal of Gerontology: Social Sciences 50B(2), 577–587.

- Gergen, M. & Gergen, K. J. (2003): Positive Aging. Teoksessa Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (toim.) *Ways of Aging*. Blackwell. Oxford, UK, 203–224.
- Giddens, A. (1991): *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press. Cambridge.
- Gothi, R. (1990): Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tukitutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Suunnitteluosasto. Tutkimuksia 1990:2. Helsinki.
- Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (1999): Constructionist Perspectives on Aging. Teoksessa Bengtson, V. L. & Schaie, K. W. (toim.) *Handbook of Theories of Aging*. Springer. New York, 287–305.
- Heikkinen, E. (2000): Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa Heikkinen, E. & Tuomi, J. (toim.) *Suomalainen elämäntilanne*. Tammi. Vantaa, 216–234.
- Heikkinen, E. (2002): Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Tammi. Vammala, 13–33.
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) (2002): *Vanhuuden voimavarat*. Tammi. Vammala.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) (2003). *Gerontologia*. Duodecim. Tampere.
- Heikkinen, R-L. (2003): Kokemuksellinen vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Duodecim. Tampere, 193–201.
- Heikkinen, R-L. (1996): Experienced Aging as Elucidated by Narratives. Teoksessa Birren, J. E. ym. (toim.) *Aging and Biography. Explorations in Adult Development*. Springer. New York, 187–204.
- Heinonen, J. (toim.) (1998): *Senioriteetti voimavarana*. Gaudeamus. Tampere.
- Helander, V. (2001): "Ei oikeutta maassa saa...". Ikäihmiset poliittisina vaikuttajina. Vanhustyön keskusliitto ry. Jyväskylä.
- Hervonen, A. (2001): Vuosisadan vartijat. Ikääntymisen suomenmestarit kertovat. Tammi. Helsinki.
- Hervonen, A. (1996): Pitkän ja terveen elämän perusedellytykset. Teoksessa Hervonen, A. & Jylhä, M. & Oinonen, T. *Tervaskannot. Kuinka selvitä hengissä ensimmäiset 90 vuotta?*. Kirjayhtymä Oy. Sulkava, 12–18.
- Hervonen, A. & Jylhä, M. & Oinonen, T. (1996): *Tervaskannot. Kuinka selvitä hengissä ensimmäiset 90 vuotta?*. Kirjayhtymä Oy. Sulkava.
- Hervonen, A. & Lääperi, P. (2001): *Muisti pettää – jättääkö järki*. Tammi. Jyväskylä.
- Hervonen, A. & Pohjolainen, P. & Kuure, K. A. (1998): *Vanhene viisaasti*. WSOY. Porvoo.
- Heywood, F. & Oldman, C. & Means, R. (2002): *Housing and Home in Later Life*. Open University Press. Buckingham.
- Hietanen, I. (1998): *Kotona asuvien yli 65-vuotiaiden päivittäisen selviytymisen edellytykset. Päätöksenteko, asuinympäristö ja lähiyhteisöjen tuki*. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Oulun yliopisto. Oulu.

- Hinterlong, J. & Morrow-Howell, N. & Sherraden, M. (2001): Productive Aging. Principles and Perspectives. Teoksessa Morrow-Howell, N. & Hinterlong, J. & Sherraden, M. (toim.) Productive Aging. Concepts and Challenges. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 3–18.
- Hohenthal-Antin, L. (2001): Luvan ottaminen – ikäihmiset teatterin tekijöinä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 191. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (1999): Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective. Fifth Edition. Allyn and Bacon. Boston.
- Hughes, B. (1990): Quality of Life. Teoksessa Peace, S. M. (toim.) Researching Social Gerontology. Concepts, Methods and Issues. Sage. London, 46–58.
- Ilmarinen, J. (1998): Työ ja ikääntyminen. Teoksessa Heinonen, J. (toim.) Senioritetti voimavarana. Gaudeamus. Tampere, 20–35.
- Hurme, H. (1990): Eläkeikäisten perhesuhteet. Teoksessa Pohjolainen, P. & Jylhä, M. (toim.) Vanheneminen ja elämäntilanne. Sosiaaligerontologian perusteita. Weilin+Göös. Mänttä, 199–224.
- Ilmarinen, J. (1998): Työ ja ikääntyminen. Teoksessa Heinonen, J. (toim.) Senioriteetti voimavarana. Gaudeamus. Tampere, 20–35.
- Ilmarinen, J. (1999): Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa – tilannekatsaus, sekä työkyvyn, työllistyvyyden ja työllisyyden parantaminen. Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö. Helsinki.
- Ilmarinen, J. (2003): Ikääntyvän työvoiman työkyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Gerontologia. Duodecim. Tampere, 395–407.
- Jeune, B. (2002): Living Longer – but Better? Aging Clin Exp Res, 14(2), 72–93.
- Johansson, S. (1970): Om levnadsnivåundersökningen. Allmänna förlaget. Stockholm.
- Jokinen, K. (2000): Virallinen ja epävirallinen tuki osana ikäihmisen kotiverkosta. Teoksessa Malin, M-L. (toim.) Verkostot ja vertaiset. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. Helsinki, 45–50.
- Jokinen, K. & Malin, M-L. (2000): Ikä, kansalaistoiminta ja verkostot. Teoksessa Malin, M-L. (toim.) Verkostot ja vertaiset. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. Helsinki, 9–15.
- Julkilausuma vanhojen vallasta ja itsemääräämisoikeudesta (1988): Gerontologia 2(1), 60–63.
- Juntto, A. (2002): Suurten ikäluokkien asumisura. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 15–19.
- Jylhä, M. (1996): Vuosisadan perspektiivi vanhenemiseen. Teoksessa Hervonen, A. & Jylhä, M. & Oinonen, T. Tervaskannot. Kuinka selvitä hengissä ensimmäiset 90 vuotta? Kirjayhtymä. Sulkava, 9–11.
- Jylhä, M. (2000): Onnistunut vanheneminen ja vanhuuden muuttuvat mielikuvat. Gerontologia 14(1), 43–46.
- Jyrkämä, J. (1988): Vanhojen valta Suomessa. Gerontologia 2(1), 18–29.
- Jyrkämä, J. (1995): "Rauhallisesti alas illan lepoon"? Tutkimus vanhenemisen sosiaalisuudesta neljässä paikallisyhteisössä. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 449. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Järnefelt, N. (1999): Syrjitäänkö ikääntyviä työhönnotossa? Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 3/1999, 20–21.
- Jääsaari, J. & Martikainen, T. (1991): Nuorten poliittiset valinnat. Gaudeamus. Helsinki.
- Kalliomäki, K. (2004): Valtiosihteeri Raimo Sailas työeläkerahastoinnista: "Kansantalouden näkökulmasta rahastointi riittää jo". Työeläke 39(1), 4–6.
- Kankaanranta, P. (2002) Suurten ikäluokkien sijoitukset. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 32–36.
- Karisto, A. (2002): Kolmannen iän käsitteestä ja sen käytöstä. Gerontologia 16(3), 138–142.
- Karisto, A. & Konttinen, R. (2004): Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä. Palmenia -kustannus Helsinki.
- Karppi, S-L. & Pohjolainen, T. & Grönlund, R. & Aaltonen, T. & Ketala, R. & Poikkeus, L. & Puukka, P. (2003). Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteen kuntoutusmallin arviointi. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59. Helsinki.
- Kartovaara, L. (2002): Perhe on paras. Väestöllinen tutkimusretki suurten ikäluokkien perheisiin. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 8–14.
- Kirjonen, J. (1994): Työelämän kehitystrendit. Teoksessa Kuusinen, J. ym. (toim.) Ikääntyminen ja työ. WSOY. Työterveyslaitos. Juva, 110–127.
- Kirk, H. (1994): When Old Age Became a Diagnosis. Teoksessa Öberg, P. & Pohjolainen, P. & Ruoppila, I. (toim.) Kokemuksellinen vanheneminen. SSKH Skrifter Nr 4. Yliopistopaino. Helsinki, 31–43.
- Koskinen, S. & Nieminen, M. & Martelin, T. & Sihvonen, A-P. (2003): Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Tampere, 25–32.
- Koskinen, S. (1994a): Ketkä kulloinkin ovat olleet vanhuksia. Vanhuskäsitykset sosiaali- ja kulttuurihistoriallisina ilmentyminä. Teoksessa Sailas, R. & Mikkonen, S. (toim.) 55+. Katsaus ikääntyvien elinoloihin. Tilastokeskus ja Stakes. Elinolot 1994:1. Helsinki, 9–13.
- Koskinen, S. (1994b): Vanheneminen sosiaalisesta näkökulmasta. Teoksessa Kuusinen, Jorma ym. (toim.) Ikääntyminen ja työ. WSOY. Työterveyslaitos. Juva, 76–94.
- Koskinen, S. & Aalto, L. & Hakonen, S. & Päiväranta, E. (1998). Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto ry. Jyväskylä.
- Kotre, J. (1995): Generative Outcome. Journal of Aging Studies 9(1), 33–41.
- Kärkkäinen, S-L. (1994): Mökeistä taajamiin. Ikääntyvien asuinolot 1950-luvulta 1990-luvulle. Teoksessa Sailas, R. & Mikkonen, S. 55+ Katsaus ikääntyvien elinoloihin. Tilastokeskus. Stakes. Elinolot 1994:1. SVT. Helsinki.
- Lassila, J. & Valkonen, T. (1999): Eläkerahastot ja väestön ikääntyminen. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1999:2. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos sarja B 158. Eläketurvakeskus. Helsinki.
- Levonen, T. (2004): Henkinen pääoma on rahan arvoista. Johtamiskulttuurien erot käyvät kalliiksi fuusioille. Työeläke 39(1), 22–23.

- Litwin, H. (toim.) (1996): *The Social Networks of Old People. A Cross-National Analysis.* Praeger. Westport.
- Luborsky, M. R. & McMullen, C. K. (1999): *Culture and Aging.* Teoksessa Cavanaugh, J. C. & Whitbourne, S. K. (toim.) *Gerontology. An Interdisciplinary Perspective.* Oxford University Press. New York, 65–90.
- Lawton, M. P. (1983): *Environment and Other Determinants of Well-being in Older People.* *The Gerontologist* 23(4), 349–357.
- Maddox, G. L. (2001) *Housing and Living Arrangements. A Transactional Perspective.* Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) *Handbook of Aging and the Social Sciences. Fifth Edition.* Academic Press. San Diego, 426–443.
- Malin, M.-L. (2000): *Vertaisryhmä elinvoimaa kasvattamassa.* Teoksessa Malin, M.-L. (toim.) *Verkostot ja vertaiset. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry.* Helsinki, 17–26.
- Mannheim, K. (1952): *Essays on the Sociology of Knowledge.* Oxford University Press. New York.
- Marin, M. (2000a): *Vanhusten sosiaalinen ja kulttuurinen pääoma hyvän vanhenemisen ehtona.* *Gerontologia* 14(1), 37–42.
- Marin, M. (2000b): *Onnistunut vanheneminen.* *Gerontologia* 14(1), 34–36.
- Marin, M. (2002): *Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin.* Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat.* Tammi. Vammala, 89–117.
- Marjatta, M. (2003a): *Elämän paikallisuus ja paikat.* Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa.* PS-kustannus. Juva, 22–43.
- Marin, M. (2003b): *Sosiaaliset verkostot.* Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa.* PS-kustannus. Juva, 72–93.
- Marin, M. (2003c): *Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot.* Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia, Duodecim.* Tampere, 60–69.
- Marin, M. & Hakonen, S. (2003): *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa.* PS-kustannus. Juva.
- Martelin, T. & Pitkänen, K. & Koskinen, S. (2000): *Suomalaisten väestöllinen elämäntilasto: tilastoja ja tarinoita.* Teoksessa Heikkinen, E. & Tuomi, J. (toim.) *Suomalainen elämäntilasto.* Tammi. Vantaa, 38–57.
- Melkas, T. & Jylhä, M. (1997): *Iäkkäiden sosiaaliset verkostot ja elämänlaatu. Hyvinvointitilastointi.* *Tilastollinen aikakauslehti* 2/1997, 6–13.
- Morgan, L. & Kunkel, S. (1998): *Aging. The Social Context.* Pine Forge Press. Thousand Oaks.
- Myles, J. (2002): *A New Social Contract for the Elderly?* Teoksessa G. Esping-Andersen with D. Gallie, A. Hemerijck and J. Myles. Oxford University Press. New York, 130–172.
- Mäkinen, T. (2001): *Eläkeläisten tulonmuodostus yhdeksässä OECD-maassa vuonna 1995. Eläketurvakeskuksen raportteja 2001:24.* Helsinki.
- Mäkinen, T. (2003): *Suomalaiseläkeläisten asema kansainvälisen vertailun valossa.* Teoksessa Hagfors, R. ym. (toim.) *Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1.* Helsinki, 133–149.

- O'Rand, A. M. (1996): The Cumulative Stratification of the Life Course. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Fourth Edition. Academic Press. San Diego, 188–207.
- Niemi, I. (2002): Eläkeläisten aika. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 4/2002, 20–25.
- O'Rand, A. M. (2001): Stratification and the Life Course. The Forms of Life-Course Capital and Their Interrelationships. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K. (toim.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Academic Press. New York, 197–213.
- Outila, M. & Koskinen, S. & Piekkari, J. (2002): Village Community as a Resource for the Aged. ELVI -Project's Final Report. University of Lapland. Academy of Finland. Ageing Research Programme. (Painamaton tutkimusraportti)
- Palomäki, S-L. (2004): Suhde vanhenemiseen. Iäkkäät naiset elämänsä kertojina ja rakentajina. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 94. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä
- Parkkinen, P. (1993): Inhimillinen pääoma ja koulutusperintö Suomessa. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 4/93, 2–5.
- Phillipson, C. (1998): *Reconstructing Old Age. New Agendas in Social Theory and Practice*. Sage. London
- Piekkari, J. (2002): Ikäihmisten elinympäristöt Lapin haja-asutusalueella. Teoksessa Koskinen, S. & Outila, M. & Piekkari, J. (toim.) *Ikäihmisten elämää Ounasjokivarraessa ja Järvikylissä*. Lapin yliopisto. ELVI-hanke. (julkaisematon tutkimusraportti)
- Pietilä, M. & Saarenheimo, M. (2003): Omaishoidon tukeminen Suomessa. Vanhustyön keskusliitto ry. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2. Saarijärvi.
- Purhonen, S. (2002): Suurten ikäluokkien itsetietoisuus sukupolvena. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 37–46.
- Quadagno, J. (1999): *Aging and the Life Course. An Introduction to Social Gerontology*. McGraw-Hill College. Boston.
- Rantala, J. (2003): Tulojen muuttuminen siirryttäessä eläkkeelle. Teoksessa Hagfors, Robert ym. (toim.) *Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla*. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1. Helsinki, 93–105.
- Rantala, J. (2004): Ikääntyvien työllisyys kohentui 1990-luvun lopulla. *Työeläke* 39(2), 8–9.
- Rintala, T. (2003): Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. *Stakes*. Tutkimuksia 132. Saarijärvi.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. & Savikko, N. & Tilvis, R. (2003): Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto ry. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi.
- Roos, J. P. (1987): *Suomalainen elämä*. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Hämeenlinna.
- Ruoppila, I. & Suutama, T. (1994): Psyykkisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Teoksessa Kuusinen, J. ym. (toim.) *Ikääntyminen ja työ*. WSOY. Työterveyslaitos. Juva, 58–75.



- Ruuskanen, P. (2001): Sosiaalinen pääoma – käsitteet, suuntaukset ja mekanismit. VATT-tutkimuksia 81. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Helsinki
- Ruuskanen, P. (2002): Sosiaalinen pääoma hyvinvointipoliittisessa keskustelussa. Teoksessa Ruuskanen, P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS-kustannus. Keuruu, 5–27.
- Saarenheimo, M. (1997): Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muistelemineen. Vastapaino. Tampere.
- Saarenheimo, M. (2003): Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulmia. WSOY. Vantaa.
- Sailas, R. (1991): Kuluttajat harmaantuvat, muuttuuko kulutus? Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 2/1991, 15–19.
- Sankari, A. (2004) Ikääntyviä tietoyhteiskunnassa. Kulttuuriset ajattelutavat ja sosiaalinen tila. SoPhi 88. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopistopaino. Jyväskylä.
- Savioja, H. & Karisto, A. & Rahkonen, O. & Hellsten, K. (2000) Suurten ikäluokkien elämäntilanne. Teoksessa Heikkinen, E. & Tuomi, J. (toim.) Suomalainen elämäntilanne. Tammi. Vantaa, 58–73.
- Seikkula, J. (1994): Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Simpura, J. (2002): Sosiaalista pääomaa mittaamassa. Teoksessa Ruuskanen, P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. PS – kustannus. Keuruu, 200–222.
- Sinkkonen, S. (toim.) (1995): Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 30. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.
- Snel, J. & Cremer, R. (1994): Work and Aging. A European Perspective. Taylor & Francis. Basingstoke.
- Sonkin, L. & Petäkoski-Hult, T. & Rönkkö, K. & Södergård, H. (1999): Seniori 2000. Ikääntyvä Suomi uudelle vuosikymmenelle. Sitra 233. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sulander, T. & Helakorpi, S. & Nissinen, A. & Uutela, A. (2004): Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2004. Helsinki.
- Suominen, S. (2002): Vanhusneuvosto kotikunnassaan. Eläkeliitto ry. Loimaa.
- Suuri valinta. ET -lehden tutkimus yli 45-vuotiaitten asenteista ja arvoista (ei painovuotta eikä -paikkaa)
- SVT 2003. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002. Sosiaaliturva 2003:1. Stakes. Helsinki.
- Säylä, M. (2002): Sukupolvien vauraus-perittyä vai itse ansaittua?. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 28–30.
- Takkinen, S. (2003): Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Duodecim. Tampere, 210–219.

- Taylor, B. A. & Bengtson, V. L. (2001): Sociological Perspectives on Productive Aging. Teoksessa Morrow-Howell, N. & Hinterlong, J. & Sherraden, M. (toim.) Productive Aging. Concepts and Challenges. The Johns Hopkins University Press. Baltimore, 120–144.
- Tenkanen, R. (2003): Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Lapin yliopistopaino. Rovaniemi.
- Thorson, J. A. (2000): Aging in a Changing Society. Second Edition. Brunner/Mazel. Ann Arbor.
- Thursz, D. & Nusberg, C. & Prather, J. (toim.) (1995): Empowering Older People. An International Approach. Cassell. Auburn House. Westport.
- Tiisanoja, M. (2002): Työn sukupolvi parhaassa työiässä. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 24–27.
- Tikka, M. (1991): Pohdintoja kolmannelta iältä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen työpapereita N:o 67. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Tikkanen, T. (1998): Learning and Education of Older Workers. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 137. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Tirrito, T. (2003): Aging in the New Millennium. A Global View. University of South Carolina Press. South Carolina.
- Tornstam, L. (1982a): Resursbegreppet och åldrandet. Teoksessa Tornstam, L. & Odén, B. & Svanborg, A. Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden. Del 1: Teorier och forskningsansatser. Liber Förlaget. Stockholm, 60-124.
- Tornstam, L. (1982b): Åldrandet i utbytesteoretiskt perspektive. Teoksessa Tornstam, L. & Odén, B. & Svanborg, A. Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden. Del 1: Teorier och forskningsansatser. Liber Förlag. Stockholm, 125–180.
- Tornstam, L. & Odén, B. & Svanborg, A. (1982): Äldre i samhället - förr, nu och i framtiden. Del 1: Teorier och forskningsansatser. Liber Förlag. Stockholm.
- Torres-Gil, F. M. (1992): The New Aging: Politics and Change in America. Auburn House. New York.
- Tuominen, E. (1994): Elämänmuutos ja muutoksen hallinta. Tutkimus leskeksi jäämisen taloudellisista, terveydellisistä ja sosiaalisista vaikutuksista sekä leskeyteen sopeutumisesta. Eläketurvakeskus. Tutkimuksia 1994:1. Helsinki.
- Tuominen, E. & Niemelä, H. & Nyman, H. & Ruhanen, E. & Elo, K. (2003): Eläkkeensaajat ja eläketulot. Teoksessa Hagfors, R. ym. (toim.) Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1. Helsinki, 63–92.
- Uhlenberg, P. & Miner, S. (1996), Life Course and Aging: A Cohort Perspective. Teoksessa Binstock, R. H. & George, L. K (toim.) Handbook of Aging and the Social Sciences. Fourth Edition. Academic Press. San Diego, 208-228.
- Uusitalo, H. (2003): Eläkeläisten toimeentulo muuta väestöä vakaampaa 1990 –luvulla. Työeläke 38(4), 12–13.
- Uusitalo, H. & Sallila, S. & Hagfors, R. (2003): Eläkeläiskotitalouksien toimeentulo. Teoksessa Hagfors, Robert ym. (toim.) Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1. Helsinki, 107–131.

- Vaarama, M. (1992): Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 48. VAPK-kustannus. Helsinki.
- Vaarama, M. & Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. (1999): Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki.
- Vaarama, M. & Kaitasaari, T. (2002): Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes. Jyväskylä, 120–148.
- Vaarama, M. & Voutilainen, P. (2002): Kaksi skenaariota vanhusten hoivapalvelujen kehityksestä ja resurssitarpeista ajalla 1999–2030. Yhteiskuntapolitiikka 67(4), 352–363.
- Vaarama, M. & Voutilainen, P. & Manninen, M. (2003): Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön Selvityksiä 8. Edita. Helsinki.
- Vakimo, S. (1998): Vanhan naisen kasvavat voimavarat – poimintoja noidista ja Pohjolan akoista moderneihin mummoihin. Teoksessa Heinonen, Jarmo (toim.) Senioriteetti voimavarana. Gaudeamus. Tampere, 115–138.
- Vakimo, S. (2001): Paljon kokeva, vähän näkyvä. Tutkimus vanhaa naista koskevista kulttuurisista käsityksistä ja vanhan naisen elämäkäytännöistä. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki.
- Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3. Helsinki.
- Vanhuspolitiikka vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Edita. Helsinki.
- Vanne, R. (2002): Sukupolvitilinpito ja suuret ikäluokat. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 59–64.
- Vannemaa, M. (1993): Iäkäs nainen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Stakes. Raportteja 101. Helsinki.
- Vilko, A. (2000): Riittävästi koti. Janus vol.8 (3), 213–230.
- Vincent, J. A. (1999) Politics, Power and Old Age. Open University Press. Buckingham.
- Virén, M. (2002): Rahat vanhoille, velat nuorille. Varallisuusjakautuman muutosten tarkastelua. [www.stat.fi/tk/el/varallisuus.Viren.2002.pdf](http://www.stat.fi/tk/el/varallisuus.Viren.2002.pdf).
- Virtanen, M. (2002): Ovatko suuret ikäluokat sukupolvi? Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti 1/2002, 42–46.
- Walker, A. (toim.) (1996): The New Generational Contract. Intergenerational Relations, Old Age and Welfare. UCL Press. London.
- Walker, A. (2000): Towards Active Ageing In Europe. Hallym International Journal of Aging 2(1), 49–60.
- Walker, A. & Maltby, T. (1997): Ageing Europe. Open University Press. Buckingham.
- Walker, A. & Naegele, G. (toim.) (1999): The Politics of Old Age in Europe. Open University Press. Buckingham.
- Williamson, J. B. & Evans, L. & Powell, L. A. (1982): The Politics of Aging: Power and Policy. Charles C. Thomas. Springfield.

Ylikulppi, K. (2002): Lappilaisten iäkkäiden sosiaaliset verkostot. Teoksessa (Koskinen, S. & Outila, M. & Piekkari, J. (toim.) Ikäihmisten elämää Ounasjokivarressa ja Järvikylissä. Lapin yliopisto. ELVI -hanke. Rovaniemi (julkaisematon käsikirjoitus).

Äänioikeusrekisteriin merkittyjen Suomessa ja ulkomailla asuvien äänioikeutettujen ikä 1.1. 2003 eduskuntavaaleissa 2003. Tilastokeskus. (painamaton moniste).

### **Muut lähteet**

Eläketurvakeskuksesta puhelimitse 12.8. 2004 vanhuuseläkkeiden keskimääriä koskeva tieto.

EURAG.[www.eurag-europe.org/epresent.htm](http://www.eurag-europe.org/epresent.htm)

Koskinen, Outi Pirkanmaan Eurooppa-tiedotus. Eurooppalaisia ikääntyneiden organisaatioita koskeva 11.8.2004 sähköpostitse saatu tieto

Oksa-Pallasvuo, Marja. Eduskunnan kirjasto. Kansanedustajien ikää koskeva 11.8. 2004 sähköpostitse saatu tieto

Piipponen, Sirkka-Liisa. Suomen kuntaliitto. Kunnanvaltuutettujen ikää koskeva 11.8. 2004 sähköpostitse saatu tieto

### 3 KOLMAS IKÄ – UUSI NÄKÖKULMA VÄESTÖN VANHENEMISEEN

*Antti Karisto*

Kolmannella iällä tarkoitetaan eläkeiän alkupäätä, työiän ja varsinaisen vanhuuden välissä olevaa ikävaihetta. Kolmas ikä on käsitteen yhden introdusoijan, englantilaisen väestö- ja perhehistorioitsija Peter Lassletin (1989) mukaan omalle hyvinvoinnille omistettua aikaa. Ei olla enää työssä, mutta muuten ollaan toimintakykyisiä, aktiivisia ja aikaansaavia.

Helposti tulee mieleen kyyninen kysymys: onko tällaista ikävaihetta olemassa-kaan? Jospa kolmas ikä on vain uudenlaista, postmodernia ikäretoriikkaa, joka on asetettu kilpasille aikaisempien vanhuutta koskevien kielikuvastojen kanssa? Ehkä se on elämänkulun odotushorisontti pikemmin kuin todellisuudessa olemassa oleva yhteiskunnallinen ilmiö? (ks. Jyrkämä 2001; Karisto 2002). Ainakin se on selvää, että esimerkiksi kolmannen maailman asukkaille kolmas ikä ei yleensä koita. Hyvinvointiyhteiskuntien kansalaisia se voi koskea, mutta ei heittäkään resursseiltaan heikoimpia.

#### **Väestölliset kuoret olemassa, sisältö syntymässä**

Suomen kaltaisessa yhteiskunnassakin kolmas ikä viittaa keskimääräisyyksiin asiassa, jossa yksilöllinen vaihtelu on suurta. Kaikkien elämä ei etene siten, että ensin on selvästi erottuva kolmas ikä ja vasta sitten vanhuus. Joku vajoaa vanhuuteen kohta eläkkeelle jäätyään, joku toinen ei sinne ehdi ennen kuolemaansa. Siksi kolmas ikä on käsite, joka sopii käytettäväksi paremmin väestötasolla kuin yksilötasolla. Se on joka tapauksessa muutakin kuin vain kielellinen konstruktio, vähintään väestöilmiönä se on "oikeastikin" olemassa. Eläkeikään tulevien elinajan odote<sup>1</sup> on pidentynyt usealla vuodella viime vuosikymmenien aikana poljettuaan sitä ennen lähes paikallaan (ks. taulukko 3.1).

---

<sup>1</sup> Tämä mittaluku on paljon parempi kuvaamaan vanhuudessa tapahtuvia muutoksia kuin syntymähetken elinajan odote, jonka huomattava piteneminen liittyi etenkin menneinä vuosikymmeninä lähinnä imeväiskuolleisuuden vähenemiseen.

**Taulukko 3.1** 65 vuotta täyttäneiden elinajan odote vuosina.

Vuodet	Naiset	Miehet
1796–1805	10,8	10,0
1901–1910	11,9	10,8
1921–1930	12,5	11,3
1941–1945	13,1	11,1
1961–1965	13,7	11,4
1971–1975	15,1	11,8
1976–1980	16,5	12,4
1981–1985	17,3	13,1
1986–1990	17,6	13,6
1991–1995	18,2	14,2
1996–2000	19,1	15,0

Lähde: Koskinen ym. 1994, 325; Suomen tilastollinen vuosikirja 2001, 144.

Eläkeikään tulevien elinajan piteneminen ei ole merkinnyt vaivojen täyttämän vanhuuden venymistä, sillä tämänikäisten terveydentila on eri suhteissa parantunut ja niin sanottu kompressioteoria on osoittautunut paikkansa pitäväksi: sairaudet pakkaantuvat keskimääräisesti elämän viimeisiin vuosiin (Freedman ym. 2002). Myös tuoreet suomalaistutkimukset, joissa on yhdistetty kuolleisuutta ja sairastavuutta koskevia tietoja, osoittavat että eläkeikään tulevien viime vuosikymmeninä saamat lisäelinvuodet ovat suurimmaksi osaksi terveitä ja toimintakykyisiä vuosia (Martelin 2002; Sihvonen 2003; Martelin ym. 2004 tässä raportissa). Eniten toimintakyky on parantunut nuorten eläkeläisten (65–69-vuotiaiden) keskuudessa (Sulander 2004).

Kun työstä vielä vetäydytään keskimäärin yli viisi vuotta ennen virallista eläkeikää (65 vuotta), voidaan päätellä, että työiän ja varsinaisen vanhuuden väliin on lähes huomaamatta tullut melkoinen ikäviipale. Suomalaisten elämänskaari on venynyt juuri tästä kohdasta. Tästäkin syystä kolmas ikä ansaitsee paikkansa vanhenemisen politiikan ja vanhenemisen tutkimuksen kohteena. Toinen ilmiön yhteiskunnallista painoarvoa kasvattava seikka on se, että kolmanteen ikään tulevat syntymävuosiluokat ovat piakkoin paljon edeltäjiään suurempia sodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien tullessa tähän ikään. Tämä "virtatekijä" kasvattaa kolmannessa iässä olevien "varantoa" ja antaa samalla ilmiölle sukupolvispesifejä piirteitä. Kolmannen iän ilmiön karkeakin kvantifointi osoittaa, että tämä ikä on pitempi kuin lapsuus, nuoruus tai vanhuus ja että tässä iässä olevia on paljon enemmän kuin muissa mainituissa ikävaiheissa olevia.

Kolmannen iän väestölliset kuoret ovat olemassa, mutta varsinaisen sisältönsä ilmiö saa uusista elämäntilanteista, kehkeytymässä olevista kulttuurisista ja mahdollisesti myös institutionaalisista muutoksista. Sisällöllisesti kolmas ikä syntyy siitä, että eläkkeelle siirrytään uusin odotuksin, asentein ja elämäntavoin.

Millaisin, sitä emme tarkasti tiedä, sillä gerontologinenkin tutkimus on ongelma-keskeisyydessään miltei kartellut varhaisvanhuuden tarkastelua.

### **Analogia nuoruuteen**

Kolmas ikä on ilmiönä niin uusi, että sitä ei ole vielä täysin tunnistettu. Viimeistään suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle se kuitenkin tunnistetaan, ja se syntyy myös yhteiskunnallisessa ja kulttuurisessa mielessä. Tapahtuu jotakin samanlaista kuin Suomessa 1960-luvulla lähtien, jolloin nuoruus nykymuodossaan syntyi tai muuttui lyhyestä, lapsuuden ja aikuisuuden välissä olevasta ajasta omaleimaiseksi elämänvaiheeksi ja kulttuuriseksi muodostumaksi. Nuoruuden synnyn vaikutukset elämäntapaihanteisiin, kulutustottumuksiin, vapaa-ajan teollisuuteen, kulttuuriin, talouteen ja koko yhteiskuntaan ovat olleet valtavat.

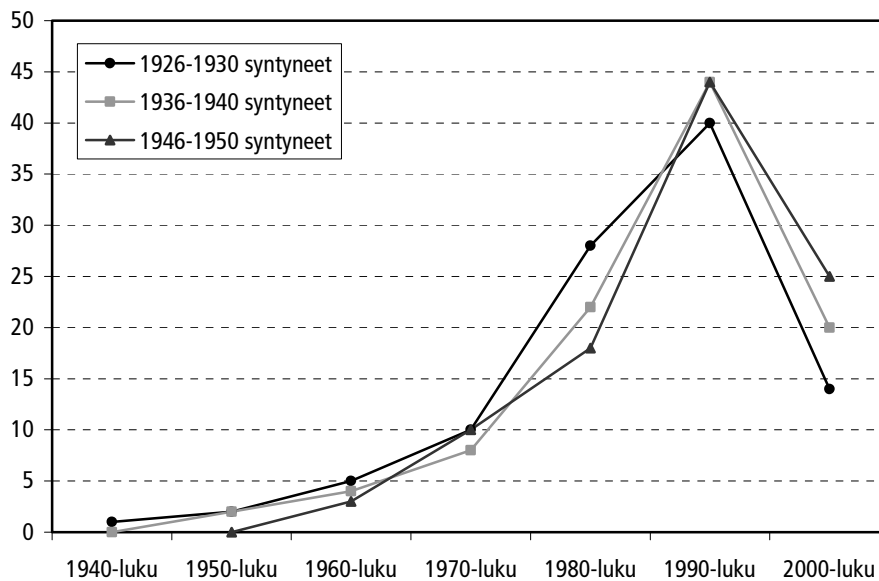
Vastaavalla tavalla on nyt keski-ikä ja vanhuuden väliin tulossa uusi omaleimainen elämänvaihe omine kulttuurisine muodostumineen ja seurauksineen. Tapahtuu muutoksia yhdyskuntaelämässä, yhdistystoiminnassa ja mediamaailmassa. Kulutuksen ja vapaa-ajan maisema muuttuu. Kiinnostus uudenlaisiin asumisen ratkaisuihin lisääntyy. Kaupunkikeskustojen merkitys kasvaa, joukkoliikenne voi nousta uuteen kunniaan ja paikallisen kulutuksen merkitys kasvaa (Karisto 2004). Mutta myös eläkeläisten liikkuvuus lisääntyy, ja esteettinen kierrätys kiihtyy, kun vauhtia haetaan niistä vuosikymmenistä, jolloin oltiin nuoria. Kysyntää on terveyttä ja kuntoa kohottavina pidetyistä tavaroista ja palveluista, mutta siinä määrin kuin kuva suurista ikäluokista märkänä sukupolvena pitää paikkansa, odotettavissa on sekin, että myös alkoholinkäyttö kuuluu kolmanteen ikään. Toisaalta väestön ikärakenteen muutos muuttaa liiallisen alkoholinkäytön ja rikkollisuuden kaltaisten, voimakkaasti ikäsidonnaisten ongelmien yleisyyttä – edulliseen suuntaan.

### **Ikäilmiöt liittyvät myös aikaan**

Ikä itsessään ei määrää sitä, millaista vanheneminen on. Vanhenemisella on sukupolvispesifejä piirteitä, ja paljon on kiinni myös ajasta ja ympäristöstä, jossa vanhetaan. Vanhenemisen tutkimuksessa puhutaan niin sanotusta APC-ongelmasta, jolla tarkoitetaan vaikeutta erottaa iän (Age), ajan (Period) ja sukupolven tai kohortin (Cohort) vaikutuksia toisistaan. Otan esimerkiksi ikäihmisten matkailun päijäthämäläisestä väestön vanhenemista ja elämäntyylejä koskevasta kyselytutkimuksesta, jossa vertailtiin vuosina 1926–1930, 1936–1940 ja 1946–1950 syntyneitä (Karisto & Konttinen 2004). Tutkimuksessa ilmeni, että esimerkiksi ulkomaan matkailu riippuu iästä, mutta itse asiassa yllättävän vähän. Viimeisen vuoden aikana ulkomailla käyneiden osuus oli vanhimmassakin ikäryhmässä 38 prosenttia, kun se keskimmaisessa ikäryhmässä oli 50 ja nuorimmassa 55 prosenttia. Kun vastaajilta kysyttiin kauimpana olevaa paikkaa, jossa he ovat

elämänsä aikana käyneet, saatiin selville, että ulkomailla koskaan käymättömiä oli tässä kaikkia tutkitun ikäisiä päijäthämäläisiä hyvin edustavassa vastaajajoukossa vain viitisen prosenttia. Ikäryhmien ja sukupuolten välillä ei ollut olennaisia eroja siinä, miten kaukana oltiin matkailtu, mutta sosiaalisen taustan mukaisia eroja oli.

**Kuvio 3.1** Matkustaminen: millä vuosikymmenellä vastaaja on käynyt elämänsä kauimmaisessa paikassa.



Lähde: Karisto & Konttinen 2004, 153.

Kaikkein kiinnostavin tulos saatiin kysyttäessä, milloin elämän kaukaisin matka oli tehty (kuvio 3.1). Kaikissa ikäryhmissä oli selvästi yleisintä, että se oli tehty hiljattain, 1990-luvun lopulla tai seuraavan vuosikymmenen alussa<sup>2</sup>. Tämä tarkoittaa sitä, että eri kohortteihin kuuluvat olivat tehneet elämänsä kaukomatkan sangen eri-ikäisinä: 1920-luvun lopulla syntyneet olivat sen tehdessään tyypillisesti jo seitsemänkymppisiä, 1930-luvun lopulla syntyneet kuusikymppisiä ja 1940-luvun lopulla syntyneet viisikymppisiä. Kotikonnuilta kauas suuntautuva matkailu ei siis ole ikään eikä tämän poikkileikkausaineiston valossa kovin selvästi sukupolveenkaan liittyvä ilmiö. Se on nimenomaan nykyaikaan liittyvä ilmiö. Myös eläkeläiset ovat nykyisin liikkuvaa väkeä, ja eläkeläiselämä on varmasti monessa muussakin suhteessa erilaista kuin ennen.

<sup>2</sup> Kuviossa ajankohta on esitetty vain vuosikymmenittäin ja sitä luettaessa pitää muistaa, että 2000-lukua ei ollut ehtinyt kulua kuin reilut kaksi vuotta ennen kyselyjen tekemistä.



## **Eläkeläisen rooli täyttyy**

Eläkkeelle siirtyminen on elämänkulun suurimpia murrosvaiheita. Vaikka eläkeläisen rooli on nyky-yhteiskunnassa selkeästi määrittynyt, se on sisällöllisesti ollut heikko (Daatland & Solem 2000, 100). Tiedetään tarkasti, ketkä ovat eläkeläisiä, mutta kuva eläkeläisen roolista on epäselvempi. Talcott Parsons (1951) antoi sille sairaan roolia muistuttavan sisällön, sillä erotuksella, että sairaan rooli on tilapäistä ja eläkeläisyys taas pysyvää irrottautumista työntekijän roolista ja joistakin muista velvoitteista (ks. Phillipson 1987, 158–159; Mannila 1992). Vaikka vapautuminen työnteosta on molemmissa tapauksissa legitimiä ja eläkkeelle jääminen yleensä mieluisaakin, on siirtyminen vahvasti määrittyneestä työntekijän roolista eläkeläisen rooliin myös hämmentävää (mt., 187). Näin siksi, että eläkeläisen rooli on ollut jokseenkin tyhjä tai negatiivisesti, työn jättämisestä käsin määrittynyt.

Kolmannen iän synty antaa eläkeläisyydelle omaa sisältöä. Eläkkeellä olo ei määrity enää yksin siitä, mistä siirrytään vaan sille antaa sisältöä myös se, mihin siirrytään.

## **Yhden iän asemesta useita ikä**

Samassa iässä olevat saattavat nykyisin olla hyvinkin erilaisissa sosiaalisissa asemissa ja tuntea itsensä eri-ikäisiksi. Ikä ei entiseen tapaan määrää elämäntulkua, tai kalenteri-iän, sosiaalisen iän, biologisen iän ja koetun iän yhteydet löystyvät. Yhä yleisempi on kokemus, että henkisesti ollaan vielä nuoria, mutta ruumiillisesti on alettu vanheta.

Aikaisemmin koulun, työelämän ja eläkejärjestelmien tapaiset instituutiot kertoivat ihmisille, mitä missäkin iässä pitää tehdä tai saa tehdä, mutta nyt tapahtuu elämäntulkun deinstitutionalisoitumista eli instituutioiden vaikutusvoiman vähenemistä. Opiskelu ja oppiminen on muuttunut elinikäiseksi, työssä ja eläkkeellä voidaan olla yhtä aikaa ja niin edespäin. Kyse on jälki- tai myöhäismoderniin aikaan liittyvistä muutoksista, eräänlaisesta elämäntavan väljyydestä tai kontingenssista, jolla on valo- ja varjopuolensa. Vapausasteet kasvavat, mutta elämäntulkun ennustettavuuden heikentyessä myös vanha varmuus katoaa.

Timo Airaksinen (2002) on viitannut näihin muutoksiin sanomalla, että "vanhuutta ei ole". Hänen ajatuksensa on, että vanhuuden tilalle on tullut eräänlainen "postmoderni ikäleikkely", jossa ollaan tai esitetään eri-ikäisiä mielen mukaan. Tuskin se kuitenkaan on tullut varsinaisen vanhuuden tilalle, sen sijaan kolmatta ikää se voi hyvinkin luonnehtia. Ei niin, että elämä silloinkaan olisi vain sosiaalisista rakenteista ja voimista piittaamatonta leikkelyä tai vapaata kellumista valinta-avaruudessa. Mutta jotakin uutta yllätyksellisyyttä tuohon ikävaiheeseen saattaa liittyä, ja valinnat varmasti näyttelevät merkittävämpää osaa kuin varsi-

naisessa vanhuudessa tai eläkeläiselämässä ennen. Kolmannen iän käsite muistuttaa siitä, että vanhakin ihminen voi olla valitseva ja toimiva subjekti. Valintoja tosin rajoittavat muun muassa terveydelliset resurssit, ja vanhenemista varjostavat pelkästään pelot niiden hupenemisesta.<sup>3</sup>

### **Terveyden ja energiapääoman merkitys**

Varhaisvanhuudessa olevien terveyttä ja toimintakykyä kannattaa tukea. Siihen voidaan vielä vaikuttaa, ja siihen vaikuttamalla voidaan vaikuttaa myöhäisvanhuudenkin laatuun. Terveyden ja siihen liittyvän energiapääoman suuri merkitys tuli esille edellä mainitussa vanhenevan väestön elämäntyylejä koskevassa tutkimuksessa (Karisto & Konttinen 2004). Tutkittiin muun muassa eri tekijöiden selityskykyä koettua autonomiaa, sisäistettyjä ikäasenteita ja ikääntymisen näkymiä kuvaavan väittämän kanssa, joka kuului: tässä iässä minulla on parhaat mahdollisuudet tehdä ja harrastaa juuri sitä, mitä itse haluan. Ensin tehtiin tilastollinen malli, jossa selittäjinä olivat sukupuoli, ikäryhmä, sosioekonominen asema ja asuinalueen kaupunkimaisuus. Se selitti vain kolme prosenttia mitattujen ikäasenteiden tai -kokemusten vaihtelusta. Kun malliin lisättiin energiapääomaa (koettua terveyttä, elinvoimaisuutta, tarmokkuutta ja toimintakykyisyyttä) kuvaavia muuttujia, selityskyky nousi reilusti, 15 prosenttiin.

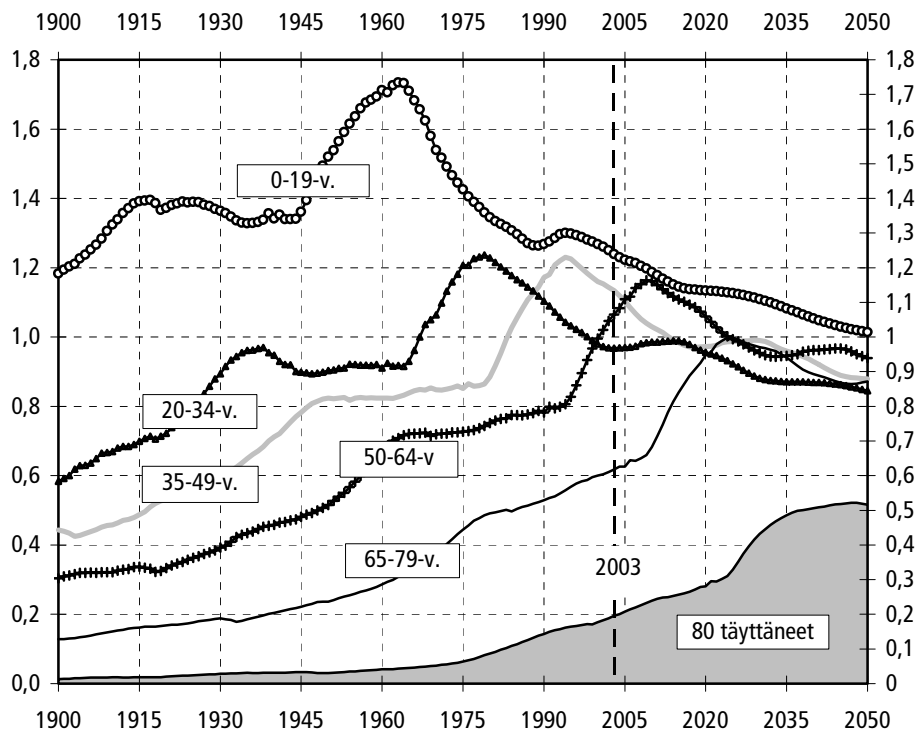
### **Kolmas ikä ja kulutus**

Kulutusyhteiskunnassa valintojen ja toiminnan odotetaan kanavoituvan kulutukseen, ja niinpä voimistuva mielenkiinto kohdistuu kolmannessa iässä oleviin kuluttajina. Tämä ei olekaan vähäpätöinen näkökulma talouden muuttuessa kulutusvetoiseksi. Jos päätelmiä kuluttajakunnan rakenteesta tehtäisiin esimerkiksi mainonnan perusteella, sen luultaisiin koostuvan lähinnä nuorista ja keski-ikäisistä ihmisistä. Markkinoilla ja koko kulttuurissamme vallitsee kollektiivinen harha: väestö vanhenee, mutta se kuvittelee pikemmin nuorentuvansa. Koska ihmiset haluavat esittää ja olla ikäistään nuorempia, markkinat voivat hakea maalinsa siten, että tähtäyspiste asetetaan hieman kuluttajien todellista ikää alemmaksi. Mutta jos tähtäyspiste on liian alhaalla, silloin ammutaan ohi.

---

<sup>3</sup> Esillä olleen päijätähämäläistutkimuksen nuorimmistakin vastaajista, 52–56-vuotiaista, lähes 60 prosenttia pelkää muistin heikkenemistä, dementiaa (Karisto & Konttinen 2004, 41). Näinkin yleistä dementiaa pelkoa selittää taudin yhteiskunnallinen traagisuus (ks. Gilleard & Hicks 2000). Dementia on jotakin täysin vastakkaisista meidän järkipäisyyttä, itsekontrollia ja tunteiden hallintaa korostavalle kulttuurillemme.

**Kuvio 3.2** Väestö ikäryhmittäin vuosina 1900–2050, miljoonaa henkeä.



Lähde: Pekka Parkkinen, VATT.

Kuvio 3.2 kertoo väestön ja samalla kuluttajakunnan ikärakenteen valtaisasta muutoksesta. 1960-luvun Suomessa oli yli 1,7 miljoonaa alle kaksikymppistä, hieman yli 0,6 miljoonaa 50–64-vuotiasta ja alle 0,3 miljoonaa 65–79-vuotiasta. Kohta nämä kolme ikäryhmää ovat suunnilleen samankokoisia. Tämä muutos markkinoiden on pakko haistaa. Markkinatoimijoiden on otettava kuluttajakunnan muutos vakavasti ja tarkennettava tähtäintä. Kolmannessa iässä olevat on suuri kuluttajasegmentti, jolla on paljon sitomatonta ostovoimaa, sillä asuntovelatkin on yleensä jo aikapäivää sitten maksettu.

Kolmannen iän näkökulma voi rauhoittaa keskustelua väestön vanhenemisen aiheuttamista julkistaloudellisista rasituksista. Nuortenkin eläkeläisten eläkkeet tosin maksavat, ja suurten ikäluokkien aiheuttamat paineet tuntuvat eläkemennoissa jo lähivuosina – ellei vuoden 2005 eläkeuudistuksen tavoite nostaa eläkkeelle siirtymisen ikää onnistu yli odotusten. Kunnissa palvelupaineet ovat kuitenkin pahimmillaan vasta 2030–2040-luvulla. Vaikka jo nyt hyvin iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy suhteellisesti eniten, lukumääräisesti heitä on siltäkin vähän verrattuna siihen, miten paljon on kolmannessa iässä olevia kansalaisia,

jotka yleensä ovat suvereneja kansalaisyhteiskunnan toimijoita, hyviä veronmaksajia ja kelpo kuluttajia.

### **Aktiivinen elämä on tervettä elämää**

Kolmas ikä ei kuitenkaan ole vain kulutukseen kanavoitua itsensä toteuttamista. Esimerkiksi kulttuuripalvelujen käyttäjinä nuoret eläkeläiset ovat aktiivisia, ja heitä kannattaisi tässä suhteessa edelleen aktivoida, osoittavathan monet tutkimukset, että (laajasti käsitettyjen) kulttuuriharrastusten täyttämä elämä on myös terveellistä elämää. Ruotsissa Benson Konlaan (2001) seurasi suurilla väestöaineistoilla kulttuuri-osallistumisen vaikutusta kuolleisuuteen siten, että koulutuksen tapaisten sekä osallistumista että kuolleisuutta selittävien tekijöiden vaikutus eliminoitiin tilastollisesti. Tulokseksi tuli, että kulttuuritapahtumiin harvoin osallistuvien kuolemanriski oli seurannan aikana 57 prosenttia korkeampi kuin aktiivisesti osallistuvien. Havaittiin myös, että passiivisten ja seurannan kuluessa passivoituneiden koettu terveys oli heikompi kuin aktiivisten. Seurannan aikana aktivoituneet taas kokivat terveytensä lähes yhtä hyväksi kuin koko ajan paljon osallistuneet. Aktivointi siis kannattaa.

Suomessa Markku T. Hyyppä (2002) on havainnut suuren eron Pohjanmaan ruotsinkielisten ja suomenkielisten terveydentilassa ja selittänyt sitä ruotsinkielisten yhteisöllisyydellä, vireällä kansalaistoiminnalla, kulttuuriharrastuksilla, tunnelmastolla ja näitä yhteen kokoavalla sosiaalisen pääoman käsitteellä. Tässäkin tapauksessa on jäljitetty yhteisöllisen osallistumisen itsenäistä vaikutusta varmistamalla se, etteivät havaitut erot johdu vain elintason tai terveyteen vaikuttavien elintapojen erosta.

Havaittu yhteys on käytännössä molemmansuuntainen. Osallistuminen tai tekeminen on kiinni terveydestä, mutta toisaalta se tukee terveyttä. Aktivoimalla ihmisiä voidaan lyödä kaksi kärpää yhdellä iskulla: parantaa elämänlaatua tässä ja nyt sekä edistää tulevaa terveyttä.

### **Sosiaalinen tila ja sen ikäsensitiivisyys**

Nykykäsitysten mukaan vanhuuden kokeminen ei ole vakio, minäkonstruktiot eivät ole muuttumattomia eivätkä identiteetit yksiköllisiä vaan pikemmin moniköllisiä. Identiteetit muovautuvat elämänhistoriallisesti, mutta samalla niihin ja vanhenemisen kokemuksiin vaikuttaa ympärillämme oleva "sosiaalinen tila" (Biggs 1999). Tämä käsite viittaa moniin erilaisiin asioihin, esimerkiksi fyysiseen elinympäristöön, yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen, asenneilmaston mahdolliseen ageistisuuteen ja yhteiskuntapolitiikkaan, esimerkiksi eläketurvan aikaansaamaan "dekommodifikaatioon" (ks. Saurama 2004). Sosiaalinen tila ei ole mikään yksilöitä ympäröivä rautahäkki, vaan ikääntyvät ihmiset voivat omalla

toiminnallaankin vaikuttaa siihen, millainen sosiaalinen tila heitä ympäröi. Omalla merkityksenannolla he voivat raivata itselleen uutta toimintatilaa ja estää entisen kutistumisen. Esimerkiksi "tietoyhteiskunta" voidaan hahmottaa sosiaalisena tilana. Ryhtymällä tietokoneen käyttäjäksi iäkäs ihminen voi muuttaa helposti niin abstraktilta ja vieraannuttavalta tuntuvan tietoyhteiskunnan itselleen tutuksi ja merkitykselliseksi toimintatilaksi. (ks. Sankari 2004.).

Oma merkityksenanto ja itsemäärittely ei kuitenkaan ole koskaan ikiomaa, vaan samalla sosiaalisesti konstruoitua. Yhteiskunnassa vallitsevat vanhenemisen kuvat muodostavat yhden ajattelun ympäristön (sosiaalisen tilan yhden ulottuvuuden), jossa yksilölliset, toimintaan vaikuttavat minäkuvat syntyvät. Sosiaalista tilaa voidaan tehdä myös kollektiivisesti, vaikuttamalla vanhenemisen kuviin. Kolmannen iän käsitettäkin voidaan pitää yhtenä tällaisena vaikuttamisryityksinä.

Tilan valtaaminen voi konkretisoitua esimerkiksi ikäryhmien käymänä kamppailuna julkisesta kaupunkitilasta. Väestörakenteen muutos on niin voimakas, että tuskin kaupunkitilaa jatkossa ehdoitta luovutetaan nuorten monopolialueeksi (Karisto 2004). Hyvä julkinen tila ei ole iän mukaan segregoivaa vaan ikäsensitiivistä, kaikenikäisten käytössä olevaa. Enää ei riitä, että ajatellaan "nuorten lapsiperheiden tarpeita" niin kuin muutaman vuosikymmenen takaisessa lähiösuunnittelussa, jossa ei osattu lainkaan ennakoita sitä, että asuinalueiden vanhetessa niiden väestökin vanhenee.

### **Ikääntymisen politiikka**

Kolmas ikä avaa aikaisempaa optimistisemmän näkökulman väestön ikärakennemuutosta koskevaan yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun ja suunnitteluun. Väestön vanheneminen ei ole kaikenpuolinen katastrofi, vaan siihen sisältyy selvästi myös uusia mahdollisuuksia ja myönteisiä haasteita. Yhteiskuntapoliittinen varautuminen väestön vanhenemiseen ei saakaan olla vain puolustustaistelua, vaan sen tulee olla offensiivista ja innovatiivista toimintaa kansallisella ja kuntatasolla. Sen sijaan, että väestön vanheneminen nähdään vain onnettomuutena ja uhkana, tarvitaan sen ennakkoluulotonta erittelyä, paljon tutkimustakin.

Kolmannen iän näkökulma on tärkeä siksi, että se vahvistaa ikääntyvien ihmisten omaa toimijuutta. Toiminta tapahtuu kuitenkin tietyissä rajoissa, esimerkiksi taloudellisten ja terveydellisten reunaehtojuen vallitessa. Viimeksi mainituilla on kaikista päätellen merkittävä rooli. Vaikka alussa esittämäni kolmannen iän pitenemiseen liittyvät laskelmat antoivat sen vaikutelman, että eläkeläiselämä on voittopuolisesti toimintakykyisten vuosien täyttämää, vanhenemiseen kuuluu myös sairauksien kanssa eläminen. Esimerkiksi 80-vuotiaat, joilla ei olisi mitään pitkäaikaissairautta, ovat harvinaisia. Keskeistä onkin se, miten sairauksien

kanssa tullaan toimeen, eikä tähän liittyvä "coping-kyky" ole pelkästään yksilöllinen asia.

Terveyden edistäminen on samalla hyvän vanhenemisen edistämistä, ja terveyttä voidaan edistää muun muassa arkihyvinvointiin vaikuttamalla. Uimahallit, kuntosalit, pyörätiet ja latuverkot ovat tärkeitä, mutta niin ovat myös kirjastot, kulttuuritilat ja -tapahtumat. Sosiaalisen tilan laajentaminen ja sen myötä tapahtuva aktivointi voi tarkoittaa erilaisten toiminta-areenoiden tai foorumeiden muodostamista tai avaamista ikääntyvien käyttöön. Yksi esimerkki tällaisista areenoista ovat vanhusten palvelukeskukset. Ne ovat etenkin kaupunkiympäristöön soveltuvia foorumeita, joilla lisätään tai ylläpidetään itsenäisen elämisen edellytyksiä, liikutaan, askarrellaan, harjoitetaan hengenviljelyä ja saadaan esteettisiä elämyksiä, ollaan yhdessä, virkistytään ja viihdytään, edistetään terveyttä, kartutetaan ja ylläpidetään sosiaalista pääomaa.

Palvelukeskustoiminta on kuitenkin myös vastatuulella. Sanotaan, että sen vaikuttavuudesta ei ole samanlaista näyttöä kuin joidenkin hoitomuotojen vaikuttavuudesta. Palvelukeskuksia ei pidetä sosiaali- ja terveydenhuollon ydintoimintoina, vaan niiden nähdään vastaavan "vain virkistyksestä", johon kunnilla ei ole enää varaa.

Palvelukeskustoiminnan vaikuttavuudesta ei ehkä olekaan sellaista näyttöä, että tiedettäisiin täsmällisesti, missä määrin sen ansiosta kohennetaan terveyttä ja säästetään muista kustannuksista. Toiminnan kohdentumisesta ja sen hyvinvointivaikutuksista on kuitenkin tietoa (ks. Helsingin kaupungin palvelukeskustutkimus 2002; Karisto 2002b). Helsingissä palvelukeskukset keräävät suuren asiakaskunnan, ja ne keräävät sen hämmästyttävän tasaisesti sosioekonomisesti ja sukupuolittain (suhteutettuna eri sosioekonomisten ryhmien sekä miesten ja naisten väestöosuuksiin vanhemmissa ikäryhmissä). Keskusten intensiivisin käyttö kohdistuu kuitenkin sinne, mihin on tarkoituskin: niiden yksin asuvien iäkkäiden keskuuteen, joilla ei ole resursseja vastaavien palvelujen hankkimiseen muualta.

Palvelukeskukset "virkistävät" asiakkaitaan, mutta se ei kai ole pahasta, sillä ellei virkistystä, silloin masennusta. Elämänlaatuun välittömästi kohdistuvien palkintojen lisäksi palvelukeskusasiakkuudesta koituu myös koettuja terveyshyötyjä ja muita välillisiä palkintoja. Selviydytään itsenäisesti pitempään, ehkä eletäänkin pitempään. Yhteiskunnalliset kokonaiskustannukset eivät välttämättä vähene, mutta se ei voi olla ainoa mittapuu voimavaroja kohdennettaessa. Jos kriteeriksi asetetaan elämänlaadun ylläpito ja parantaminen, palvelukeskustoimintaa voidaan pitää hyvinkin kustannustehokkaana ja monipuolisuudessaan kilpailukykyi-

senä toimintamuotona.<sup>4</sup> Ei ole aivan helppo keksiä toista toimintamuotoa, jossa niin monet vanhojen ihmisten hyvinvointiin liittyvät intressit yhdistyisivät kuin palvelukeskuksissa. Keskuksat edustavat synergiahakuisuutta ja poikkisektoraa- lista otetta, jota ei pitäisi päästää hiipumaan. On takaperoista kehitystä, jos vä- estön vanhenemisen haasteisiin vastataan vain sektorinäkökulmista. Oloissa, joissa väestön vanhenemisen tulisi olla "kaikkien asia", palvelukeskuksat voivat päinvastoin antaa mallia uusienkin toimintakonseptien kehittelylle.

Edellä esitin, että kolmas ikä on jo olemassa väestöilmionä. Yhteiskunnallisena ja kulttuurisena ilmionä se on vasta kehkeytymässä. Siihen, millaiseksi se kehkey- tyy vaikuttavat sekä suuria että pieniä asioita koskevat julkiset päätökset. "Ikä- vaikutukset" on otettava päätöksenteossa huomioon samoin kuin on tavaksi tullut ajatella tasa-arvoa molempien sukupuolten näkökulmista. Ikääntymisen politiikkaan liittyy myös etukamppailua, joka ei kuitenkaan ole nollasummapeliä. Paras tulos saavutetaan luomalla esimerkiksi kaikenikäisille sopivaa asuin- ja elinympäristöä. Sosiaalisena luokittelijana ikä on sikäli ainutlaatuinen, että sen suhteen ihmiset ovat äärimmäisen liikkuvia. Syntymäkohorttien kuolleisuusikäyrät ovat muuttaneet muotoaan niin, että useimmat ehtivät vieraila kaikissa ikävai- heissa ja säilyttää samalla jotakin elämänhistoriallista perintöä aikaisemmista elämänvaiheistaan. Tämä avaa periaatteessa mahdollisuuksia eri-ikäisten keski- näiselle ymmärtämiselle ja kanssakäymiselle, ellei noita mahdollisuuksia käytän- nössä tukahduteta kulttuurisesti.

Kolmannessa iässä olevien määrä kasvaa ja väestö vanhenee kaikkialla Suomes- sa, mutta väestön ikärakenteessa ja sen muutosvauhdissa on myös paljon alu- eellista vaihtelua. Katse kannattaa kohdistaa niihin kuntiin ja seutukuntiin, jotka käyvät muutoksessa edellä. Niissä voi pilotoida uusia toimintatapoja, ja niiden kokemuksista voivat muut oppia.

Väestömuutokset vaikuttavat suoraan sosiaaliseen elämään. Miesten kirieessä hiljalleen kiinni naisten etumatkaa elinajan pituudessa kasvaa vanhojen avio- parien määrä, mikä vaikuttaa keskinäisen huolenpidon ja omaishoidon mahdoli- suuksiin. Vanhuus ei tulevaisuudessa ole aivan niin sukupuolittunutta kuin se nykyisin on miesten vanhetessa pääasiassa parisuhteessa ja naisten yksin asu- en.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Palvelukeskustoiminta on hyvä esimerkki siitä, miten erilaiselta toiminta näyttää riippuen siitä, katsotaanko sitä medisiinisen vai sosiokulttuurisen vanhuuskäsityksen näkökulmista. Vaikka ter- veys on mitä tärkein vanhenevien ihmisten elämänlaatuun vaikuttava resurssi, hyvää vanhene- mistä ei silti pidä redusoida yksin terveydeksi.

<sup>5</sup> Esimerkiksi Helsingissä 66 prosenttia eläkeikäisistä (65 vuotta täyttäneistä) miehistä on naimisis- sa, kun naisista peräti 76 prosenttia on yksinasuvia, siis leskiä, eronneita tai naimattomia. Eläke- ikäisiä miesleskiä on vain viidesosa avioliitossa olevien eläkeläismiesten määrästä, mutta eläke- ikäisiä naisleskiä on lähes puolitoistakertaisesti avioliitossa eläviin naisiin verrattuna ja lähes neljä viidennestä siitä, mitä eläkeikäisiä miehiä on yhteensä. (ks. Helsingin kaupungin tilastollinen vuo- sikirja 2001, 33–34.)

Kolmas ikä on osittain kielellinen konstruktio, mutta siltäkin osin se on todellinen ilmiö. Ei ole yhdentekevää, millaisia kuvia vanhenemisesta, eläkeläiselämästä ja vanhuudesta vallitsee, sillä nuo kuvat ovat ajattelumme ja toimintaamme vaikuttavaa ympäristöä.

Kolmas ikä on aikaisempaa myönteisempää vanhuuden kuvaa edistävä käsite. Se kapinoi mekaanista elämänkaariajattelua vastaan, jossa elämän jälkipuolisko näyttäytyy alamäkenä. Toisaalta myönteisetkään käsitteet eivät ole viattomia, sillä pahimmillaan niillä voi olla kielteisiäkin seurauksia. Kolmannen iän käsitteen kenties pahin ongelma on, että sen levitessä raja neljänteen ikään nousee ehkä sitäkin jyrkempänä ja varsinainen vanhuus piirtyy kolmannen iän käänteiskuvana.<sup>6</sup> Kun varhaisvanhuus konstruoidaan aktiiviseksi elämäksi ja iloiseksi asiaksi, tähän konstruktion mahtumaton vanhuus näyttäytyy sitäkin surkeampana ja surullisempana. Mitä vauhdikkaampaa ja aktiivisempaa on kolmannessa iässä olevien elämä, tai mitä jännittävämpiä ovat sitä koskevat kulttuuriset kuvat, sitä pahempaan paitsioon voivat joutua ne, jotka eivät pysty tai halua elää näiden kuvien mukaisesti. Ikääntymisen politiikalle asettuva vähimmäisvaatimus on se, ettei lyödä kiilaa eri ikäryhmien väliin.

## Lähteet

- Airaksinen, T. (2002): Vanhuuden ylistys. Otava, Helsinki.
- Biggs, S. (1999): The mature imagination. Dynamics of identity in midlife and beyond. Open University Press, Buckingham.
- Freedman et al (2002). A systematic review. JAMA 288:3137–3146.
- Gilleard, C. & Higgs, P. (2000): Cultures of Ageing. Self, citizen and the body. Prentice Hall, Pearson Education, Harlow.
- Helsingin kaupungin palvelukeskustutkimus (2002). Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuskatsauksia 2002:2.
- Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2001.
- Hyypä, M. T. (2002): Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Jyrämä, J. (2001): Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa J. Jyrämä & A. Sankari, toim.: Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Vastapaino, Tampere, 267–314.
- Karisto, A. (2002a): Kolmannen iän käsitteestä ja sen käytöstä. Gerontologia 16, 3, 138–142.
- Karisto, A. (2002b): Palvelukeskuksilla on paikkansa. Julkaisussa Helsingin kaupungin palvelukeskustutkimus. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuskatsauksia 2002:2, 131–167.

---

<sup>6</sup> Tässäkin kirjoituksessa käytetty sanapari "varsinainen vanhuus" vahvistaa itsessään mielikuvaa siitä, että vanhuus on "varsinaisesti" jotakin perin surkeaa.



- Karisto, A. & Konttinen, R. (2004): Kotikatua, kotiruokaa, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyylistä. Palmenia-kustannus, Helsinki.
- Konlaan, B. (2001): Cultural experience and health. The coherence of health and leisure time activities. Umeå Univ.
- Laslett, P. (1989): A fresh map of life. The emergence of the third age. Weidenfield and Nicolson, London.
- Mannila, S. (1992): Saira-rooli. Teoksessa A. Karisto & E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.): Terveystieteitä. WSOY, Juva; 183–190.
- Martelin, T. (2002): Elinajan ja toimintakyvyn muutokset ja erot hyvin iäkkäillä. Luento kurssilla "Myöhäisvanhuus tutkittavana", Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitos 26.3.2002.
- Parsons, T. (1951): The Social System. Free Press, Glencoe, Ill.
- Phillipson, C. (1987): The transition to retirement. Teoksessa Cohen, Gaynor (ed.): Social Change and the Life Course. Tavistock Publications, London.
- Sankari, A. (2004): Ikääntyvä tietoyhteiskunnassa. Kulttuuriset ajattelutavat ja sosiaalinen tila. SoPhi 88, Jyväskylä.
- Saurama, L. (2004): The experience of early exit. A comparative study of the reasons for and consequences of the early retirement in Finland and Denmark. Väitöskirjakäsikirjoitus, Turun yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos.
- Sihvonen, A-P. (2003): Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa E. Heikkinen & T. Rantanen, toim.: Gerontologia. Duodecim, Helsinki (ilmestyy)
- Sulander, T. (2004): Functional ability and health behaviour: changes and sociodemographic associations among the Finnish elderly people, 1985–2003. Väitöskirjakäsikirjoitus, Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2001. Tilastokeskus, Helsinki.

## 4 IKÄÄNTYNEIDEN KULUTUSKÄYTTÄYTYMINEN: MITEN TULEVAISUUDEN ELÄKELÄISET KULUTTAVAT?

*Jaakko Kiander, Marja Riihelä ja Risto Sullström*

### 4.1 Johdanto: tulevaisuuden varakkaat eläkeläiset

Niin sanotut suuret ikäluokat ovat tulossa eläkeikään vuoden 2010 tienoilla. Tämä demografinen muutos merkitsee huomattavaa eläkeläisten lukumäärän kasvua. Lähitulevaisuuden uusiin eläkeläisiin liitetään usein mielikuva tai toive aktiivisesta ja kuluttamaan tottuneesta kansanosasta; onhan odotettavissa, että he ovat terveempiä ja varakkaampia kuin aiemmat eläkeläissukupolvet, ja siten halukkaampia käyttämään rahaa. Kansantalouden kannalta on tärkeää, kuinka suuret ikäluokat tulevat eläköidyttyään käyttäytymään markkinoilla sekä kuluttajina että säästäjinä. Tämä vaikuttaa myös siihen, millainen on heidän asemansa niin tulonsiirtojen saajina ja julkisten palveluiden käyttäjinä kuin veronmaksajinakin.

Eläkeläisten lukumäärän kasvu ja samanaikainen työeläkejärjestelmän kypsyemisestä johtuva keskimääräisten eläkkeiden nousu lisäävät paitsi eläkemenoja myös eläkeläisiltä saatavia verotuloja tulevaisuudessa. 1960-luvulla perustetun työeläkejärjestelmän kypsyminen merkitsee sitä, että yhä useampi eläkkeelle siirtyvistä on oikeutettu täysimääräiseen työeläkkeeseen. Tästä seuraa, että ikääntyneiden keskimääräinen tulotaso kohoaa lähitulevaisuudessa jonkin verran suhteessa työikäisiin. Eläkeläisten parantuvan tulotason voi olettaa johtavan myös eläkeikäisten kulutuskysynnän kasvuun. Kokonaiskulutuksen kasvun kannalta väestön ikääntyminen on kuitenkin ensisijaisesti kielteinen ilmiö, koska eläketason parantumisesta huolimatta työikäisten määrän odotettavissa oleva väheneminen hidastaa kansantalouden käytettävissä olevien tulojen kasvua. Tällöin myös kulutuksen kasvun on hidastuttava – kuinka paljon, riippuu tulevaisuuden eläkeläisten kulutusalttiudesta.

Eläkeikäisten kulutuksesta valtaosa muodostuu erilaisista palveluista. Jotkut ovatkin toiveikkaasti arvelleet, että suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtyminen kasvattaisi kysyntää juuri seniori-ikäluokalle suunnatuille palvelutuotteille, mikä samalla loisi edellytyksiä uuden työllistävän yritystoiminnan syntymiselle. Yksityisten terveys- ja hoivapalvelujen samoin kuin matkailupalvelujen kysynnän kasvu voisivat olla seurauksia tällaisesta rakennemuutoksesta. Kokonaiskysynnän kasvu ei kuitenkaan nopeudu, jos tulevien vuosien eläkeläiset ovat yhtä säästäväisiä kuin aiemmat ikäluokat. Tällöinkin väestön ikääntyminen johtaisi elinkeinorakenteen muutokseen mutta ei kysynnän kasvuun. Kulutuksen rakennemuutoksen seurauksena supistuvia toimialoja voi tällöin olla enemmän kuin

kasvavia. Väestön ikääntyminen ja eläkeläisten suhteellisen osuuden kasvu vähentää todennäköisesti rakentamista ja kulutustavaroiden – varsinkin kestokulutustavaroiden – kysyntää, mikä tulee heijastumaan myös näiden toimialojen työllisyyteen. Missä määrin näin tapahtuu, riippuu luonnollisesti sekä yleisestä talouskehityksestä että eläkeikäisten kulutuspäätöksistä.

Eläkeiän saavuttaessaan kotitaloudet saavuttavat myös tyypillisesti elinkaarensa suurimman varallisuuden. Osin juuri tähän tosiseikkaan perustuu toiveikkaus tulevaisuuden eläkeläisten nykyistä suuremmista kulutusmahdollisuuksista. Suomessa kotitalouksien varallisuus kuitenkin tarkoittaa yleensä verrattain vaatimattoman joskin velattoman asunnon ja mahdollisen kesämökin omistamista. Sen sijaan finanssivarallisuutta eli arvopapereita ja talletuksia suomalaisilla kotitalouksilla on vain vähän. Tulevaisuudessa finanssivarallisuuden merkitys on kuitenkin kasvamassa, koska asuntovarallisuuden osuus omaisuudesta vähenee tyypillisesti varallisuuden kasvun myötä (ks. esim. Lassila ym. 2002). On kuitenkin epäselvää, millaiseksi suomalaiseläkeläisten varallisuusasema ja kulutustotumukset muodostuvat tulevina vuosikymmeninä. Seuraavassa tähän kysymykseen yritetään hakea osittaista vastausta tarkastelemalla kulutuksen ja säästämisen ikäprofileja ja niiden muutosta.

## 4.2 Säästämisen ja kulutuksen vaihtelu elinkaaren aikana

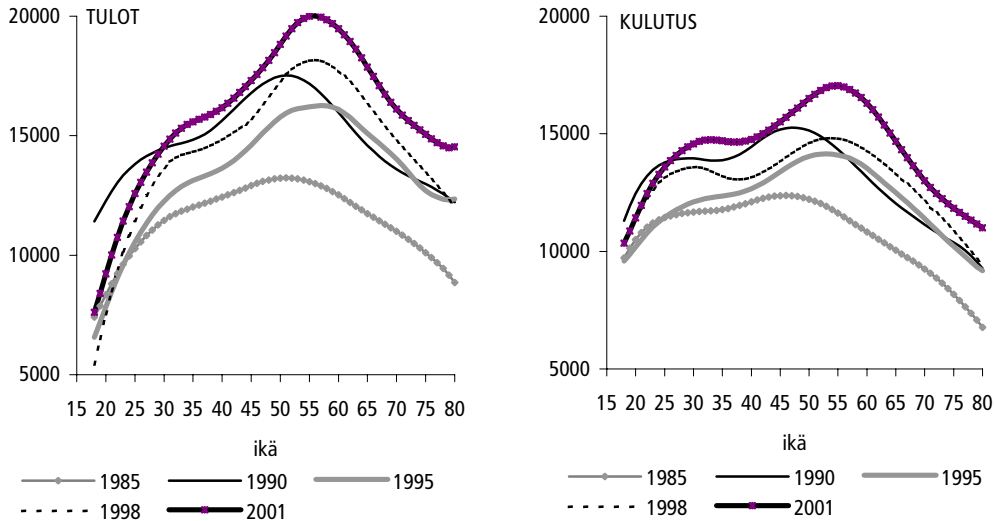
Taloustieteen piirissä on jo kauan sitten muodostettu hypoteeseja ja malleja siitä, kuinka kotitaloudet tekevät säästämisen- ja kuluttamispäätöksiä elinkaaren eri vaiheissa. Tunnetuimpia niistä ovat pysyväistulohypoteesi (Friedman 1957) ja elinkaarihypoteesi (Ando ja Modigliani 1963). Milton Friedmanin pysyväistulohypoteesin mukaan kotitaloudet pyrkivät mitoittamaan kulutuksensa niin, että se vastaa niiden pysyvää tai keskimääräistä tuloa. Elinkaarimallissa taas lähtökohtana on selkeämmin tulojen ja varallisuuden optimaalinen jakaminen kulutukseksi elinkaaren aikana. Molempien selitysmallien mukaan säästämisen (ja tarvittaessa myös velkaantumisen) avulla pyritään tasaamaan tulojen vaihtelusta aiheutuvia muutoksia kulutuksessa. Tällöin kotitalouksien voi olettaa säästävän osan tuloistaan silloin kun tulot ovat suurimmillaan parhaassa työiässä, ja taas kuluttavan näitä säästöjä eläkkeellä ollessaan, jolloin tulot ovat aiempaa pienemmät. Vastaavasti taas opiskelijat tasaavat elinkaarikulutustaan ottamalla opintolainaa, joka myöhemmin maksetaan pois suuremmista tuloista.

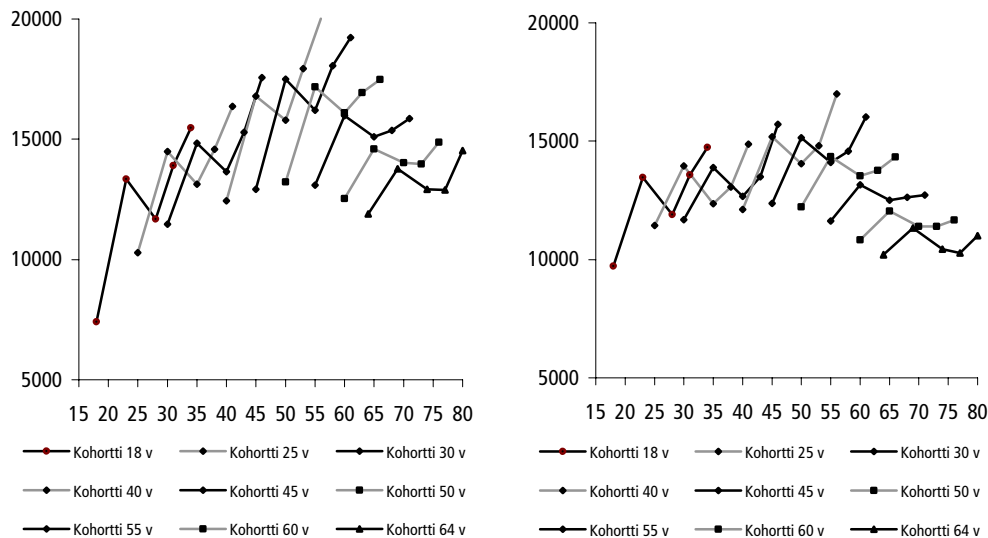
Kulutushypoteesit tuottavat helposti käyttäytymismallin, jossa eläkeläisten säästäminen on negatiivista (toisin sanoen kulutusmenot ovat suuremmat kuin tulot) ja aiemmin kasautunutta varallisuutta vähitellen puretaan. Käytännössä näin ei kuitenkaan kovin yleisesti tapahdu. Eläkeiässä säästöjen ja omaisuuden kuluttamisesta voidaan pidättäytyä, jos jälkipolville halutaan jättää perintöä ja jos halutaan varautua odottamattomiin terveydenhoitomeneihin. Perintö- ja varautu-

mismotiivit puhuvat sen puolesta, että aiemmin kerättyä varallisuutta ei kuluteta eläkevuosina. Tästä huolimatta tuntuisi kulutuksen tasaamisen kannalta mielekkäältä, että eläkkeelle siirryttäessä ja tulojen supistuessa säästämisaste alenisi. Toisin sanoen tulojen vähentyessä kulutusta tasattaisiin niin, että aiempaa pienempi osa tuloista säästettäisiin. Tästä seuraisi, että tulojen pienentyessä kulutukin supistuisi, mutta ei kuitenkaan niin paljon kuin tulot.

Todellisuus ei kuitenkaan aina ole teorioiden mukainen. Eri ikäryhmien tulojen ja kulutuksen tarkastelu osoittaa, että Suomessa kotitaloudet toimivat toisin kuin kansantaloustieteen perinteiset kulutusteoriat olettavat: eläkkeelle jäädessään suomalaisten säästämisaste nousee. Toisin sanoen tulojen pienentyessä säästäminen lisääntyy ja kulutus supistuu voimakkaasti. Suomalaisten eläkeläiskotitalouksien säästämisikäyttäytymisessä ei ole tilastoissa havaittavissa merkittävää muutosta työikäisiin verrattuna, vaan varallisuus tyypillisesti kasvaa edelleen eläkeaikana tulojen pienentymisestä huolimatta. Tulojen supistuessa kulutus sopeutuu, ei säästäminen. Tämä osoittaa, että eläkeläiskotitaloudet pitävät riittävän varallisuustason ylläpitämistä tärkeämpänä kuin kuluttamista.

**Kuvio 4.1** Tulojen ja kulutuksen ikäprofiilit vuosina 1985–2001.

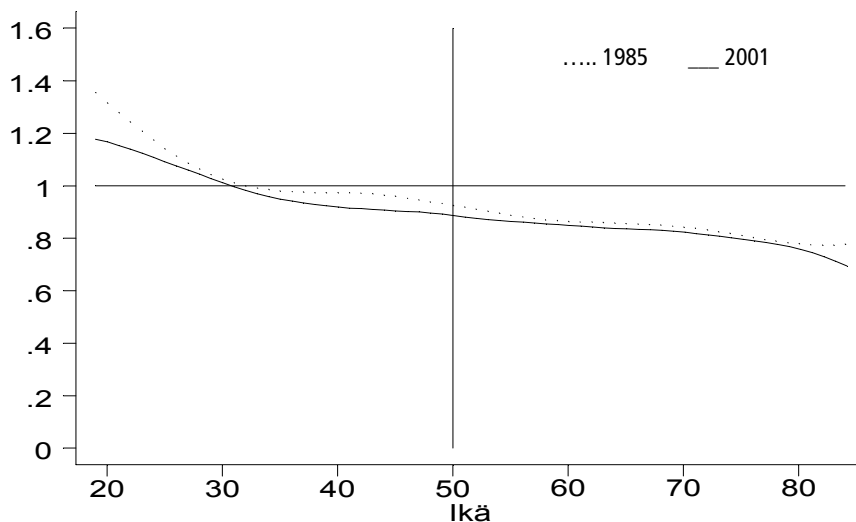




Oheisiin kuvioihin on piirretty Tilastokeskuksen kulutustutkimuksesta saadut ikäryhmittäiset tulo- ja kulutusprofiilit. Kuvioista voidaan nähdä, että vuodesta 1985 vuoteen 2001 mennessä tulot ja kulutus ovat nousseet noin 50 prosenttia. Ikäprofiilit ovat sen sijaan pysyneet muodoltaan suhteellisen vakaina. Tulot ja kulutus nousevat selvästi myöhäiseen keski-ikään eli noin 55-vuotiaaksi saakka. Elinkaaren huipputaso on vähitellen siirtynyt hieman myöhemmäksi ja tällä hetkellä huippu saavutetaan noin 55-vuotiaana. Sen jälkeen tulot alkavat laskea eläkkeelle jäämisen vuoksi. Ikävuosien 55 ja 65 välillä tapahtuva eläköityminen supistaa kotitalouksien käytettävissä olevia tuloja noin neljänneksellä. Kulutus sen sijaan supistuu samaan aikaan suhteellisesti enemmän, jopa yli 30 prosenttia. Tämä merkitsee sitä, että tulojen supistuessa entistä suurempi osa tuloista säästetään. Tässä suhteessa ei ole tapahtunut mainittavaa muutosta vuosien 1985 ja 2001 välillä. Eläkkeelle jääminen näyttää edelleen merkitsevän selvää siirtymää pois työssä käyvien kulutuskeskeisestä elämäntavasta kohti niukempaa eläkeläisille tyypillistä elämäntyyliä.

Samaa ilmiötä voidaan tarkastella kulutusalttiuden ikäprofiilin avulla (ks. kuvio 4.2). Kuvioista 4.2 voidaan nähdä, että alle 30-vuotiaat kuluttavat enemmän kuin ansaitsevat. Tämän jälkeen kuluttajista tulee nettosäästäjiä. Kulutusalttiuus alenee tasaisesti iän myötä. Yli 80-vuotiaat kuluttavat enää vain 2/3 tuloistaan. Vuodesta 1985 vuoteen 2001 kulutusalttiuden ikäprofiilissa ei tapahtunut merkittävää muutosta. Sen sijaan kulutusalttiuus väheni ja säästäminen lisääntyi kaikissa ikäryhmissä.

**Kuvio 4.2** Kulutusalttiuden ikäprofiilit vuosina 1985 ja 2001.



### 4.3 Muuttuuko eläkeläisten kulutuskäyttäytyminen tulevaisuudessa?

Eläkeläisten korkea säästämisaste ja sen suhteellinen muuttumattomuus herättävät joukon kysymyksiä. Mitkä tekijät aiheuttavat suomalaiseläkeläisten niukalta näyttävän elämäntavan? Tulevaisuutta ajatellen on mielenkiintoista pohtia sitä, ovatko myös vuoden 2010 tienoilla eläkkeelle jäävät suuret ikäluokat yhtä säästävisiä kuin nykyiset eläkeläiset.

Suomalaisten kotitalouksien kulutuksen ikäprofiili näyttää verrattain vakaalta ja se muuttuu vain hitaasti. Ikäprofiilin erikoisin piirre on eläkeikäisten suuri säästämisalttius. Eläkeikäisillä ei näytä olevan halua tai uskallusta pitää yllä entistä kulutustasoa. Tämä voi johtua monesta seikasta eikä se välttämättä ole epärationaalista, vaikka pinnallinen talusteorian soveltaminen voikin antaa sellaisen kuvan.

Yksi mahdollisuus selittää ilmiötä on tukeutua behavioristiseen taloustieteeseen ja nähdä kulutus- ja säästämisspäätökset pikemminkin elämäntapa- ja tottumis-kysymyksinä kuin optimointiongelmoina. Kulutus ja säästäminen – varsinkin vanhemmalla iällä – voivat perustua pitkälti jo aiemmin opittuun elämäntapaan. Viime vuosikymmeniin asti suomalaisten elämäntapaa ovat leimanneet aikanaan niukoissa oloissa opitut säästävyyttä ja niukkuutta korostavat kulutustottumukset ja taloudellinen epävarmuus. Tässä suhteessa tilanteen pitäisi kuitenkin vähitel-

len muuttua kun aikuisikänsä kulutusyhteiskunnassa eläneet (eli 1950–1960-luvuilla syntyneet ja sitä nuoremmat) aikanaan saavuttavat eläkeiän. Jo suurten ikäluokkien eläköityessä voi säästämiskäyttäytyminen muuttua.

Tottumuksia tärkeämpi kulutukseen vaikuttava tekijä voi olla tulotason ja varallisuuden kehitys. Jos tulevaisuudessa eläköitymisikä kohoaa nykyisestä asetettujen tavoitteiden mukaisesti, on seurauksena sekä eläketason paraneminen että eläkeläiskotitalouksien suurempi finanssivarallisuus. Suuremmat tulot auttavat nostamaan kulutusta vaikka säästämisaste ei alenisikaan. Korkeampi varallisuus voi lisäksi mahdollistaa alhaisemman säästämisasteen.

Niin ikään tärkeitä eläkeikäisten kulutusta rajoittavia tekijöitä ovat varautuminen riskeihin ja halukkuus jättää perintöä jälkipolville. Myös näissä tekijöissä voi tapahtua muutoksia tulevaisuudessa.

#### 4.4 Mitkä tekijät selittävät korkeaa säästämisastetta?

Eräs eläkeikäisten kulutusta rajoittava tekijä saattaa olla epävarmuus sosiaaliturvan riittävyydestä. Tutkimusten mukaan ikääntyneille on tyyppillistä riskien yliarviointi ja voimakas riskinkarttaminen. Säästämisellä halutaan ehkä varautua epätodennäköisiin uhkiin kuten eläketurvan mahdolliseen heikkenemiseen tai yllättävän suuriin sairauskuluihin. Tällainen varautumismentaliteetti tai sen kasvu voi olla seurausta 1990-luvulla luodusta "kriisitietoisuudesta", julkisten palvelujen heikentyneestä saatavuudesta ja kohonneista lääkekuluista. 1990-luvulla toteutetut heikennykset eläketurvaan ja sosiaali- ja terveystalouteen sekä kasvaneet potilasmaksut ovat saattaneet lisätä eläkeläisten taloudellista epävarmuutta. Hyvinvointivaltion lupauksiin ei enää luoteta täysimääräisesti, koska valtio voi kuitenkin yksipuolisesti rikkoa hyvinvointivaltion taustalla olevaa impliittistä (eli lausumatonta) "sukupolvisopimusta" (ts. aiempaa käsitystä siitä, että luvatut eläkkeet maksetaan ja että tarvitsevat saavat hoitoa).

On luonnollista, että lisääntynyt epävarmuus sosiaaliturvan tasosta tulevaisuudessa johtaa säästämisen nousuun. Eläkejärjestelmään tehdyt indeksiheikennykset ovat myös alentaneet odotettavissa olevan eläkevarallisuuden tasoa aiempiin odotuksiin verrattuna, mikä myös lisää tarvetta säästämiseen.

Epävarmuudesta, riskin kaihtamisesta ja hyvinvointivaltion lupauksiin kohdistuvasta epäluottamuksesta johtuvaa ikäihmisten varautumissäästämistä voitaisiin hillitä luomalla vakuutusinstrumentteja, joiden avulla vanhuuteen ja sairauteen liittyviä taloudellisia riskejä voitaisiin paremmin hallita. Toistaiseksi tällainen uudistustyö on kuitenkin vasta pohdiskeluvaiheella. Pisimmälle on edetty siinä, että eläketurvaa voidaan parantaa vapaaehtoisella eläkesäästämällä ja muulla pit-

käaikaissäästämisellä. Pitkäaikaissäästämisen verokohtelun uudistus on toistaiseksi kuitenkin kesken.

Suurimmat taloudelliset riskit ikääntyvillä ihmisillä liittyvät erilaisiin hoitokuluihin. Julkisten sosiaali- ja terveystalouksien tasosta ja saatavuudesta ei ole varmuutta. Yksityiseltä sektorilta ostettavat palvelut voivat olla taas erittäin kalliita. Toimivaa yksityistä vakuutusturvaa vanhuuden hoitomenoja varten ei ole tarjolla.

Eräs tapa ottaa pääomia käyttöön on käänteinen asuntolaina. Suomessakin on muutaman vuoden ajan ollut mahdollisuus tähän, mutta oman asunnon omistusoikeudesta luopumista ei yleisesti pidetä kovin houkuttelevana vaihtoehtona. Usein myös perinnönjättömotiivi puoltaa nimenomaan asuntovarallisuuden säilyttämistä.

Toinen merkittävä eläkeiän kulutusta hillitsevä tekijä onkin juuri perinnönjättömotiivi. Se voi vähitellen kuitenkin heikentyä. Lapsiluvun väheneminen ja toisaalta perijäsukupolven vaurastuminen ja korkea tulotaso voivat olla tähän suuntaan vaikuttavia tekijöitä, samoin myös tulevien eläkeläisten aiempaa suurempi individualismi.

Ehkä tärkein korkea säästämistä ylläpitävä tekijä on se, että toistaiseksi suomalaiset kotitaloudet – myös eläkeläiskotitaloudet – ovat varsin vähävaraisia muihin teollisuusmaihin verrattuna. Koska keskivertoperheillä ei ole mainittavaa finanssivarallisuutta, on säästäminen vähäisistäkin tuloista kotitalouksien kannalta järkevää varautumista tuleviin riskeihin. Usein vedotaan siihen, että lähitulevaisuuden eläkeläisillä on aiempaa enemmän varallisuutta, koska heidän hallussaan on huomattavasti varallisuutta. Tämä näkökanta unohtaa sen, että suomalaisten asuntovarallisuus on loppujen lopuksi suhteellisen vaatimatonta. Lisäksi asuntovarallisuuttakin uhkaavat kasvavat peruskorjauskulut ja todennäköisesti lisääntyvät kiinteistöverot, joihin on taas varauduttava keräämällä finanssipääomaa.

Ikäihmisten kulutusprofiilit todennäköisesti tervehtyvät vasta sitten, kun kotitaloudet alkavat olla riittävän varakkaita. Säästämistään voi olettaa alenevan ja eläkeikäisten kulutustason olennaisesti nousevan vasta siinä vaiheessa, kun eläkeläiskotitalouksille on kertynyt riittävästä finanssivarallisuutta ja vakuutusturvaa. Tulotason ja eläkkeiden reaaliarvon vähitellen noustessa tähän on mahdollisuuksia, mutta hyvänkin taloudellisen kehityksen oloissa muutos on hidas. Tällä hetkellä kehitys on menossa tähän suuntaan, mutta varallisuuden kasautuminen vie aikaa.



## 4.5 Muuttuuko kulutuksen rakenne?

Väestön ikääntymisen voi odottaa vaikuttavan jonkin verran kulutuksen rakenteeseen. Eri ikäiset kotitaloudet kuluttavat rahansa eri kohteisiin.

Ehkä tärkein ero työikäisten ja eläkeikäisten kotitalouksien välillä on se, että huomattava osa työikäisistä on asuntovelallisia. Tästä syystä heidän asumismenonsa ovat suhteellisen korkeat. Valtaosa eläkeläisistä taas asuu velattomissa omistusasunnoissa, mistä syystä heidän asumismenonsa ovat muita väestöryhmiä pienemmät. Eläkeläiset käyttävät myös muita väestöryhmiä vähemmän rahaa kestokulutustavaroiden hankintaan.

Eläkeläiskotitalouksien kulutustaso on selvästi alhaisempi kuin työssäkäyvillä. Toisaalta eläkeläiset käyttävät kulutuksestaan muita ryhmiä suuremman osan erilaisten palvelujen ostamiseen. Eläkeläiskotitalouksien lukumäärän kasvu tulevina vuosina tulee johtamaan palveluiden kysynnän kasvuun.

Niin sanottuun kolmanteen ikään kuuluvat aktiiviset eläkeläiset käyttävät tulevaisuudessa todennäköisesti varsin runsaasti rahaa matkailuun ja siihen liittyviin palveluihin. Suomen talouden kannalta riskinä on se, että huomattava osa tästä kysynnästä suuntautuu ulkomaille. Kasvun ja työllisyyden kannalta olisi hyvä, jos kotimaahan voitaisiin luoda hinnaltaan ja laadultaan kilpailukykyisiä kohteita eläkeläisten matkailulle.

Tulevaisuudessa yli 80-vuotiaiden määrä tulee moninkertaistumaan. Tässä ikäryhmässä matkailu alkaa olla vähäisempää ja erilaiset sosiaali- ja terveystaloudet korostuvat. Tulevaisuuden vanhusväestöllä on enemmän rahaa käytössään kuin vastaavalla ikäryhmällä nykyään. On odotettavissa, että tämä ryhmä luo kysyntää hyvätasoisille yksityisen sektorin palveluille.

### Lähteet

Ando, A. & Modigliani, F. (1963): The 'Life Cycle Hypothesis' of saving: aggregate implications and tests. *American Economic Review*, 53(1).

Friedman, M. (1957): *A theory of consumption function*. Princeton University Press.

Lassila, J. & Rantala, O. & Valkonen, T. (2002): *Varallisuus, verotus ja väestön ikääntyminen*, Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia nro 70 ja ETLA, B 194. Helsinki.

Valkonen, T. (2002): *Väestön ikääntyminen ja verotus*. ETLA, B 190. Helsinki.

## 5 KOLMAS IKÄ KANSANTALOUDELLISESTA NÄKÖKULMASTA

*Tarmo Valkonen*

Kolmas ikä muodostaa huomattavan osan useimpien yksilöiden elinkaaresta. Myös kansantalouden kannalta on tärkeää kuinka paljon näitä ihmisiä on, kuinka he käyttäytyvät markkinoilla ja millainen on heidän asemansa toisaalta tulonsiirtojen saajina ja julkisten palvelujen käyttäjinä ja toisaalta veronmaksajina.

Kolmannen iän taloudellisen merkityksen kuvaamista vaikeuttaa käsitteiden horjuvuus. Laajimpien käsitteellistysten mukaan ikävaihe alkaa jo 50 ikävuoden jälkeen ja on riippumaton työmarkkina-asemasta. Vanhimmillaan sen on katsottu ulottuvan 94 ikävuoteen. Tässä katsauksessa kolmannella iällä tarkoitetaan vaihetta joka alkaa palkkatyön lopettamisen jälkeen ja päättyy vanhuuteen. Käsitteen tarkempi määrittely vaikuttaa politiikkaan, mutta politiikalla on myös vaikutusta käsitteen sisältöön. Käsite ei todennäköisesti pysy myöskään ajassa vakiona. Tulojen kasvu ja toimintakyvyn säilyminen pitempään laajentavat ikävaihetta ja siirtävät sitä myöhemmälle iälle.

On tärkeää huomata, että tällaista jaksoa ei historiallisessa mielessä ole yleensä aiemmin ollut. Tämä johtuu siitä, että elinikä oli aiemmin paljon lyhyempi ja työtä tehtiin kykyjen mukaan koko elinkaaren ajan. Vielä nytkin ikävaiheen taloudellinen rooli vaihtelee yksilöllisesti tulojen, terveyden, toimintakyvyn ja aktiivisuuden mukaan.

### **Kolmas ikä ja palkkatyö**

Julkisen talouden pitkän aikavälin tasapainoa koskevan keskustelun yksi tärkeimmistä aiheista on viime aikoina ollut ikääntyneiden työllisyysasteiden nosto. Eläkeuudistuksissa on pyritty vähentämään eläkkeelle jääntiä ennen vanhuuseläkeikää nostamalla muiden eläkeuotojen alaikärajoja ja lisäämällä eläkeoikeuksien karttumia. Erityisesti eläkkeelle pääsyn vaikeuttamisella odotetaan olevan merkittäviä positiivisia vaikutuksia työllisyysasteisiin. Lakisääteisen eläkeiän ylittäneiden työvoiman tarjonta on ainakin toistaiseksi marginaalista työmarkkinoiden näkökulmasta, vaikka kyse on usein korkeasti koulutetuista osajista.

Tulevaa ikääntyneiden työmarkkinapanosta arvioitaessa muuttujina ovat eläkesääntöjen lisäksi ikäluokkien koko, halukkuus osallistua työmarkkinoille ja työvoiman kysyntä. Näistä suurten ikäluokkien tulo eläkeikään lisää ikääntyneiden työntekijöiden määrää jonkin verran, jos osallistumisasteet pysyvät ennallaan. Halu vapaa-ajan lisäämiseen elinkaaren aikana on kasvanut samaan aikaan kun tulojen kasvu on antanut mahdollisuuden vähentää osallistumista työmarkkinoille. Ihmisillä on myös selkeä käsitys (oikea tai väärä) siitä, että eläke on ansaittu

työllä ja velvoitetta ottaa vastaan työtä kodin ulkopuolella ei enää ole eläkkeelle jäännin jälkeen. Näin kolmatta ikäänsä elävien kansalaisten osallistuminen työn kautta on perustuttava vapaaehtoisuuteen. Toki kannusteita voidaan luoda ja asenteita pyrkiä muokkaamaan, mutta toimintaa ei voida yhteiskunnan taholta mitoitaa halutun suuruiseksi.

Työvoiman tulevaan markkinakysyntään vaikuttaa kaksi trendiä. Toinen on työvoiman pienenemisen aiheuttama työvoimapula ja toinen on jatkuva tehokkuuden nostamistavoite sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Työnantajien sopeutuminen näihin haasteisiin tapahtuu usean kanavan kautta. Parhaat yritykset saavat nuorista hyvin koulutetuista uusista ikäluokista täydennyksensä. Muiden työnantajien näkökulmasta on keskeistä se, miten hyvin jäljelle jäävän työvoiman kustannukset vastaavat tuottavuutta.

Ikääntyneen työvoiman haluttavuutta voidaan parantaa sallimalla palkkojen määräytyä tuottavuuden mukaan, tukemalla matalan tuottavuuden työtä julkisen sektorin tulonsiirroin tai nostamalla työn tuottavuutta koulutuksen avulla. Kaikkia näitä keinoja käytettäneen, mutta niihin liittyy ongelmia ja kustannuksia. Ilman näitä vaikeuksia keinot olisivat laajemmassa käytössä jo nykyisin. Yrityksillä ei ole erityistä motiivia tukea ikääntyvien työllisyyttä jos se on heikommin kannattavaa verrattuna muihin toimintavaihtoehtoihin, kuten tuotannon siirtämiseen ulkomaille tai työtä säästävien innovaatioiden käyttöönottoon.

Yksi suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen synnyttämistä keskustelunaiheista on se, kuinka paljon korvaamatonta inhimillistä pääomaa jää pois työmarkkinoiden käytöstä. Asiaa ei ole mitattu. Kovin merkittävästä ilmiöstä tuskin on kysymys, koska se olisi muutoin synnyttänyt mittavan mentorointiaallon yrityksissä. Useimpien töiden luonteen muuttuminen pitkää koulutusta edellyttäväksi on vähentänyt vanhan tiedon käyttökelpoisuutta. Lisäksi työpaikoille jää edelleen keski-ikäistä työvoimaa, jolla on periytyvää tietoa käytössä.

### **Kolmas ikä ja vapaaehtoistyö**

Eläkeläisten osallistuminen kodin ulkopuoliseen työhön toteutuu usein muutoin kuin avoimilla työmarkkinoilla. Vuoden 2000 ajankäyttötutkimuksen mukaan 55–64-vuotiaat käyttivät keskimäärin hieman alle puoli tuntia päivässä vapaaehtoistyöhön (Huovinen ja Piekkola 2002). Heistä edelleen ansiotyössä olevat tekivät vapaaehtoistyötä 15–20 minuuttia päivässä. Muiden kuin työkyvyttömyyseläkkeellä olevien eläkeläisten vastaava ajankäyttö oli 35–40 minuuttia päivässä. Vapaaehtoistyön määrä siten kaksinkertaistui jäätäessä vanhuuseläkkeelle. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyminen lisää vastaavasti noin 50 prosentilla vapaaehtoistyötä.

Tästä voidaan päätellä, että työiässä olevat eläkeläiset tarjoavat vapaaehtoistyötä noin 2–3 työviikon verran enemmän vuodessa kuin työssä olevat samanikäiset. Työpanoksen kansantaloudellisen merkityksen arviointi edellyttäisi työn tuottavuuden mittaamista ja vastaavan markkinatuotannon hintojen käyttöä. Edellä esitettyjen lukujen valossa on kuitenkin ilmeistä että vuodenkin myöhennys eläkkeelle jäännissä on markkinahinnoilla mitattuna arvokkaampaa kuin koko kolmannen iän vapaaehtoistyö, jos sitä harrastetaan keskimääräisen verran. Onkin mahdollista että taloudellisen roolin näkökulmasta kolmannen iän työn tarjonnassa tärkeintä on sosiaalisten verkostojen ylläpito ja tekijöiden oman terveyden ja toimintakyvyn paraneminen.

### **Kolmas ikä ja pääoma**

Kolmannen iän saavuttaneille yksilöille on tyyppillistä elinkaaren varallisuuden maksimin saavuttaminen. Keskeisin varallisuusmuoto on oma asunto. Muiden kuin asuntoinvestointien rahoituksen näkökulmasta tarpeellisen finanssivarallisuuden määrä ei ole kovin suuri. Toisaalta tulevaisuudessa sen merkitys on kasvamassa, koska asuntoparallisuuden osuus omaisuudesta vähenee tyyppillisesti varallisuustason nousun myötä (Lassila ym. 2002). Toisaalta ikärakenteen vanheneminen saattaa merkitä kansantalouden riskinottohalukkuuden heikkenemistä, millä voi olla kasvua hidastava vaikutus.

Uusiin eläkeläisiin liitetään usein mielikuva aktiivisesta ja kuluttamaan tottuneesta kansanosasta. Eläkeläisten säästämiskäyttäytymisessä ei kuitenkaan ole tilastoissa havaittavissa muutosta kolmannen iän laajenemisen myötä, vaan varallisuus tyyppillisesti edelleen kasvaa hieman eläkeaikana.

Yksilöiden varallisuuteen lasketaan joskus myös kertyneet eläkeoikeudet. Koko kansantalouden kannalta tämä on oikeutettua vain silloin kun eläkkeet on rahoitettu. Suomen työeläkkeiden rahastointiaste on noin neljännes, eikä sen odoteta muuttuvan olennaisesti tulevaisuudessa.

### **Kolmas ikä ja hyödykemarkkinat**

Ikääntyneiden tulotason arvioidaan kasvavan tulevaisuudessa hieman suhteessa työikäisiin eläkejärjestelmän kypsyminen myötä. Hyödykemarkkinoiden kannalta tärkeämpää on kuitenkin ikäluokkien koon vaihtelu, joka tuo huomattavan määrän lisää eläkeläiskuluttajia lähivuosina. Toisaalta kokonaiskulutuksen kasvun kannalta väestön ikääntyminen on pikemminkin negatiivinen uutinen, koska työikäisten määrän väheneminen alentaa kansantalouden käytettävissä olevien tulojen kasvua.

Kolmannen iän kulutuksesta valtaosa on palveluja. Paljon on keskusteltu siitä, synnyttääkö suurten ikäluokkien eläkeläistyminen kysyntää nimenomaan tälle ikäluokalle suunnatuille tuotteille, mikä mahdollistaisi uuden yrittäjätoiminnan syntyminen. Yksityisten terveys- ja hoivapalvelujen kysynnän kasvu antaa viitteitä tähän suuntaan. Toisaalta jos kulutuksen kokonaiskasvu ei nopeudu, muutoksessa häviäviä toimialoja voi olla enemmän kuin voittavia.

### **Kolmas ikä ja julkinen talous**

Väestön ikääntyminen vähentää tuloverojen ja lisää kulutusverojen osuutta verotuloista. Tuloveroja yli 65-vuotias maksaa nykyisin noin puolet siitä mitä työikäinen ja maksettujen kulutusverojenkin määrä on pienempi. Eläkeläisten määrän kasvu ja keskieläkkeiden nousu lisäävät eläkeikäisiltä saatavia verotuloja tulevaisuudessa. Eläkkeiden rahoittaminen edellyttää kuitenkin osittain veroluonteisten työeläkemaksujen keräämistä työikäisiltä. Nämä maksut voidaan vähentää verotuksessa. Kokonaisuudessaan väestön muutos siis hidastaa verotulojen kasvua (Valkonen 2002).

Julkisten menojen näkökulmasta kolmannessa iässä ei vielä kuuluta tyypillisesti pitkäaikaishoidon piiriin, eivätkä terveysmenotkaan ole keskimäärin kovin korkeat verrattuna vanhuksiin. Terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääntyminen lieneekin julkisen talouden kannalta merkittävin positiivinen tekijä väestön ikääntymisessä.

### **Johtopäätöksiä**

Yleinen tietämys väestön ikääntymisen ja samalla kolmannen iän merkityksestä kansantaloudelle ei ole Suomessa kovin korkeatasoista, mikä johtuu täsmennyttä kättömistä käsitteistä ja tutkimustiedon puutteesta. Mieli-pidepainotteinen ja tunnepitoinen keskustelu, "poliittisesti korrektit" puheenvuorot ja yksittäisten havaintojen yleistäminen on tyypillisempää kuin tilastoihin tai tutkimuksiin perustuva analyttinen lähestymistapa.

Esimerkiksi käy väite, ettei työelämässä arvosteta riittävästi kokemusta. On kuitenkin osoitettu, että senioriteetin mukana automaattisesti tulevat korkeammat palkat yliarvioivat monien ikääntyvien tuottavuutta, jolloin riski jäädä kokonaan työttömäksi kasvaa (Piekkola 2004). Näin hyvää tarkoittavalla toimintasäännöllä heikennetään ikääntyvän työvoiman osallistumismahdollisuuksia.

Kolmannen iän taloudellisen merkityksen tutkiminen edellyttäisi yksimielisyyttä käsitteen sisällöstä. Jos se tarkoittaa palkkatyön jälkeistä aikaa ennen vanhuutta, kyse on elämänvaiheesta, jossa kansalaiset pääsevät nauttimaan terveyden ja toimintakyvyn paranemisen ja talouden kasvun tuomasta vapaa-ajan lisääntymisestä. Tässä iässä oleville ihmisille asetettavat odotukset ja moraaliset velvoitteet osallistumisesta kodin ulkopuoliseen työhön vähentävät hyvinvointia. Aidosti vapaaehtoinen osallistuminen on merkki siitä, että työ tuottaa iloa ja sen koko merkitystä ei voi silloin mitata markkinatyön hinnalla.

### **Lähteet**

Huovinen, P. & Piekkola, H. (2002): The Time is Right? Early Retirements and Use of Time by Older Finns. ETLA B 189. Helsinki.

Lassila, J., Rantala, O. & Valkonen, T. (2002): Varallisuus, verotus ja väestön ikääntyminen, Kela, sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia nro 70 ja ETLA, B 194. Helsinki.

Piekkola, H. (2004): Active ageing and the European labour market: synthesis report. ETLA, Keskusteluaiheita, nro. 911. Helsinki.

Valkonen, T. (2002): Väestön ikääntyminen ja verotus. ETLA, B 190. Helsinki.

## 6 IKÄÄNTYVÄN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN KEHITYS

*Tuija Martelin, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen*

Ihmisen toimintakyky tarkoittaa hänen kykyään suoriutua erilaisista tehtävistä. WHO:n uudessa toimintakyvyn, toiminnanvajauksen ja terveyden luokituksessa (WHO 2001) toimintakyky määritellään varsin laajasti: se kattaa sekä suorituskyvyn vakio-oloissa että selviytymisen arkiympäristössä. Niinpä yksilön toimintakyky ei riipu pelkästään hänen omasta suorituskyvystään, vaan myös hänen fyysinen ja sosiaalinen ympäristönsä ovat tärkeitä toimintakyvyn määrittäjiä.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä liikkua ja ylipäätään käyttää kehoa ja sen osia tarkoituksenmukaisella tavalla. Usein fyysisen toimintakyvyn piiriin luetaan myös aistitoiminnot kuten näkö, kuulo ja tasapaino. Psykkisen toimintakyvyn keskeinen ulottuvuus on kognitiivinen kyvykkyys eli selviytyminen älyä ja muistia vaativista tehtävistä. Sosiaalinen toimintakyky puolestaan viittaa ihmisen kykyyn selviytyä yhteisön jäsenenä. Kaikki edellä mainitut toimintakyvyn ulottuvuudet vaikuttavat siihen, kuinka hyvin ja itsenäisesti henkilö suoriutuu erilaisista arkielämän tehtävistä, joita ovat esimerkiksi itsestä, kodista ja läheisistä huolehtiminen – työikäisillä yleensä myös ansiotyö.

Toimintakyvyn rajoitukset voivat vähentää yksilön autonomiaa, elämänlaatua ja hyvinvointia kapeuttamalla elämänpiiriä ja rajoittamalla osallistumista hänen tärkeänä pitämiinsä toimintoihin. Lisäksi toimintakyvyn rajoitukset voivat kuormittaa läheisiä ihmisiä ja palvelujärjestelmää yksilön tarvitessa apua suoriutuakseen välttämättömistä tehtävistään.

### **Toimintakyvyn kehitykseen vaikuttavat tekijät**

Väestötasolla toimintakyvyn rajoitusten aiheuttaman kuormituksen muutokset riippuvat toimintakyvyltään erilaisten väestön osaryhmien suuruuden muutoksista sekä toimintakyvyn kehityksestä näissä osaryhmissä. Väestön rakennetekijöistä tärkeitä ovat mm. ikä-, koulutus- ja asuntokuntarakenne.

Toimintakyvyllä on hyvin voimakas yhteys ikään johtuen mm. iän mukana tapahtuvasta suorituskyvyn heikkenemisestä. Siksi toimintarajoitusten aiheuttama palvelutarve on vahvasti sidoksissa väestön ikärakenteen muutoksiin. Monien toimintojen osalta toimintakyky alkaa heiketä jo melko varhaisessa aikuisiässä, mutta yksilöiden väliset erot ovat hyvin suuria, ja osa hyvin korkean iän saavuttaneistakin suoriutuu hyvin kaikista arkisista tehtävistään (Koskinen ym. 2002a ja b). Väestön ikärakenteen ja siihen olennaisesti vaikuttavan kuolleisuuden kehitystä tarkastellaan lähemmin alla.

Enintään perusasteen koulutuksen saaneilla on enemmän toimintarajoituksia kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla (Martelin ym. 2002a ja b, 2004), joten väestön koulutusrakenteen paranemisen voidaan olettaa vähentävän toimintarajoitusten määrää väestössä. Toisaalta yksin asumisen yleistymisen (Perheet 2002) voi johtaa toimintarajoitusten aiheuttaman palvelutarpeen kasvuun.

Väestörakenteen ohella toimintarajoitusten määrän kehitykseen vaikuttavat lukuisat muut tekijät. Monet sairaudet heikentävät toimintakykyä. Tärkeimpiä toimintakykyä rajoittavia sairauksia Suomessa ovat verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja mielenterveyden häiriöt sekä dementia (Kattainen 2004; Mäkelä ym. 1993). Monien kansansairauksien keskeiset vaaratekijät, kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö, vähäinen liikunta ja lihavuus lisäävät näin ollen myös toimintakyvyn rajoituksia. Toimintakyvyn kehitys riippuu myös siitä, kuinka paljon henkilö käyttää tai kehittää kykyjään. Monien toimintakyvyn ulottuvuuksien kohdalla kyky ei kehity tai heikkenee, jos sitä ei käytetä, ja säilyy tai kohenee, jos sitä käytetään: "Use it or lose it" (LaCroix ym. 1993; Hirvensalo ym. 2000; Cassel 2002).

Myös ympäristö vaikuttaa toimintakykyyn: saman tehtävän suorittaminen voi olla helppoa jossakin ympäristössä, mutta toisissa olosuhteissa tehtävästä suoriutuminen voi olla hankalaa tai mahdotonta. Elinympäristön muutoksilla tai apuvälineiden avulla voidaan usein joko palauttaa kyky suoriutua erilaisista tehtävistä tai ainakin lievittää toimintarajoituksista aiheutuvaa haittaa. (Verbrugge ja Jette 1994, Sakari-Rantala ym. 1995)

### **Iäkkään väestön määrän kehitys**

Eläkeikäisen väestön määrä on kasvanut nopeasti viime vuosikymmeninä. 65 vuotta täyttäneitä oli vuonna 1980 lähes 580 000, vuonna 2002 jo noin 780 000 eli runsaan kahden vuosikymmenen aikana eläkeikäisten määrä suureni yli kolmanneksella. Samaan aikaan 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistui 86 000:sta 177 000:een. Tämän kehityksen ennustetaan jatkuvan niin, että 65 vuotta täyttäneiden määrä suurenee lähes 1,1 miljoonaan vuonna 2015 ja lähes 1,4 miljoonaan vuonna 2030, jolloin eläkeikäisiä olisi ennusteen mukaan lähes kaksi kertaa niin paljon kuin vuonna 2000 (Väestöennuste kunnittain 2001–2030). 80 vuotta täyttäneiden määrän ennustetaan kasvavan vielä nopeammin niin, että vuonna 2015 heitä olisi yli 250 000 ja vuonna 2030 jo 424 000 eli 2,4 kertaa niin paljon kuin vuonna 2000.

Iäkkäiden kansalaisten lukumäärän kehitys riippuu siitä, minkä kokoisia kohortteja aiempina vuosina on syntynyt, näiden kohorttien tähänastisesta ja tulevasta kuolleisuudesta sekä siirtolaisuudesta. 1930-luvulla syntyvyys oli selvästi alhaisempi kuin 1900-luvun alussa, mikä on ollut omiaan hidastamaan eläkeikäisen väestön kasvua 1990-luvulla ja 2000-luvun alussa. Samaan suuntaan on vaikut-



tanut Ruotsiin 1960- ja 1970-luvuilla suuntautunut vilkas muuttoliike. Kun 1940-luvun lopulla ja 1950-luvulla syntyneet suuret ikäluokat saavuttavat vanhuuseläkeiän 2010-luvulla, eläkeikäisten määrä suurenee nopeasti. Suurten ikäluokkien ikääntyessä 80 vuotta täyttäneiden lukumäärä kasvaa jyrkästi 2020-luvun lopussa ja 2030-luvulla.

### **Kuolleisuuden kehitys**

Suomalaiset elävät nykyään selvästi pitempään kuin aiemmin ja tämän kehityksen odotetaan jatkuvan. Vuonna 2002 suomalaisten naisten elinajanodote oli 81,5 vuotta eli noin 3,5 vuotta pitempi kuin 1980-luvun alussa. Miesten elinaika piteni samana 20 vuoden jaksona lähes viidellä vuodella, 74,9 vuoteen (Suomen tilastollinen vuosikirja).

Myös eläkeikäisten kuolleisuus on pienentynyt huomattavasti. Jos kuolleisuus eri ikäryhmissä pysyy vuonna 2002 vallinneella tasolla, 65-vuotias suomalaisnainen voi odottaa elävänsä vanhuuseläkkeellä 19,7 vuotta, 84,7-vuotiaaksi. Vanhuuseläkeiän juuri saavuttaneet miehetkin elävät vielä keskimäärin 15,8 vuotta. 65-vuotiaan jäljellä oleva elinaika on parissa vuosikymmenessä pidentynyt lähes 3 vuotta.

Viime vuosikymmeninä vastasyntyneen elinajanodotteen kasvu on johtunut yhä enemmän kuolleisuuden pienemisestä 65. ikävuoden jälkeen. Tulevaisuudessa keskimääräinen elinaika voi pidentyä merkittävästi ainoastaan vanhuskuolleisuuden vähentymisen ansiosta. Vaikka kaikki naisten kuolemat ennen 65. ikävuotta voitaisiin ehkäistä, naisten elinajan odote pitenisi vain runsaat 3 vuotta, jos eläkeikäisten kuolleisuus pysyisi ennallaan.

Kuolleisuuden alenemisen ennustetaan jatkuvan samaa vauhtia kuin kahden viime vuosikymmenen aikana (Väestöennuste kunnittain 2001–2030). Tilastokeskuksen vuoden 2001 väestöennusteessa oletetaan, että vuoteen 2030 mennessä elinajanodote kasvaa 79,5 vuoteen miehillä ja 84,6 vuoteen naisilla. Vuoden 2000 tilanteeseen nähden miesten elinaika pitenisi 5,4 vuodella ja naisten elinaika 3,6 vuodella.

On pelätty, että elinajan piteneminen tarkoittaa lähinnä sairaana ja toimintarajoitteisena vietetyn elinajan kasvua (esim. Gruenberg 1977; Kramer 1980). Optimistisen näkökannan mukaan taas myös sairauksien alkua siirtyy myöhempään ikään ja siten sairastavuus tiivistyy viimeisiin elinvuosiiin (esim. Fries 1980; 2003). Eräänlaista välittävää näkökantaa edustaa Mantonin (1982) esittämä dynaamisen tasapainotilan teoria, jonka mukaan sairastavuus voi eliniän pitenemisen myötä lisääntyä, mutta toisaalta sairaudet ovat entistä lievempiä ja siten väestön elämänlaatu kohenee. Monista maista saadut tulokset tukevat lähinnä viimemainittua oletusta, eli vakavat sairaudet ja toiminnanrajoitteet

ovat vähentyneet, mutta lievemmat rajoitteet ovat saattaneet lisääntyä (Robine ym. 1999).

## **Toimintakyvyn kehitys vuosina 1980–2000**

### *30 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn kehitys aiempien tulosten valossa*

Väestön toimintakyvyn kehityksestä on hyvin vähän objektiivisiin mittauksiin perustuvaa, koko maata edustavaa tietoa. Vuosina 2000–2001 toteutettu Terveys 2000 -tutkimus ja vuosina 1978–1980 tehty Mini-Suomi-tutkimus mahdollistavat väestössä viimeisten 20 vuoden aikana tapahtuneiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutosten tutkimisen (Aromaa ym. 2002).

Näiden tutkimusten tulosten vertailun perusteella itse ilmoitettu toimintakyky on Suomessa selvästi kohentunut. Liikkumiskyvyn parantumisesta on osoituksena se, että puolen kilometrin kävelyssä vaikeuksia kokevien osuus pieneni työikäisillä noin kolmannekseen 20 vuoden takaisesta tilanteesta. Myös eläkeikäisistä aiempaa selvästi suurempi osa ilmoittaa suoriutuvansa puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista: 65 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa kävelyvaikeuksien yleisyys pieneni 44 %:sta 28 %:iin. Samoin portaiden noususta ja ostoskassin kantamisesta sata metriä selvisi nyt useampi kuin 20 vuotta sitten, mutta suhteellinen muutos oli eläkeikäisillä selvästi pienempi kuin työikäisillä. (Aromaa ym. 2002.)

Samoin vaikeudet sanomalehden lukemisessa ovat selvästi vähentyneet 20 vuoden aikana: työikäisillä niiden yleisyys on pienentynyt kymmenestä neljään prosenttiin ja eläkeikäisillä runsaasta neljäsosasta vajaaseen kuudesosaan. Suotuisaa muutosta saattaa selittää se, että ihmisillä lienee käytössään nykyisin aiempaa useammin asianmukaiset silmälasit ja muita näön apuvälineitä, ja lisäksi valaistus on entistä parempi. Myös kaihileikkausten yleistymisen on parantanut iäkkäiden näkökykyä. Vaikeudet keskustelun kuulemisessa ovat harvinaistuneet viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana, mutta muutos ei ole niin suuri kuin monissa muissa toimintakyvyn osoittimissa. (Aromaa ym. 2002.)

Pukeutumisvaikeuksia oli Terveys 2000 -tutkimuksessa noin puolta pienemmällä osuudella eläkeikäisistä (15 % vs. 27 %) kuin 20 vuotta aiemmin. Varpaankynsien leikkaaminen tuotti vaikeuksia noin kolmasosalle eläkeikäisistä molemmissa tutkimuksissa. Sen sijaan raskas siivoustyö sujui vaikeuksista noin kaksi kertaa suuremmalta osalta (n. 50 %) eläkeikäisiä kuin 20 vuotta aiemmin (n. 25 %). Siivoustyöstä ja pukeutumisesta suoriutumisen yleistymisen voi osittain johtua iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn paranemisesta, mutta siihen on voinut myötävaikuttaa myös siivouskäytäntöjen ja -välineiden sekä vaatetuksen muuttuminen. (Aromaa ym. 2002.)

1980- ja 1990-lukujen aikana 65 vuotta täyttäneen naisen jäljellä olevan elinajan odote kasvoi 2,8 vuotta ja miehillä kasvu oli 3 vuotta. Mini-Suomi-tutkimuksen ja Terveys 2000 -tutkimuksen toimintakykytietojen ja samojen ajankohtien kuolleisuustietojen samanaikaisen analyysin perusteella on arvioitu, että nämä lisääntyneet elinvuodet ovat kokonaan toimintakykyisiä – käytettiinpä toimintakykyisyyden mittana perustoiminnoista (pukeutuminen, vuoteeseen asettuminen ja asunnossa liikkuminen) suoriutumista tai vähintään keskinkertaista koettua terveyttä (Sihvonen ym. 2003).

#### *55 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn kehitys ikäryhmittäin*

Tässä raportissa tarkastelemme lähemmin kolmea toimintakyvyn tai toimeliaisuuden osoitinta, joista on saatavissa vertailukelpoisia aineistoa vuosilta 1978–1980 (Mini-Suomi-tutkimus) ja vuosilta 2000–2001 (Terveys 2000 -tutkimus):

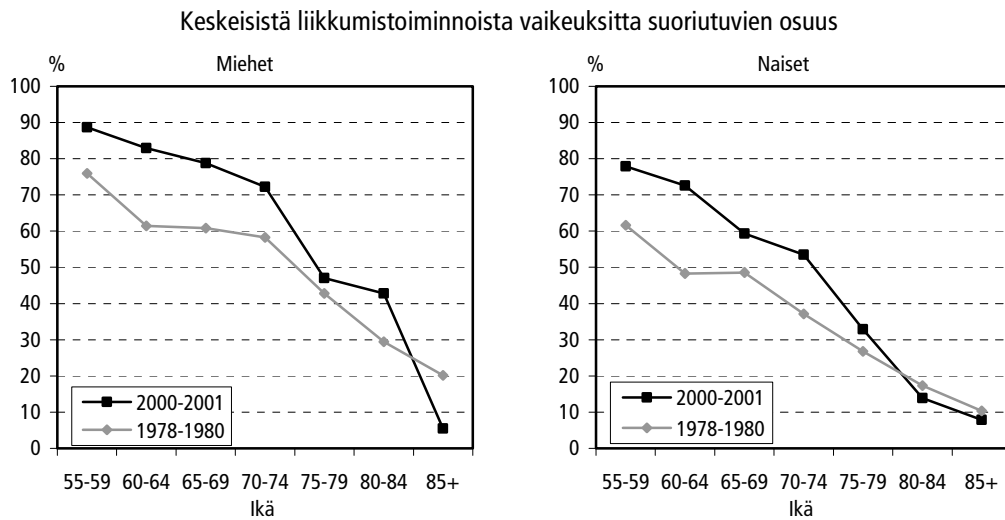
1. Liikkumiskyky: suoriutuminen vaikeuksista portaiden noususta, ostoskassin kantamisesta (5 kg, 100 metriä) ja noin puolen kilometrin kävelystä
2. Itsestä huolehtimisen kannalta keskeiset perustoiminnot: suoriutuminen vaikeuksista pukeutumisesta/riisuutumisesta, vuoteeseen asettumisesta/vuoteesta nousemisesta ja asunnossa liikkumisesta
3. Harrastaminen: vähintään kerran viikossa ainakin jotakin seuraavista
  - kerho- tai yhdistystoiminta
  - teatterissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä, urheilukilpailuissa tms. käyminen
  - opiskelu
  - kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa käyminen
  - liikunta, metsästyks, kalastus, puutarhanhoito tai muu ulkoilu
  - ravintolassa, kahvilassa tai tanssimassa käyminen rentoutumismielessä
  - kirjallisuuden lukeminen, äänilevyjen tai nauhojen kuuntelu
  - käsityöt, askartelu, soittaminen, laulaminen, valokuvaus, maalaaminen, keräily tms.

Tarkastelu rajataan 55 vuotta täyttäneeseen väestöön, jonka toimintakykyisyyttä ja sen kehitystä analysoidaan 5-vuotiskäryhmittäin. 85 vuotta täyttäneitä käsitellään yhtenä ryhmänä, koska etenkin Mini-Suomi-tutkimuksen otokseen iäkäimpiä henkilöitä sisältyi melko vähän.

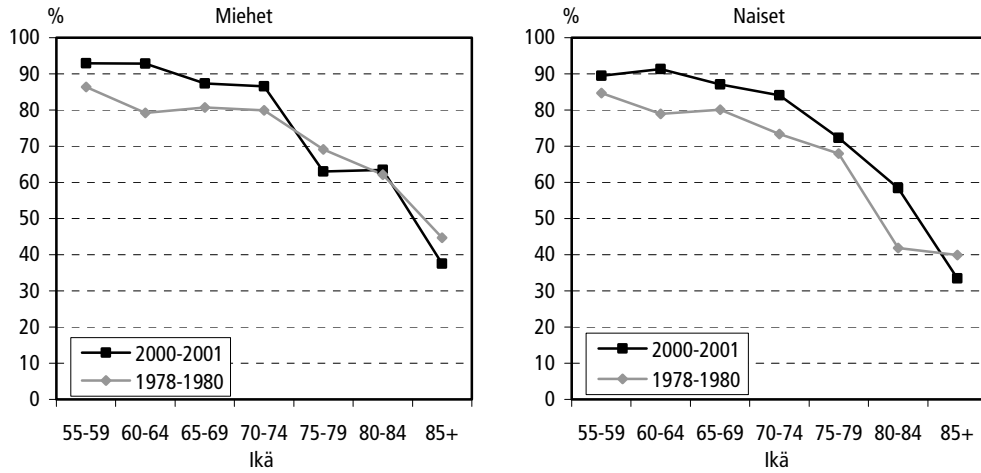
Kuviosta 6.1 käy ilmi, että 55 vuotta täyttäneen väestön toimintakyky on kohenut ainakin 70–74-vuotiaiden ikäryhmään saakka. 85 vuotta täyttäneiden kohdalla tulos on päinvastainen: sekä liikkumiskyky että suoriutuminen itsestä huolehtimiseen liittyvistä perustoiminnoista näyttävät heikentyneen 20 vuoden aikana. 75–84-vuotiaiden keskuudessa muutoksen suunta vaihtelee tarkasteltavan osoittimen ja sukupuolen mukaan. Miesten liikkumiskyky näyttää kohentuneen vielä toiseksi vanhimmassa, 80–84-vuotiaiden ryhmässä, mutta naisilla kehitys

on kulkenut huonompaan suuntaan kaikkien 80 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Naisilla perustoiminnoista selviytyminen puolestaan on heikentynyt vain 85 vuotta täyttäneiden keskuudessa, miehillä jo 75. ikävuodesta lähtien. Edellä lueteltujen harrastusten harjoittaminen ainakin kerran viikossa on miehillä lisääntynyt sekä tarkasteltavan ikävälän alku- että loppupäässä. Naistenkin harrastusaktiivisuus on kasvanut alle 80-vuotiaiden keskuudessa, mutta sitä vanhemmilla aktiivisuus näyttää hieman vähentyneen.

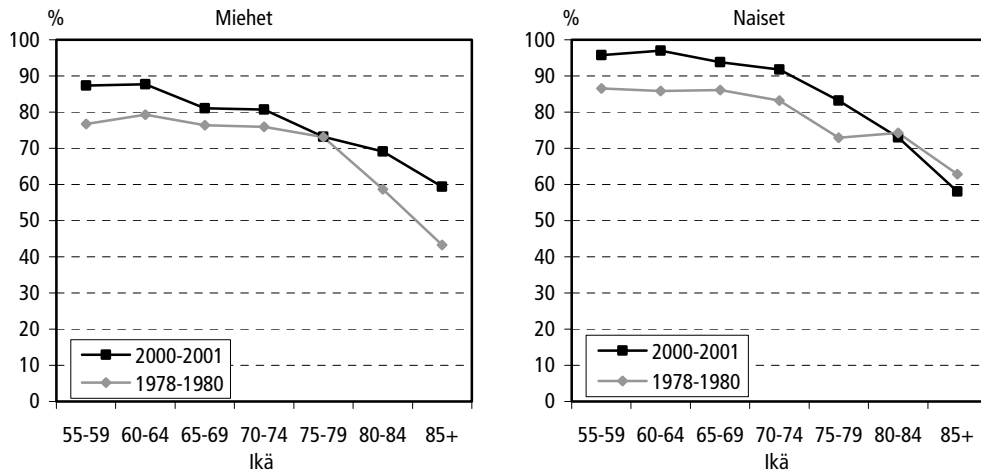
**Kuvio 6.1** Keskeisistä liikkumistoiminnoista ja itsestä huolehtimisen kannalta keskeisistä perustoiminnoista vaikeuksista selvinneiden sekä vähintään kerran viikossa jotakin harrastavien osuudet (%) vuosina 1978–1980 ja 2000–2001 sukupuolen ja iän mukaan.



### Keskeisistä perustoiminnoista vaikeuksista suoriutuvien osuus



### Vähintään kerran viikossa jotain harrastavien osuus



Kuviota 6.1 tarkasteltaessa on otettava huomioon, että melko vähäinenkin muutos toimintakykyisyyden määrittelyperusteissa vaikuttaa olennaisesti havaittuun toimintakykyisten osuuteen. Perustoiminnoista selviytymisessä toimintakykyisyyden kriteerinä kuviossa 6.1 on suoriutuminen vaikeuksista kaikista kolmesta mittarin osiosta (pukeutuminen, vuoteeseen asettuminen ja asunnossa liikkuminen). Jos toimintakykyisyyden rajaa hieman pudotetaan ja katsotaan toimintakykyisiksi myös ne, joilla on vähäisiä vaikeuksia yhdessä tai useammassa mittarin osiossa, toimintakykyisten osuus on olennaisesti suurempi. Lisäksi kehityksestä syntyy myönteisempi kuva kuin käytettäessä kuvion 6.1 tiukempaa toimin-

takykyisyyden kriteeriä: miehillä toimintakyky on tämän mittarin mukaan parantunut kaikissa ikäryhmissä ja naisillakin muilla paitsi 85 vuotta täyttäneillä. Myös liikkumiskykyisten osuus on kaikissa ikäryhmissä paljon kuviossa 6.1 esitettyä suurempi, jos liikkumiskykyisinä pidetään myös niitä, joilla on vähäisiä vaikeuksia yhdessä tai useammassa mittarin osiossa. Toisaalta viimeisten 20 vuoden aikana tapahtunut muutos on tätä mittaria käytettäessä ollut epäedullisempi kuin tiukemmalla liikkumiskykyisyyden osoittimella: toimintakykyisten osuus on kasvanut alle 75-vuotiailla, mutta vähentynyt kaikissa 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla.

Toimintakykyisyyden määrittelyperusteiden tiukkuus ei kuitenkaan olennaisesti vaikuta väestöryhmien välisiin eroihin. Kaikkien osoittimien mukaan toimintakykyisten osuus pienenee iän karttuessa, ja kaikissa ikäryhmissä miesten liikkumiskyky on parempi kuin naisten riippumatta liikkumiskyvyn kriteerien valinnasta.

### **Ennustelaskelmia toimintarajoitteisten henkilöiden lukumäärän kehityksestä vuosina 2000–2030**

Jos toimintakyky eri ikäryhmissä säilyy Terveys 2000 -tutkimuksessa havaitulla tasolla, toimintarajoitteisten henkilöiden määrä kasvaa lähivuosikymmeninä jyrkästi väestön ikärakenteen vanhentuessa. Taulukosta 6.1 ilmenee, että liikkumisvaikeuksista kärsivien 55 vuotta täyttäneiden määrä suurenee runsaasta 500 000:sta vuonna 2000 lähes 900 000:een vuonna 2030, jos liikuntarajoitteisten osuus säilyy ennallaan eri ikäryhmissä sekä naisilla että miehillä. Tämä tarkoittaa noin 70 prosentin kasvua (kuvio 6.2).

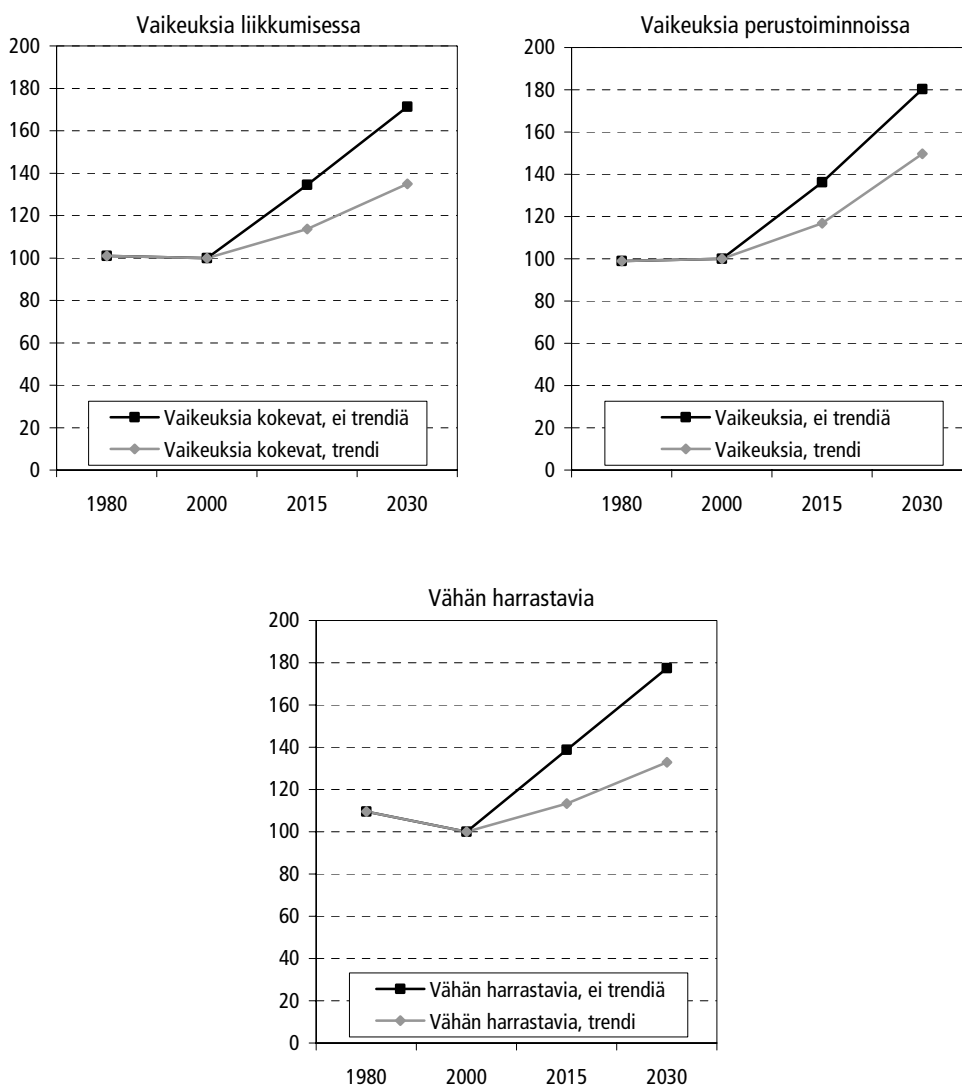
Tässä tarkastelussa liikuntarajoitteisiksi on määritelty kaikki ne, joilla on ainakin lieviä vaikeuksia vähintään yhdessä liikuntakykymittarin kolmesta osiosta. Luvut ovat noin kolmannesta pienempiä, jos lievistä vaikeuksista kärsiviä ei pidetä liikuntarajoitteisina. Käytettiinpä kumpaa hyvänsä määrittelyä, liikkumisrajoitteisten määrä kasvaa noin kolmella neljänneksellä vuoteen 2030 mennessä. Liikkumiskyvyn tai perustoimintojen rajoituksista kärsivien ja harrastuksien suhteen passiivisten 55 vuotta täyttäneiden henkilöiden määrä kasvaa ennustelaskelmien mukaan kutakuinkin samaa vauhtia: jos ikäryhmittäiset osuudet säilyvät vuoden 2000 tasolla, vuonna 2015 tällaisia henkilöitä on noin 35–40 % ja vuonna 2030 noin 70–80 % enemmän kuin vuonna 2000.

**Taulukko 6.1** Liikkumiskyvyssä ja perustoiminnoissa vaikeuksia kokeneiden ja vähäistä harrastusaktiivisuutta osoittavien määrä 55 vuotta täyttäneessä väestössä iän mukaan: arviot vuosille 1980 ja 2000 sekä ennustelaskelmat vuosille 2015 ja 2030 kahden oletuksen mukaan.\*

		Henkilöiden määrä				Indeksi (vuosi 2000 = 100)			
		1980	2000	2015	2030	1980	2000	2015	2030
<b>Vaikeuksia liikkumiskyvyssä</b>									
Yht. 55+	ei trendiä	518 541	513 567	691 068	880 227	101	100	135	171
	trendi	518 541	513 567	583 877	696 848	101	100	114	136
55-74-v.	ei trendiä	372 566	263 123	363 920	351 799	142	100	138	134
	trendi	372 566	263 123	261 992	189 309	142	100	100	72
75-85	ei trendiä	121 801	177 763	218 142	371 313	69	100	123	209
	trendi	121 801	177 763	209 514	343 180	69	100	118	193
85+	ei trendiä	24 175	72 681	109 005	157 115	33	100	150	216
	trendi	24 175	72 681	112 370	164 359	33	100	155	226
<b>Vaikeuksia perustoiminnoissa</b>									
Yht. 55+	ei trendiä	246 895	249 692	340080	450 084	99	100	136	180
	trendi	246 895	249 692	291592	373 604	99	100	117	150
55-74-v.	ei trendiä	164 757	108 069	149392	143 679	152	100	138	133
	trendi	164 757	108 069	101530	68 314	152	100	94	63
75-84-v.	ei trendiä	65 805	90 201	113880	196 243	73	100	126	218
	trendi	65 805	90 201	107118	176 609	73	100	119	196
85+	ei trendiä	16 333	51 421	76808	110 162	32	100	149	214
	trendi	16 333	51 421	82944	128 680	32	100	161	250
<b>Vähäinen harrastusaktiivisuus</b>									
Yht. 55+	ei trendiä	212 084	193 541	268 533	343 246	110	100	139	177
	trendi	212 084	193 541	219 452	257 116	110	100	113	133
55-74-v.	ei trendiä	152 619	99 749	141 099	136 180	153	100	141	137
	trendi	152 619	99 749	99 274	72 190	153	100	100	72
75-84-v.	ei trendiä	47 768	61 136	78 589	136 893	78	100	129	224
	trendi	47 768	61 136	71 044	114 849	78	100	116	188
85+	ei trendiä	11 698	32 656	48 845	70 173	36	100	150	215
	trendi	11 698	32 656	49 134	70 078	36	100	150	215

\* ei trendiä: ikä- ja sukupuoliyryhmittäiset osuudet vuoden 2000 tasolla; trendi: ikä- ja sukupuoliyryhmittäisten osuuksien vuosittainen suhteellinen muutos samanlainen kuin vuosien 1980 ja 2000 välillä.

**Kuvio 6.2** Liikkumiskyvyssä ja perustoiminnoissa vaikeuksia kokeneiden ja vähäistä harrastusaktiivisuutta osoittavien määrä 55 vuotta täytäneessä väestössä: arviot vuosille 1980 ja 2000 sekä ennustelaskelmat vuosille 2015 ja 2030 kahden oletuksen mukaan (indeksiluvut, vuosi 2000 = 100).



Taulukossa 6.1 ja kuviossa 6.2 esitetään kunkin toimintakykymittarin osalta myös menneen kahden vuosikymmenen kehitys. Vuonna 2000 sekä liikuntarajoitteisia että itsestä huolehtimisesta puutteellisesti suoriutuvia ja harrastusten suhteen passiivisia henkilöitä oli osapuilleen yhtä paljon kuin kaksi vuosikymmentä aiemmin. Toimintarajoitteisten lukumäärän pysyminen ennallaan on hyvin



myönteinen havainto, sillä menneiden 20 vuoden aikana 65 vuotta täyttäneiden lukumäärä kasvoi runsaalla kolmanneksella ja 85 vuotta täyttäneiden määrä lähes kolminkertaistui. Toimintarajoitusten harvinaistuminen oli siis niin nopeaa, että se riitti kompensoimaan iäkkään väestön kasvun vaikutuksen toimintarajoitteisten määrään.

Jos toimintakyvyn koheneminen eri ikäryhmissä jatkuu vuoteen 2030 saakka samanlaisena kuin jaksolla 1980–2000, toimintarajoitteisten lukumäärä kasvaa selvästi hitaammin kuin siinä tapauksessa, että toimintakyky pysyy vuonna 2000 vallinneella tasolla (taulukko 6.1 ja kuvio 6.2, trendin huomioonottava laskelma). Toimintarajoitteisten lukumäärän kasvu seuraavien 30 vuoden aikana olisi tällöin noin puolet siitä kasvusta, joka olisi odotettavissa, jos toimintakyky pysyisi kussakin ikäryhmässä ennallaan. Jotta toimintarajoitteisten lukumäärä säilyisi ennallaan jaksolla 2000–2030, toimintakyvyn pitäisi parantua eri ikäryhmissä noin kaksi kertaa niin nopeasti kuin viimeksi kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana.

Taulukossa 6.1 esitetään ennustelaskelmien tulokset ja viimeksi kuluneiden kahden vuosikymmenen kehitys erikseen kolmessa laajassa ikäryhmässä. 55–74-vuotiaiden keskuudessa toimintakyvyltään rajoittuneiden määrä väheni kaikkien kolmen mittarin valossa olennaisesti jaksolla 1980–2000, vaikka ikäryhmän koko kasvoi lähes viidenneksellä. Jos toimintarajoitukset edelleen harvinaistuvat tässä ikäryhmässä viime vuosikymmenten tavoin, toimintarajoitteisten lukumäärä jatkaa pienenemistään. Sen sijaan 75 vuotta täyttäneiden toimintarajoitteisten lukumäärä on kahden viime vuosikymmenen aikana kasvanut erittäin jyrkästi, ja tämä kehitys jatkuu siitä riippumatta, pysyykö toimintarajoitteisten osuus tämän ikäisistä ennallaan vai muuttuuko se samalla tavoin kuin kahden viime vuosikymmenen aikana.

## **Pohdinta**

Edellä esitettyjen tulosten mukaan suomalaisten toimintakyky on huomattavasti parantunut kahden viime vuosikymmenen aikana. Tämä johtuu monista eri tekijöistä. Yksi tärkeä syy on toimintarajoitteita aiheuttavien kansansairauksien väheneminen ja niiden hoidon tehostuminen. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan etenkin verenkiertoelinten taudit ovat nopeasti harvinaistuneet, mutta myös joidenkin tuki- ja liikuntaelinoireyhtymien, kuten polvinivelrikon, väheneminen on kohentanut väestön liikkumiskykyä ja sen ansiosta toimintakykyä yleisemminkin (Aromaa ym. 2002). Kansansairauksien väheneminen puolestaan on suurelta osin johtunut tunnettujen vaaratekijöiden myönteisestä kehityksestä (Vartiainen ym. 1994 ja 1995), joka on ainakin osittain johtunut määrätietoista terveyttä edistävästä yhteiskuntapolitiikasta. Toinen olennainen tekijä, jonka vaikutus ainakin osin välittyy sairastavuuden vähenemisenä, lienee sukupolvien kuormitushistorioiden erilaisuus: vuonna 1980 eläkeiässä olleet sukupolvet olivat mitä

ilmeisimmin altistuneet monille rasitustekijöille enemmän kuin nykyiset eläkeläispolvet. Kolmas merkittävä tekijä on kiistatta ollut toimintaympäristöjen muutos. Esimerkiksi raskas siivoustyö on voinut helpottua siivoustottumusten ja -menetelmien muuttuessa. Myös iäkkäiden omat sekä heidän ympäristönsä käsitukset ja asenteet ovat ehkä muuttuneet niin, että iäkkäiden oletetaan nykyisin viettävän aktiivisempaa elämää kuin vielä pari vuosikymmentä sitten.

Miksi kaikkein vanhimpien ikäryhmien toimintakyky sitten ei ole parantunut, vaan ainakin joidenkin mittareiden valossa ehkä jopa heikentynyt? Varmaa syytä tähän ei tiedetä, mutta useita vaihtoehtoisia selityksiä voidaan esittää. Jos havainto kaikkein iäkkäimpien toimintakyvyn heikkenemisestä pitää paikkansa, se voi johtua siitä, että osa niistä vanhoista henkilöistä, jotka aiemmin olisivat kuolleet tautiinsa, ovat selvinneet hengissä terveydenhuollon kehittyneiden menetelmien ansiosta. Tätä hypoteesia voidaan kritisoida sillä perusteella, että uusien tehokkaiden menetelmien voidaan yhtä lailla olettaa kohentaneen hengissä säilyneiden terveyttä ja toimintakykyä. Selitystä voidaan hakea myös tautikirjon muutoksesta. Tappavien sydän- ja verisuonitautien nopeasti vähentyessä muiden toimintakykyä rajoittavien, mutta kuolleisuuteen vähemmän vaikuttavien tautien – esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten tautien – merkitys on voinut korostua.

Voi myös olla, että havainto kaikkein iäkkäimpien toimintakyvyn heikkenemisestä ei pidä paikkaansa tai että heikkeneminen on todellisuudessa ollut vähäisempää kuin edellä esitettyjen tulosten valossa näyttää. Tämä voisi johtua esimerkiksi tutkimusten valikoivasta kadosta, jonka merkitystä on mahdollista arvioida myöhemmin, kun sekä Mini-Suomi-tutkimuksen että Terveys 2000 -tutkimuksen otokseen kuuluvien tutkittujen ja katoon jääneiden terveyttä ja sen kehitystä päästään analysoimaan rekisteritietojen avulla. Katoon jääneiden osuus on kuitenkin niin pieni kummassakin tutkimuksessa, että se tuskin kovin paljon vaikuttaa edellä esitettyihin tuloksiin. Toinen mahdollinen tuloksia vääristävä tekijä voi olla muuttunut raportointitapa, mutta ei ole ilmeistä syytä, miksi nimenomaan kaikkein iäkkäimmät raportoisivat aiempaa herkemmin vähäisistäkin toimintakyvyn rajoituksista.

Väestön toimintakyvyn paraneminen jatkuu, jos edellä tarkastellut toimintakyvyn vaikuttavat tekijät kehittyvät edelleen myönteisesti. Tämän puolesta puhuvat mm. miesten tupakoinnin väheneminen ja naisten tupakoinnin kasvun pysähtyminen, toimintarajoitteita aiheuttavien sairauksien ja niiden aiheuttamien haittojen parantuneet ehkäisy- ja hoitomahdollisuudet, viime aikoina lisääntynyt huomion kiinnittäminen varhaiskuntoutukseen, työkyvyn ylläpitämiseen ja iäkkäiden toimintakyvyn edistämiseen sekä väestön koulutustason nousu. Haasteita myönteisen kehityksen jatkumiselle asettavat mm. lihavuuden lisääntyminen, alkoholin ja muiden päihteiden käytön yleistyminen sekä mahdollisesti myös työelämän koventuvat vaatimukset. Jos näihin haasteisiin kyetään vastaamaan

ja samalla pystytään edelleen kehittämään terveyden kohentumiseen myötävaikuttaneita toimia, väestön sairastavuus eri ikäryhmissä vähenee ja toimintakyky paranee myös tulevaisuudessa, jolloin hoito- ja hoivapalvelujen tarve kasvaa hitaammin, kuin väestön ikääntyminen antaisi aihetta olettaa. Ei kuitenkaan liene realistista olettaa, että eri ikäryhmien toimintakykyä voitaisiin kohentaa niin nopeasti, että se kokonaan kompensoisi lähivuosikymmeninä nopeasti vanhenevan väestörakenteen vaikutukset toimintarajoitteisten määrään.

Iäkkään henkilön toimintakyky rakentuu osittain hänen aiempien elämänvaiheidensa varaan. Esimerkiksi toimintakyky rajoittavien sairauksien ehkäisy ja aktiivisen elämäntavan edistäminen on sen tähden pyrittävä aloittamaan varhain. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että iäkkään henkilön toimintakyvyn kehitys on täysin määrätty hänen varhaisempien vaiheidensa pohjalta. Hyvinkin iäkkäiden toimintakykyä voidaan oikein valituilla toimenpiteillä kohentaa melko nopeasti (esim. Binder ym. 2002, Stessman ym. 2002). Väestön toimintakyvyn edistämiseksi tarvitaan kaikkiin vaikutettavissa oleviin toimintakyvyn määrittäjiin suunnattuja toimia. Sairauksien ehkäiseminen ja hyvä hoito, elinympäristön muokkaaminen ja toimeliaisuuden edistäminen erilaisin keinoin ovat kaikki tärkeitä keinoja tämän tavoitteen saavuttamiseksi.

## Lähteet

- Aromaa, A., Koskinen, S. ja projektiryhmä. Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys. Teoksessa: Aromaa, A., Koskinen, S., toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, s. 103–125.
- Binder, EF., Schechtman, KB., Ehsani, AA., Steger-May, K., Brown, M., Sinacore DR, Yarasheski KE, Holloszy JO. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: Results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1921–1928.
- Cassel CK. Use it or lose it. Activity may be the best treatment for aging. *JAMA* 2002;288(18):2333–2335.
- Fries J. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine* 1980;303(3):130–135.
- Fries J. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med* 2003;139:455–459.
- Gruenberg, E. M. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1977;55:3–24.
- Hirvensalo, M., Rantanen, T., Heikkinen, E. Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older people. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:493–498.
- Kattainen, A. Cardiovascular diseases and functional capacity. Prevalence, secular changes and predictive value. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu A7/2004.

- Koskinen, S., Sainio, P., Aromaa, A. Suomalaisten toimintakyky – Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Kuntoutus* 2002(a);25:(2):3–15
- Koskinen, S., Sainio, P., Gould, R., Suutama, T., Aromaa, A. ja toimintakykyryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002(b), s. 71–87.
- Kramer, M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1980;62(285):282–297.
- LaCroix, AZ., Guralnik, JM., Berkman, LF., Wallace, RB., Satterfield, S. Maintaining mobility in late life. II. Smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. *American Journal of Epidemiology* 1993;137(8):858–869.
- Manton, KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly - Health and Society* 1982;60(2):183–244.
- Martelin, T., Koskinen, S., Aromaa, A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa, A., Koskinen, S., toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002(a), s. 93–102.
- Martelin, T., Koskinen, S., Kattainen, A., Sainio, P., Reunanen, A., Aromaa, A. Changes and differentials in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65–74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978–80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland* 2002(b): 38:55–75.
- Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P., Sulander, T. Eroja iäkkäiden toimintakyvyssä. *Kansanterveys* 2004:1:4–5.
- Mäkelä, M., Heliövaara, M., Sievers, K., Knekt, P., Maatela, J., Aromaa, A. Musculoskeletal disorders as determinants of disability in Finns aged 30 years or more. *J Clin Epidemiol* 1993;46(6):549–559.
- Perheet 2002. Helsinki: Tilastokeskus, Väestö 2003:10.
- Robine, JM., Romieu, I., Cambois, I. Health expectancy indicators. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(2):181–185.
- Sakari-Rantala, R., Heikkinen, E., Ruoppila, I. Difficulties in mobility among elderly people and their association with socioeconomic factors, dwelling environment and use of services. *Aging Clin. Exp. Res.* 1995;7:433–440.
- Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P., Aromaa, A. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2003, s. 48–59.
- Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y, Cohen A. Effect of exercise on ease in performing activities of daily living and instrumental activities of daily living from age 70 to 77: The Jerusalem Longitudinal Study. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1934–1938.
- Suomen tilastollinen vuosikirja. Helsinki: Tilastokeskus, eri vuodet.
- Vartiainen, E., Puska, P., Pekkanen, J., Tuomilehto, J., Jousilahti, P. Changes in risk factors explain changes in mortality from ischaemic heart disease in Finland. *British Medical Journal* 1994;309:23–27.

- Vartiainen, E., Sarti, C., Tuomilehto, J., Kuulasmaa, K. Do changes in cardiovascular risk factors explain changes in mortality from stroke in Finland. *British Medical Journal* 1995;310:901–904.
- Verbrugge, LM., Jette, AM. The disablement process. *Soc. Sci. Med.* 1994;38(1):1–14.
- Väestöennuste kunnittain 2001–2030. Helsinki: Tilastokeskus, Väestö 2001:10.
- WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.

# 7 IKÄÄNTYNEIDEN TOIMINTAKYKY JA HOIVAPALVELUT – NYKYTILA JA VUOSI 2015

*Marja Vaarama*

## Sisällys

7.1	JOHDANTO .....	133
7.2	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA TOTEUTTAMINEN.....	136
7.2.1	Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelujen tarve .....	136
7.2.2	Tutkimusasetelma .....	138
7.2.3	Tutkimusaineistot ja menetelmät.....	140
7.2.4	Käytetyt toimintakyvyn mittarit.....	141
7.2.5	Tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston edustavuus .....	143
7.3	MITKÄ TEKIJÄT OVAT OLENNAISIA IKÄÄNTYNEIDEN ARKIPÄIVÄN TOIMINTAKYVYLLE? .....	145
7.3.1	Ikääntyneiden toimintakyvyn vaihtelu.....	145
7.3.2	Toimintakykyvaikeuksia ennustavat tekijät.....	146
7.4	TOIMINTAKYKY JA PALVELUJEN KÄYTTÖ .....	150
7.4.1	Palvelujen käyttö ja yleisimmät palvelut .....	150
7.4.2	Palvelujen käyttöön liittyvät toimintakykytekijät.....	152
7.4.3	Palvelujen käytön yhteys kunnan tarjontatekijöihin .....	156
7.5	PALVELUJEN KOHDENTUMINEN JA MERKITYS IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNILLE .....	157
7.5.1	Palvelujen kohdentuminen ja avun riittävyys .....	157
7.5.2	Palvelujen käyttämättömyyden syyt ja palvelujen merkitys hyvinvoinnin tuottajina .....	160
7.6	KOTIHOITON JA PITKÄAIKAISEEN LAITOSHOITON SIIRTYMISTÄ ENNUSTAVAT TEKIJÄT .....	161
7.6.1	Palvelujen käyttäjiksi siirtyneet .....	161
7.6.2	Säännöllisen kotihoidon käytön alkamiseen 1–5 vuoden sisällä liittyvät tekijät .....	164
7.6.3	Pitkäaikaiseen laitoshoiton siirtymistä ennustavat tekijät.....	167
7.6.4	Ehkäisevän toiminnan potentiaali .....	169
7.7	IKÄÄNTYNEIDEN HOIVAPALVELUJEN NYKYTILA JA SKENAARIOITA TULEVISTA PALVELUTARPEISTA .....	170
7.7.1	Ikääntyneiden palvelujen nykytila ja kehitys ajalla 1990–2002.....	170
7.7.2	Hoivan tarve ja palveluvaje .....	174
7.7.3	Kolme skenaarioita tulevasta palvelurakenteesta .....	176
7.7.4	Onko nykyinen varautuminen riittävää?.....	182
7.8	YHTEENVETO JA SUOSITUKSET.....	185
	LÄHTEET .....	187
	LIITETAULUKOT.....	190

## 7.1 Johdanto<sup>1</sup>

Suomen väestö ikääntyy, ja tulevien 30 vuoden aikana maamme väestö muuttuu Euroopan neljänneksi nuorimmasta sen kolmanneksi vanhimmaksi. Suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kasvaa nykyisestä 15 prosentista runsaaseen 26 prosenttiin ja 80 vuotta täyttäneiden määrä yli kolminkertaistuu vuoteen 2030. Vuoteen 2040 kehitys kuitenkin jälleen tasoittuu Euroopan unionin nykyisten jäsenmaiden keskitasoon (Tilastokeskuksen väestöennusteet). Tulevat kolme vuosikymmentä Suomi kuitenkin elää ikääntyneen väestön oloissa. On yhtäältä kyettävä hyödyntämään myös ikääntyneen väestö voimavarat mahdollisimman hyvin ja toisaalta järjestettävä avun tarpeessa olevien hoito- ja huolenpito. Väestön ikääntyminen merkitseekin väijäämättä pysyvän avun ja huolenpidon tarpeen kasvua vaikka ikääntyneiden toimintakyky onkin parantunut viimeisen 20 vuoden aikana (Aromaa & Koskinen 2002), ja paranemisen oletetaan jatkuvan myös tulevaisuudessa ja myöhentävän hoivan tarvetta (esim. SOMERA -toimikunta 2002).

Pysyvä avun tarve alkaa nykytiedon mukaan eri tekijöistä riippuen 75–80 vuoden iässä. Vuonna 2002 Suomen väestöstä noin seitsemän prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä. Vuonna 2015 osuuden ennustetaan olevan runsas kahdeksan prosenttia ja vuonna 2030 jo noin 14 prosenttia. Ajanjaksolla 2020–2030 iäkkäimpien vanhusten määrät ovat korkeimmillaan. Vuoteen 2015 kasvu on siis maltillista, mikä antaa valtakunnallisesti mahdollisuuden varautua vuodesta 2020 voimakkaasti kasvaviin vanhuuden hoivan tarpeisiin. Tilannetta tosin mutkistaa se, että kunnissa ikääntyneiden palvelutarpeiden huippu kohdataan varsin eritahtisesti. Monessa kunnassa ikääntyneiden määrä ylittää jo nyt vuoden 2030 valtakunnallisen keskiarvon. 1990-luvun laman seurauksena nykyinen palvelurakenne on niukka, ja suhteessa vanhusten määrän kasvuun kehitys on ollut jatkuvasti supistuva (Vaarama ym. 2004). Tämä kaventaa liikkumavaran tulevaisuutta ajatellen pieneksi ja monissa kunnissa tilanne on jo nyt vaikea.

Pääministeri Matti Vanhasen hallitus antaa marraskuussa 2004 eduskunnalle väestöpoliittisen tulevaisuusselonteon, joka pureutuu ikääntymisen aiheuttamaan väestörakenteen muutokseen ja sen haasteisiin erityisesti vuoteen 2015. Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut tuottaa taustamateriaalia tulevaisuusselontekoon ikääntyneiden toimintakykyyn ja hoivapalvelutarpeisiin liittyen. Hoivapalvelut määritellään kotona, palvelutaloissa ja pitkäaikaislaitoksissa annettaviksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiksi. Vaikka akuutin perusterveyden-

---

<sup>1</sup> Kiitän tutkija Petteri Herttoa avusta tutkimusaineistojen muokkauksessa. Tutkija Lauri Ylöstä Stakesista kiitän lisäksi avusta tilastollisten analyysien toteuttamisessa. Professori Seppo Laaksoista Helsingin yliopistosta kiitän arvokkaista kommentista tilastollisiin analyysiin liittyen. Kehittämispäällikkö Päivi Voutilasta Stakesista kiitän avusta Evergreen 2000 Plus -trendiskenaarion laatimisessa. Valtioneuvoston kansliaa ja Stakesia kiitän mahdollisuudesta tämän tutkimuksen tekemiseen.

huollon ja erikoissairaanhoidon palvelut eivät sisällykään tämän tutkimuksen piiriin, on selvää, että ikääntyminen lisää terveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia, ja terveydenhuoltojärjestelmän on varauduttava tähän. On olemassa selvää näyttöä siitä, että ikääntyneiden vaivat kannattaa hoitaa nopeasti ennenkuin ne muuttuvat toimintakykyvaikeuksiksi. Hyvin toimivat terveydenhuollon peruspalvelut ja erikoissairaanhoido auttavat ylläpitämään myös ikääntyneen väestön terveyttä ja myöhentämään pysyvän hoivan tarvetta.

Tässä tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitkä tekijät edistävät ja estävät ikääntyneiden kotona selviytymistä?
2. Miten ikääntyneiden toimintakyky liittyy hoivapalvelujen tarpeeseen ja käyttöön?
3. Mihin pitäisi varautua vanhusten hoivapalveluissa vuoteen 2015?
4. Onko nykyinen varautuminen riittävää?

Tutkimuksessa keskitytään erityisesti toimintakyvyn ja hoivapalvelujen käytön välisiin yhteyksiin, sekä arvioidaan mahdollisuuksia ehkäistä palvelutarpeita ja myöhentää palvelujen käyttöä hyvinvointipolitiikan keinoin. Tutkimustulosten perusteella arvioidaan myös nykyisen hoivapalvelujärjestelmän riittävyyttä ja vastaavuutta ikääntyneiden tarpeisiin, ja laaditaan vaihtoehtoisia skenaarioita tulevaisuuden palvelurakenteesta. Ensimmäinen skenaario on mekaaninen projektio nykytilasta tulevaisuuteen. Se kertoo, mitä tapahtuu, jos nykyinen palvelujärjestelmä jatkuu samanlaisena myös tulevaisuudessa. Tämä ns. nykymalli luo perusraamin keskustelulle tulevista vaihtoehtoista. Tälle vaihtoehtoiksi laaditaan kaksi skenaariota, jotka vastaavat ikääntyneiden tarpeisiin eri laajuudessa eli eräänlaiset minimi- ja maksimiskenaariot. Tavoitteena ei ole esittää tavoite- tai ihannemallia, vaan konkretisoida erilaisen olettamusten seurauksia ja tuottaa tietoa tulevan varautumisen kannalta vartenotettavista tekijöistä.

Suomessa kunnat vastaavat ikääntyneiden palveluista sosiaali- ja terveydenhuollon puitelainsäädännön ja omien voimavarojensa rajoissa. Siksi juuri siellä tehtävät päätökset muovaavat nykyistä ja tulevaa hyvinvointiyhteiskuntaa. Kuntien toivotaan noudattavan ikääntyneiden hyvinvoinnin ja palvelujen kehittämiseksi asetettuja valtakunnallisia tavoitteita, joita on annettu erityisesti 2000-luvun alkuvuosina. Tavoitteissa painottuvat ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen, kotona asumisen tukeminen ja yhteistoiminta:

- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus korostaa kunnan kaikkien hallintokuntien yhteistä vastuuta ikääntyneiden kotona asumisen ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa, ja suosittelee seudullista ja alueellista yhteistyötä palvelujen järjestämisessä, yhteisten kehittämishojelmien laadinnassa ja asetettujen tavoitteiden seurannassa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2001)



- Terveys 2015-kansanterveysohjelma korostaa terveyden edistämistä, arkielämän ympäristöjen merkitystä ja eri toimijoiden yhteistyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001)
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 asettaa tavoitteeksi ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamisen mahdollisimman pitkään, ja kotipalvelujen tavoitekattavuudeksi 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a)
- Kansallinen sosiaalialan kehittämisohjelma korostaa ikääntyneiden palvelujen kitkattomuuden varmistamista ja seudullisesti toimivia palveluketjuja. Ensisijainen tavoite on ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona asumisen tukeminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b)

Vuosien 1988–2002 valtakunnallisten tilastojen mukaan ikääntyneiden palvelut eivät ole kehittyneet toivotulla tavalla. Erityisesti kotipalvelujen tarjonta on jäänyt jälkeen tarpeesta ja kuntien väliset erot palvelutarjonnassa ovat suuret. Pääsyyinä pidetään kuntien rahapulaa, mutta myös asenteilla ja päätöksenteon arvoilla on oma merkityksensä. Vaikka tämän tutkimuksen skenaarioissa ei oteta kantaa hoivapalvelujen tulevaan rahoituspohjaan, on valtion ja kuntien rahoitusvastuita tulevaisuudessa selkiytettävä ja päätettävä, miten turvataan palvelujen järjestämisedellytykset myös pienissä ja syrjäisissä kunnissa. Keväällä 2002 mietintönsä antanut SOMERA-toimikunta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002) perusti pitkän aikavälin tulevaisuudenkuvansa ikääntyneiden palvelujen osalta siihen, että normaalioloissa maan taloudellinen kehitys mahdollistaa riittävän palvelujärjestelmän ylläpidon ja jopa nykyisten puutteiden korjaamisen, mikäli ikäihmisten toimintakyky paranee tulevaisuudessa, palvelujen käytön alkaminen myöhentyy ja voidaan lisätä palvelutoiminnan tehokkuutta. Vaarama ja Voutilainen (2002) ovat arvioineet nykyisten pitkäaikaishoivan palvelujen tason säilyttämisen vuoteen 2030 kaksinkertaistavan kustannukset, mutta palvelutoimintaa ja etenkin niiden kohdentamista ja työnjakoa tehostamalla voitaisiin selviytyä kolmannesta pienemmin kustannuksin. Myös Parkkinen (2002; 2004) on päätenyt siihen, että nykyinen palvelujärjestelmä kaksinkertaistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset, ja hänen mukaansa jopa tämä, myös akuutin terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sisältävä palvelurakenne voidaan säilyttää tulevaisuudessa varsin kohtuullisella bruttokansantuotteen kasvulla.

Vaikka tulevaa väestönkehitystä ja sen seurauksia ei välttämättä tarvitse liioitella, eikä lietsoa katastrofimieliä, on löydettävä keinot turvata kestävä palvelujärjestelmä. Rahoituksen lisäksi on tärkeää määritellä tulevaisuuden haluttu palvelutaso ja vastuunjako, sekä löytää uudenlaisia yhteistyö- ja toimintamuotoja palvelujen tuotantoon ja järjestämiseen, kuten valtakunnalliset suosituksetkin korostavat. Tämä tutkimus pyrkii omalta osaltaan tuottamaan vastauksia näihin kysymyksiin ikääntyneiden hoivapalvelujen osalta. Vuotta 2015 ajatellen tämän päivän 75–80 vuotta täyttäneet ovat avainryhmä, siksi tämä tutkimus kohdistuu heihin. Tutkimusraportti etenee siten, että aluksi luvussa 2 esitellään tutkimuk-

sen teoreettinen viitekehys ja toteuttaminen. Luvuissa 3–6 esitetään empiiriset tulokset. Luvussa 7 kuvataan ikääntyneiden hoivapalvelujen nykytilaa, laaditaan vaihtoehtoisia skenaarioita ja arvioidaan nykyisen varautumisen riittävyyttä. Luvussa 8 esitetään yhteenveto ja toimenpidesuosituksat.

## 7.2 Tutkimuksen viitekehys ja toteuttaminen

### 7.2.1 Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelujen tarve

WHO:n toimintakykyluokitus (WHO 2001) jakaa ikääntyneiden toimintakykyyn vaikuttavat tekijät terveydentilaan, muihin yksilötekijöihin ja ympäristötekijöihin. Terveydentila, erityisesti monet yksittäiset sairaudet ovat toimintakyvyn rajoitusten keskeisiä selittäjiä (esim. Aromaa 1989, Aromaa ja Koskinen 2002), mutta keskeistä on myös ikääntyneen psyykinen toimintakyky ja sosiaaliset verkostot (esim. Heikkinen 1996, Heikkinen ja Marin 2002, Vaarama ja Kaitsaari 2002). Muita toimintakykyyn vaikuttavia yksilötekijöitä ovat eri tutkimusten mukaan mm. ikä, sukupuoli, koulutus, sosioekonominen asema ja asuminen sekä asuinympäristö (esim. Vaarama & Kaitsaari 2002).

Suurin osa tämän päivän ikääntyneistä kokee terveytensä hyväksi ja ikääntymisen myönteiseksi. Yhä useampi 80 vuotta täyttänyt asuu kotona itsenäisesti, joskin 75. ikävuoden jälkeen alkaa ilmetä avun tarvetta (esim. Vaarama ym. 1999, Vaarama & Kaitsaari 2002, Aromaa ja Koskinen 2002). Ikääntyessä toimintakyky heikkenee asteittain, ja siihen liittyy yleensä jokin rappeuttava pitkäaikaissairaus. Ensin karsiutuvat vaativat päivittäistoiminnot (Advanced Activities of Daily Living), kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta. Seuraavassa vaiheessa ongelmia ilmenee ns. välinetoiminnoissa (Instrumental Activities of Daily Living), kuten pankkiasioiden hoitaminen, siivous ja puhelimen käyttö. Lopulta toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin (Basic Activities of Daily Living), joiden on havaittu vaikeutuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen ja syöminen (Dunlop ym. 1997, Valvanne & Noro 1999). Ikääntyneen kotona asumisen kannalta juuri arkipäivän toimissa suoriutuminen eli välinetoiminnot ja päivittäiset perustoiminnot ovat olennaisia.

Arviot ikääntyneiden säännöllisen avun tarpeen laajuudesta ovat viimeisten 20 vuoden ajan pysyneet melko vakiintuneina. Kaikkiaan päivittäistä avuntarvetta arvioidaan esiintyvän noin joka kuudennella yli 65-vuotiaalla, joka kolmannella yli 75-vuotiaalla ja joka toisella yli 85-vuotiaalla. Vakavat sairaudet, yksinäisyys, sosiaalisten lähi- ja tukiverkoston puute sekä puutteelliset asuinolot altistavat palvelujen tarpeelle (esim. Virjo 1996, Heikkinen ym. 1999, Laukkanen 1998, Vaarama ym. 1999, Aromaa & Koskinen 2002, Vaarama & Kaitsaari 2002). Avun tarve on naisilla miehiä suurempi ja vanhimmilla suurempi kuin nuoremmilla.

Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan kotipalvelujen säännöllinen käyttö alkaa ikääntyneillä keskimäärin 80-vuotiaana ja pysyvän laitoshoidon käyttö noin 82-vuotiaana. Silti myös joka viides 65–74-vuotiaakin käyttää säännöllisesti kotipalveluja, joten korkea ikä ei ole palvelujen käytön ainoa kriteeri (Vaarama ym. 2004).

Tulevaisuuden ikääntyneiden oletetaan olevan nykyistä hyväkuntoisempia ja siirtyvän hoivapalvelujen käyttäjiksi nykyistä myöhemmin (esim. SOMERA-työryhmä 2002). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan toimintakyvyn kohentumista voitiin todeta kaikissa alle 85-vuotiaissa väestöryhmissä viimeisen 20 vuoden aikana, mutta 85 vuotta täyttäneiden toimintakyvyn kehityksessä oli jopa päinvastaista trendiä (Aromaa ja Koskinen 2002). Heikkinen ym. (1999) mukaan kaikkiaan väestön terveyserot sosioekonomisen luokan mukaan eivät ole hävinneet, vaan heikosti koulutetut, vähävaraiset ja raskasta ruumiillista työtä tekevät omaavat jo keski-ikässä enemmän ongelmia kuin parempiosaiset kansalaiset, ja nämä ongelmat kumuloituvat vanhetessa. Vaikka tulevaisuuden ikäihmiset olisivatkin nykyistä parempikuntoisia, saattaa raihnauden aika pidetä myöhäisten elinvuosien lisääntymisen myötä ja sairaudet pakkautua viimeisiin elinvuosiin. Jo nyt tiedetään viimeisten elinvuosien olevan palvelujärjestelmän kannalta kalteimpia (esim. Parkkinen 2004). Siten tulevaisuuden ensimmäinen lähtökohta on, että yhteiskunnassa tulee vastakin olemaan ikäihmisiä, joiden toimintakykyä rajoittaa puute yhdessä tai useammassa hyvinvointiresurssissa (fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset resurssit), ja joille yhteiskunnan tulisi turvata myös riittävät ja asianmukaiset hoivapalvelut. Odotettavissa oleva dementoituneiden määrän lisääntyminen asettaa tälle suuren haasteen.

Dementoivat sairaudet johtavat toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen kasvuun ensin koti- ja omaishoidossa, myöhemmin tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Dementoivat sairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja vaskulaariset demeniat, liittyvät selvästi korkeaan ikään. Arviot dementoituneiden määristä vaihtelevat jonkin verran. Noin kahdeksalla prosentilla 65 vuotta täyttäneistä arvioidaan esiintyvän keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa. Dementian yleisyys kasvaa iän myötä siten, että kun 65–74-vuotiailla esiintyvyys oletetaan 4,2 prosentiksi, on se 75–84-vuotiailla jo 10,7 prosenttia ja 85 vuotta täyttäneillä peräti 36 prosenttia (Sulkava 1999). Voutilainen (2004) on näiden perusteella arvioinut, että vuonna 2003 Suomessa oli noin 85 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta henkilöä, joista 78 405 oli 65 vuotta täyttäneitä. Voutilaisen arvion mukaan vuonna 2015 ikääntyneiden dementoituneiden määrä olisi 104 262 ja 148 162 vuonna 2030. Se merkitsisi, että kaikki 65 vuotta täyttäneet dementoituneet mukaan lukien laskennallisesti 24 prosenttia 75 vuotta täyttäneestä väestöstä olisi jo dementian takia huolenpidon tarpeessa ja muiden tarpeet tulisivat siihen lisäksi. Kun Sulkavan estimaatit viedään vuoden 2002 väestörakenteeseen ja väestöennusteisiin vuosiin 2015 ja 2030 näyttää dementoituneiden määrän kehitys taulukossa 7.1 kuvatulta.

**Taulukko 7.1** 65 vuotta täyttäneiden dementoituneiden arvioitu määrä vuodesta 2002 vuoteen 2030 (arvio).

Ikäryhmät	2003	2015	2030
65–74	18 508	27 213	28 235
75–84	29 635	35 538	60 952
85+	27 719	43 814	64 261
Yhteensä	75 862	106 565	153 447
% 75 v.+	21,4	23,5	20,5

Hoitoa ja huolenpitoa dementian takia tarvitsevien yli 65-vuotiaiden määrä olisi tämän arvion mukaan miltei 107 000 vuonna 2015 ja yli 153 000 vuonna 2030 eli vaihtelisi laskennallisesti 21–24 prosentin välillä 75 vuotta täyttäneistä. Jos taas lukua arvioidaan käyttäen perustana 8 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä, olisivat määrät 63 569 vuonna 2002, 88 141 vuonna 2015 ja 113 632 vuonna 2030. Vastaavat laskennalliset prosenttiosuudet 75 vuotta täyttäneistä olisivat 18, 19 ja 15. Vaikka arviot vaihtelevatkin, ne osoittavat dementoituneiden palvelutarpeiden kasvavan erityisesti tulevien kymmenen vuoden aikana.

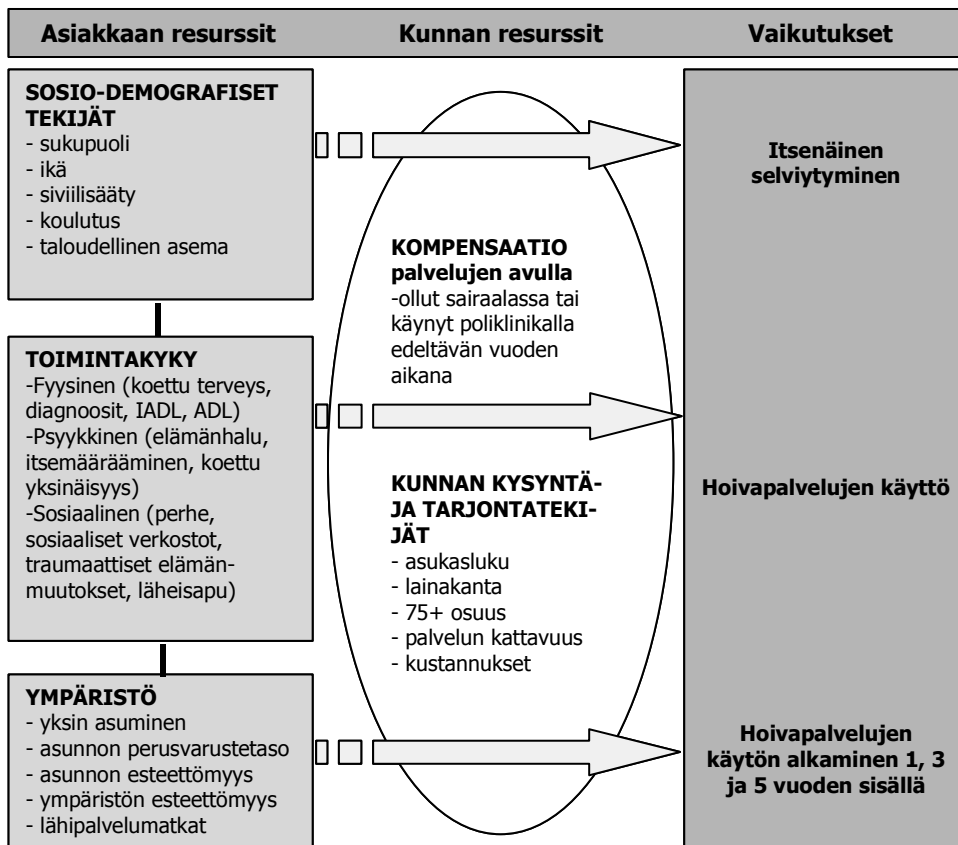
Dementian lisäksi myös monet muut seikat aiheuttavat ikääntyneille ongelmia selvitä itsenäisesti kotona. Vaikka ikääntyneiden toimintakykyä ja palvelujen käyttöä on tutkittu melko paljon, monet ikääntyneiden arkipäivän selviytymisen näkökulmasta keskeiset kysymykset ovat kuitenkin jääneet vähemmälle huomiolle, eikä niiden vaikutuksia ole systemaattisesti arvioitu. Tulevista haasteista selviämiseksi tarvitaan enemmän väestötason tietoa siitä, miten yksilön sosioekonomiset tekijät, asunto ja asuinympäristö, sosiaaliset suhteet ja psyykkiset resurssit ja niiden mahdolliset yhdysvaikutukset vaikuttavat toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen. Tarvitaan lisää tietoa palvelujen käytölle altistavista tekijöistä ja siitä, voidaanko palvelujen käyttöä myöhentää tai tehostaa yhteiskuntapolitiittisin keinoin. Esimerkiksi asunnon ja asuinympäristön merkityksestä ikääntyneiden itsenäiselle selviytymiselle puhutaan paljon, ja näiden merkitys tunnustetaan monissa tavoiteohjelmissä. Silti näyttää siltä, että tämän seikan merkitystä ei ole käytännössä ymmärretty, sillä esimerkiksi puutteellinen asuminen ikääntyneiden keskuudessa ei juuri ole vähentynyt viimeisten 20 vuoden aikana. (esim. SVT 2003). Tässä tutkimuksessa pyritään etsimään vastauksia näihin kysymyksiin siinä määrin kuin se on mahdollista tilastollisesti edustavan poikkeikkausaineiston avulla.

### 7.2.2 Tutkimusasetelma

Tutkimuksen lähtökohtana on WHO:n määritelmän mukainen (laaja) käsitys ikääntyneen henkilön toimintakyvystä. Tutkimuksessa tarkastellaan, miten yksilölliset kysyntätekijät eli sosio-demografiset tekijät, koettu terveys, fyysinen,

psykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä lähiympäristön esteettömyys ja lähipalvelujen saatavuus määrittävät ikääntyneen henkilön toimintakykyä, palvelujen koettua tarvetta ja käyttöä, sekä hoivapalvelujen käytön alkamista yhden, kolmen ja viiden vuoden ajanjaksoilla. Lisäksi tarkastellaan eräiden kunnan makrotason kysyntä- ja tarjontatekijöiden yhteyttä palvelujen käyttöön (kuvio 7.1).

**Kuvio 7.1** Tutkimuksen viitekehys (vrt. Vaarama 2004).



### 7.2.3 Tutkimusaineistot ja menetelmät

Tutkimusaineisto (N=3195) koostuu 75 vuotta täyttäneiden postikyselyaineistosta vuodelta 1998, sekä valtakunnallisista tilastoista. Kyselyaineiston otos on poimittu satunnaisotantana 21 kunnasta Helsingistä Rovaniemen maalaiskuntaan (liitetaulukko 7.1). Koska haluttiin tutkia erityisesti kotona selviytymistä korkeassa iässä ja myöhempää siirtymistä palvelujen piiriin, otos ajettiin ristiin Stakesin hoitoilmoitusrekisterin kanssa, jotta siitä voitiin poistaa palveluja säännöllisesti vuonna 1998 käyttäneet. Postikyselyn vastausprosentti oli 61,8, mitä voidaan pitää tyydyttävänä. Suurimmista kunnista on mukana yksi suuralue, pienemmät ovat mukana kokonaan. Kunnat edustavat kaupunkimaisia ja taajamakuntia, joissa suurin osa ikääntyneistä asuu. Siten pienten kuntien erityisongelmat kuten erittäin vanhusvoittoinen väestö ja ohut rahoituspohja eivät korostu tässä aineistossa. Toukokuussa 2004 aineisto yhdistettiin Stakesin hoitoilmoitusrekisteriin, jotta voitiin tutkia palvelujen piiriin siirtymistä vuoden sisällä kyselystä eli ajanjaksolla 1998–2003. Näin voitiin erottaa erillinen osa-aineisto (n=1959) palvelujen piiriin siirtymistä ennustavien tekijöiden tutkimiseksi. Edustavuuden lisäämiseksi aineisto painotettiin vastaamaan valtakunnallista vanhusväestön jakaumaa (taulukko 7.2).

**Taulukko 7.2** Sukupuoli ja ikärakenne tutkimusaineistoissa ja koko maassa vuonna 1998 (%).

	Miehet %	Naiset %	75–79v. %	80–84v. %	85v.+ %
Koko maa <sup>1</sup>	30,5	69,5	46,8	30,0	23,2
Tutkimusaineisto (n=3195)	32,1	67,9	46,0	34,6	19,4
- erotus koko maa	(1,6)	(-1,6)	(-0,8)	(4,6)	(-3,8)
Palveluja käyttämättömät 1998 (n=1959)	33,0	67,0	52,0	33,4	14,6
- erotus koko maa	(2,5)	(-2,5)	(5,2)	(3,4)	(-8,6)
Painotettu tutkimusaineisto	30,5	69,5	46,8	30,0	23,2

<sup>1</sup> SOTKA-tieto

Aineisto edustaa kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä, jotka ovat kyenneet vastaamaan lomakkeeseen. Vastaukset edustavat siis kognitiotasoltaan hyväkuntoisia ikääntyneitä, ja heidän palvelutarpeitaan. Jotta myös dementoituvien palvelujärjestelmälle asettamat haasteet tulisivat huomioitua, arvioidaan tutkimuksen skenaario-osuudessa myös keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden määrällisten palvelutarpeiden vaikutuksia kotipalvelun ja -hoidon sekä laitoshoidon tulevaan tarpeeseen.

Asiakastason tietojen lisäksi otoskunnista kerättiin vuonna 1998 makrotason tietoja vanhusten hoivapalvelujen asiakas- ja suoritelmämääristä sekä yksikkö- ja

kokonaiskustannuksista. Erityisesti kerätyt kustannustiedot voivat sisältää monista kuntien kanssa tehdyistä tarkistuksista huolimatta virheitä. Luotettavuuden lisäämiseksi kustannustietoja on verrattu Hujasen (2003) valtakunnallisiin yksikkökustannustietoihin, eikä merkittäviä poikkeamia havaittu. Palvelujen käytön tutkimukseen käytetään lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisia tilastotietoja vuosilta 1988–2002 (KETI, SOTKA, HILMO).

Tutkimusmenetelminä käytetään frekvenssianalyysia, korrelaatioanalyysia ja lineaarista ja logistista regressioanalyysia. Tutkimustulosten perusteella laaditaan minimi- ja maksimiskenaario mahdollisista hoivapalvelutarpeista vuosiin 2015 ja 2030. Stakesin Evergreen 2000 Plus -ohjelmistolla (Vaarama ym. 2004) laaditaan tendenssiskenaario projisoimalla vuoden 2002 tilastotietoihin perustuva 65 vuotta täyttäneiden hoivapalvelurakenne ja arvioidut kustannukset vuosien 2015 ja 2030 valtakunnallisiin väestöennusteisiin. Skenaario osoittaa, mihin päädytään, ellei mikään nykytilassa muutu. Lopuksi skenaarioita verrataan toisiinsa sen arvioimiseksi, onko nykyinen suunta oikea ja varautuminen riittävää.

#### 7.2.4 Käytetyt toimintakyvyn mittarit

Tässä tutkimuksessa kohteena on ikääntyneiden päivittäinen selviytyminen kotona, joten myös toimintakykyä mitataan tästä näkökulmasta. Fyysisen toimintakyvyn mittarit on kuvattu taulukossa 7.3. Usein myös kyky nousta portaita yksi kerros ja kyky kantaa 5 kilon taakkaa (ostoskassia) sisältyvät ikääntyneiden toimintakyvyn mittauksiin (esim. Aromaa & Koskinen 2002), mutta tässä tutkimuksessa niitä ei ole kysytty. Fyysistä toimintakykyä mitataan tässä subjektiivisen toimintakyvyn avulla. Tutkittavat ovat itse arvioineet omaa selviytymistään eri toiminnoista neliportaisella asteikolla: kykenee vaikeuksitta – pieniä vaikeuksia – suuria vaikeuksia – ei pysty lainkaan. Tuloksen luotettavuutta on kontrolloitu vertaamalla Stakesin hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO)<sup>2</sup> kuuluvien osalta tutkittavien omia arvioita ammattilaisten heistä tekemiin toimintakyvyn arvioihin. Arviot vastasivat pääsääntöisesti toisiaan.

---

<sup>2</sup> HILMO-luokitus jakaa hoidon tarpeen 5 luokkaan: Täysin tai lähes omatoiminen; Ajoittainen hoidon tarve; Toistuva hoidon tarve; Lähes jatkuva hoidon tarve ja Jatkuva, ympärivuorokautinen hoidon tarve.

**Taulukko 7.3** Tutkimuksessa käytetyt PADL ja IADL -toimintakykymittarien osa-alueet.

PADL -toimintakyky	IADL -toimintakyky
Syöminen Peseytyminen (suihku tai kylpy) Pukeutuminen ja riisuuntuminen Vuoteesta nouseminen ja vuoteeseen meneminen  WC:ssä käyminen Pidättäminen (virtsa, uloste) Varpaankynsien leikkaaminen	Ruuan laitto Pyykinpesu Siivous  Asiointi kodin ulkopuolella

HILMO -rekisteristä poimittiin esiin myös dokumentoidut päädiagnoosit niille, joilla sellainen oli (n=1027). Diagnoosit luokiteltiin frekvenssien mukaan koko perusjoukolle ja palvelujen käyttäjiksi siirtyneille erikseen. Koska puuttuvia tietoja oli paljon, käytetään itse raportoituja sairaalahoitoja ja poliklinikkakäyntejä viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana sairastavuuden mittareina koetun terveyden lisäksi.

Psyykkistä toimintakykyä mitataan itsemääräämisen, koetun yksinäisyyden ja elämänhalun avulla. Käytetty elämänhalun mittari on testattu (Cronbachin  $\alpha = .90$ ) sovellus Philadelphia Geriatric Morale Scalesta (PGMS, Lawton 1969). Sosiaalista toimintakykyä analysoidaan tyytyväisyytenä sosiaalisten suhteiden intensiteettiin. Monissa tutkimuksissa on todettu, ettei niinkään sosiaalisten suhteiden määrä vaan niiden laatu ja sujuvuus ovat tärkeitä ikääntyneiden hyvinvoinnille. Traumaattiset elämäntapahtumat nähdään toimintakyvyn riskitekijöiksi, ja niitä on kartoitettu kysymyksellä, oliko vastaaja itse tai hänen läheisensä joutunut kohtaamaan viimeisen kahden vuoden aikana vakavaa sairautta tai kuolemaa, joutunut onnettomuuteen, eronnut, muuttanut asuinpaikkaa tai kokenut jotain muuta elämää suuresti koskettavaa.

Elinympäristön esteettömyyttä mitataan kysymällä tutkittavilta puutteita asunon varustetasossa (pesutilat, wc, keittiö), asunon liikuntaesteitä (hissittömyys, hankalat portaat, korkeat kynnykset, ahtaat oviaukot ja käytävät), asuinympäristön liikuntaesteitä (huonot liikenneyhteydet, ympäristön rauhattomuus, mäki-syys, turvattomat kulkutiet, huonokuntoiset tiet), lähipalvelumatkojen pituutta sekä asuuko tutkittava yksin. Puutteellisen asumisen mittaamista varten asunon varustetasosta muodostettiin perusvarustetasoa kuvaava muuttuja. Tutkittavien palvelujen käyttöä tutkitaan sekä itse raportoituna palvelujen (tukipalvelut, kodinhoitoapu, kotisairaanhoido, kotihoito) käyttönä että HILMO-rekisterin mukaisena palvelujen käyttönä vuosina 1998–2003. Viimeksi mainittuun sisältyy myös laitoshoidon johtavien tekijöiden analyysi.



## 7.2.5 Tutkimusjoukon kuvaus ja aineiston edustavuus

**Taulukko 7.4** Tutkimusjoukon keskeiset tunnusluvut (n=3 159).

	Koko aineisto		Miehet		Naiset	
	N	%		%	N=2219	%
	3 195	100	976	30,5	2 219	69,5
Ammatillinen koulutus	986	30,9	444	45,5	542	24,4
Hyvä taloudellinen asema	2 017	63,1	664	68,0	1 353	61,0
Asuu yksin	1 928	60,3	270	27,7	1 658	74,7
Asunnon perusvarustetasossa puutteita	106	3,3	32	3,3	74	3,3
Ainakin yksi liikuntaeste asunnossa	711	22,3	162	16,6	550	24,8
Ainakin yksi este ympäristössä	585	18,3	123	12,6	462	20,8
Etäisyys liian pitkä vähintään yhteen lähipalveluun	1 280	40,0	351	36,0	966	43,5
Kokee yksinäisyyttä vähintään melko usein	726	22,7	158	16,2	568	25,6
Vähintään yksi PADL -toimintakykyvaikeus	1 306	40,9	414	42,4	892	40,2
Vähintään yksi IADL -toimintakykyvaikeus	1 833	57,4	519	53,2	1 314	59,2
Kokee terveytensä vähintään melko huonoksi	575	18,0	195	20,0	380	17,2
Saa epävirallista apua	2 730	85,4	853	87,4	1 877	84,6
Merkintä päädiagnoosista HILMOssa	1 028	32,2	343	35,1	686	30,9
Sairaus haittasi jokapäiväistä elämää suuresti	448	14,0	150	15,4	298	13,4
Sairaus haittasi jokapäiväistä elämää jossain määrin	1 271	39,8	383	39,2	888	40,0
On käynyt sairaalassa viimeisen 12 kk aikana	936	29,3	320	32,8	616	27,8
On käynyt poliklinikalla viimeisen 12 kk aikana	2 534	79,3	781	80,0	1 753	79,0

Tutkittavien ikä vaihteli 76–97 vuoden välillä keski-ikä ollessa 81,1 vuotta. Kaksi kolmesta tutkittavista oli naisia. Ammatillinen koulutus oli miehillä kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla, akateeminen koulutus oli 6,2 prosentilla koko aineistossa. Tutkittavat kokivat taloudellisen asemansa pääsääntöisesti hyväksi. Yksi kolmesta miehestä ja miltei kahdeksan kymmenestä naisesta asui yksin. Puutteellinen asuminen oli harvinaista (0,3 %) koko maahan (18 %) verrattuna. Tämä johtunee siitä, että mukana ei ollut pieniä maaseutukuntia, joissa puutteellinen asuminen on kaupunkien ja taajamien yleisempää. Peräti joka viidennellä oli liikuntaesteitä asunnossa ja asuinympäristössä, naisilla miehiä enemmän. Yleensä tutkittavat kokivat kahden lähipalvelun (kauppa, apteekki, posti, KELA, terveysasema, sosiaalitoimisto, julkisen liikenteen pysäkki) olevan liian kaukana. Useimmiten kyse oli matkasta KELAan, terveysasemalle ja sosiaalitoimistoon. Yhteys omiin lapsiin oli yleensä intensiivistä. Yksinäisyyttä koki joka neljäs nainen ja vajaa viidesosa miehistä. Noin 40 prosentilla oli vähintään yksi vaikeus päivittäisissä perustoiminnoissa ja 57 prosentilla arkiaskareissa eli välinetoiminnoissa. Noin joka viides koki terveytensä melko huonoksi, miehet hieman naisia useammin. Vain kolmasosalla tutkittavista oli HILMO-rekisterissä päädiagnoosi,

yleensä yksi diagnosoitu tauti. Yleisimmät taudit olivat silmä- ja korvataudit, sydäntaudit, ruuansulatuselimistön sairaudet ja kasvain- ja hengityselinsairaudet. 14 prosentilla sairaus häytti jokapäiväistä elämää suuresti ja 40 prosentilla jossakin määrin. Joka kolmas oli ollut oman ilmoituksensa mukaan sairaalassa hoidettavana viimeisen 12 kuukauden aikana, 79 prosenttia oli käynyt poliklinikalla. 85 prosenttia kertoi saavansa epävirallista apua läheiseltään (taulukko 7.4 ja liitetaulukko 7.2).

Jakaumat vastaavat pääosin muita väestötason tutkimuksia ikääntyneistä. Esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksessa asunnon liikuntaesteitä oli joka viidennellä 75 vuotta täyttäneellä kuten tässä aineistossa (Aromaa & Koskinen 2002). Yksinäisyyden kokeminen oli tässä aineistossa hieman vähäisempää kuin esimerkiksi vuoden 1998 vanhusbarometrissa (Vaarama & Kaitsaari 2002), mutta vastaavaa tulosten vaihtelua on saatu muissakin tutkimuksissa. Terveys 2000 -tutkimuksessa toimintakykyvaikeuksia oli 75–84-vuotiaiden ryhmässä 38 prosentilla miehistä ja 58 prosentilla naisista, ja yli 85-vuotiaista 60 prosentilla kummassakin sukupuolella. (Aromaa & Koskinen 2002). Tältäkin osin tulokset vastaavat toisiaan. Kaksi kymmenestä koki tässä aineistossa terveytensä melko huonoksi tai huonoksi, mikä vastaa muiden valtakunnallisten tutkimusten tuloksia. Sen sijaan taloudellisen turvallisuuden tunteen osalta tämä aineisto poikkeaa esimerkiksi valtakunnallisen vanhusbarometrin tuloksista. Kun siinä taloudellisen asemansa koki vuonna 1998 turvatuksi noin 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, oli osuus tässä tutkimuksessa vain 63 prosenttia. Tulos johtunee tämän aineiston painottumisesta yli 80-vuotiaisiin naisiin, jotka ovat ikääntyneistä pientuloisimpia. Myös ero diagnoosien määrässä esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimukseen on huomattava. Kun siinä 82 prosentilla 65 vuotta täyttäneistä oli jokin pitkäaikaissairaus, tässä aineistossa vain 32 prosentilla oli HILMO-rekisterissä päädiagnoosi. Ero johtuu aineistojen keruutavoista. 75–84-vuotiaat tutkittavat olivat tässä aineistossa kuitenkin myös koetun toimintakyvyn perusteella hieman ja 85 vuotta täyttäneet selvästi parempikuntoisempia kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa. Tämäkin johtunee aineiston keruun eroista. Tässä aineisto on kerätty postikyselynä, mikä on edellyttänyt vastaajilta ainakin hyvää kognitiivista kykyä. Siten aineisto voi antaa liian positiivisen yleiskuvan kotona asuvien, yli 75 vuotta täyttäneiden toimintakyvystä. Toisaalta aineiston voi olettaa kuvaavan edustavasti kotona asuvia, ei dementoituneita henkilöitä, joiden toimintakyvyn tukemisessa on ehkä löydettävissä se potentiaali, jolla palvelujen tarvetta voidaan ehkäistä ja myöhentää. Aineistoa voitaneen pitää riittävän edustavana johtopäätösten tekoon siitä, mitkä tekijät liittyvät iäkkäiden, kognitiotasoltaan hyväkuntoisten ikäihmisten arkipäivän toimintakykyyn ja palvelutarpeisiin. Juuri tämä ikääntyneiden ryhmä on tulevaisuudessa tärkeä, kun kotona asuminen halutaan mahdollistaa mahdollisimman korkeaan ikään saakka.

## 7.3 Mitkä tekijät ovat olennaisia ikääntyneiden arkipäivän toimintakyvylle?

### 7.3.1 Ikääntyneiden toimintakyvyn vaihtelu

Vajaa kolmasosa tutkittavista selvisi päivittäisistä toimistaan itsenäisesti. Joka neljännellä oli vaikeuksia vain arkiaskareissa ja asioiden hoidossa, kahdella viidestä oli lisäksi vaikeuksia henkilökohtaisissa päivittäistoimissa. Miltei 12 prosentilla oli suuria vaikeuksia päivittäisessä selviytymisessä. Palveluja käyttävien toimintakyky oli olennaisesti heikompi, sillä heistä jo miltei joka neljännellä oli suuria ongelmia päivittäisissä perustoiminnoissakin. Joka kymmenes heistäkin kuitenkin oli päivittäistoimissaan itsenäinen (taulukko 7.5).

**Taulukko 7.5** 75 vuotta täyttäneiden koettu toimintakyky eri aineistoissa.

Toimintakyky	Koko aineisto %	Palveluja käyttävät %
Itsenäinen	28,3	9,5
Vain välinetoiminnot (IADL)	25,6	26,6
IADL + pieniä ongelmia perustoiminnoissa (PADL)	34,5	40,5
IADL + suuri PADL	11,6	23,4
Yhteensä	100	100

Nuoremmilla ongelmat liittyivät pääosin kodinhoitoon ja asiointiin sekä pieniin vaikeuksiin henkilökohtaisissa päivittäisissä toimissa. Alle 85-vuotiaista joka kolmannen toimintakyky oli hyvä, mutta miltei joka neljännellä 85 vuotta täyttäneellä naisella ja joka viidennellä samanikäisellä miehellä oli suuria toimintakyvyn vaikeuksia (taulukko 7.6).

**Taulukko 7.6** 75 vuotta täyttäneiden toimintakyky iän ja sukupuolen mukaan (n=3195).

Ikä ja sukupuoli	Itsenäisiä	vain IADL	IADL + pieni PADL	IADL + suuri PADL	Yhteensä
Miehet 75-84v	32,5	22,1	36,1	9,4	100
Naiset 75-84v	31,8	27,1	32,6	8,5	100
Miehet 85v +	20,1	25,4	38,5	16,0	100
Naiset 85 v+	14,6	26,2	36,7	22,6	100

Toiminnoittain tarkasteltuna siivous, varpaankynsien leikkaaminen ja asiointi tuottivat eniten ongelmia. Samanlainen tulos saatiin Terveys 2000 -tutkimuksessa, missä ikääntyneiden toimintakykyä alensivat lisäksi 75. ikävuoden jälkeen

heikentyvät näkö ja kuulo sekä vaikeus nousta portaita tai kantaa raskasta taakkaa. Saman tutkimuksen mukaan 25 prosenttia 75–84-vuotiaista ja 70 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä ei kyennyt enää kävelemään niin nopeasti kuin liikennevalot edellyttäisivät pystyäkseen ylittämään kadun. Vaikka tätä ei tässä tutkimuksessa analysoidakaan, tulisi tämä ottaa huomioon tulevaisuuden liikennesuunnittelussa yhtenä asuinympäristön liikuntaesteenä.

### 7.3.2 Toimintakykyvaikeuksia ennustavat tekijät

Toimintakyvyn alenemisen riskitekijöitä analysoitiin logistisen regressioanalyysin avulla tutkimuksen viitekehysten mukaisilla muuttujilla. Saadut tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että fyysisen terveyden lisäksi psyykkisellä terveydellä, sosiaalisilla verkostoilla ja asunnolla ja asuinympäristöllä on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden arkipäivän selviytymiselle (taulukko 7.7).

#### **Hyvän toimintakyvyn esteet ja edellytykset (Malli 1)**

- Hyvä koettu terveys kolminkertaisti ja hyvä elämänhalu kaksinkertaisti hyvän toimintakyvyn todennäköisyyden verrattuna terveytensä huonoksi kokeviin ja masentuneisiin ikääntyneisiin, ja koettu yksinäisyys vähensi hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä 71 %
- Asuinympäristön liikuntaesteet vähensivät hyvän toimintakyvyn todennäköisyyden puoleen ja asunnon liikuntaesteet 40 % verrattuna esteettömästi asuviin
- Sairaalahoidon merkitys oli samaa suuruusluokkaa
- Traumaattinen elämänmuutos ja poliklinikkakäynnit vähensivät hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä 33 ja 32 %
- Jokainen ikävuosi 75 jälkeen vähensi hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä 10 % eli 85 vuotta täyttäneellä oli kaksinkertainen riski heikentyneeseen toimintakykyyn verrattuna 75 vuotta täyttäneeseen.

**Taulukko 7.7** Ikääntyneiden toimintakykyongelmien riskitekijät.

Malli	Malli 1, hyvä toimintakyky	Malli 2, Vain IADL-ongelmia	Malli 3, sekä IADL-ongelmia että pieniä PADL-ongelmia	Malli 4a, sekä IADL-ongelmia että suuria PADL-ongelmia	Malli 4b
Muuttuja	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )
Ikä	0,898 (0,000)	1,097 (0,000)	1,104 (0,000)	1,085 (0,000)	1,083 (0,000)
Mies		0,718 (0,011)		1,432 (0,077)	
Asuu yksin					0,485 (0,000)
Hyvä taloudellinen tilanne			0,530 (0,074)		
Asunnon liikuntaesteisyys			12,021 (0,000)	18,672 (0,000)	
Asunnon esteisyys (Dummy)	0,599 (0,001)				1,935 (0,000)
Ympäristön liikuntaesteisyys		7,469 (0,003)	4,394 (0,010)	3,357 (0,056)	
Ympäristön liikuntaesteisyys (dummy)	0,489 (0,000)				1,644 (0,010)
Hyväksi koettu terveys		0,070 (0,000)	0,032 (0,000)	0,003 (0,000)	0,003 (0,000)
Hyväksi koettu terveys (dummy)	3,273 (0,000)				
Ollut sairaalassa viimeisen 12 kk aikana	0,550 (0,000)	1,382 (0,027)	1,550 (0,001)	1,852 (0,001)	1,859 (0,001)
Ollut poliklinikalla viimeisen 12 kk aikana	0,719 (0,015)				
Koettu yksinäisyys	0,286 (0,000)	3,580 (0,000)			2,775 (0,014)
Sosiaalisten suhteiden sujuvuus		0,765 (0,053)	0,603 (0,000)		0,727 (0,076)
Elämänhalu	2,002 (0,025)	0,053 (0,000)	0,266 (0,000)	0,236 (0,003)	0,230 (0,003)
On kokenut elämänmuutoksen	0,674 (0,000)	1,402 (0,006)		1,371 (0,076)	1,391 (0,062)

### Välinetoimintojen (IADL) ongelmia aiheuttavat riskitekijät (Malli 2)

- Hyvä koettu terveys ja hyvä elämänhalu vähensivät kumpikin välinetoimintojen ongelmien riskin miltei nollaan, miessukupuoli vähensi riskiä 28 % ja sosiaalisten suhteiden sujuvuus 23 %
- Asuinympäristön liikuntaesteet olivat ylivoimaisesti suurin riskitekijä itsenäiselle välinetoiminnoista selviytymiselle – ne yli 7-kertaistivat välinetoimintojen ongelmien todennäköisyyden verrattuna esteettömästi asuviin. Yleisin este olivat heikot liikenneyhteydet. Kun niihin liittyi myös muita ongelmia

kuten hissittömyys tai hankalat portaat, ne muodostivat vakavan rajoitteen ikääntyneiden omatoimiselle selviytymiselle

- Seuraavaksi merkittävimmän riskin muodosti koettu yksinäisyys, mikä miltei 4-kertaisti välinetoimintojen ongelmien todennäköisyyden verrattuna yksinäisyyttä kokemattomiin. Tämä viitanee sekä psyykkiseen terveyteen että sosiaalisilta verkostoilta saatuun apuun näissä toiminnoissa
- Traumaattinen elämänmuutos ja sairaalahoito viimeksi kuluneen vuoden aikana lisäsivät kumpikin riskiä noin 40 %
- Jokainen ikävuosi 75 jälkeen lisäsi välinetoimintojen ongelmien 10 % eli 85 vuotta täyttäneellä oli kaksinkertainen riski välinetoimintojen ongelmiin verrattuna 75 vuotta täyttäneeseen.

Fyysisesti ja psyykkisesti terveet ja hyvät sosiaaliset suhteet omaavat ikääntyneet selviytyvät päivittäisistä toimistaan itsenäisesti. Ongelmiksi nousevat kuitenkin asuinympäristöjen itsenäiselle liikkumiselle asettamat esteet ja yksinäisyys. Myös sairaudet ja traumaattiset elämänmuutokset vähentävät omatoimista selviytymistä arkiaskareista, mutta niiden merkitys on huomattavasti vähäisempi. Miehillä on naisia harvemmin näitä ongelmia, johtuen ilmeisesti siitä, että kotona asuvat miehet olivat useimmiten naimisissa, jolloin puoliso hoitaa kotiaskareet. Parantamalla asuinympäristöjen esteettömyyttä ja lieventämällä koettua yksinäisyyttä voitaisiin tukea tämän ryhmän omatoimisuutta olennaisesti.

### **IADL-ongelmat yhdistyneenä pieniin ongelmiin perustoiminnoissa (PADL) (Malli 3)**

Tämä toimintakykyvaikeuksien yhdistelmä oli 75vuotta täyttäneille yleisin.

- Tässä ryhmässä asunnon liikuntaesteet olivat ylivoimaisesti suurin riskitekijä, sillä laajimmillaan ne peräti 12-kertaistivat toimintakykyongelmien todennäköisyyden verrattuna esteettömissä asunnoissa asuviin
- Tässä ryhmässä ympäristön liikuntaesteet laajimmillaan 4-kertaistivat todennäköisyyden ongelmiin päivittäisissä perustoiminnoissa
- Sairaalahoito viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana puolitoistakertaisti riskin. Tämä kertoo siitä, miten tässä vaiheessa toimintakykyvaikeuksia alkavat lisätä sairaudet ja terveyden heikentyminen
- Jokainen ikävuosi 75 jälkeen lisäsi 10 % todennäköisyyttä omata jo pieniä PADL-vaikeuksia
- Merkittävimmät tältäkin toimintakykyongelmien kombinaatiolta suojaavat tekijät olivat hyvä elämänhalu (-73 %) ja hyväksi koettu terveys (-68 %)
- Myös turvatuksi koettu taloudellinen asema oli merkityksellinen, sillä se vähensi riskiä 47 % eli miltei yhtä paljon kuin sosiaalisten suhteiden sujuvuus (-40 %).

Tässä ryhmässä asunnon liikuntaesteiden poistamisella voitaisiin ehkäistä toimintakykyongelmien riskiä olennaisesti, samoin asuinympäristön esteettömyyttä lisäämällä.

### **Ongelmia välinetoiminnoissa ja lisäksi suuria ongelmia perustoiminnoissa (mallit 4a ja 4b)**

Suuria toimintakykyvaikeuksia oli koko aineistossa 12 prosentilla, mutta palveluja käyttävistä jo 23 prosentilla.

- Hyvä fyysinen terveys pudottaa suurten toimintakykyvaikeuksien todennäköisyyden nollaan ja hyvä elämänhalu vähentää riskiä 76 %
- Asunnon liikuntaesteisyydellä on tässä ryhmässä edellistäkin suurempi merkitys, sillä laajimmillaan ne 19-kertaistivat suurten toimintakykyvaikeuksien todennäköisyyden.
- Ympäristön liikuntaesteisyys yli kolminkertaisti riskin
- Sairaalahoido viimeksi kuluneen vuoden aikana miltei 2-kertaisti riskin ja traumaattinen elämänmuutos miltei puolitoistakertaisti sen
- Myös miessukupuoli miltei puolitoistakertaisti riskin suuriin toimintakykyvaikeuksiin
- Iän merkitys tässäkin oli edellisten mallien tapaan 10 %
- Jo yksikin asunnon liikuntaeste kaksinkertaisti suurten toimintakykyvaikeuksien riskin (malli 4b)
- Ja yksikin asuinympäristön liikuntaeste yli puolitoistakertaisti sen.

Tulokset kertovat hätkähdyttävällä tavalla, miten suuresti asunto ja asuinympäristö määrittävät ikääntyneiden toimintakykyä ja arjesta selviytymistä. Hyvä fyysinen ja psyykinen terveys suojaavat parhaiten toimintakyvyn heikkouksilta mutta ikääntyneiden toimintakykyä voitaisiin tukea aivan olennaisesti myös parantamalla asuntojen esteettömyyttä, rakentamalla hissejä, pitämällä huolta kulkuteistä ja asuinympäristöjen turvallisuudesta, parantamalla liikenneyhteyksiä ja lähipalvelujen saatavuutta, sekä lieventämällä ikääntyneiden yksinäisyyttä. Tulos osoittaa, että ikääntyneiden toimintakyvystä huolehtiminen ei ole vain sosiaali- ja terveystoimen asia, vaan vastuu siitä kuuluu myös asuntotoimelle ja yhdyskuntasuunnittelulle. Virikkeellisen vanhuuden merkitys on niinkään suuri. Palvelukeskuksilla on tässä tärkeä tehtävä, mutta niin on myös kunnan liikunta- ja kulttuuritoimella sekä vapaaehtoistyöllä. Mikään näistä tuloksista ei ole uusi, mutta uutta on se, että tulokset nostavat esiin asunnon ja asuinympäristöjen aiheuttaminen ongelmien suuruusluokan. Näiden tulosten perusteella ikääntyneiden asuminen ja asuinympäristöjen esteettömyys olisi otettava aivan uudella vakavuudella parannustoimien kohteiksi, jos halutaan ehkäistä ympäristöstä johtuvaa riippuvuutta muista. Samalla tuetaan myös lapsiperheiden ja vammaisten selviytymistä.

## 7.4 Toimintakyky ja hoivapalvelujen käyttö

### 7.4.1 Hoivapalvelujen käyttö ja yleisimmät palvelut

Kaikkiaan 32 prosenttia kaikista tutkittavista käytti oman ilmoituksensa mukaan jotakin kotiin annettavaa avopalvelua vuonna 1998, 61 prosenttia käyttäjistä käytti kunnallisia palveluja, loput yksityisiä. Tukipalvelujen käytöstä hieman yli puolet oli yksityisten palvelujen käyttöä. Vähintään viikoittaisesta käytöstä 75 prosenttia kuitenkin oli kunnallisten palvelujen käyttöä, joten pienempään tarpeeseen käytettiin yksityisiä palveluja, ja mitä suuremmaksi palvelun tarve muuttui, sitä useammin käytettiin julkisia palveluja (taulukko 7.8).

**Taulukko 7.8** Eri palvelujen käyttö tuottajan mukaan.

Palvelu	Kunnallisen palvelun käyttäjät	Koko aineistosta %	Kaikista palvelujen käyttäjistä %	Yksityisen palvelun käyttäjät	Koko aineistosta %	Kaikista palvelujen käyttäjistä %
Vain tukipalveluja	304	9,5	29,6	327	10,2	31,8
Vain kodinhoitoapu	9	0,3	0,9	10	0,3	1,0
Vain kotisairaanhoido	59	1,8	5,7	12	0,4	1,2
Vain kotihoitoa ja tukipalveluja	89	2,9	8,7	10	0,3	1,0
Vain kotisairaanhoido ja tukipalveluja	88	2,8	8,6	13	0,4	1,2
Vain kodinhoitoapua ja tukipalveluja	75	2,3	7,3	23	0,7	2,2
Vain kodinhoitoapua ja kotisairaanhoido	5	0,2	0,5	4	0,1	0,4
Yhteensä	629	19,8	61,3	399	12,4	38,8

Yleisintä oli käyttää joko pelkästään tukipalveluja (20 %) tai erilaisia kotipalvelujen ja kotihoiton kombinaatioita (10 %). Päivittäin palveluja käytti 7,3 prosenttia tutkittavista, viikoittain 9 prosenttia ja tätä harvemmin 16 prosenttia (taulukko 9).



**Taulukko 7.9** Tutkittavien palvelujen käyttö (n=3195).

Palvelu	Palvelun käyttäjät	Koko aineisto %	Päivittäin	Koko aineisto %	Viikoittain	Koko aineisto %	Harvemmin	Koko aineisto %
Käytti yleensä	1 028	32,2	233	7,3	288	9,0	507	15,9
Vain tukipalvelut	631	19,8	103	3,2	159	5,0	369	11,5
Vain kodinhoitoapu	19	0,6	3	0,1	8	0,3	8	0,3
Vain kotisairaanhoido	71	2,2	1	0,0	9	0,3	61	1,9
Vain kotihoito ja tukipalvelut	99	3,1	65	2,0	31	1,0	3	0,1
Vain kotisairaanhoido ja tukipalvelut	101	3,2	24	0,8	35	1,1	42	1,3
Vain kodinhoitoapu ja tukipalvelut	98	3,1	35	1,1	44	1,4	19	0,6
Vain kodinhoitoapu ja kotisairaanhoido	9	0,3	2	0,1	2	0,1	5	0,2

*Yleisimmin käytetyt* palvelut olivat siivouspalvelu (16 %), kuljetuspalvelu (11 %) ja kuntoutus (11 %) sekä kotisairaanhoido (9 %), kodinhoitoapu (7 %), asiointiapu (8 %) ja apu muuhun kodin ylläpitoon (8 %). Yleisimmät *päivittäin* käytetyt palvelut olivat ateriapalvelu, kodinhoitoapu ja turvapalvelu. *Viikoittain* käytettiin kuljetuspalvelua, kylvetyspalvelua ja kodinhoitoapua, lisäksi kotisairaanhoido, siivous- ja asiointiapua sekä kuntoutuspalveluja. *Kuukausittain* käytettiin siivousapua, mutta myös kotisairaanhoido, kuljetuspalvelua ja asiointiapua. *Harvemmin* kuin kerran kuussa käytettiin kuntoutusta, apua muuhun kodin ylläpitoon sekä lyhytaikaista laitoshoido, mutta myös siivousapua. Kodinhoitoapu, ateriapalvelu, turvapalvelu, kuljetuspalvelu ja kylvetyspalvelu näyttävät muodostavan vähintään kerran viikossa palveluja käyttävien peruspaketin, jota täydentävät kotisairaanhoido, siivousapu, asiointiapu sekä kuntoutus. Kotipalvelu tukipalveluineen näyttää siten muodostavan kotona asumista tukevien palvelujen kivijalan. Samansuuntaisia tuloksia on saatu muissakin tutkimuksissa kuten väestötason vanhusbarometrissa (Vaarama ym. 1999, Vaarama & Kaitsaari 2002) ja Stakesin palvelukatsauksissa.

Tulos siitä, että otokseen sisältyi kunnallisia palveluja säännöllisesti käyttäviä oli yllättävä, koska hoitoilmoitusrekisterin avulla heidät oli nimenomaan pyritty poistamaan, jotta voitaisiin tutkia itsenäistä selviytymistä kotona korkeassa iässä. Lopputulos oli kuitenkin tutkimuksen kannalta hyvä, sillä se paransi aineiston edustavuutta ja mahdollisti myös palvelujen käytön tutkimuksen ja tuloksellisuuden arvioinnin. Kun palvelujen käyttäjistä osa käytti kunnallisia palveluja jopa päivittäin tulos viittaa myös siihen, että julkisia palveluja käytetään intensiivisesti ilman palvelusuunnitelmaa, missä saattaa piillä tehottomuutta. Voidaan

päätellä myös, että julkisrahoitteista palvelutoimintaa kuvaavat tilastot jättävät osan palvelujen käytöstä pimentoon.

#### 7.4.2 Hoivapalvelujen käyttöön liittyvät toimintakytekiijät

Hoivapalvelujen käyttöä analysointiin yksityiskohtaisemmin logistisen regressio-analyysin avulla jotta saatiin käsitys, miten toimintakyvyn vajaukset olivat yhteydessä palvelujen käyttöön (taulukko 7.10).

##### **Vain tukipalvelujen käyttö (malli 1)**

Pelkästään tukipalvelujen käyttö on ikääntyneiden yleisin palvelujen käyttömuoto, ja sama pätee myös tähän tutkimusjoukkoon. Kaikkiaan 20 prosenttia tutkitavista käytti vain tukipalveluja. Tyypillisintä tämä oli henkilöille, joilla oli ongelmia vain välinetoiminnoissa.

- Maksimissaan välinetoiminnoissa koetut vaikeudet 6,5-kertaistivat todennäköisyyden käyttää pelkästään tukipalveluja
- Hyvä koulutus nelinkertaisti, turvattu taloudellinen tilanne kolminkertaisti, palveluasuminen 2,5-kertaisti ja yksin asuminen kaksinkertaisti todennäköisyyden
- Poliklinikalla käynnit edeltävän 12 kuukauden aikana lisäsivät todennäköisyyttä 41 % ja sairaalahoito 29 %
- Hyvä koettu terveys vähensi riskiä 60 % verrattuna huonon terveyden omaavaan.

Tämä kuvanee palvelujen käytön ensimmäistä vaihetta, jossa kodinhoidossa ja asiointissa ilmenevät vaikeudet johtavat käyttämään tukipalveluja. On huomattavaa, että hyvän koetun terveyden merkitys on tässä pienempi kuin edellisissä, toimintakyvyn määrittäjiä koskevissa analyyseissa viitaten asuinympäristön ongelmien suureen merkitykseen juuri tässä ryhmässä. Tuloksen mukaan paremmin koulutetut, turvatussa taloudellisessa asemassa olevat, joko yksin tai palvelutaloissa asuvat henkilöt, joilla on jo jonkin verran terveysongelmia käyttävät vain tukipalveluja. Tämä malli saattaa yleistyä tulevaisuudessa ikääntyneiden tulo- ja koulutustason parantuessa ja heidän asuessaan kotona yhä pidempään. Kun edellisten tulosten perusteella juuri välinetoimintojen ongelmien riski liittyi olennaisesti asuinympäristöjen liikuntaesteisiin, voitaisiin tässä ryhmässä ehkäistä ja myöhentää palvelujen käyttöä parantamalla liikenneyhteyksiä ja bussipysäkkien sijaintia, rakentamalla hissejä, poistamalla liikuntaesteitä ja lisäämällä levähdyspaikkoja sekä parantamalla lähipalvelujen saatavuutta.

## **Vähintään viikoittainen yhden palvelun käyttö (malli 2)**

Myös vähintään viikoittainen kodinhoitoavun, kotisairaanhoidon tai tukipalvelujen käyttö liittyi ongelmiin kodinhoidossa ja asiointissa, ja muutenkin samantyyppisiin tekijöihin kuin pelkästään tukipalvelujen käyttö. Uusina riskitekijöinä kuitenkin nousivat esiin hiljattain koettu traumaattinen elämänmuutos sekä ikä. Edellinen lisäsi viikoittaista palvelujen käytön todennäköisyyttä 30 prosenttiyksikköä ja jälkimmäinen kolme prosenttiyksikköä jokaista 75. ikävuoden jälkeistä vuotta kohti. Viikoittain jotakin palvelua käyttävät olivat siis

- huonokuntoisempia kuin edellinen ryhmä
- olivat läpikäyneet tai käymässä läpi jotakin elämän kriisitilannetta kuten leskeytymistä tai omaa vakavaa sairastumista
- kokivat välinetoiminnoissa ongelmia

## **Kotipalvelujen ja -hoidon monikäyttö (malli 3)**

Palvelujen monikäytön riski oli huonoimman toimintakyvyn omaavilla 26-kertainen verrattuna hyvän toimintakyvyn omaaviin. Monikäyttö liittyi sekä palveluasumiseen että yksinasumiseen, ja sitä lisäsi sairaalahoito viimeisen 12 kuukauden aikana. Ikä lisäsi yksinään monikäytön riskiä 13 % jokaista 75 vuoden jälkeistä ikävuotta kohti, joten 80-vuotiaalla on jo 65 % suurempi riski monikäyttöön kuin 75 vuotta täyttäneellä. Monikäyttäjät olivat siis

- melko huonokuntoisia
- iäkkäitä
- joko yksin kodissaan tai palvelutaloissa asuvia vanhuksia.

## **Kaikkien palvelujen samanaikainen käyttö vähintään viikoittain (malli 4)**

Tämä kuvaa intensiivisintä, ns. raskasta palvelujen käyttöä. Tässäkin ryhmässä siivoukseen, muuhun kodinhoitoon ja asiointiin liittyvät vaikeudet olivat merkittäviä palvelujen käytölle altistavia riskitekijöitä, mutta nyt myös vaikeudet päivittäisissä perustoiminnoissa olivat aiempaa merkittävämpiä:

- Mikäli henkilöllä oli ongelmia kaikissa välinetoiminnoissa (siivous, ruoanlaitto, pyykinpesu ja asiointi kodin ulkopuolella) kasvoi intensiivisen käytön riski 40-kertaiseksi näistä toimista itsenäisesti selviytyviin verrattuna
- Koettu yksinäisyys kasvatti riskiä 13-kertaiseksi
- Vaikeudet päivittäisissä perustoiminnoissa 7-kertaistivat riskin
- Hiljattain koettu elämänmuutos nosti riskin 5-kertaiseksi
- Palveluasuminen 4-kertaisti todennäköisyyden intensiiviseen palvelujen käyttöön

Näiden tulosten mukaan ongelmat välinetoiminnoissa ovat yleisin palvelujen käytölle altistava tekijä. Vaikeudet päivittäisissä perustoiminnoissa lisäävät riskiä, mutta niiden merkitys ei ole yhtä ratkaiseva. Tämän tuloksen perusteella ikään-tyneiden palvelutarpeiden arviointi ja pisteyttäminen vain perustoimintojen (PADL) vaikeuksien perusteella ei ole riittävää. Siten esimerkiksi kuntien käytös-sä yleistävä RAVA-mittari on yksinään liian kapea-alainen. Tarvitaan lisäksi sellai-sia toimintakyvyn mittareita, jotka ottavat laajemmin huomioon ikääntyneiden tarpeet ja arjesta selviytymisen ongelmat.

Yllättävä tulos oli, että jos tutkittava asui liikuntaesteiden takana, se vähensi todennäköisyyttä intensiiviseen palvelujen käyttöön. Tulos voi viitata siihen, että tässä toimintakyvyn vaiheessa, jossa kaikkia palveluja käytetään intensiivisesti, asunnon esteitä on jo poistettu tai on muutettu palveluasuntoon. Toisaalta se voi kuvata palvelujen saatavuusongelmia tai syrjäytymistä palveluista eli kun asutaan kaukana palveluista, niitä ei myöskään saada eikä haeta vaikka tarvittai-siinkin. Ehkäisevät kotikäynnit voisivat auttaa näiden henkilöiden saamisessa ajoissa avun piiriin. (vrt. Heinola ym. 2003, Häkkinen ja Holma 2004). Miessuku-puoli vähensi riskiä yli puoleen, viitaten heidän naisia parempaan asumistasoon-sa ja puolisoilta saamansa apuun. Intensiivisesti palveluja käyttävät ovat siten

- niin arkiaskareissa ja asioinnissa kuin henkilökohtaisissa tomissaankin pal-jon apua tarvitsevia, iäkkäitä naisia
- jotka asuvat esteettömässä asuinympäristössä kotonaan yksin tai olivat jo muuttaneet palveluasuntoon
- ja jotka olivat käyneet hiljattain läpi jonkun suuren elämänmuutoksen.

### **Palveluasunnoissa asuvat (malli 5)**

Verrattuna kotona asuviin palveluasuminen 7-kertaisti palvelujen käytön toden-näköisyyden. Vaikka palvelut kuuluvat palveluasumiseen, eivät ne näytä sisälty-vän kaikkeen palveluasumiseksi nimitettyyn toimintaan tai kaikki palveluasun-noissa asuvat eivät käytä niitä. Vaikka palveluasumiseen liittyivät korkea ikä, yksinasuminen ja traumaattinen elämänmuutos viimeksi kuluneen kahden vuo-den aikana, siihen ei liittynyt kotona asuvia heikompi toimintakyky. Tässä aineis-tossa palvelutaloihin muuttaneilla henkilöillä ei ollut hoito- ja palvelusuunnitel-maa, joten he lienevät muuttaneet oma-aloitteisesti lähinnä yksityisiin palveluta-loihin, ja pikemminkin psyykkisistä kuin fyysisistä syistä. Saattaa olla, että myös palvelutaloihin hakeudutaan liian aikaisin. Kun palvelutaloasuminen 7-kertaistaa palvelujen käytön riskin, olisi pyrittävä ehkäisemään ennenaikainen siirtyminen sen piiriin.

**Taulukko 7.10** Toimintakyky ja palvelujen käyttö.

Malli	Malli 1, Vain tukipalvelujen käyttö	Malli 2, Vähintään viikoittainen yhden palvelun käyttö	Malli 3, Kotipalvelujen ja -hoidon monikäyttö	Malli 4, Kaikkien palvelujen samanaikainen käyttö vähintään viikoittain	Malli 5, palveluasunnoissa asuvat	Malli 6, Yksityisiä palveluja käyttävät
Muuttuja	Exp(β) (Sig β)	Exp(β) (Sig β)	Exp(β) (Sig β)	Exp(β) (Sig β)	Exp(β) (Sig β)	Exp(β) (Sig β)
Ikä		1,033 (0,043)	1,133 (0,000)		1,059 (0,079)	
Mies				0,336 (0,073)	0,454 (0,089)	
Ammatillinen koulutus	4,376 (0,000)	2,312 (0,010)				3,790 (0,000)
Hyvä taloudellinen tilanne	2,858 (0,005)					
Yksin asuminen	2,142 (0,000)	2,299 (0,000)	2,575 (0,004)		4,763 (0,004)	
Asunnon liikuntaesteisyys					0,024 (0,047)	
Ympäristön liikuntaesteisyys				0,019 (0,075)		
Hyväksi koettu terveydentila	0,397 (0,025)		,181 (0,031)			
Vaikeuksia IADL toiminnoissa	6,579 (0,000)	11,614 (0,000)		38,902 (0,023)		0,312 (0,000)
Vaikeuksia PADL toiminnoissa				6,643 (0,013)		0,426 (0,017)
Vaikeuksia IADL ja PADL toiminnoissa			26,132 (0,000)			
Käynyt sairaalassa 12kk aikana	1,291 (0,065)	1,410 (0,019)	2,195 (0,007)			
Käynyt poliklinikalla 12kk aikana	1,411 (0,056)					0,541 (0,024)
Pystyy itse tekemään päätöksiä		,014 (0,000)				
Koettu yksinäisyys				13,123 (0,010)		
On kokenut elämänmuutoksia		1,295 (0,068)		5,110 (0,011)	2,174 (0,016)	
Asuu palvelutalossa	2,538 (0,022)	3,479 (0,001)	4,012 (0,002)	3,811 (0,036)		
Palvelun jatkuva käyttäjä					6,825 (0,000)	
Palvelut liian kaukana						0,634 (0,075)

### **Yksityisiä palveluja käyttävät (Malli 6)**

Yksityisiä palveluja käytti siis runsas 12 prosenttia tutkittavista. He olivat paremmin koulutettuja, yksinasuvia henkilöitä, joilla oli välinetoiminnoissa ongelmia, ja he käyttivät pääasiassa tukipalveluja ja vähäisemmässä määrin myös palveluasumista. Kunnallisia palveluja käyttävistä he erosivat siinä, että

- heillä oli parempi koulutus (ja sen myötä ilmeisesti paremmat tulot), mikä 4-kertaisti todennäköisyyden käyttää yksityisiä palveluja
- heidän toimintakykynsä oli huomattavasti parempi kuin kunnallisia palveluja käyttävien: mikäli henkilöllä oli vaikeuksia kaikissa välinetoiminnoissa, todennäköisyys käyttää yksityisiä palveluja väheni 69 %, ja mikäli hänellä oli vaikeuksia kaikissa perustoiminnoissa, se väheni 57 %
- Tulos saattaa kuvata myös julkisten kotipalvelujen priorisointia – perustoiminnoissa vaikeuksia omaavien on helpompi saada niitä kuin vain välinetoiminnoissa ongelmia omaaville, jotka hankkivat apunsa yksityiseltä sektorilta mikäli osaavat ja pystyvät maksamaan niistä
- poliklinikalla käynnit viimeisen 12 kuukauden aikana vähensivät todennäköisyyttä 46 % ja pitkät palveluetaisyydet 37 %.

#### **7.4.3 Hoivapalvelujen käytön yhteys kunnan tarjontatekijöihin**

Myös hoivapalvelujen käytön yhteyttä kunnan tarjontatekijöihin analysoitiin regressioanalyysillä, mutta tilastollisesti merkitseviä malleja ei saatu. Kustannusten ja eri palvelujen kattavuuksien keskinäisten yhteyksien korrelaatioanalyysit kuitenkin osoittivat, että laitoshoidon kustannusten kasvu liittyi terveyskeskusten pitkäaikaishoidon kattavuuden nousuun, eli kun ikääntyneiden pitkäaikaishoito painottui terveyskeskusten vuodeosastoille kustannukset olivat korkeimmat. Kotisairaanhoidon kattavuuden lisääntyminen puolestaan vähensi vanhainkotihoidon kattavuutta viitaten siihen, että hyvin toimivan kotisairaanhoidon avulla voidaan vähentää laitoshoidon tarvetta (taulukko 7.11).

**Taulukko 7.11** Kuntatekijöiden korrelaatiotaulu kustannuksista ja kattavuuksista.

	Kodin- hoito- avun kohde- ryhmä- kohtaiset kustan- nukset	Koti- saira- hoidon kohde- ryhmä- kohtaiset kustan- nukset	Tuki- palve- lujen kohde- ryhmä- kohtaiset kustan- nukset	Vanhain- kodin ja terveys- keskuksen kohde- ryhmä- kohtaiset kustan- nukset	Kodin- hoito- avun katta- vuus	Koti- saira- hoidon katta- vuus	Tuki- palve- lujen katta- vuus	Van- hain- kotien katta- vuus	Terveys- keskus- ten katta- vuus
Kodinhoitoavun kohderyhmäkohtaiset kustannukset	1,000	-,152	,160	,339	,252	-,125	-,138	,005	,027
Kotisairaanhoidon kohderyhmäkohtaiset kustannukset		1,000	,082	-,084	,353	,230	,076	,078	-,278
Tukipalvelujen kohderyhmäkohtaiset kustannukset			1,000	,105	-,099	-,229	,029	,205	,097
Vanhainkodin ja terveyskeskuksen kohderyhmäkohtaiset kustannukset				1,000	-,239	-,127	-,291	,421	,545(*)
Kodinhoitoavun kattavuus					1,000	,155	-,376	-,157	-,362
Kotisairaanhoidon kattavuus						1,000	-,153	581(**)	,152
Tukipalvelujen kattavuus							1,000	,031	-,338
Vanhainkotien kattavuus								1,000	-,096
Terveyskeskusten kattavuus									1,000

## 7.5 Hoivapalvelujen kohdentuminen ja merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnille

### 7.5.1 Palvelujen kohdentuminen ja avun riittävyys

Kahdella kolmesta oli toimintakyvyn ongelmia, mutta vain yksi kolmesta käytti palveluja. Kotona selvitettiin siten varsin pitkään ilman virallisia hoivapalveluja, ehkäpä läheisten ja ystävien sekä terveydenhuollon akuuttihoidon tuella. Tuki-

palveluja ja kodinhoitoapua käyttävillä oli yleensä arkiaskareiden ja asiain lisäksi pieniä ongelmia myös henkilökohtaisissa perustoiminnoissa. Kotihoitoa säännölliset saavat olivat selvästi huonokuntoisempia, joskin asiakkaissa oli myös itsenäisiä ja vain välinetoiminnoissa vaikeuksia omaavia. Pääosin palvelut siis kohdentuivat vuonna 1998 toimintakyvyn mukaan niin, että vähäisemmässä tarpeessa käytettiin tukipalveluja ja raskaimmassa kotihoitoa. Raskaassakin toimintakyvyn vajeessa käytettiin kuitenkin pääasiassa tukipalveluja (taulukko 7.12).

**Taulukko 7.12** Palvelujen kohdentuminen toimintakyvyn mukaan.

Toimintakyky	Saadut palvelut					
	Ei käytä	Vain tuki- palvelut	Vain kodin- hoitoapua	Kodinhoito- apua ja tuki- palveluja	Kotihoitoa	Yhteensä
0	789	77	3	3	2	874
1	529	191	3	26	15	764
2	665	259	11	42	28	1005
3	126	101	2	27	55	311
Yhteensä	2109	628	19	98	100	2954

Samaan aikaan kun 41 prosenttia toimintakyvyn perusteella tarpeessa olevista ei käyttänyt palveluja, 10 prosenttia käyttäjistä ei toimintakykynsä perusteella olisi tarvinnut niitä. Siten palveluita ei käytetä aina kun on tarve, toisaalta niitä käytetään myös vaikkei olisi fyysisestä toimintakyvystä johtuvaa tarvetakaan. Lisäavun tarvetta koki 21 prosenttia tutkittavista: 10 prosenttia koki tarvitsevansa apua, muttei saanut sitä ja 11 prosenttia koki saavansa apua liian vähän. 20 prosenttia olisi toimintakykynsä perusteella tarvinnut palveluja, mutta ei itse kokenut niihin tarvetta (taulukko 7.13).

**Taulukko 7.13** Palvelujen tarve ja koettu riittävyys (n=3195)

Palvelu	Tarvitsee, ei saa	Käyttää, ei saa tarpeeksi	Koko aineisto, haluaa lisää
Kodinhoitoapu	45 (1,4)	57 (1,8)	102 (3,2)
Kotisairaanhoito	17 (0,5)	30 (0,9)	47 (1,4)
Tukipalvelut	206 (6,5)	202 (6,3)	408 (12,8)
Muut palvelut	73 (2,3)	102 (3,2)	175 (5,5)
Yhteensä	329 (10,3)	348 (10,9)	677 (21,2)

Eniten pulaa koettiin siivousavusta, kuljetuspalvelusta ja asiointiavusta sekä avusta muuhun kodin ylläpitoon ja pyykinpesuun – siis kotipalvelun tukipalveluihin (taulukot 7.13 ja 7.14). Lisäksi kunnalta toivottiin lisää kuntoutuspalveluja.



Tulos vahvistaa, että vaikka yhä huonokuntoisempina kotonaan asuvat vanhukset tarvitsevatkin paljon hoidollisia palveluja, myös siivous, kodinhoito ja asiointi ovat kotona asuvien ikäihmisten suuren enemmistön ongelmia. Niistä on siten myös suurin pula. Kotona asuvat ikääntyneet ovat myös kiinnostuneita toimintakykynsä ylläpidosta ja haluaisivat kuntouttavaa toimintaa siihen. Samanlaisia tuloksia on saatu mm. vanhuusbarometreissa (STM, 1994, Vaarama ym. 1999, Vaarama & Kaitsaari 2002).

**Taulukko 7.14** Koettu lisäavun tarve palveluittain.

Tarvitsee lisää apua	Lkm	% (N=3195)
Ruuanlaitossa	78	2,4
Syömisessä	3	0,1
Pyykinpesussa	141	4,4
Siivouksessa	441	13,8
Peseytymisessä	67	2,1
Pukeutumisessa ja riisuuntumisessa	13	0,4
Vuoteesta nousemisessa ja vuoteeseen menemisessä	7	0,2
WC:ssä käymisessä	7	0,2
Turvallisuudesta huolehtimisessa	105	3,3
Liikkumisessa ja asioinnissa kodin ulkopuolella	238	7,5
Kuljettamisessa	291	9,1
Muussa kodin ylläpidossa	172	5,4
Jossain muussa	43	1,4
Ei osaa sanoa	111	3,5

Runsas joka kymmenes tutkittava koki pulaa tukipalveluista. Kodinhoitoavun ja kotisairaanhoidon tarvetta koki tutkittavista 20 prosenttia eli joka viides. Kaikkiaan palvelujen koettu tarve oli päällekkäiskäyttö huomioon ottaen 39 prosenttia tutkittavista, kun niitä käytti 32 prosenttia. Kotiin annettavan avun ulkopuolella oli siten tarpeestaan huolimatta 7 prosenttia tutkittavista (taulukko 7.15). Tulos vastaa muissa tutkimuksissa saatuja lukuja. Valtakunnallisen vanhuusbarometrin mukaan 75 vuotta täyttäneistä miehistä 6 prosenttia ja Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 12 prosenttia ei saanut apua riittävästi. Vastaavat luvut naisille olivat 7 prosenttia ja 10 prosenttia (Aromaa ja Koskinen 2002, Vaarama ja Kaitsaari 2002).

**Taulukko 7.15** Lisäavun tarve palveluittain.

Palvelu	Käytti (n=3195)	Sai liian vähän	Katsoi tarvitsevänsä, ei saanut	Tarve yhteensä
Tukipalvelut	29,1	6,3	6,5	41,9
Kodinhoitoapu	7,1	1,8	1,4	10,3
Kotisairaanhoido	8,8	0,9	0,5	10,2
Yhteensä	32,2	9,5	6,9	39,1

Tämän perusteella voidaan päätellä, että kotipalvelun tarpeesta oli tyydyttämättä vajaa viidesosa ja kapasiteetin lisästarve olisi 21 prosenttia.

### 7.5.2 Hoivapalvelujen käyttämättömyyden syyt ja palvelujen merkitys hyvinvoinnin tuottajina

Joka kolmas palveluja käyttämätön tutkittava ei tiennyt, mitä palveluja kunnalla oli tarjota ja runsas joka neljäs ei tiennyt, miten niitä saisi. Saattaa olla, että tiedottamatta jättämistä käytetään keinona hillitä palvelujen kysyntää. Vajaa viidesosa taas uskoi palvelujen hakemisen kunnalta olevan liian monimutkaista. Joka kymmenes piti palveluja liian kalliina ja joka kymmenes oli saanut hakemukseensa hylkäävän päätöksen (taulukko 7.16).

**Taulukko 7.16** Palvelujen käyttämättömyyden syyt niitä tarvitsevilla (N=221).

Syy	Lkm	%
Ei tiedä mitä kunnalla on tarjota	64	29,1
Ei tiedä miten kunnan palveluja saisi	58	26,4
Anominen/sopiminen liian monimutkaista	36	16,1
Palvelut ovat liian kalliita	26	12,0
On anonut palveluja, mutta niitä ei ole myönnetty	26	12,0
Kunnassa ei ole tarjolla kyseistä palvelua	0	0,0
Joku mu syy	32	14,3

Toimintakyvyn eri osatekijöiden ja palvelujen merkitystä ikääntyneiden hyvinvoinnille analysoitiin lineaarisen regressioanalyysin avulla. Koettua hyvinvointia tai elämänlaatua mitattiin aiemmin kuvatun elämänhalun (PGMS sovellus) avulla. Koettu yksinäisyys osoittautui yksinään tilastollisesti merkittävimmäksi ikääntyneiden hyvinvointia alentavaksi tekijäksi. Tämän jälkeen tulivat vaikeudet päivittäisissä perustoiminnoissa ja asuinympäristön liikuntaesteisyys. Hyvä koettu terveys ja hyvät taloudelliset resurssit lisäsivät elämänlaatua, mutta niin tekivät myös kunnalliset palvelut. On merkittävää, että kun mukaan otettiin myös yksityiset palvelut tällaista yhteyttä ei syntynyt. Tulos viittaa siihen, että ikääntyneen hyvinvoinnille on välitöntä merkitystä sillä, että hän saa tarvitsemansa palvelut nimenomaan julkiselta sektorilta silloin kun tarve on suuri. Yhteys riittävien palvelujen ja koetun hyvinvoinnin välillä oli suora osoittaen, että kotiin annettavilla julkisilla palveluilla voidaan lisätä heikentyneen toimintakyvyn omaavien ikääntyneiden elämänlaatua, ja että julkiset hoivapalvelut ovat avun tarpeessa olevien iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnille merkittäviä (taulukko 7.17).

**Taulukko 7.17** Palvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuottajana koetulla elämänhalulla mitattuna.

Muuttuja	$\beta$ (Sig $\beta$ )
Vakio	0,478 (0,000)
Koettu yksinäisyys	-0,271 (0,000)
Koettu terveydentila	0,239 (0,000)
Vaikeuksia PADL toiminnoissa	-0,083 (0,000)
Taloudellinen asema	0,083 (0,000)
Ympäristön liikuntaesteisyys	-0,094 (0,001)
Kunnan palvelujen käyttäminen (itseraportoitu)	0,023 (0,005)

$R^2=0,29$ ,  $F=170,892$ ,  $p=,000$

Tuloksen mukaan sosiaali- ja terveyspolitiikan keinoin on mahdollista tukea ikääntyneiden hyvinvointia ja elämänlaatua. Ikääntyneiden kotona asumisen tukemisen avaimet ovat:

- yksinäisyyden lieventäminen
- terveyden edistäminen
- toimintakyvyn ja vireyden ylläpitäminen
- taloudellinen turvallisuus
- asuinympäristöjen esteettömyyden lisääminen
- julkisten palvelujen antaminen tarvetta vastaavasti

## 7.6 Kotihoitoon ja pitkäaikaiseen laitoshoidon siirtymistä enustavat tekijät

### 7.6.1 Palvelujen käyttäjiksi siirtyneet

Palvelujen piiriin siirtymisen syiden tutkimiseksi eroteltiin aineistosta henkilöt, jotka eivät olleet käyttäneet sen enempää oman ilmoituksensa kuin HILMO-rekisterinkään mukaan mitään palveluja vuonna 1998 ( $n=1959$ ), ja yhdistettiin heidän tietonsa hoitoilmoitusrekisterin mukaan vuosina 1999–2003 palveluja käyttäneisiin. Kunakin vuonna otettiin mukaan vain uudet käyttäjät eli henkilöt, jotka eivät olleet aikaisemmin käyttäneet mitään palveluja.

Tutkittavista kolme prosenttia oli siirtynyt käyttämään kotihoitoa vuonna 1998 eli vuoden sisällä kyselystä, kuusi prosenttia kolmen vuoden sisällä eli vuoteen 2001 mennessä ja vajaa seitsemän prosenttia viiden vuoden sisällä eli vuoteen 2003. Kaikkiaan miltei joka viides (17 %) siirtyi kotipalvelun/-hoidon käyttäjiksi viiden vuoden sisällä kyselystä. Siirtymisen todennäköisyys kasvoi vuosien myötä (taulukko 7.18).

**Taulukko 7.18** Kotihoitoon siirtyneet vuosittain (n=1959).

	Määrä	Kotihoitoon siirtyneet*	
		%	Kum %
1999	79	4,03	4,03
2000			
2001	123	6,28	10,31
2002			
2003	132	6,74	17,05

\*Kotihoidon tiedot saatavilla vain joka toinen vuosi.

Lisäksi 8,6 prosenttia tutkittavista oli siirtynyt ilman kotihoitovaihetta suoraan laitoksiin pitkäaikaishoitoon niin, että suoraan vanhainkotiin oli siirtynyt 4,9 prosenttia ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoitoon 3,7 prosenttia (taulukko 7.19). Suoraan laitokseen siirtyminen näyttää yleistyneen eli kotona ollaan ilmeisesti entistä pidempään ja entistä huonokuntoisempana ilman säännöllistä apua, ehkäpä omaisten tuella. Tarkasteltava ajanjakso kuitenkin on liian lyhyt ja tapaus-ten määrä liian pieni pidemmälle meneviin johtopäätöksiin.

**Taulukko 7.19** Vanhainkotiin ja terveyskeskukseen ilman kotihoitoa siirtyneet vuosittain (n=1959).

	Vanhainkotiin siirtyneet		Määrä	Terveyskeskukseen siirtyneet	
	%	Kum %		%	Kum %
1999	0,20	0,20	11	0,56	0,56
2000	0,66	0,86	10	0,51	1,07
2001	1,02	1,88	17	0,87	1,94
2002	1,07	2,95	15	0,77	2,71
2003	1,94	4,89	19	0,97	3,68

Palveluja käyttämättömien määrä vähentyi viidessä vuodessa kaikkiaan 44 prosenttia eli 1 093 henkilöön. Vuositasolla siirtymä palvelujen käyttäjäksi kasvoi ensimmäisen vuoden 4 prosentista viimeisen vuoden 14 prosenttiin eli yli kolminkertaistui. Kotona kuoli samaan aikaan 18 prosenttia eli 3–4 prosenttia vuo-

desa. Kuolleisuus on voinut olla tätä suurempi, koska HILMOssa on merkintä vain rekisteröidyistä palvelujen käyttäjistä (taulukko 7.20).

**Taulukko 7.20** Palveluja käyttämättömät ja kuolleet.

	Palveluja käyttämättömät		Kotona kuolleet		
	Määrä	%	Määrä	%	Kum %
1998	1959	100			
1999	1803	92,04	61	3,11	3,11
2000	1723	87,95	58	2,96	6,07
2001	1481	75,60	82	4,19	10,26
2002	1374	70,14	66	3,37	13,63
2003	1093	55,79	85	4,34	17,97

Kun asiaa tarkasteltiin sen mukaan, missä vuonna 1998 itsenäisesti selviytynyt tutkittava oli vuonna 2003 nähtiin, että joka runsas joka toinen (56 prosenttia) asui edelleenkin itsenäisesti kotona, 15,1 prosenttia oli kotihoidossa, laitoksiin oli siirtynyt 6,8 prosenttia ja kuollut 22,3 prosenttia (taulukko 7.21).

**Taulukko 7.21** Vuonna 1998 kotona asuneiden olotila 2003 (oletuksena on ettei tapahdu virtaa taaksepäin).

Kotona vuonna 1998 ilman palveluja	2003 edelleen kotona ilman palveluja	Koti-hoidossa	Laitos-hoidossa	Kuollut
N=1959	1093	295	134	437
% 100	55,8	15,1	6,8	22,3

Kotihoitoon siirryttiin keskimäärin 85-vuotiaana, vanhainkotiin 84-vuotiaana ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoitoon 86-vuotiaana, eli varsin korkeassa iässä (taulukko 7.22). Kun hoitoilmoitusrekisterin mukaan 65 vuotta täyttäneiden säännöllinen kotipalvelujen käyttö alkaa keskimäärin 80-vuotiaana ja laitospalvelujen käyttö 82-vuotiaana, oli tässä aineistossa siirtymäikä huomattavasti korkeampi. Tämä johtunee tutkittavien korkeasta keski-ikästä (81 vuotta) vuonna 1998 ja kertoo siitä, että iäkkäimpienkin toimintakyvyn tukemiseen kannattaa panostaa jotta he selviytyisivät mahdollisimman pitkään kotona.

**Taulukko 7.22** Siirtyminen palvelujen piiriin keski-ikänsä mukaan.

	Kotihoitoon siirtyneet	Vanhainkotiin siirtyneet	Terveyskeskukseen siirtyneet
1999	85,1	80,6	84,0
2000		84,0	85,2
2001	84,5	85,4	87,4
2002		86,2	88,2
2003	86,5	85,8	86,5
1999–2002	85,4	84,4	86,3

### 7.6.2 Säännöllisen kotihoidon käytön alkamiseen 1–5 vuoden sisällä liittyvät tekijät

Säännöllisen kotihoidon alkamista ennustavia tekijöitä etsittiin aluksi korrelaatioanalyysin avulla yksilöön ja hänen elinympäristöönsä liittyvistä kysyntätekijöistä (liitetaulukko 7.7). Tulosten mukaan korkea ikä, sairaudet ja toimintakyvyn vaikeudet, mutta myös psyykinen toimintakyky, sosiaalisten suhteiden toimivuus, asunnon ja asuinympäristön esteettömyys sekä pitkät palveluetaisyydet liittyivät palvelujen käytön alkamiseen. Myös kotihoidon hyvä kattavuus kunnassa lisäsi palvelun käytön alkamisen todennäköisyyttä, joten tarjonnalla on merkitystä kotihoidon käytön alkamiseen yhden vuoden sisällä. Muut kuntatason tekijät eivät korreloineet käytön alkamisen kanssa. Tulos elinolojen ja toimintakyvyn yhteydestä palvelujen käytön alkamiseen on yhtenevä edellä esiteltujen toimintakyvyn ja palvelujen käytön yhteyksiä koskeneiden tulosten kanssa. Jo tämän korrelaatioanalyysin tulos viittaa siihen, että palvelujen käytön alkamista on mahdollista myöhentää asuntopolitiikan ja yhdyskuntasuunnittelun avulla sekä panostamalla ikääntyneiden elämänlaadun ylläpitämiseen, sairauksien hyvään hoitoon ja ehkäisyyn sekä toimintakyvyn ylläpitoon.

#### **Kotihoitoon siirtyminen 1 vuoden sisällä (malli 1)**

Logistisen regressioanalyysin mukaan (taulukko 7.23) suurin riskitekijä kotihoidon alkamiselle yhden vuoden sisällä kyselystä olivat vaikeudet kodinhoidossa ja asioinnissa ja etenkin niiden kasautuminen:

- Kaikki neljä ongelmaa yhdessä (ruuanlaitto, pyykinpesu, siivous ja asiointi) kolminkertaistivat kotihoitoon siirtymisen todennäköisyyden yhden vuoden sisällä verrattuna näissä toimissa itsenäisiin

- Jokainen vuosi 75 ikävuoden jälkeen lisäsi kotihoidon alkamisen riskiä vuoden sisällä 12 prosenttiyksikköä. Siten 80-vuotiaalla oli 60 % suurempi todennäköisyys siirtyä kotihoidon asiakkaaksi vuoden sisällä kyselystä kuin 75-vuotiaalla, ja 85 vuotta täyttäneellä vastaavasti yli kaksinkertainen
- Liikuntaesteisessä asunnossa asuvan riski siirtyä kotihoidon käyttäjäksi vuoden sisällä oli 89 prosenttiyksikköä pienempi kuin esteettömässä asunnossa asuvan. Tulos on yhtenevä edellä esitettyihin toimintakykyä ja palvelujen käyttöä koskeviin tuloksiin. Se viitanee joko tämän ryhmän parempaan asumistasoon tai palveluasumiseen, esteellisissä asunnoissa asuvien hyvään kuntoon tai siihen, että nämä henkilöt olivat jo poistaneet liikuntaesteitä asunnoistaan
- 75 vuotta täyttäneillä miehillä kotihoitoon siirtymisen riski oli 57 % pienempi kuin samanikäisillä naisilla, viitaten siihen, että miehet asuivat useammin puolison kanssa, joka hoiti kotityöt. Mies kuoli yleensä ennen vaimoaan, josta syystä naiset asuivat paljon useammin yksin ja tarvitsivat apua kotona asumisensa mahdollistamiseksi.

Ongelmat arjen askareissa ja asiainnissa ovat ikääntyneillä merkittävin riskitekijä kotipalvelun ja kotihoidon käytön alkamiselle yhden vuoden sisällä. Siten myös keinot myöhentää tämän ryhmän palvelujen käytön alkamista liittyvät siihen, voidaanko arjen selviytymistä aiheuttavia ongelmia poistaa tai lieventää.

**Taulukko 7.23** Kotihoitoon siirtymiselle altistavat tekijät 1–5 vuoden sisällä.

Malli	Malli 1, Kotihoitoon siirtyminen vuoden sisällä	Malli 2, Kotihoitoon siirtyminen kolmen vuoden päästä	Malli 3, Kotihoitoon siirtyminen viiden vuoden päästä
Muuttuja	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )
Ikä	1,115 (0,001)		
Mies	0,428 (0,036)	0,387 (0,009)	0,489 (0,019)
Ammatillinen koulutus		0,103 (0,013)	
Asunnon liikuntaesteisyys	0,011 (0,047)		
Asunnon perusvarustetasossa puutteita			0,002 (0,167)
Ympäristön liikuntaesteisyys			7,007 (0,063)
Hyväksi koettu terveydentila		0,111 (0,013)	
Vaikeuksia IADL toiminnoissa	3,107 (0,010)	2,380 (0,023)	
Vaikeuksia PADL toiminnoissa			
Käynyt poliklinikalla 12kk aikana			
Koettu yksinäisyys		0,279 (0,042)	3,571 (0,013)

### Kotihoitoon siirtyminen 3 vuoden päästä (malli 2)

Kolmen vuoden tähtäimellä esiin nousi vain yksi riskitekijä eli ongelmat selvitä kodinhoidosta ja asioinnista. Kaikkien tarkastellun neljän ongelman (siivous, pyykinpesu, ruoan laitto ja asiointi) samanaikaisuus kaksinkertaisti riskin kotihoitoon alkamisesta kolmen vuoden sisällä. Hyvä terveys, miessukupuoli, hyvä koulutus ja sosiaalisten suhteiden intensiivisyys vähensivät riskiä, viitaten puolisolta ja läheisiltä saatavaan apuun. Yllättävä tulos on, että koettu yksinäisyys vähensi kotihoitoon alkamisen todennäköisyyttä. Eivätkö he hae palveluja vaikka tarvitsevat, vai eikö järjestelmä löydä heitä tai tunnista heidän palvelutarpeitaan?

### Kotihoitoon siirtyminen 5 vuoden päästä (malli 3)

Viiden vuoden tähtäimellä asunnon liikuntaesteet nousivat tärkeimmäksi säännölliseen palveluun johtavaksi syyksi:

- laajimmillaan ne 7-kertaistavat riskin kotihoitoon siirtymisestä
- koettu yksinäisyys kolminkertaisti riskin



- miessukupuoli, asunnon heikko perusvarustetaso ja traumaattinen elämänmuutos vähensivät kotihoitoon siirtymisen todennäköisyyttä viiden vuoden sisällä, viitaten ilmeisesti siihen, että puolison kuoleman tai oman vakavan sairastumisen jälkeen puutteellisesti asuvat miehet siirtyvät laitoksiin ja palveluasuntoihin kun taas naiset jäävät edelleenkin kotiin.

### **Kotihoidon käyttäjäksi 5 vuoden sisällä siirtyneet verrattuna itsenäisiin**

Verrattuna vielä viiden vuoden jälkeenkin eli vähintään 80-vuotiaana itsenäisesti kotona selviytyviin oli kotihoitoon siirtyneillä kaksi kertaa enemmän ongelmia välinetoiminnoissa ja he olivat itsenäisesti selviytyviä iäkkäämpiä. Itsenäisesti selviytyvät olivat paremmin koulutettuja, paremmin asuvia ja heillä on parempi koettu terveys, ja he ovat todennäköisemmin naisia kuin miehiä.

#### **7.6.3 Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymistä ennustavat tekijät**

Korrelaatioanalyysin mukaan toimintakykyvaikeuksien kasautuminen, sairaala-hoito 12 kuukauden sisällä, korkea ikä, koettu yksinäisyys ja puutteellinen asuminen liittyvät pysyvään laitoshoittoon siirtymiseen (liitetaulukko 7.8). Hyvä koettu terveys, hyvä itsemäärääminen ja elämänhalu puolestaan suojaavat laitoshoidolta ja auttavat pysymään kotona. Tulos viittaa siihen, että huono terveys ja toimintakyky korkeassa iässä johtavat pitkäaikaishoittoon, mutta myös psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen ja puutteellinen asuminen näyttelevät siinä tärkeää roolia. Pitkäaikaishoittoon siirtymisen yhteyttä toimintakykytekijöihin mallinnettiin vielä logistisen regressioanalyysin avulla (taulukko 7.24). Kunnan tarjontatekijöillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä palvelujen käytön alkamiseen tai laitoshoittoon siirtymiseen.

### **Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisen ennustajat 5 vuoden sisällä (malli 1)**

Viiden vuoden sisällä:

- koettu yksinäisyys miltei kuusinkertaisti laitoshoittoon joutumisen todennäköisyyden
- puutteellinen asuminen kolminkertaisti sen ja
- huonoksi koettu terveys sekä käynnit sairaalan poliklinikalla 12 viimeksi kuluneen kuukauden aikana kaksinkertaistivat riskin.

**Taulukko 7.24** Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymistä ennustavat tekijät hyvän kognitiotason omaavilla.

Malli	Malli 1, Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisen ennustajat 5 vuoden sisällä	Malli 2, Kotihoidosta laitokseen siirtyneet vs. kotihoidossa pysyneet	Malli 3, Kotoa ilman kotihoitoa laitokseen siirtyneet vs. kotihoitoon siirtyneet ja siellä pysyneet
Muuttuja	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )	Exp( $\beta$ ) (Sig $\beta$ )
Ikä	1,078 (0,010)		
Mies	1,673 (0,053)		2,484 (0,003)
Ammatillinen koulutus			3,914 (0,056)
Asunnon perusvarustetasossa puutteita	3,058 (0,017)		3,571 (0,045)
Hyväksi koettu terveydentila	2,461 (0,011)		
Vaikeuksia IADL toiminnoissa			2,193 (0,038)
Vaikeuksia PADL toiminnoissa		8,494 (0,006)	
Käynyt poliklinikalla 12kk aikana	2,395 (0,033)		
Koettu yksinäisyys	5,759 (0,001)		
Elämänhalu		,272 (0,090)	
Sosiaalisten suhteiden sujuvuus			1,697 (0,082)

Yksinäisyys ja puutteellinen asuminen yhdistyneenä heikoksi koettuun terveyteen ja sairaala- ja poliklinikakäynteihin altistavat tuloksen mukaan pysyvälle laitoshoidolle. On huomattava, että tästä kuvasta puuttuu alentuneen kognition merkitys, mitä pidetään laitoshoittoon joutumisen suurimpana syynä. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan 93 prosentilla laitoksissa hoidettavista vanhuksista on alentunut kognitiotaso, vaikka kaikilla ei ole asianmukaista diagnoosia (SVT 2003). Tämä tutkimus osoittaa, että dementian lisäksi laitoshoittoon päädytään myös koetun yksinäisyyden ja puutteellisen asumisen sekä fyysisten toimintakyöngelmien takia. Asunnon varustetasoa parantamalla ja kotipalveluja lisäämällä voitaisiin mahdollisesti myöhentää näiden ihmisten laitoshoittoon joutumista. Toisaalta heille voisi juuri palveluasunto olla sopiva ratkaisu.

## Kotihoidosta laitokseen siirtyneet vs. kotihoidossa pysyneet

Verrattaessa kotihoidosta laitokseen siirtyneitä kotihoidossa pysyneisiin nousevat ongelmat perustoiminnoissa erottelevaksi tekijäksi. Jos henkilö on kaikissa henkilökohtaisissa toimissaan autettava, hänellä on 8-kertainen todennäköisyys joutua kotihoidosta laitokseen kuin näissä toimissa itsenäisillä. Hyvä elämänhalu eli hyvä psyykinen toimintakyky vähentää riskiä 73 %. Saattaa olla, että myös kotihoidossa olevien asiakkaiden psyykkisen toimintakyvyn tukemisella voidaan ehkäistä laitossijoituksia.

## Kotoa ilman kotihoitoa laitokseen siirtyneet verrattuna kotihoitoon siirtyneisiin ja siinä pysyneisiin

Ilman kotihoitovaihetta suoraan pitkäaikaishoitoon siirtyvät olivat ammattikoulutettuja, puutteellisesti asuvia miehiä, joilla oli ongelmia arjen askareissa ja hyvät sosiaaliset verkostot. Tässä ryhmässä puutteellinen asuminen kolminkertaisti laitoshoidon joutumisen riskin. Asunnon perusvarustetasoa korjaamalla ja kotipalvelua lisäämällä voitaisiin ehkäistä laitossijoituksia tässä ryhmässä.

### 7.6.4 Esteettömyyden lisäämisen ehkäisevä potentiaali

Palvelutarpeiden ja palvelujen käytön ehkäisemispotentiaalia esteettömyyttä lisäämällä voidaan karkeasti arvioida projisoimalla ongelmien yleisyyttä 75 vuotta täyttäneeseen väestöön eli arvioimalla, miten suurella osalla näitä ongelmia ja yhteyksiä palvelujen käyttöön esiintyy (taulukko 7.25).

**Taulukko 7.25** Merkittävimpien asuntoon ja asuinympäristöön liittyvien ongelmien yleisyys eri toimintakykoryhmissä (%).

Ongelma	Vain IADL-ongelmia	IADL + pieniä PADL-ongelmia	IADL + suuria PADL-ongelmia	Yhteensä
Huonot liikenneyhteydet	5	10	-	15
Hissin puuttuminen ja/tai hankalat portaat	-	18	20	38
Puutteita pesutiloissa ja keittiössä	-	13	18	30

Voidaan päätellä, että toimintakyvyn heikentymisen ensimmäisessä vaiheessa huonot liikenneyhteydet liittyvät avun tarpeeseen. Seuraavassa vaiheessa hissien puuttuminen, hankalat portaat, asunnon perusvarustetason puutteet muodostuvat ongelmiksi, ja niiden merkitys vain korostuu kun tullaan suuriin toimintakykyvaikeuksiin. Liikenneyhteyksiä parantamalla voitaisiin lieventää runsaan joka

kymmenennen avun tarvetta. Kaksi viidestä hyötyisi hissien rakentamisesta ja joka kolmas keittiön ja/tai pesutilojen remontoinnista.

Kun toimintakyvyn ongelmien syitä tarkasteltiin palvelujen käytön ja intensiteetin mukaan, nähtiin että ikääntyneiden arkiaskareisiin liittyvien toimintakyvyn (IADL-toimintakyky) parantamisella voitaisiin laajimmillaan vaikuttaa:

- 27 % tukipalvelujen käytöstä
- 77 % kaikkien palvelujen käytöstä
- 58 % päivittäisestä käytöstä
- 38 % viikoittaisesta käytöstä
- 27 % harvemmassa käytöstä

Lisäksi hissejä rakentamalla voitaisiin vähentää runsaan joka kymmenennen osalta kotihoidon alkamista niin yhden kuin viidenkin vuoden sisällä. Parantamalla asunnon perusvarustetasoa voitaisiin ehkäistä tai myöhentää 7 % laitossijoituksista. Näillä toimin siis voitaisiin ehkäistä tai myöhentää joka viides uusi asiakkuus viiden vuoden sisällä.

Koska ongelmat eivät ole toisiaan poissulkevia eikä ole tietoa, ovatko ne kulloinkin pääsyyinä palvelujen käyttöön, ei pidemmälle meneviä johtopäätöksiä voida tehdä. Kuitenkin jo tämänkin karkea arviointi osoittaa, että ainakin 20–30 prosenttiin tukipalvelujen käytöstä ja puoleen päivittäisestäkin käytöstä olisi mahdollista vaikuttaa (ehkäistä, vähentää tai jopa poistaa), jos voitaisiin poistaa kotona selviytymisen esteitä. Pitkällä aikavälillä, kun ikääntyneiden koulutus, elintaso ja maksukyky paranevat julkisten palvelujen tarve näihin toimintoihin tulee vähenemään. Vuoteen 2015 mennessä tämä ei tuone ratkaisua ainakaan laajassa mitassa, sillä silloin nykyiset 70–75-vuotiaat ovat palvelujen pääasiallisia käyttäjiä. Siksi tällä vuosikymmenellä on kiinnitettävä erityistä huomiota yhtäältä asuntojen ja asuinympäristöjen parantamiseen, mutta myös palvelutarjonnan kehittämiseen tarvetta vastaavaksi ja ikääntyneiden kotona selviytymistä aidosti tukeviksi.

## 7.7 Ikääntyneiden hoivapalvelujen nykytila ja skenaarioita tulevista palvelutarpeista

### 7.7.1 Ikääntyneiden palvelujen nykytila ja kehitys ajalla 1990–2002

Tässä ja monessa muussakin tutkimuksessa on selvästi käynyt ilmi, että kotona asuville ja toimintakyvyltään heikentyneille ikääntyneille kotiin annettavat palvelut ja hoito ovat tärkeitä. Koko 1990-luvun juuri niitä kuitenkin supistettiin voimakkaasti, ja vasta vuonna 2002 nähdään ensimmäisen kerran myös kodinhoitoavun asiakasmäärien lisääntyneen. Verrattuna tämän tutkimuksen tuloksiin

suunta vuonna 2002 on oikea siinä, että kotiin annettavan intensiivisemmän avun asiakasmäärä on lisääntynyt ensimmäisen kerran yli kymmeneen vuoteen ja tukipalvelujen kattavuus on kääntynyt nousuun (liitetaulukot 7.4–7.5). Absoluuttiset lisäykset ovat olleet pienempiä kuin ikääntyneiden määrän kehitys, joten palvelujen kehitys suhteessa ikääntyneiden määrän kasvuun on ollut jatkuvasti laskeva (taulukko 7.26).

**Taulukko 7.26** Ikääntyneiden keskeisten hoivapalvelujen profiili ja muutokset 1988–2002.

Asiakkaat palveluittain	1988	1995	2000	2002	Erotus %	Erotus %
Asiakkaat % 65+					1988–2002	1995–2002
Kodinhoitoapu	19,3	11,8	10,7	10,6	-45,1	-10,2
Tukipalvelut	15,1	13,4	13,5	13,8	-8,6	3,0
Omaishoidon tuki	1,8	1,5	1,8	2,1	16,7	40,0
Palveluasuminen *	0,9	1,9	2,7	2,9	222,2	52,6
Vanhainkotipaikat (kaikki)**	4,4	3,5	2,7	2,6	-40,9	-25,7
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	1,6	1,9	1,7	1,6	0,0	-15,8
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat****	2,2	0,2	0,1	0,01	-99,5	-95,0
Asiakkaat % 75+***						
Kodinhoitoapu	31,5	22,1	19,7	19,3	-38,7	-12,7
Tukipalvelut	-	-	-	-	-	-
Omaishoidon tuki	3,3	2,7	3,0	3,4	3,0	25,9
Palveluasuminen*	2,1	3,4	5,1	5,3	152,4	55,9
Vanhainkotipaikat (kaikki)**	7,8	6,5	5,3	5,0	-35,9	-23,1
Terveyskeskuksen pitkäaikaispaikat	3,4	3,7	3,1	2,8	-17,6	-24,3
Erikoissairaanhoidon pitkäaikaispaikat****	3,0	0,3	0,2	0,1	-96,3	-63,3

\* Sisältää sekä tehostetun että eriytymättömän palveluasumisen.

\*\*Sisältää vanhainkotihoiton ilman tehostettua palveluasumista. Paikat ovat laskennallisia (hoitopäivien määrä/365).

\*\*\* Laskennallinen luku: Asiakkaat 65+ suhteutettu 75 vuotta täyttäneeseen väestöön.

\*\*\*\* Arvio

Suhteessa ikääntyneiden määrän kasvuun vain omaishoidon tuki ja palveluasuminen ovat lisääntyneet tarkastelujaksolla. Menneen 15 vuoden tarkastelu osoittaa, että tuona aikana ja erityisesti 1990-luvun laman kourissa ikääntyneiden palvelutarjonta niukkeni kauttaaltaan. Vastuuta ikääntyneiden kotona selviytymisen tukemisessa on siirretty omaisille, ja on priorisoitu palveluasumista. Erikoissairaanhoidon pitkäaikaishoidon supistaminen on kehitystä linjanneen palvelurakennetyöryhmän (STM 1992) tavoitteiden mukaista, mutta kodinhoitoavun ja yleensä kotipalvelujen kehitys on mennyt väärään suuntaan. Tuloksena ovat niukentuneet palvelut, mutta perustaltaan edelleenkin laitosvaltainen palvelurakenne.

Omaishoidon tukea on tarkastelujaksolla kehitetty tarmokkaasti. Vuonna 1998 sen lainsäädäntöä uusittiin, ja muun muassa säädettiin minimitaso kuukausikor-

vaukselle sekä annettiin sitovaa hoitotyötä tekeville omaishoitajille oikeus yhteen vapaapäivään kuukaudessa. Vuoden 2002 alusta omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä henkilöllä on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin ollut sidottu hoitoon ympäri vuorokauden tai jatkuvasti päivittäin. Tuorein esitys<sup>3</sup> omaishoidon uudistamisesta on vuodelta 2002 (Aaltonen 2004). Siinä ehdotetaan omaishoidon kattavuuden miltei kolminkertaistamista nykyisestä vuoteen 2012 eli 8 prosenttiin 75 vuotiaista. Rahoitusvas- tuuta esitetään muutettavaksi siten, että omaishoidon tuen palkkiot maksettai- siin Kelan kautta. Omaishoidon tuki muodostuisi omaishoitajalle tulevasta palkki- osta, hoidettavalle tulevasta palveluista sekä omaishoitajalle tulevasta tuesta. Omaishoidolla on huomattava merkitys laitoshoidon korvaajana, sillä vuonna 2002 se korvasi arviolta noin 11 400 pitkäaikaishoitopaikkaa (Vaarama ym. 2003.) Kun vanhuspariskuntien määrä lisääntyy jatkuvasti, on tämä heidän kan- naltaan hyvä suunta. Vuoden 1998 vanhuusbarometrin mukaan omaishoito ei kuitenkaan ollut yksinäisten, ikääntyneiden naisten toivomuslistalla korkealla, vaan he halusivat saada avun kunnallisista palveluista. Omaishoidon laajentami- sen tulisikin perustua vapaaehtoisuuteen, ja sen tulisi olla julkisia palveluja täy- dentävä mutta ei sitä korvaava huolenpidon muoto.

Vuoden 2002 aikana palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä hoi- dettiin kaikkiaan yli 53 000 yli 65-vuotiaista, mikä on 14 prosenttia enemmän kuin vuonna 1990 (liitetaulukko 7.6). Palveluasumisen ja laitoshoidon suhteelli- nen kattavuus kuitenkin on laskenut 16 prosenttiin. Kun nykyään tehostettu palveluasuminen korvaa terveyskeskuksenkin pitkäaikaishoitoa, on pitkäaikais- hoitoa muutettu määrätietoisesti kodinomaisemmaksi. Monissa tutkimuksissa palveluasuminen on todettu vanhusten, heidän omaistensa ja henkilökunnankin mielestä parhaaksi pitkäaikaishoidon ratkaisuksi, joten suunta näyttää oikealta. Ongelmaksi on kuitenkin noussut palveluasumisen laatu ja turvallisuus, sillä monessa niistä hoidetaan huonokuntoisia vanhuksia riittämättömin henkilöstömi- toituksin. Yksi tulevan vuosikymmenen tehtävistä onkin ratkaista nämä palvelu- asumisen ongelmat. Lisäksi akuutin terveydenhuollon tulisi vastata vanhusten sairaanhoidon tarpeisiin nopeasti ja oikeilla toimenpiteillä. Erikoissairanhoidon toimenpiteitä ei saisi jättää niin myöhään, ettei niillä enää savuteta sitä hyötyä mikä nopealla reagoinnilla saavutettaisiin.

Kodinhoitoapu ja kotisairaanhoito ovat huonokuntoisten ikääntyneiden kotona asumista turvaavan palvelustrategian ydin. Stakesin "kotihoito" hoitoilmoitus- rekisterin mukaan vuonna 2001 säännöllistä apua kotiin sai vajaa 7 prosenttia (53 277) yli 65-vuotiaista ja 12 prosenttia (41 284) yli 75-vuotiaista. Asiakkaat ovat yhä vanhempia ja 81 prosenttia oli yli 75-vuotiaita (taulukko 7.27). Tukipal- veluja ei tilastoida erikseen 75 vuotta täyttäneille. Tämän tutkimuksen tulosten

---

<sup>3</sup> Esitys on ollut laajalla lausuntokierroksella kevään ja kesän 2004 aikana.

perusteella tukipalvelujen käytöstä 65 prosenttia olisi yli 75 vuotta täyttäneiden käyttöä.

**Taulukko 7.27** Säännöllisen "kotihoidon" asiakkaat ikäryhmittäin ja muutos vuodesta 1995 vuoteen 2001.

Ikäryhmät							Muutos	
	1995	% *	1999	% *	2001	%	lkm	%
65–74 vuotta	11 993	22,5	10 297	20,0	10 122	19,3	-1 871	-15,6
75–84 vuotta	26 364	49,5	25 007	48,7	25 288	48,3	-1 076	-4,1
yli 85 vuotta	14 920	28,0	16 107	31,3	16 943	32,4	2 023	13,6
Yhteensä 65 +	53 277	100,0	51 411	100,0	52 353	100,0	-924	-1,7
Yhteensä 75 +	41 284	77,5	41 114	80,0	42 231	80,7	947	2,3

\* % 65 vuotta täyttäneistä asiakkaista

Lähde: Stakesin hoitoilmoitusrekisterit. Analyysi: Evergreen 2000 Plus.

Palvelutyypeittäin tarkastellen kodinhoitoapu on edelleenkin ikääntyneiden ihmisten "kotihoidon" kivijalka, sillä vuonna 2001 noin puolet asiakkaista sai vain sitä. Vajaa neljäsosa sai vain kotisairaanhoidon ja noin joka kolmas molempia eli "kotihoidon", miksi sitä alettiin 1990-luvulla kutsua (taulukko 7.28). Tätä ja edellisten toimintakyvyn ongelmien ja niiden syiden analyysien taustaa vasten on varsin kapea-alaista puhua ikääntyneiden säännöllisestä kotipalvelusta "kotihoidon". Vaikka kotipalvelulla onkin lisääntyvästi hoidollinen rooli, tällainen terminologia redusoi kotona asuvien ikääntyneiden tarpeet "hoidon" tarpeeksi, ja medikalisoivat kotipalvelut.

**Taulukko 7.28** 65 vuotta täyttäneet "kotihoidon" asiakkaat palvelutyypeittäin vuosina 1997\*, 1999 ja 2001.

Palvelu	1997		1999		2001		Muutos	
		%		%		%		%
Kodinhoitoapu/ kotipalvelu	21 474	42,3	22 215	43,2	24 590	47,0	3 116	14,5
Kotisairaanhoidon kotipalvelu ja koti- sairaanhoidon	12 503	24,7	12 036	23,4	11 843	22,6	-660	-5,3
	14 678	29,0	17 160	33,4	15 920	30,4	1 242	8,5
Yhteensä	48 655	100,0	51 411	100,0	52 353	100,0	3 698	7,6

\* vuonna 1995 ei erotettu kotipalvelua ja kotisairaanhoidon ja vuonna 1997 niille kunnille, jotka eivät olleet tietojan lähettäneet, ei tehty uusintakyselyä.

Lähde: Stakesin hoitoilmoitusrekisterit. Analyysi: Evergreen 2000 Plus.

Asiakkaiden luona käytiin koko tarkastelujakson yleensä 1–8 kertaa kuukaudessa mediaanin ollessa 10. Siten asiakkaat saivat keskimäärin 2 käyntiä viikossa. Yli 41 käyntiä kuukaudessa eli päivittäin jopa useamman kerran apua saavien määrä oli kuitenkin noussut 15 prosentista vuonna 1995 kaikkiaan 24 prosenttiin asiakkaista vuonna 2001. Kaikkiaan noin kahdeksan prosenttia 75 vuotta täyttäneistä sai kotiin apua päivittäin. Valtakunnallisen tilaston luku on sama kuin edellä kaikkien tutkittavien osalta saatu.

Ikääntyneiden pitkäaikaisen hoivan käyttökustannukset olivat vuonna 2002 kaikkiaan arviolta noin 2,3 miljardia euroa ilman terveyskeskusten lyhytaikaishoitoa. Kotipalvelun osuus niistä oli vajaat 25 prosenttia, laitoshoidon 56 prosenttia, palveluasumisen 17 prosenttia ja omaishoidon tuen kolme prosenttia (liitetäulukko 7.10).

Nykyinen hoivapalvelujen kattavuus näyttää laajuudeltaan vastaavan kohtuullisen hyvin tämän tutkimuksen tulosten mukaista 75 vuotta täyttäneiden palvelutarvetta, mutta annetun avun määrä näyttää riittämättömältä. Kun 12 prosenttia hyvän kognition omaavista kotona asuvista oli päivittäisen avun tarpeessa, ja kahdeksan prosenttia sai sitä, oli jo tästä tarpeesta kolmasosa tyydyttämättä vuonna 2002. Luvusta puuttuvat lisäksi niin 65–74-vuotiaiden kuin dementoituneiden asiakkaidenkin tarpeet. Vuonna 2002 noin 20 prosenttia säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli dementoituneita (SVT 2003). Lisäksi yksinään ikääntyneiden palveluista puuttui vuonna 2002 arviolta noin 6 350 virkaa. Esimerkiksi SOMERA-toimikunta esitti tämän vajeen korjaamista ja sisällytti sen laskelmiinsa (STM 2002).

### 7.7.2 Hoivan tarve ja palveluvaje

Tässä tutkimuksessa on kuvattu 75 vuotta täyttäneiden, keskimäärin 81-vuotiaiden kotona asuvien toimintakykyä ja palvelujen käyttöä vuonna 1998 poikkileikkausaineiston avulla. Tulosten mukaan joka kolmas heistä selvisi ilman vaikeuksia kotona, 26 prosentilla oli ongelmia vain kotiaskareissa ja asiointissa, 35 prosentilla lisäksi pieniä ongelmia henkilökohtaisissa päivittäisissä toiminnaissa ja 12 prosentilla on suuria ongelmia selvitä kotona. Kun avun tarvetta on kahdella kolmesta, vain joka kolmas käytti joko yksityisiä tai julkisia kotipalveluja. Suurin osa sai ilmeisesti tarvittavan avun läheisiltään ja ystäviltaan, ja vain puolet palveluja käyttämättömistä arvioi olevansa niiden tarpeessa. Epävirallinen apu näyttää siten edelleenkin olevan ikääntyneiden yleisin avun lähde.

Miltei jokaisella alentuneeseen toimintakykyyn liittyivät asunnon ja asuin ympäristön puutteellisuudet ja liikuntaesteet, aiheuttaen ennen aikaista palvelun tarvetta. Pisimpään kotona itsenäisesti selviytyvät olivat paremmin koulutettuja, taloutensa turvatuksi kokevia, heidän asumistasonsa ja psyykinen toimintakykynsä



olivat hyvät, ja heillä oli hyvät sosiaaliset verkostot. Heidän määränsä lisääntyy tulevaisuudessa.

Yleisesti uskotaan ikääntyneiden toimintakyvyn paranevan jatkuvasti tulevaisuudessa parantuneen elintason ansiosta. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan viimeksi kuluneen 20 vuoden aikana monet kansansairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja useat tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat vähentyneet, ja tuki- ja liikuntaelimistön terveys parantunut. Toisaalta lihavuus ja alkoholinkäyttö ovat yleistyneet, samoin naisten tupakointi. Pitkän koulutuksen saaneiden terveys on parempi kuin lyhyen, ja naimisissa olevien parempi kuin muiden ryhmien. Alueelliset erot ovat kuitenkin suuria, ja esimerkiksi Itä-Suomessa sairastavuus muuta maata yleisempää (Aromaa & Koskinen 2002). Samaisen tutkimuksen mukaan 65–84-vuotiaiden toimintakyky on selvästi kohentunut, mutta 85 vuotta täyttäneiden osalta ei tällaista havaintoa ole voitu tehdä. Mikäli toimintakyvyn kehitys jatkuisi vuoteen 2015 samantyyppisenä, nykyiseen verrattuna

- ikääntyneet tarvitsisivat 15 % vähemmän apua pukeutumisessa ja kaupassa käynnissä
- heillä olisi 18 % parempi liikkumiskyky ja 9 % parempi kyky kantaa taakkaa sekä
- 14 % parempi kyky kulkea portaissa ja
- 38 % parempi siivouskyky

Toimintakyvyn suotuisa kehitys vähentänee siten ainakin nuorempien ikääntyneiden tukipalvelujen tarvetta tulevaisuudessa. Lisäksi heidän parantuva maksukykynsä antaa heille mahdollisuuden hankkia tarvitsemansa palvelut yksityiseltä sektorilta, jos niistä on tarjontaa. Siivouskyvyn dramaattinen paraneminen liittyy kehittyneeseen siivousteknologiaan kevyine siivousvälineineen. Moderni teknologia tuottanee tulevan vuosikymmenen aikana myös uusia tuotteita helpottamaan ikääntyneiden kotona selviytymistä. Tämän tutkimuksen tulokset nostavat kuitenkin selvästi esiin sen, ettei riitä että vain yksilön toimintakyky paranee, vaan myös asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyteen on panostettava, jotta helpotetaan myös vanhimpien ikääntyneiden kotona asumista.

Vuoteen 2015 on vain 11 vuotta, mikä on palvelujärjestelmän kannalta lyhyt aika. Palvelujen käyttäjistä valtaosa on jo nyt yli 80-vuotiaita ja lähempänä 85 vuoden ikää, ja palvelujen käytön alkaminen on myöhentynyt samoihin ikävuoosiin. Hoivatarpeita vuoteen 2015 ajatellen ovat juuri tässä tutkimuksessakin kohteena olleet nykyiset 75 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat olennaisin joukko. Nyt 55–65-vuotiaat ovat vuotta 2030 ajatellen ydinjoukko, ja juuri heidän toimintakykynsä voi olettaa kohentuvan. Nämä myöhemmät kohortit tullevat muovaamaan palvelutarjontaa ja palvelumarkkinoita suuresti, mutta vuoteen 2015 ei liene odotettavissa suuria muutoksia hoivaa tarvitsevien ikääntyneiden tarpeissa.

Tosin mennyt kymmenvuotiskausi osoittaa, että suuriakin muutoksia voi tapahtua lyhyessäkin ajassa talouskehityksen ja poliittisten päätösten perustalta.

Tässä tutkimuksessa siis kaikkiaan 32 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä käytti palveluja vuonna 1998, kun 39 prosenttia oli niiden tarpeessa. Vähintään kerran viikossa apua sai 16 prosenttia ja saman verran tätä harvemmin. 12 prosenttia tutkittavista oli päivittäisen avun tarpeessa, kun 7,9 prosenttia sai apua päivittäin. Laskennallisesti neljä prosenttia 75 vuotta täyttäneistä intensiivisen avun tarpeessa olevista sai sitä liian harvoin. 21 prosenttia koki, ettei saanut apua riittävästi ja 10 prosenttia näytti saavan ylipalvelua. Avun vähäisyys näyttää siten liittyvän kolmeen asiaan: palvelujen matalaan määrälliseen kattavuuteen kohdeväestöstä, palvelujen liian alhaiseen intensiteettiin ja etenkin päivittäisen avun riittämättömyyteen, sekä palvelujen kohdentamisen heikkouksiin. Tähän lienee johtanut ikääntyneiden hoivapalveluihin 1990-luvulla kehittynyt henkilöstövaje.

### 7.7.3 Kolme skenaarioita tulevasta palvelurakenteesta

Tulevia palvelutarpeita ei tulisi arvioida poikkileikkausaineiston perusteella, siksi tässä tutkimuksessa on rinnalla käytetty pitkittäisaineistona valtakunnallisia tilastoja, sekä verrattu tuloksia mahdollisuuksien mukaan muiden tutkimusten tuloksiin. Epävarmuutta lisäävät ympäristöstä johtuvat, ulkoiset tekijät kuten asuin- ympäristöjen kehitys, kuntien taloudellinen kehitys ja poliittisen päätöksenteon tulevat linjaukset. Tässä raportissa ei ole tavoitteena esittää mitään tulevaisuuden tavoitemalleja, vaan arvioida nykyisen varautumisen riittävyyttä suhteessa nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin. Tätä arvioidaan seuraavassa ensin katsomalla miltä palvelurakenne vuosina 2015 ja 2030 näyttäisi, mikäli jatkettaisiin nyky-malliin. Tämän jälkeen hahmotellaan tulevaa palvelurakennetta tässä tutkimuksessa esiinnousseisiin tarpeisiin perustuen. Ensiksi laaditaan "minimimalli", jossa kattavuudet pidetään nykytasolla, mutta nostetaan kotiin annettavan avun intensiteettiä vastaamaan tarpeeseen nykyistä paremmin. Tämän jälkeen laaditaan "maksimiskenaario", jossa ikääntyneiden tarpeisiin vastataan hyvin. Lopuksi skenaarioita verrataan toisiinsa, ja niiden välisiä eroja havainnollistetaan graafisten kuvioiden avulla. On selvää, että tällaiset mallit pysyvät ottamaan huomioon muutoksia vain rajallisesti, mutta silti ne voivat tarjota arvokasta tietoa tulevaisuuden suunnittelua varten. Lisäksi on huomattava, että mallit ovat hoivan tarpeen estimaatteja, jotka on laskettu 75 vuotta täyttäneisiin suhteutettuina. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö alle 75 -vuotiailla ikääntyneillä voisi olla sellaisia hoivatarpeita, joihin tulisi vastata yhteiskunnan palveluin.

## Nykymallin jatkaminen

Mikäli jatkettaisiin nykymallia vuoteen 2015, palvelujen kattavuus ja käyttö, intensiteetti ja kohdentaminen ja henkilöstömitoitukset säilyisivät nykytasolla (ks. luku 7.8.1 ja liitetaulukko 7.10). Palvelurakenteen kehitykseen vaikuttaisi vain ikääntyneiden määrän lisäys. Nykytason säilyttäminen merkitsisi sitä, että niin asiakasmäärät, paikkamäärät kuin käyttökustannuksetkin lisääntyisivät 24 prosenttia vuoteen 2015. Vuoteen 2030 kaikki kaksinkertaistuisivat ja pelkästään kotipalvelun, pysyvän laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen kustannukset olisivat nykyrahassa 3,2 miljardia euroa. Luvuissa ei ole huomioitu henkilöstöväjien korjaamista. Sen korjaaminen tulevana 10-vuotiskautena lisäisi kustannuksia noin 20 miljoonaa euroa vuodessa.

## Korjatun intensiteetin malli eli "minimimalli"

Seuraavaksi laaditaan tämän tutkimuksen perusteella ikääntyneiden tarpeisiin perustuva skenaario, jossa korjataan kotiin annettavien palvelujen intensiteettiä nykyistä korkeammaksi. Vaikka malli on nykymallia laadukkaampi, on sitä perusteltua kutsua ikääntyneiden tarpeisiin nähden minimimalliksi, koska se kattaa vain puolet arvioidusta intensiivisen hoivan tarpeesta, ja kattaa vain 75 vuotta täyttäneiden tarpeet. Malli (taulukko 7.29) perustuu seuraaville oletuksille:

- 75 vuotta täyttäneistä kaikkiaan 36 prosenttia tarvitsee tukipalveluja
- julkiset tukipalvelut mitoitetaan laskennallisesti 18 prosentille 75 vuotta täyttäneistä ja muu tarve oletetaan tyydytettävän yksityisin palveluin ja läheisavulla
- päivittäisen kotiin annettavan avun tarve mitoitetaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella 12 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä. Verrattuna nyky-malliin päivittäin apua saavien määrä yli kaksinkertaistuu tukevana 10-vuotiskautena
- tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon kattavuus pidetään nykytasossa eli 10 prosentissa 75 vuotta täyttäneistä
- kustannukset lasketaan nykyisten asiakaskohtaisten keskimääräiskustannusten avulla. Ne ovat seuraavat:
  - o Tukipalveluasiakkaan keskimääräinen kustannus on 527€/vuosi
  - o Säännöllisen kotihoidon asiakkaan kustannus on 3 224€/vuosi eli 62€/viikko
  - o Päivittäisen kotihoidon asiakkaan kustannus on 9 672€/vuosi eli 26 €/päivä
  - o Tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon kustannus on 36 500€/vuosi/asiakas eli 100 €/päivä.

**Taulukko 7.29** Minimiskenaario ilman dementoituneiden arvioituja tarpeita.

	Kattavuus %	2002	Kattavuus %	2015	Kattavuus %	2030
Tukipalvelut	20	71 582	18	79 825	18	130 308
Säännöllinen koti- hoito/kotipalvelu	12	42 949	12	53 217	12	86 872
Yhteensä	32	114 531	30	133 042	30	217 180
Päivittäin	5	17 895	12	53 217	12	86 872
Laitoshoidtoa	10	35 791	10	44 347	10	72 394

Minimiskenaariossa kotipalvelun asiakasmäärä kasvaa tulevan 10-vuotiskauden aikana kaikkiaan noin 10 000 henkilöllä (24 %) ja laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakasmäärä noin 8 000 henkilöllä (24 %). Koska näiden palvelujen kattavuutta ei nostettu on asiakasmäärän kasvu siis sama kuin nykytilassa. Sen sijaan päivittäin apua saavien määrä yli kaksinkertaistuu vastaamaan ikääntyneiden kotona asuvien tarpeita nykyistä paremmin. Samalla palvelujen kohdentamista tehostetaan niin, että kaikilla on hoito- ja palvelusuunnitelma. Minimiskenaariossa painopiste ei siten ole kattavuuden laajennuksissa vaan kotiin annettavien palvelujen intensiteetin nostamisessa Ruotsin ja Tanskan tapaan. Laitoshoitopaikat on varattu dementoituneille. Tähänkin tulevat lisäksi aiemmin mainitut henkilöstövajeen korjaamisesta aiheutuvat kustannukset.

### Maksimimalli

Aiemmin todettiin keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavien 65 vuotta täyttäneiden määrän kasvavan voimakkaasti tulevaisuudessa. Arviot heidän määrästään vaihtelevat jonkin verran. Jotta heidän palvelutarpeensa on voitu ottaa mukaan skenaarioihin, on määrät suhteutettu 75 vuotta täyttäneiden määrään. Nämä laskennalliset dementoituneiden henkilöiden väestöosuudet vaihtelevat 19–23 prosentin välillä vuonna 2015 ja 15–20 prosentin välillä vuonna 2030, ellei mitään tätä sairautta pysäyttävää tai olennaisesti hidastavaa, kohtuuhintais- ta lääkettä tule ennen sitä markkinoille. Maksimiskenaario ottaa huomioon sekä näiden dementoituneiden henkilöiden että muista syistä avun tarpeessa kotona olevien ikääntyneiden tarpeet. Ikääntyneiden tarpeista lähtien tämäkään skenaario ei ole maksimi, vaan taso, jonka palvelujärjestelmän tulisi saavuttaa jos haluttaisiin vastata ikääntyneiden tarpeisiin hyvin. Skenaariossa (taulukko 7.30) oletetaan, että

- dementoituneiden laskennallinen osuus 65 vuotta täyttäneet mukaan lukien on 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 22 prosenttia vuonna 2015 ja 19 prosenttia vuonna 2030

- runsas puolet eli 55 prosenttia heistä hoidetaan tehostetussa palveluasumisessa ja laitoshoidossa, loput ovat kotona omaishoidon ja päivittäisen kotiin annettavan avun tuella
- siten tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon tarve on yhteensä 12 prosenttia
- intensiivisen kotipalvelun ja -hoidon tarve nousee 22 prosenttiin kun dementoituneiden tarve lisätään muista syistä päivittäin apua tarvitsevien tarpeeseen
- muiden tukipalvelujen tarve on 18 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä
- kustannuslaskennassa käytetään samoja periaatteita kuin minimimallissa-kin.

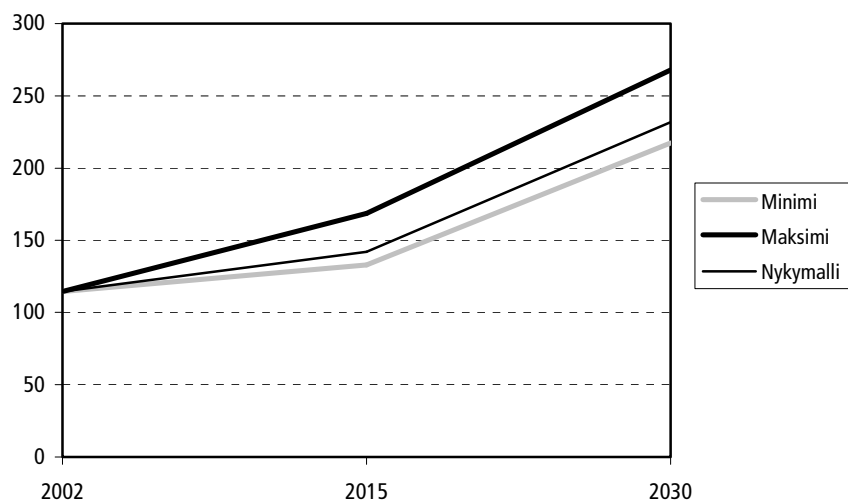
**Taulukko 7.30** Maksimiskenaario vuosiin 2015 ja 2030, dementoituneiden tarpeet mukana.

	Kattavuus %	2002	Kattavuus %	2015	Kattavuus %	2030
Tukipalvelut	20	71 582	18	79 825	18	130 308
Säännöllinen koti- hoito/kotipalvelu	12	42 949	22	97 565	20	144 786
Yhteensä	32	114 531	40	177 390	38	275 094
Päivittäin	5	17 895	22	97 565	20	144 786
Laitoshoitoa	10	35 791	12	53 216	12	86 872

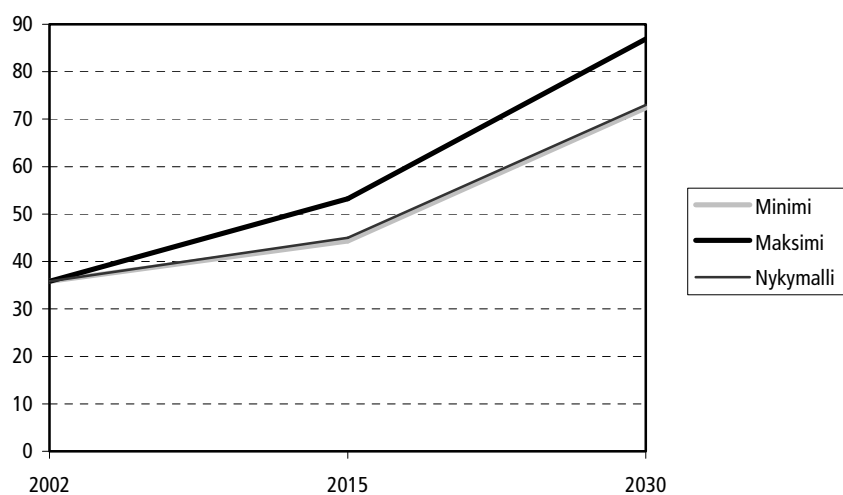
"Maksimiskenaariossa" pitkäaikainen laitoshoido ja tehostettu palveluasuminen varataan dementoituneille henkilöille, muut asuvat kotonaan kotiin annettavan avun turvin. Mallissa säännöllisen julkisen kotipalvelun ja -hoidon mitoitusta kaksinkertaistuu ja päivittäisen avun intensiteetti viisinkertaistuu. Mallissa kasvavat siis sekä kattavuus että intensiteetti, ja painopiste on kotiin annettavan avun lisäämisessä valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti.

## Mallien vertailua

**Kuvio 7.2** Kotiin annettavien palvelujen yli 75-vuotiaat asiakkaat vuosina 2002–2030, tuhatta.



**Kuvio 7.3** Laitoshoidon yli 75 -vuotiaat asiakkaat vuosina 2002–2030, tuhatta.



Kaikissa malleissa asiakkaiden määrän kehitys on rauhallista vuoteen 2015, minkä jälkeen nousu on jyrkempi. Minimimalli ja nykymalli ovat miltei samat osoittamen, että nykytilassa jo ollaan minimipalvelutasossa suhteessa arvioituun tarpeen määrään. Siten nykymallia voinee pitää minimitason varautumisena tulevaan (kuviot 7.2 ja 7.3).

Kustannuslaskenta on näissä skenaarioissa karkeaa ja tarkoituksena on lähinnä osoittaa suuntia, mihin eri vaihtoehtojilla voidaan päätyä. Kaikkiaan kustannukset vaihtelevat eri malleissa nykyisen asiakaskohtaisen keskimääräiskustannuksen mukaan laskettuna taulukon 7.31 osoittamalla tavalla.

**Taulukko 7.31** Eri mallien kustannukset vuosina 2002–2030, M€.

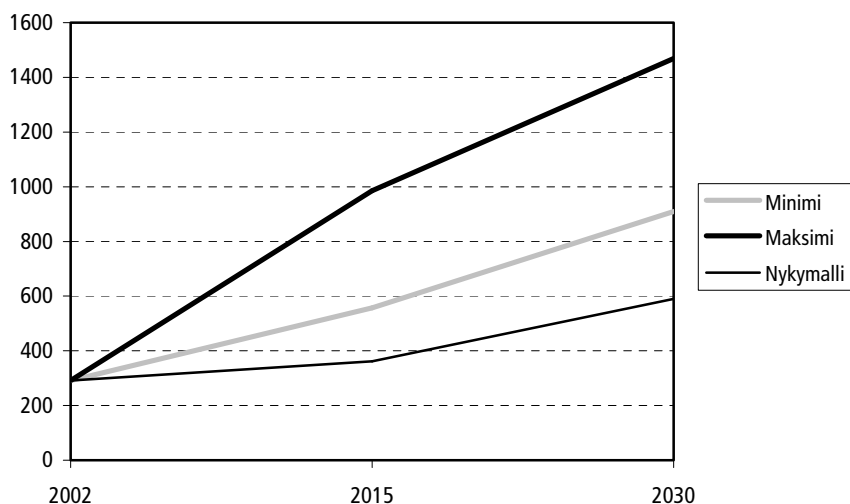
		2002	2015	2030	Kasvu % 2002–2015	Kasvu % 2002–2030
Kotiin annettavat palvelut	Nykymalli	291,6	361,2	589,8	23,9	102,3
	Minimi	291,6	556,8	908,9	91,0	211,7
	Maksimi	291,6	985,7	1 469,0	238,1	403,8
Laitoshoito	Nykymalli	1 306,4	1 618,6	2 642,8	23,9	102,3
	Minimi	1 306,4	1 618,7	2 642,4	23,9	102,3
	Maksimi	1 306,4	1 942,4	3 170,8	48,7	142,7
Yhteensä	Nykymalli	1 597,9	1 979,8	3 232,6	23,9	102,3
	Minimi	1 598,0	2 175,4	3 551,3	36,1	122,2
	Maksimi	1 598,0	2 928,1	4 639,9	83,2	190,4

Nykymallin jatkaminen tulevaisuuteen olisi halvin, mutta myös niukin vaihtoehto. Siinä kustannukset kasvaisivat 24 prosenttia vuoteen 2015 ja kaksinkertaistuisivat vuoteen 2030. Ikääntyneistä kotona asuvista ja fyysisen toimintakyvyn heikouden takia palvelujen tarpeessa olevista olisi edelleenkin 41 prosenttia palvelujen ulkopuolella ja 7 prosenttia kokisi tyydyttämätöntä tarvetta. Noin viidesosa tämän ryhmän kotiin annettavan avun tarpeista olisi tyydyttämättä ja päivittäisen avun tarpeesta yli puolet. Nykymallin jatkaminen ei vastaa ikääntyneiden palvelujen tarpeeseen ja sen jatkamista voi pitää korkeintaan minimitason varautumisena tulevaan.

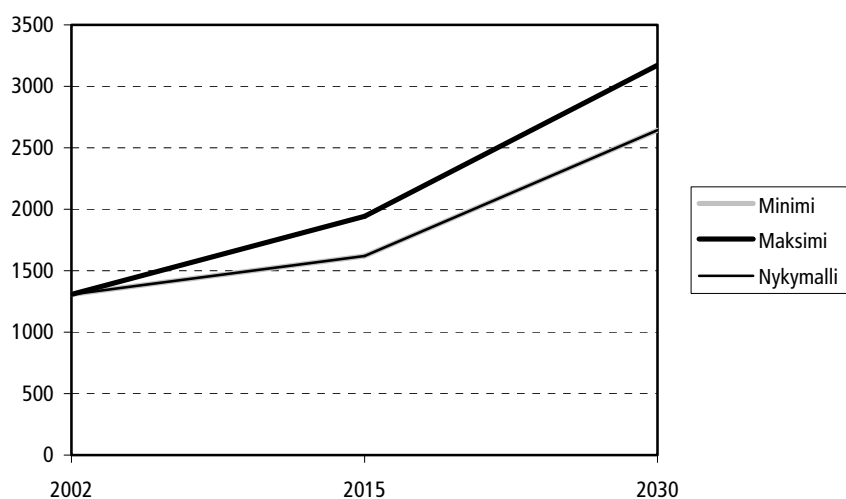
Minimimalli olisi kokonaisuutena hieman kalliimpi kuin nykymallin jatkaminen, sillä kustannukset kasvaisivat kokonaisuudessaan nykyrahassa 36 prosenttia vuoteen 2015 ja 122 prosenttia vuoteen 2030. Malli kuitenkin parantaisi palvelujen laatua olennaisesti, ja muuttaisi palvelurakennetta kotona asumista tukevaksi. Normaalin talouskasvun oloissa tähän lienee varaa. Tämä malli näyttäisi nykymallia paremmalta niin ikääntyneiden tarpeiden kuin valtakunnallisten tavoitteiden toteutumisenkin kannalta. Malli vastaa kuitenkin vain noin puoleen arvioidusta intensiivisen avun tarpeesta. Jos omaishoito ja tukipalvelut laajenevat ja kehittyvät tulevaisuudessa, jos toteutetaan ehkäiseviä toimia, ja jos tehostetaan palvelujen kohdentamista, niin tälläkin lienee mahdollista pärjätä.

Maksimimalli vastaisi ikääntyneiden tarpeisiin hyvin, mutta kustannukset miltei kaksinkertaistuisivat vuoteen 2015 ja miltei kolminkertaistuisivat vuoteen 2030 mennessä.

**Kuvio 7.4** Yli 75-vuotiaille kotiin annettavien palvelujen kustannukset vuosina 2002–2030, M€.



**Kuvio 7.5** Laitoshoidon kustannukset yli 75-vuotiaille vuosina 2002–2030, M€.



#### 7.7.4 Päätelmiä

Näitä tuloksia vasten näyttäisi siltä, että nykyinen varautuminen on oikeansuuntaista, mutta ei riittävää suhteessa ikääntyneiden tarpeisiin. Suurimmat ongelmat liittyvät kotiin annettavien palvelujen niukkaan tarjontaan, riittämättömään intensiteettiin eli asiakkaat saavat apua liian vähän suhteessa siihen, mitä he tarvitsisivat, ja palvelujen kohdentamisen osittaiseen tehottomuuteen. Laitos-



hoidon osalta näyttäisi siltä, että paikkoja on riittävästi, jos nykyisiä palveluasuntoja voidaan osin muuttaa tehostetuksi palveluasumiseksi ja jos kotiin annettavia palveluja saadaan lisättyä ja ehkäisevät toimet alkavat purra palvelujen tarvetta vähentävästi. Laitosten henkilöstövaje tulisi korjata pikaisesti.

Viimeksi kuluneen 14 vuoden aikana palvelurakenne on etäännytynyt ikääntyneiden tarpeista, ja vasta vuonna 2002 nähdään myönteisempää muutoista tässä suhteessa. Nykyinen varautuminen näyttää laitoshoidon ja palveluasumisen näkökulmasta riittävältä. Sen sijaan kotipalvelun ja kotihoidon tarjonta on jo nyt riittämätöntä ja kuilu kasvaa, ellei kehityksen suuntaa muuteta. Ikääntyneet tarvitsevat sekä hyvät terveyspalvelut että riittävät sosiaalipalvelut. Ikääntyneiden palveluja ei näiden tulosten perusteella voida enää leikata. Millainen taso halutaan tulevaisuudessa, nykyinen niukka linja vai jokin toinen, olisi keskusteltava selvästi auki.

Kyse ei kuitenkaan ole pelkästään määristä, vaan myös toimintatapojen muutoksesta. On tärkeää, että kaikki hallintokunnat oivaltavat oman vastuunsa ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen esteiden poistamisessa ja ennenaikaisen palvelutarpeen ehkäisyssä. Kun asuinympäristön esteet jopa 7-kertaistivat ja asunnon liikuntaesteet laajimmillaan 19-kertaistivat toimintakykyongelmien todennäköisyyden ei liene liioittelua todeta, että kunnan asuntoimella ja teknisellä toimella on keskeinen rooli siinä, miten ikäihmiset selviytyvät. Kaiken julkisen rakentamisen ja yhdyskuntasuunnittelun tulisi perustua esteettömyyteen, sillä se tukisi myös lapsiperheiden ja vammaisten selviytymistä. Jotta parantuva toimintakyky koituisi myös ikääntyneimpien hyödyksi, on toimintakyvyn esteiden poistamisessa saavutettava tällä vuosikymmenellä konkreettisia tuloksia. Maaliskuun alussa vuonna 2005 voimaan tulevat uudet rakentamishojeet ja ohjeet maankäytön suunnittelusta ja ympäristöjen esteettömyyden lisäämisestä tulevat hyvään aikaan.

Asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyden parantamisen lisäksi olisi uudistettava myös palvelujen tuotantoa ja rahoitusta. Ylikunnallinen ja seudullinen yhteistyö lienee tässä olennaista, mutta tarvitaan myös omaishoidon tukemista ja lisää yksityistä hoivapalvelutarjontaa. Niiden kysyntää voisi tukea esimerkiksi joustavin palveluseteloin, mutta tällöin palveluohjauksen ja asiakkaan aseman turvaaminen nousevat tärkeäksi, koska kyse on ikääntyneistä ja usein avuttomista asiakkaista. Eräs keino voisi olla laatusertifointi.

Tarvitaan myös uutta ajattelua ja toimintamalleja. Kotipalvelu ja kotihoito tulisi jäsentää uudelleen ja perustana tulisi olla sosiokulttuurinen eikä biomedisiininen näkemys vanhuudesta. Vanhat ihmiset tarvitsevat hyvät ja asiantuntevat terveyspalvelut ja hoitoa kotona, mutta he tarvitsevat myös tukea psyykkiseen hyvinvointiin, sosiaaliseen integraatioon ja vireyden ja itsetunnon ylläpitämiseen. Koti on ikääntyneiden itsetunnon ja elämänlaadun kannalta tavattoman tärkeä

paikka, siksi myös sen hoitamisessa avustamisen tulisi olla osa ikääntyneen omatoimisuuden ja elämänlaadun tukemista.

Tutkimus nosti esiin myös niin ali- kuin ylipalvelunkin, ja palvelujen suunnittele-mattoman käytön. Itse asiassa kaikki tutkittavien palvelujen käyttö vuonna 1998 oli "suunnittelematonta", koska heillä ei ollut palvelusuunnitelmia. Kun joukossa oli myös huonokuntoisia ja säännöllisesti kunnan palveluja käyttäviä henkilöitä, viittaa tulos siihen, että joka kolmas 75 vuotta täyttänyt käyttää palveluja sää-nnöllisesti ilman palvelusuunnitelmaa. Lisäksi 10 prosenttia asiakkaista sai ylipal-velua ja sama määrä alipalvelua. Vaikka osa käytöstä osoittautuikin yksityiseksi, silti se korostaa tarvetta kehittää nykyistä palvelujen kohdentamista. Tarvitaan parempaa palvelutarpeen arviointia ja palvelujen suunnittelua. Mallina voisi toi-mia esimerkiksi WHO:n määritelmän mukainen laaja-alainen toimintakyvyn arvi-ointi, johon perustuen jokaiselle palvelujen piiriin tulevalle laaditaan analyysi hänen tarpeistaan ja resursseistaan ja tähän perustuva palvelusuunnitelma, jota tarkistetaan määräajoin ja tilanteiden muuttuessa. Palvelutoiminnan tehokkuutta tulisi myös seurata säännöllisesti, ja tähän tulisi kehittää välineitä ja johtajuutta.

Kotipalvelun ja kotihoidon toimintaideologiaa ja käytäntöjä olisi tarkistettava vastaamaan ikääntyneiden tarpeita ja nykyistä gerontologista tietämystä ikään-tymisestä ja ikääntyneiden toimintakyvystä. Olisi päätettävä avoimesti, saavatko ikäihmiset palvelua kotiin vain sairaanhoidollisista vaiko myös sosiaalisista syistä ja arkipäivän toimiin. Mikäli päädytään antamaan vain kotihoitoa huonokuntoi-simmille tulisi samalla kertoa, miten järjestetään niiden vanhusten apu, joiden ongelmat liittyvät arjen toimintoihin ja joilla ei itsellään ole mahdollisuuksia jär-jestää tarvitsemaansa apua. Viimesijaisen auttamisen ideologian sijasta olisi kehitettävä ehkäiseviä ja proaktiivisia toimia, joilla voidaan tukea ikääntyneiden psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja lieventää yksinäisyyttä. Tämä haastaa myös nykyisen perus-, jatko- ja johtamiskoulutuksen, jotta päästäisiin laaja-alaisempaan ja vähemmän medikalisoituneeseen orientaatioon vanhojen ihmis-ten kotona asumisen tukemisessa.

Näissä skenaarioissa on arvioitu 65–74-vuotiaiden palvelutarpeiden vähenevän vuoteen 2015, vaikka vuonna 2002 vielä 20 prosenttia kotihoidon asiakkaista oli tämän ikäisiä, ja jopa säännöllisessä kotihoidossa heidän osuutensa oli 7 pro-senttia. Mikäli nykyinen, vuoden 2002 palvelurakenne jatkuisi lisääntyisivät niin asiakasmäärät, hoivapaikkojen määrät kuin kustannuksetkin vuoteen 2015 24 prosenttia ja vuoteen 2030 kaikkiaan 102 prosenttia eli kaksinkertaistuisivat nykyisestä. Uudet mallit eivät tuo säästöjä, mutta niillä parannettaisiin palvelu-jen tehokkuutta. Nykyinen niukka linja on tulosta jatkuvista leikkauksista, eikä samalla linjalla enää voitane jatkaa vaarantamatta palvelujärjestelmän toimi-vuutta. Silti kustannussäästöjäkin lienee mahdollista saavuttaa, jos palvelujen käyttö myöhentyy ja löydetään tehokkaampia toimintatapoja ihmisten hyvään hoitoon.

Nykyisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen näyttää näiden tulosten perusteella minimitason varautumiselta vuoden 2015 tarpeisiin. Kotipalvelujen ja kotihoidon osalta tämä kuitenkin vain jatkaisi nykyistä niukkaa linjaa ja kasvattaisi kuilua tarpeen ja tarjonnan välillä. Vuoden 2015 jälkeistä kehitystä vasten tämä saattaa kasata liian suurta kuormaa tuleville sukupolville, jotka joutuisivat kohentamaan järjestelmää samaan aikaan voimakkaasti kasvavan tarpeen kanssa. Vaikka paljon riippuu siitä, mitä ehkäisevillä ja toimintakykyä ylläpitävillä toimilla sekä toimintatapoja uudistamalla saadaan aikaan, olisi kuitenkin tunnustettava, että ikääntyneiden tarpeet vaativat nyt erityishuomiota ja että niihin tarvitaan lisäresursseja. On muistettava, että tuleva 10-vuotiskausi on palvelujen infrastruktuurin rakentamisen ja lujittamisen kannalta tärkeä, sillä vuoden 2015 jälkeen on perustan oltava kunnossa. Tämä on maan eri alueille eri tahtiin tuleva haaste, mutta siihen ei tässä tutkimuksessa ajan puutteen takia ole ollut mahdollista paneutua.

## 7.8 Yhteenveto ja suositukset

### ***Kääntyneiden hoivan tarvetta voidaan vähentää merkittävästi parantamalla asuntoja ja asuinympäristöjä***

- *Parantamalla asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyttä ja korjaamalla puutteellisia asuntoja voitaisiin vähentää ainakin joka kolmannen ikääntyneen avun tarvetta ja myöhentää noin joka kymmenes laitossijoitus*
- *Asuntotoimelle tulisi osoittaa vastuu kohentaa vanhusten puutteellisia asuntoja. Tulevan asuntorakentamisen tulisi perustua elämänkaariajatteluun niin, että asunnot ovat muunneltavia elämänvaiheiden mukaan*
- *Tekniselle lautakunnalle ja kaavoitukselle tulisi antaa vastuu kohentaa ja suunnitella asuinalueet niin, että ne tukevat kaikenikäisten, myös ikääntyneiden itsenäistä selviytymistä*
- *Kaikelta julkisin varoin rahoitetulta tai tuetulta rakentamiselta tulisi vaatia esteettömyys selvitys ja saneerauskohteilta esteettömyyssuunnitelma.*

Asunnossaan liikuntaesteitä omaavilla on kaksinkertainen riski toimintakyvyn ongelmiin verrattuna esteettömissä asunnoissa asuviin ja ympäristön liikuntaesteiden osalta tulos oli samanlainen. Asuinympäristön liikuntaesteisyys on ensimmäinen tekijä, joka altistaa ongelmille itsenäisessä kodin- ja asioiden hoidossa silloin, kun kyse ei ole dementoituneesta henkilöstä. Seuraavassa vaiheessa erityisesti asunnon liikuntaesteisyys heikentää toimintakykyä, ja ongelmia lisää asuinympäristön liikuntaesteisyys. Paljon apua tarvitsevilla asunnon perusvarustetaso ja liikuntaesteisyys ovat asuinympäristöä tärkeämpiä, osoittaen, miten tärkeää kodin toimivuus on silloin, kun toimintakyky alkaa vakavasti horjua. Perusvarustetason puute johti vielä laitossijoituksiinkin vuonna 1998.

### ***Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen ehkäisee palvelutarpeita ja tukee elämänlaatua***

- *Vanhustyön perustaa tulisi kehittää sosiokulttuurisempaan suuntaan, eikä ikääntyneiden tarpeita tulisi redusoida vain sairauksien hoitamiseksi*
- *Elämänlaadun tukeminen ja ylläpitäminen tulisi ottaa tietoisesti vanhustyön tavoitteeksi, ja niin johdon kuin lähityöntekijöidenkin koulutusta tulisi kehittää tähän suuntaan*
- *Ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tulisi tukea suuntaamalla heille toimintakykyä ylläpitäviä ja korjaavia ohjelmia.*

Hyvä terveys on ikääntyneen voimavarojen keskeinen lähde ja terveyden menetyksen suuri uhka. Ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn ylläpito ja sairauksien nopea hoitaminen auttavat pysymään omatoimisena. Tutkimus osoitti myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn suuren merkityksen omatoimiselle selviytymiselle. Siten myös näiden tukeminen olisi sisällytettävä ehkäiseviin ohjelmiin ja palvelujen toimintaideologiaan.

### ***Siivous, asiointi ja arjen askareet ovat kotona asuvien ikääntyneiden yleisimmät ongelmat***

- *Kotiin annettavien palvelujen sisältöä tulisi kehittää vastaamaan ikääntyneiden tarpeita myös muun kuin terveyden- ja sairauksien hoidon osalta. Viimesijaisen auttamisen sijasta tulisi kehittää varhaisen puuttumisen ja elämänhalun tukemisen strategioita*
- *Palvelujen tarpeen arviointia tulisi kehittää nykyistä laaja-alaisemmaksi esimerkiksi WHO:n malliin perustuen. Käyttöön tulisi saada standardi malli, joka takaisi samanlaisen arvioinnin kaikille.*

Ikääntyneiden kotona selviytymisen ongelmat kietoutuvat valtaosalla arkipäivän kodinhoitoon, siivoukseen, ruoanlaittoon ja asiointiin. Näistä palveluista on myös suurin puute. Tämän nykyinen medikalisoitunut tapa arvioida ikääntyneiden palvelutarpeita sivuuttaa. Vallalla oleva suuntaus on rajaamassa kotiin annettavan avun lääkärin läheteellä tapahtuvaksi kotihoidoksi. Onko tämä suunta toivottava, tulisi ratkaista poliittisella tasolla ja avoimesti keskustellen, ja muuttaa lainsäädäntöä vastaamaan tätä käytäntöä. Myös ikääntyneiden ja heidän omaistensa äänen tulisi kuulua tässä keskustelussa. Olisi myös hyvä muistaa, että ikääntyneiden kotona selviytymiselle on elämänhalu erittäin ratkaiseva, ja julkisin palveluin voidaan lisätä huonokuntoisten kotona asuvien vanhusten elämänlaatua.

### **Tulevaisuuden palvelurakenne**

- *Tuleva kausi vuoteen 2015 tulisi nimetä kotona asumisen tuen kehittämisen vuosikymmeneksi. Mallina voisi käyttää vaikkapa Ruotsin "Sammanhållen hemvård" -mallia, jossa tavoitteena on integroida perhelääkäri (meillä omalääkäri), kotisairaanhoidon ja sosiaalitoimen kotipalvelu yhtenäiseksi ja saumattomaksi, yksilölliseen palvelusuunnitelmaan perustuvaksi kokonaisuudeksi. Palvelusuunnitelma sisältäisi myös hoitavan omaisen palvelutarpeet*
- *Kotipalvelujen kattavuuden nostaminen STM:n suosituksen mukaisesti 25 prosenttiin 75 vuotta täyttäneistä ja päivittäisen avun kattavuuden kaksinkertaistaminen nykyisestä vastaamaan 12 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä näyttää riittävältä varautumiselta 75 vuotta täyttäneiden palvelutarpeisiin, jos toteutetaan myös ehkäisevää toimintaa. Tämä edellyttää toteutuakseen lisäresursseja.*
- *Dementoituneiden määrän kasvaessa tarvitaan myös tehostettua palveluasumista tai laitospaikkaa nykyistä enemmän eli ainakin 12 prosentille 75 vuotta täyttäneistä. Vuonna 2002 näitä oli noin 10,3 prosentille, joten nykytason ylläpitäminen ei aivan riitä varautumiseksi tulevaan. Kun kuitenkin tavanomainen palveluasuminen mukaan lukien paikkoja oli 16 prosentille, on näitä mahdollista muuttaa tehostetuksi palveluasumiseksi remontoimalla ja henkilöstöä ja palveluja lisäämällä. Siten ei välttämättä tarvita suuria uusia rakennusinvestointeja vanhusten laitospalveluihin*
- *Bruttokäyttökustannusten kokonaiskasvu vuoteen 2015 olisi näin menetellen noin 36 prosenttia ja vuoteen 2030 noin 122 prosenttia eli hieman nykyisistä jatkamista korkeampi. Samalla parannettaisiin palvelujen laatua ja rakennetta valtakunnallisten tavoitteiden ja nykyisen hallitusohjelman mukaiseksi.*

### **Palvelujen kohdentamista tulee tehostaa ja seurata ja koulutus pohtia uudelleen**

- *Palvelujen kohdentamista tulisi tehostaa, ja kaikilla asiakkailla tulisi olla hänen omiin voimavaroihinsa ja tarpeisiinsa perustuva palvelusuunnitelma.*
- *Palvelujen kohdentamista ja toiminnan tehokkuutta tulisi seurata ja arvioida säännöllisesti, ja tähän tulisi kehittää välineitä ja johtajuutta.*
- *Vanhustyön koulutus tulisi ottaa uuteen tarkasteluun, ja arvioida, onko nykyinen lähihoitajakoulutus onnistunut kotona asumisen tukemisen näkökulmasta. Tavoitteena tulisi olla koulutus, joka antaa valmiudet ikääntyneiden elämänlaadun tukemiseen ja toimintakyvyn arviointiin ja kohentamiseen. Esimerkiksi Hollannissa kotipalvelujen henkilöstö on jaettu viiteen kategoriaan siivoojista toiminnan kehittäjiin ja arvioijiin. (Huijbers 2004)*

### ***Palvelujen rahoitusvastuuta tulisi selkiinnyttää***

- valtion ja kunnan vastuiden selkiinnyttäminen ja rahoitusvastuiden jako
- vakuutusvaihtoehtojen selvittäminen (julkinen hoivavakuutus, yksityinen vakuutus)

### ***On löydettävä uusia tapoja hoivapalvelujen järjestämiseen tulevaisuudessa***

- Kustannusten hallinta edellyttää myös toiminnallisia muutoksia ja alueellista ja seutukunnallista yhteistyötä. Meneillään olevat kansalliset sosiaalitoimen ja terveydenhuollon kehittämishankkeet tuottanevat tähän uusia malleja.
- Palvelujen kohdentamisen parantaminen merkitsee myös työn organisoinnin parantamista ja johtamisen kehittämistä. Vanhustyöhön tarvitaan lisää laatujohtamisen välineitä.

### ***Uusia tai uusvanhoja toimintatapoja ikääntyneiden palveluissa voisivat olla esimerkiksi***

- *itsehoidon kehittäminen*
- *hoivayrittäjyyden tukeminen (neuvonta, starttiraha, palvelusetelit, verovähennykset)*
- *palvelusetelit, joilla voi ostaa palveluja yrityksiltä tai naapureilta*
- *tilille maksettava palveluraha, jota voisi käyttää samaan tarkoitukseen (vrt. Hollanti)*
- *kysynnän säätely (tarveharkinta, vrt. Iso-Britannia)*
- *tarjonnan säätely – ns. tavanomaisten palveluasuntojen rakentamisen rajoittaminen?*
- *entisen kotiavustajatoiminnan uudelleen virittäminen*
- *perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon palvelujen integrointi*
- *laatusertifiointi pakolliseksi.*

Miten tahansa tuleva palvelurakenne kehittyikin, on tärkeää, että julkinen sektori valvoo palvelujen laatua ja huonokuntoisten vanhusten asemaa. Jos vanhustyöhön ja vanhuspalveluihin saataisiin valtakunnalliset laatukriteerit, joihin perustuen kaikilta hoivapalvelujen tarjoajilta vaadittaisiin laatusertifikaatti, saattaisi tämä sekä suojata asiakkaita, että lisätä vanhustyön vetovoimaisuutta, ja myös parantaa yleistä palvelun laatua.

## Lähteet

- Aaltonen, E. (2004): Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Selvityshenkilön raportti. Työryhmämuistioita 3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Aromaa, A., Heliövaara, M., Impivaara, O. ym. (1989): Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL:32. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) (2002): Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Helsinki.
- Dunlop, D., Hughes, S. & Manheim, L. (1997): Disability in activities of daily living: patterns of change and hierarchy of disability. *American Journal of Public Health* 87: 378–383.
- Heikkinen, E., Lampinen, P. & Suutama T. (toim.) (1999): Kohorttiero 65–69-vuotiaiden henkilöiden toimintakyvyssä, terveydessä ja harrastustoiminnoissa. Havaintoja Ikivihreät -projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988 ja 1996. Sosiaali- ja terveyden tutkimuksia 47. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.). (2002): Vanhuuden voimavarat. Tammi. Helsinki.
- Heikkinen, R-L. (1997): Iäkkäiden autonomia. *Gerontologia* 11:159–164.
- Heinola, R., Voutilainen, p. & Vaarama, M. (2003): Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. *Stakes Aiheita* 9/2003. Helsinki.
- Holma, T. & Häkkinen, H. (2004): Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Hujanen, T. (2003): Terveystuon huollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. *Stakes Aiheita* 1/2003. Helsinki.
- Laukkanen, P. (1998): Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 56. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Parkkinen, P. (2002): Suomi selviää vanhuusmenoista – mutta entä muuttotappioalueet? *Yhteiskuntapolitiikka* 4/2002: 346–351. Stakes. Porvoo.
- Parkkinen, P. (2000): Hoiva- ja hoitopalvelumenot tulevaisuudessa. *Keskustelunaloitteita* 326. VATT. Helsinki.
- SOMERA-toimikunnan mietintö (2000): Komiteamietintö 2002:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (1992): Palvelurakennetyöryhmän väliraportti. Työryhmämuistio. Sarjat 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001): Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisu 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2002): Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003a): Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisu 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2003b) Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto (2001): Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sulkava, R. (1999): Dementia kasvaa kansanterveysongelmaksi – olemmeko valmiit? *Kansanterveys* (6): 9–10. Lyhennelmä artikkelista saatavilla: [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/uusi\\_sivu\\_1.htm](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/uusi_sivu_1.htm) (1.3.2004).
- SVT (2003): Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002. *Sosiaaliturva* 2003:1. Stakes, Helsinki.
- Tilastokeskus. [statfin.stat.fi](http://statfin.stat.fi)
- Vaarama, M. (2004): Vanhuspalveluiden tuloksellisuus 21 kunnassa. Käsikirjoitus. Stakes.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. (1999): Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki.
- Vaarama, M. & Kaitsaari, T. (2002): Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M. & Kautto M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. s. 120–148. Stakes, Helsinki.
- Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. (2002): Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Heikkilä M. ja Parpo A. 2002. *Sosiaali- ja terveyshuollon palvelukatsaus 2002*. Raportteja 268. Stakes. Helsinki.
- Valvanne, J. & Noro, A. (1999): Milloin laitoshoitoon? *Duodecim* 115: 1591–1599.
- Virjo, I. (1996): Terveysthuollon ja sosiaalihuollon palveluita käyttämättömät 75 vuotta täyttäneet. Tutkimus kahdessa eteläsuomalaisessa kunnassa. *Acta Universitatis Tamperensis ser A vol.480*. Vammala.
- Voutilainen, P. (2004): Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes Tutkimuksia* 142. Helsinki.
- WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*.



## Liitetaulukot

**Liitetaulukko 7.1** Otokunnat (n=21).

Kunta	Kuntatyyppi	Kunnan koko
Espoo*	Esikaupunkikunta	Yli 100 000 asukasta
Helsinki*	Suuri keskus	Yli 100 000 asukasta
Hämeenlinna*	Suuri keskus	35 000–100 000 asukasta
Joutseno	Teollistunut maaseutukunta	Alle 20 000 asukasta
Jyväskylä*	Suuri keskus	35 000–100 000 asukasta
Kajaani	Suuri keskus	35 000–100 000 asukasta
Keuruu	Maaseutukeskus	Alle 20 000 asukasta
Kuopio*	Suuri keskus	35 000–100 000 asukasta
Lapua	Maaseutukeskus	Alle 20 000 asukasta
Lempäälä	Esikaupunkikunta	Alle 20 000 asukasta
Oulu*	Suuri keskus	Yli 100 000 asukasta
Rauma	Teollisuuskeskus	35 000–100 000 asukasta
Rovaniemen mlk.	Maaseudun pendelikunta	20 000–35 000 asukasta
Seinäjoki	Suuri keskus	20 000–35 000 asukasta
Turku*	Suuri keskus	Yli 100 000 asukasta
Tuusula	Esikaupunkikunta	20 000–35 000 asukasta
Uusikaupunki	Teollisuuskeskus	Alle 20 000 asukasta
Vantaa*	Esikaupunkikunta	Yli 100 000 asukasta
Valkeakoski	Teollisuuskeskus	20 000–35 000 asukasta
Varkaus	Teollisuuskeskus	20 000–35 000 asukasta
Vihti	Esikaupunkikunta	20 000–35 000 asukasta

\* Kunnasta mukana vain tietty alue

**Liitetaulukko 7.2** Keskeisten muuttujien tilastollinen jakauma koko aineistossa (N=3195).

	N	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keskiahajonta
Ikä	3 195	76,00	97,00	81,0642	4,43097
Sukupuoli (1=mies, 0=nainen)	3 195	,00	1,00	,3054	,46065
Taloudellinen asema	3 064	1,00	4,00	2,7538	,69633
Ammatillinen koulutus	2 767	1,00	3,00	1,4281	,62301
Siviilisääty naimaton	3 195	,00	1,00	,0882	,28361
Koettu yksinäisyys	3 103	1,00	5,00	2,3580	1,18631
Elämänhalu	3 193	,00	17,00	9,2922	3,29199
Asuu yksin	3 174	,00	1,00	,6074	,48841
Asunnon liikuntaesteisyys	2 894	,00	7,00	,3963	,85128
Asunnon esteisyys (dummy)	2 894	,00	1,00	,2459	,43070
Ympäristön liikuntaesteisyys	2 892	,00	5,00	,2586	,58023
Ympäristön esteisyys (dummy)	2 892	,00	1,00	,2023	,40177
Perusvarustetasossa puutteita (puuttuu sähkö, juokseva vesi, keskuslämmitys, sisävesi)	3 173	,00	1,00	,0333	,17935
Palvelut (lkm liian kaukana)	2 964	,00	8,00	1,9189	2,70489
IADL-toimintakykyvaikeuksia (ruuanl+pyykki+siivous+asiointi)	2 785	,00	4,00	1,7219	1,57238
PADL-toimintakykyvaikeuksia (syöm+kylpem+pukeut+wckäynti+vuode+pidättäm)	2 821	,00	6,00	1,0816	1,65822
IADL toimintakykyvaikeuksia (yhdistetty)	3 133	1,00	4,00	2,2939	1,00271
Koettu terveydentila	3 083	1,00	5,00	3,2065	,90862
Vähintään yksi sairaus	1 129	,00	1,00	,9105	,28558
Ollut sairaalassa 12kk aikana	3 016	,00	1,00	,3104	,46273
Käynyt poliklinikalla 12kk aikana	3 076	,00	1,00	,8238	,38107
Hyvä toimintakyky (ei adl-vaikeuksia)	2 633	,00	1,00	,2825	,45029
Vain IADL vaikeuksia (dummy)	3 195	,00	1,00	,2775	,44782
I/adl luokiteltu (dummy, 1=iadl ja pieniä padl)	3 195	,00	1,00	,3386	,47331
I/adl luokiteltu (dummy, 1=raskas toimintakyky)	3 195	,00	1,00	,1135	,31730
Kotihoitoasiakkaat vuoden aikana (itseraportoitu kha&ksh)	3 195	,00	1,00	,0340	,18124
Vain tukipalveluja käyttäneet (itseraportoitu)	2 798	,00	1,00	,2257	,41811
Palvelujen käyttö vähintään viikoittain	3 195	,00	1,00	,1631	,36956
Palvelujen monikäyttäjät (itseraportoitu väh kerran viikossa (kh&ksh&tukipalv))	3 195	,00	1,00	,0110	,10418
Asuu palvelutalossa	3 195	,00	1,00	,0286	,16660
Yksityisten palvelujen käyttäjä	1 034	,00	1,00	,3862	,48712
Kunnan palveluja käyttäneet (itseraportoitu)	3 195	,00	1,00	,2467	,43117

**Liitetaulukko 7.3** Keskeisten muuttujien jakauma vuonna 1998 palveluja käyttämättömien joukossa (n=1974).

	N	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Keski-hajonta
Ikä	1974	76,00	96,00	80,9747	4,41900
Sukupuoli	1974	,00	1,00	,3050	,46052
Taloudellinen asema	1893	1,00	4,00	2,7712	,68521
Ammatillinen koulutus	1672	1,00	3,00	1,4058	,59594
Siviilisääty/naimaton (sinkku)	1974	,00	1,00	,0873	,28228
Koettu yksinäisyys	1913	1,00	5,00	2,2027	1,13839
Elämänhalu	1974	,00	17,00	6,7174	5,18427
Yksin asuminen	1968	,00	1,00	,5714	,49501
Asunnon liikuntaesteisyys (summa 0–7)	1787	,00	6,00	,3330	,77882
Asunnon liikuntaesteisyys (dummy)	1787	,00	1,00	,2149	,41090
Ympäristön liikuntaesteisyys (summa 0–5)	1791	,00	5,00	,2173	,54298
Ympäristön liikuntaesteisyys (dummy)	1791	,00	1,00	,1721	,37761
Perusvarustetasossa puutteita (puuttuu sähkö, juokseva vesi, keskuslämmitys, sisävesi)	1966	,00	1,00	,0376	,19020
Palvelut (lkm liian kaukana)	1837	,00	8,00	1,7487	2,64481
ladl-toimintakykyvaikeuksia (ruu-anl+pyykki+siivous+asiointi)	1710	,00	4,00	1,3043	1,45774
Padl-toimintakykyvaikeuksia (syöm+kylpem+pukeut+wckäynti+vuode+pidättäm)	1729	,00	6,00	,7403	1,32900
i/adlsumma (luokiteltu)	1922	1,00	4,00	2,0597	,95370
Koettu terveydentila (luokat 1–5)	1901	1,00	5,00	3,3691	,83759
Vähintään yksi diagnosoitu sairaus dummy	1974	,00	1,00	,2616	,43962
Ollut sairaalassa 12kk aikana	1858	,00	1,00	,2321	,42230
Ollut poliklinikalla 12kk aikana	1887	,00	1,00	,7887	,40835
Siirtynyt kotihoitoon 1999	1957	,00	1,00	,0394	,19459
Siirtynyt kotihoitoon 2001	1892	,00	1,00	,0637	,24432
Siirtynyt kotihoitoon 2003	1786	,00	1,00	,0739	,26170
Siirtynyt kotihoitoon viiden vuoden sisällä vs. selviytyjät	1820	,00	1,00	,1836	,38730
Siirtynyt laitokseen suoraan kotoa viiden vuoden sisällä	1972	,00	1,00	,0697	,25478
Siirtynyt kotihoidosta laitokseen viiden vuoden sisällä	334	,00	1,00	,1836	,38773
Siirtynyt kotoa laitokseen vs. kotihoitoon siirtyneet	410	,00	1,00	,3352	,47264

**Liitetaulukko 7.4** Palvelujen käytön intensiteetti: käyttäjät % eri ryhmissä (n=3195).

Intensiteetti	Kodinhoitoapu	Kotisairaanhoido	Ateriapalvelu	Siivouspalvelu	Kylvetyspalvelu	Vaatehuolto	Kuljetuspalvelu	Saattoapu	Asiointiapu	Turvapalvelu	Muu kodin ylläpito	Kuntoutus	Päiväsairaala	Lyhytaikainen laitoshoido	Kotiin asennetut apuvälineet
Päivittäin	2	1	5	1	-	-	1	-	1	2	-	-	-	-	3
Viikoittain	3	2	1	2	3	1	4	1	2	-	-	2	1	-	-
Kuukausittain	1	3	-	9	1	2	3	2	3	-	2	1	-	1	-
Harvemmin	1	3	1	4	-	2	3	2	2	1	6	8	1	5	1
Yhteensä	7	9	7	16	4	5	11	5	8	3	8	11	2	6	4

**Liitetaulukko 7.5** Ikääntyneet (65+) keskeisimpien sosiaalitoimen avopalvelujen asiakkaina ajalla 1990–2002.

Palvelu	1990	1995	2000	2002	Muutos lkm 1990–2002	Muutos %	Muutos 1995–2002	Muutos %
Kodinhoitoapu	125 571	86 748	83 148	84 272	-41 299	-32,9	-2 476	-2,9
Tukipalvelut	103 096	97 967	105 195	110 215	7 119	6,9	12 248	12,5
Omaishoidon tuki	13 196	11 294	14 355	17 032	3 836	29,1	5 738	50,8

Lähde: SOTKA-tietokanta. Analyysi: Evergreen 2000 Plus.

**Liitetaulukko 7.6** Palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaat 31.12. vuosina 1990–2002.

Asiakkaat 31.12.	1990	1995	2000	2002	Erotus 1990– 2002	Erotus %	Erotus 1995– 2002	Erotus %
Palveluasuminen*	7 721	13 990	21 205	22 650	14 929	193,4	8 660	61,9
Vanhainkoti siitä pitkäaikaishoito	25 659	22 571	20 625	20 129	-5 530	-21,6	-2 442	-10,8
Terveyskeskusten vuode- osastohoidonpitkäaikaishoito	24 770	21 310	18 919	18 469	-6 301	-25,4	-2 841	-13,3
hoito	10 457	13 219	12 370	11 645	1 188	11,4	-1 574	-11,9
siitä pitkäaikaishoito	6 938	5 819		3 384	-3 354	-51,2	-2 435	-41,8
Psykiatrinen erikoissairaan- hoito	1 058	540	200	226	-832	-78,6	-314	-58,1
siitä pitkäaikaishoito	3 055	1 220	642	542	-2 513	-82,3	-678	-55,6
siitä pitkäaikaishoito		823	247	212	-2 323	-91,6	-611	-74,2

\*tavallinen ja tehostettu

Lähteet: SOTKA -tietokanta, Stakesin hoitoilmoitusrekisterit. Analyysi: Evergreen 2000 Plus.

**Liitetaulukko 7.7** Kotihoidon alkamista ennustavat tekijät. Lihavoidut tekijät lisäsivät käyttöä.

Siirtyminen 1 vuoden päästä	Siirtyminen 3 vuoden päästä	Siirtyminen 5 vuoden päästä	Siirtyminen 1–5 vuoden sisällä
<b>Naissukupuoli** Korkea ikä**</b>	<b>Naissukupuoli** Korkea ikä**</b>	<b>Naissukupuoli** Korkea ikä**</b>	<b>Naissukupuoli** Korkea ikä**</b>
<b>IADL - vaikeudet**</b>	Ammatillinen koulutus**	Ammatillinen koulutus**	Ammatillinen koulutus**
<b>PADL - vaikeudet**</b>	<b>IADL - vaikeudet**</b>	<b>IADL - vaikeudet**</b>	<b>IADL - vaikeudet**</b>
<b>I/ADLsumma**</b>	<b>PADL - vaikeudet**</b>	<b>I/ADLsumma**</b>	<b>PADL - vaikeudet**</b>
Koettu terveys**	<b>I/ADLsumma**</b>	Avo-/avioliitto*	<b>I/ADLsumma**</b>
Sosiaalisten suhteiden sujuvuus*	Koettu terveys**	<b>Koettu yksinäisyys**</b>	Koettu terveys**
Avo-/avioliitto*	Sosiaalisten suhteiden sujuvuus**	Asunnon liikuntaesteet*	Sosiaalisten suhteiden sujuvuus**
<b>Asuu yksin**</b>	<b>Vähintään yksi sairaus**</b>		<b>Vähintään yksi sairaus*</b>
	Avo-/avioliitto**		Avo-/avioliitto**
	<b>Koettu yksinäisyys*</b>		<b>Koettu yksinäisyys**</b>
	Elämänhalu**		Elämänhalu**
	Itsemäärääminen*		Itsemäärääminen**
	<b>Asunnon liikuntaesteet**</b>		<b>Asuu yksin**</b>
	<b>Koettu palvelujen etäisyys**</b>		<b>Asunnon liikuntaesteet**</b>
			<b>Koettu palvelujen etäisyys**</b>

**Liitetaulukko 7.8** Pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymiseen korreloivat tekijät. Lihavoiduilla muuttujilla negatiivinen yhteys.

<b>Siirtyminen laitokseen 1–5 vuoden sisällä</b>
Koettu yksinäisyys**
<b>Itsemäärääminen*</b>
<b>Elämänhalu*</b>
PADL -vaikeuksia*
IADL -vaikeuksia**
I/ADL -summa**
<b>Koettu terveydentila**</b>
Ollut sairaalahoitossa viimeisen 12 kk aikana**
Korkea ikä**
Puutteita asunnon perusvarustetasossa*

**Liitetaulukko 7.9** Henkilöstövaje kotiin annettavissa palveluissa ja laitoshoidossa.

	Kotiin annettavat palvelut	Laitushoito
Henkilöstövaje 2002	3 620	2 730
Kustannus/työntekijä/vuosi	30 440	31 966
Korjauskustannus M€	110,2	87,3

## Liitetaulukko 7.10 Nykymalli.

NYKYMALLI (Suhteutus 75+) Vanhusten palvelujen asiakkaat vuoden aikana						Erotus lkm	Erotus %
	2002 Nykytila	2010 Tulos	2015 Tulos	2020 Tulos	2030 Tulos	2002–2030	2002–2030
Kodinhoitoapu	84 272	96 538	104 419	118 817	170 455	86 183	102,3
Tukipalvelut	110 215	126 257	136 564	155 395	222 930	112 715	102,3
	17 032	19 511	21 104	24 014	34 450	17 418	
Tavallinen palveluasuminen	12 005	13 752	14 875	16 926	24 282		102,3
Tehostettu palveluasuminen	15 781	18 078	19 554	22 250		16 139	102,3
Vanhainkoti, pitkäaikainen hoito	25 957	29 735	32 163	36 597		26 546	102,3
Vanhainkoti, lyhytaikainen hoito	12 178	13 951	15 089	17 170	24 632	12 454	102,3
Terveyskeskus pitkäaikaishoito	25 900	29 670	32 092	36 517	52 387	26 487	102,3
Terveyskeskus lyhytaikaishoito	107 956	123 669	133 765	152 210	218 361	110 405	102,3
Psykiatrinen erikoissairaanhoido, pitkäaikaishoito							
Somaattinen erikoissairaanhoido, pitkäaikaishoito							
Asiakkaat yhteensä (sis. päällekkäiskäytön)		475 637	509 625	579 896	831 920	420 624	102,3
Vanhusten hoitopaikat							
Tavallinen palveluasuminen	12 005	13 752	14 875	16 926	24 282	12 277	102,3
Tehostettu palveluasuminen	10 250	11 741	12 700	14 451	20 732	10 482	102,3
Vanhainkoti, pitkäaikaispaikat	19 093	21 872	23 658	26 920	38 619	19 526	102,3
Vanhainkoti, lyhytaikaispaikat	1 375	1 576	1 704	1 939	2 782	1 407	102,3
Terveyskeskus, pitkäaikaispaikat	14 671	16 806	18 178	20 684	29 674	15 003	102,3
Terveyskeskus, lyhytaikaispaikat	6 860	7 858	8 500	9 672	13 875	7 015	102,3
Somaattinen erikoissairaanhoido, pitkäaikaispaikat							
Psykiatrinen erikoissairaanhoido, pitkäaikaispaikat							
Paikat yhteensä	64 254	73 605	79 615	90 592	129 964	65 710	102,3
Vanhusten palvelujen suoritukset							
Kodinhoitoapu, käynnit	15 092 290	17 289 030	18 700 391	21 278 962	30 526 900	15 434 610	102,3
Tavallinen palveluasuminen, asumispäivät	4 381 825	5 019 616	5 429 384	6 178 034	8 863 037	4 481 212	102,3
Tehostettu palveluasuminen, asumispäivät	3 741 090	4 285 620	4 635 469	5 274 647	7 567 034		102,3
Vanhainkoti, pitkäaikaisasiakkaiden hoitopäivät	6 968 980	7 983 341	8 635 048	9 825 723	14 096 029	7 127 049	
Vanhainkoti, lyhytaikaishoitopäivät	502 006		622 020	707 790	1 015 398		102,3
Terveyskeskuksen vuodeosasto, pitkäaikaishoitopäivät	4 841 275	5 545 941	5 998 674	6 825 823	9 792 359	4 951 084	102,3
Terveyskeskuksen vuodeosasto, lyhytaikaishoitopäivät	2 263 696	2 593 185	2 804 876	3 191 636	4 578 737	2 315 041	

Psykiatrin vuodeosastohoitto, pitkäaikaishoitopäivät							
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitto, pitkäaikaishoitopäivät							
Henkilöstön tarve							
Kotipalvelu	14 376	16 468		20 269	29 078	14 702	102,3
Vanhainkotihoito	19 794		24 526		40 037	20 243	102,3
Terveyskeskuksen vuodeosastohoitto, pitkäaikaishoitopaikat	12 445	14 257		17 547	25 173	12 728	102,3
tohoito, lyhytaikaishoitopaikat	5 819	6 666	7 210	8 205		5 952	102,3
Henkilöstö yhteensä	52 434		64 970	73 929	106 059	53 625	102,3
Vanhusten palvelujen käyttökustannukset (1 000€)							
Kodinhoitoapu	498 046	570 538	617 113	702 206		509 342	102,3
Tukipalvelut	58 083	66 538		81 893	117 484	59 401	102,3
Omaishoidon tuki	58 863	67 430	72 935		119 060	60 197	
Palveluasuminen	96 400	110 432		135 917	194 987	98 587	102,3
Tehostettu palveluasuminen	280 582	321 421	347 660		567 528		102,3
Vanhainkoti, pitkäaikaishoitto	675 991	774 384	837 600	953 095		691 324	102,3
Vanhainkoti, lyhytaikaishoitto	48 695	55 782	60 336	68 656	98 494	49 799	102,3
Terveyskeskuksen vuodeosasto, pitkäaikaishoitto		632 237	683 849	778 144	1 116 329	564 424	102,3
Terveyskeskuksen vuodeosasto, lyhytaikaishoitto	258 061	295 623	319 756	363 847	521 976	263 915	
Psykiatrin vuodeosasto, pitkäaikaishoitto							
Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosasto, pitkäaikaishoitto							
Käyttökustannukset yhteensä	2 526 626	2 894 385	3 130 664	3 562 349	5 110 561	2 583 935	102,3



## 8 VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN JA TERVEYDENHUOLLON TARVE

*Juhani Lehto*

Lääkkeiden käyttö, lääkärissä käynnit, sairaalahoidot ja monien muiden terveyspalvelujen käyttö yleistyvät iän lisääntyessä. Esimerkiksi sairaalahoitoa tarvitsee vuoden aikana yli 55 prosenttia 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, kun 15–64-vuotiaiden ryhmässä vastaava osuus on hieman yli 10 prosenttia. Tällaiset tilastot johtavat helposti ajattelemaan, että väestön vanheneminen johtaa tavattoman suureen terveydenhuollon tarpeen kasvuun.

Terveydenhuollon tarpeen ja väestön vanhenemisen keskinäissuhde ei kuitenkaan ole yhtä suoraviivainen kuin eläkkeiden ja ikääntymisen suhde. Ensinnäkin terveydenhuollon tarve kasvaa vähitellen iän mukana eikä yhtäkkisesti eläkeikärajan ylityksen tai muun eläkeoikeuden alkamisen yhteydessä. Toiseksi kun eläkekustannukset ovat keskimäärin suuremmat nuoremmista eläkeläisistä niin terveydenhuoltokustannukset ovat keskimäärin suuremmat mitä vanhemmista ikääntyneistä on kysymys. Siksi suurten ikäluokkien ikääntyminen nostaa eläkemenoja enemmän kuin terveydenhuoltomenoja.

Väestön ikääntymistä ei selitä vain se, että suuret ikäluokat tulevat vanhuusikään (ikäluokkatekijä). Tärkein syy on se, että nykyiset sukupolvet elävät pidempään kuin aiemmat. Toisin sanoen ihmisten odotettavissa oleva elinikä pitenee (elinikätekijä). Elinajanodotteen pitenemistä on totuttu pitämään myönteisenä asiana, koska sitä on pidetty ilmauksena väestön parantuneesta terveydestä. Siksi on varsin paradoksaalista perustaa tulevaisuuden ennusteita käsitykseen, jonka mukaan väestön vanheneminen merkitsisi nykyisen ikäryhmittäisen terveyspalvelujen käyttöasteen jatkumista samanlaisena tulevaisuudessa nykyistä suuremmassa vanhemmissa ikäryhmissä. Myös seurantalukut kertovat, että tämän päivän ikääntyneiden toimintakyky ja terveys on merkittävästi parempi kuin vastaavan ikäisten toimintakyky ja terveys pari vuosikymmentä aiemmin (Martelin ym. tässä julkaisussa). Ei ole kovin hyviä perusteita olettaa, että tulevina vuosikymmeninä tämä trendi muuttuisi ainakaan jyrkästi.

Yksinkertaistaen voidaan esittää tulevan kehityksen ääri vaihtoehdot:

- *Optimistinen vaihtoehto:* elinikä kasvaa, koska ihmiset saavat aiempaa useampia toimintakykyisiä ja terveitä vuosia. Siksi terveyspalvelujen tarve kasvaa vain ikäluokkatekijän mutta ei elinikätekijän vaikutuksesta.
- *Pessimistinen vaihtoehto:* eliniän kasvu johtuu siitä, että entistä sairaammat ikääntyneet pysyvät pitkään hengissä. Siksi terveyspalvelujen tarve kasvaa samaa vauhtia kuin ikääntyneiden määrä kasvaa.

Toisella tavalla ilmaistuna kysymys on siitä, kasvattaako terveyspalvelujen tarvetta elettyjen vuosien määrä vai jäljellä olevien vuosien määrä eli kuoleman läheisyys. Kun on yritetty selvittää ihmisen sairaanhoitoon hänen elinaikanaan sijoitetun rahamäärän jakautumista elinkaaren eri vaiheisiin, on usein tultu tulokseen, että ylivertaisesti suurimmat kustannukset sijoittuvat viimeisten 2–5 elinvuoden ajalle, riippumatta siitä, missä iässä henkilö kuolee. Jäljellä olevien vuosien määrä näyttää siis ainakin tässä tarkastelussa keskeisemmältä kuin elettyjen vuosien määrä.

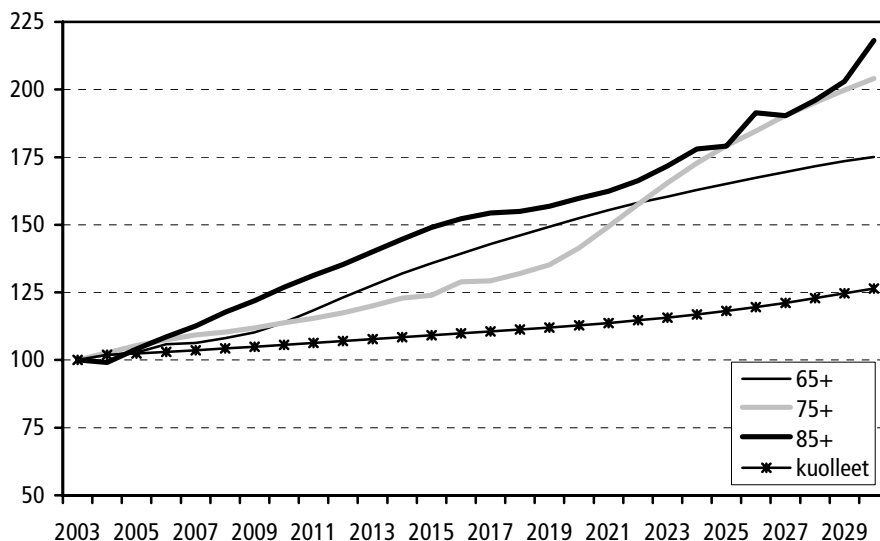
Varmin pohja ennusteiden tekemiselle lienee ottaa huomioon molemmat ääri-vaihtoehdot, mutta sijoittaa oma todennäköisin vaihtoehto johonkin niiden väliin. Tätä voi perustella ainakin seuraavilla seikoilla:

- Vaikka uudet ikääntyneiden ikäluokat ovat olleet toimintakykyisempiä ja terveempiä kuin niitä edeltävät ikäluokat, kehitys ei ole kaikilta osin ollut yhtä myönteistä. Esimerkiksi Alzheimerin tauti näyttää yleistyvän ainakin osaksi sen vuoksi, että aiempaa harvemmat ehtivät kuolla muihin tauteihin ennen dementiaoireiden vahvaa esille tuloa
- Toimintakykyisyyden ja terveyden paraneminen johtuu suureksi osaksi muuttuneista elinolosuhteista ja elintavoista mutta myös osaksi tehostuneen hoidon vaikutuksesta. Tällainen hoidon varassa tapahtuva toimintakyvyn paraneminen merkitsee pidentyvää hoidon tarvetta eliniän pidentyessä.
- Kun eletäviä vuosia on enemmän, myös lisävuosiin sisältyy erilaisten tavanomaisten tautien ja niiden hoitojen episodeja, eli lisävuosia tuskin voi saada täydellisesti ilman hoidon tarvetta.

#### *Ennustevaihtoehtojen erot ovat erittäin suuret*

Ennusteen lähtökohtien valinnalla on erittäin suuri merkitys ennusteen sisällölle. Ensinnäkin lähtökohdaksi voidaan valita joko elettyjen vuosien määrä tai jäljellä olevien vuosien määrä. Lisäksi elettyjen vuosien osalta voidaan huomion kohteeksi ottaa erilaisen ikärajan ylittäneiden määrän kasvu. Väestöennusteiden mukaan kaikkein vanhimpien ikäryhmien määrällinen kasvu on kaikkein suurinta. Suurimmat tarpeen kasvua koskevat ennusteet saadaan vanhimmille ikäryhmille (kuvio 8.1).

**Kuvio 8.1** Ennuste 65 vuotta, 75 vuotta ja 85 vuotta täyttäneiden sekä vuoden aikana kuolevien määrän kasvusta (%) vuosina 2003–2004.



Jos lähtisimme siitä, että terveydenhuollon tarpeen ikärakennepoikkeuksellisen kasvun ratkaiseva tekijä on viimeisiä vuosia elävien ihmisten määrän kasvu, sitoisimme tarpeen kasvun kuviossa 8.1 esitettyyn ennusteeseen kunakin vuonna kuolevien määrästä. Ikääntymiseen liittyvän tarpeiden kasvun arvioitaisiin olevan vuoteen 2030 mennessä noin 25 prosenttia. Jos taas lähtisimme siitä, että tarpeen kasvun ratkaiseva tekijä on jonkin ikärajan ylittäneiden määrän kasvu, päätyisimme eri ikäryhmien kohdalla kasvuprosentteihin vaihteluvälillä 75–220 prosenttia. Koko väestön terveydenhuollon käytön tasolla nämä merkitsisivät alimmillaan noin 10–15 prosentin kasvua ja korkeimmillaan 40–50 prosentin kasvua, jos oletettaisiin nuorten ja työikäisten tarpeiden pysyvän ennallaan.

#### *Terveydenhuollon tarve ja käyttö muuttuvat pääasiassa muista syistä*

Terveydenhuoltokustannukset ovat viime vuosikymmeninä nousseet paljon enemmän muista syistä kuin ikärakenteen muutoksen vaikutuksesta. Keskeisimpiä syitä ovat olleet tutkimusten ja hoitojen sisällölliset ja teknologiset muutokset. Lääkkeet ovat vaihtuneet, tutkimus- ja toimenpidevälineet ovat vaihtuneet, henkilöstön koulutustaso on noussut. Suhteellisen harvinaisia ovat ne muutokset, jotka ovat yksiselitteisesti alentaneet kustannuksia. Paljon yleisempää on se, että parempi hoidon vaikuttavuus saavutetaan aikaisempaa kalliimmalla teknologialla.

Teknologian kehitys on myös muuttanut käsitystä siitä, keihin hoito on syytä kohdistaa. Esimerkiksi entistä raihaampiin ihmisten monia sairauksia voidaan

hoitaa, kun hoitojen sivuvaikutuksia on opittu vähentämään. Samaan aikaan entistä useammin esimerkiksi lääkehoidon perusteena on vakavamman sairauden ehkäiseminen eikä varsinainen taudin hoito. Se on lisännyt nopeasti esimerkiksi verenpainelääkityksessä ja kolesterolilääkityksessä olevien määrää. Jos hoidon tarve määritetään niiden ihmisten määränä, jotka voivat hyötyä hoidosta, tällainen teknologian kehitys tarkoittaa nopeaa hoidon tarpeen kasvua.

Suurin ikääntyneiden hoidon tarpeen kasvutekijä lähimenneisyydessä ja oletettavasti myös lähitulevaisuudessa onkin teknologian kehityksen mahdollistama hoidon tarpeen määrittämisen muutos eikä väestön ikärakenteen muutos. Haasteena ei niinkään ole se, kykenemmekö hoitamaan tulevia ikääntyneitä samalla tavalla kuin ikääntyneitä nykyään hoidetaan. Pikemminkin haaste on se, kykenemmekö ja haluammeko hoitaa tulevia ikääntyneitä kaikilla niillä uusilla tavoilla, joita teknologian kehitys tarjoaa.





VALTIOEUVESTON KANSLIA

SNELLMANINKATU 1, HELSINKI  
PL 23, 00023 VALTIOEUVOSTO  
p. (09) 16001 | (09) 57811  
f. (09) 1602 2165  
s-posti kirjaamo@vnk.fi  
[www.vnk.fi/julkaisut](http://www.vnk.fi/julkaisut)