

<https://helda.helsinki.fi>

Suomalainen vanhuus : hyvinvointia ja hoivaköyhyyttä

van Aerschot, Lina

Gaudeamus

2022-04-29

van Aerschot , L & Sihto , T 2022 , Suomalainen vanhuus : hyvinvointia ja hoivaköyhyyttä .
pöytäkirjassa A Kinnunen , M Könönen & S Vakimo (toim) , Babuakoja, te
digisenioreita : muuttuva vanhuus Suomessa ja Venäjällä . 1 toim , Gaudeamus , Helsinki ,
Sivut 135-149 . <

<https://kauppa.gaudeamus.fi/sivu/tuote/babu-koja-terasvaareja-ja-digisenioreita/4215117> >

<http://hdl.handle.net/10138/355958>

unspecified

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

8

SUOMALAINEN VANHUUS. HYVINVOINTIA JA HOIVAKÖYHYTTÄ

LINA VAN AERSHOT JA TIINA SIHTO

Suuri osa ikääntyneistä ihmisistä on Suomessa hyväkuntoisia ja hyvin toimeentulevia. Heille kehitetään ja markkinoidaan yhä enemmän erilaisia hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen tarkoitettuja palveluja ja tuotteita. Aktiivisten ja hyvinvoivien eläkeläisten on mahdollista matkustaa, käydä kulttuuritilaisuuksissa ja pitää huolta itsestään. Apua arkeen voi ostaa esimerkiksi siivouksen tai ateriapalvelujen muodossa, ja yksityiselle sektorille pääsee halutessaan lääkäriin, fysioterapeutille tai vaikkapa jalkahoitoon ilman jonotusta. Osa ikääntyneistä elää kuitenkin aivan toisenlaista vanhuutta, ja tämä usein unohtuu julkisesta keskustelusta ja mediakuvastoista. Hyvinvoivien ja hyvätuloisten lisäksi ikääntyneiden moninaisesta joukosta löytyy myös pienen eläkkeen varassa sinnitteleviä ihmisiä. Osa eläkeläisistä joutuu tarkoin laskemaan rahojen riittämisen välttämättömyyksiin ja kenties täydentämään toimeentuloaan leipäjonossa. Avun ja palvelujen hankkiminen saattaa olla työlästä ja hankalaa, yksityisiin palveluihin ei ole varaa ja julkisten palvelujen asiakasmaksutkin ovat niin suuria, että pienituloisimmat ihmiset yrittävät viimeiseen asti pärjätä ilman apua. Kaikilla ei ole perhettä, ystäviä tai tuttavuuksia, joilta voisi tarvittaessa pyytää apua.

Parin viime vuosikymmenen kulttuuriset ja yhteiskunnalliset kehityskulut sekä sosiaalipoliittiset muutokset ovat vaikuttaneet paljon vanhuuden yhteiskunnalliseen kuvastoon ja siihen, millaiseksi vanhuus muotoutuu erilaisilla elämänhistorioilla ja eri puolilla Suomea. Eläkeikäisten tulot ja koulutus ovat parantuneet suurten ikäluokkien eläköitymisen jälkeen.

Samaan aikaan yksin asuminen on yleistynyt ja tuloerot näyttävät tulleen jäädäkseen myös ikääntyneiden keskuuteen. Pitkäkestoinen, rakenteellinen työttömyys ja muut sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat työikäisenä johtavat usein huono-osaisuuteen myös vanhuusiässä. Erityisesti pitkittynyt köyhyys on yleistä vanhuusiässä, vaikka eläkeikäisten pienituloisuus ei sinänsä ole muuta väestöä yleisempää. Iäkkäistä erityisen haavoittuvassa asemassa ovat yksinasuvat ihmiset. Keskimäärin pienituloisuus¹ on yleisempää yksinasuvilla kuin kahden aikuisen talouksissa.

Suomessa hyvinvointivaltion palvelulupaukseen kuuluu, että kaikki ovat oikeutettuja julkisiin palveluihin silloin, kun he eivät itse pysty itsestään huolehtimaan.² Käytännössä suurta vastuuta iäkkäiden hoivasta kantavat tällä hetkellä omaiset ja läheiset, koska julkisia palveluja on viime vuosikymmeninä karsittu ja kohdennettu entistä tiukemmin vain kaikkein eniten apua tarvitseville. Lisäksi ikäihmisten tai heidän läheistensä oletetaan hankkivan omilla rahoillaan yksityisiä hoiva- ja kotipalveluja. Tätä tuetaan kotitalousvähennyksellä, joka otettiin käyttöön vuonna 2001 ja laajennettiin vuonna 2005 koskemaan myös työtä, joka on tehty omien tai puolison vanhempien kodissa.

Tässä luvussa tarkastelemme viime vuosikymmenten yhteiskuntapolitiisia kehityskulkuja, jotka ovat muovanneet suomalaisten ikääntyneiden elämää. Entistä suurempi osa asuu yksin, ja pienituloisuus on yleistä yli 75-vuotiailla, erityisesti yksinasuvilla. Yksinäisyydestä ja sosiaalisten suhteiden puutteesta on tullut osalle ikääntyneistä elämänlaatua heikentävä ongelma. Suomalaisen vanhuspalvelujärjestelmän pitäisi tarjota hoivaa ja tukea kaikille ikääntyneille riippumatta tulotasosta, koulutustaustasta, sosiaalisista verkostoista tai muista tekijöistä. Palvelujärjestelmä on kuitenkin muuttanut monin tavoin, vaikka se perustuu edelleen samaan lainsäädäntöön ja samoihin periaatteisiin kuin aiemmin. Kaikki eivät saa tarvitsemaansa apua ja palveluja, vaan osa ikääntyneistä kohtaa hoivaköyhyyttä. Hoivaköyhyys tarkoittaa avun ja hoivan puutetta, joka voi johtua siitä, että omaisia tai rahaa palvelujen ostamiseen ei ole ja tarvittavia palveluja ei ole saatavilla tai ne eivät ole riittäviä. Hoivaköyhyys voi johtua myös siitä, että vaikka apua ja palveluja olisi, ne eivät vastaa avuntarvitsijan tarpeita tai kynnys niiden käyttämisen on liian korkea.

KÖYHÄINHOIDOSTA PALVELUASUMISEEN JA KOTIHOITON

Vanhushoivapalveluja alettiin toden teolla Suomessa kehittää 1900-luvun puolivälissä. Sotien jälkeen uudenaikaiset sosiaalipoliittiset ajatukset saivat tilaa ja hyvinvointivaltiota rakennettiin. Julkisia sosiaali- ja terveystalouksia sekä sosiaaliturvaa alettiin vähitellen laajentaa kaikille yhteiskunnan

jäsenille. Tämän myötä iäkkäät, vammaiset ja muut apua tarvitsevat eriytettiin omiin laitoksiinsa ja kunnalliskoteja alettiin muuttaa vanhainkoideiksi. Sosiaalipolitiikalla ja vanhuspalveluilla haluttiin turvata iäkkäiden taloudellinen ja sosiaalinen itsenäisyys, jotta ikääntyneet ihmiset eivät olisi riippuvaisia köyhäinhoidosta tai perhesuhteista. Vuonna 1970 kumottiin köyhäinhoitolaki (145/1922), ja samalla laista poistui myös lasten velvoite huolehtia vanhempiensa saamasta hoivasta.

Kunnallinen kotiapu laajeni 1960-luvulla. Avun saaminen kytkettiin yksilölliseen avuntarpeeseen, eikä se ollut enää köyhäinhoitoa. Vähävaraisuus ei siten ollut syy saada kotiapua muttei myöskään palvelun saamisen esteenä. Kotipalvelu laajeni nopeasti seuraavina vuosikymmeninä, ja avun piiriin pääsi 1970- ja 1980-luvuilla melko helposti, vaikka hoivan tarpeet olisivat olleet verrattain pieniäkin. Myös julkisen sektorin työntekijöiden määrä kasvoi voimakkaasti 1970-luvulta 1980-luvun puoliväliin, ja kasvusta suuri osa johtui nimenomaan sosiaalipalvelujen määrän lisääntymisestä.

Vuonna 1990 kotiapua saavien iäkkäiden osuus oli Suomessa maailman kärkeä ja palvelu oli suurelta osin julkisen sektorin tuottamaa. Noin kolmannes yli 75-vuotiaista suomalaisista sai kotiapua vuonna 1990. Kotiavun saajien osuudet alkoivat pienentyä 1990-luvun edetessä, kun julkisia menoja karsittiin taloudellisen laman ja poliittisten voimasuhteiden muutosten myötä.³ Kotiapua ja kotisairaanhoidoa alettiin kunnissa yhdistää kotihoidoksi 1990-luvulla, ja tästä tuli vallitseva käytäntö 2010-luvulla. Samalla kotihoidosta on tullut tärkein ikääntyneiden hoivan muoto, kun mahdollisimman pitkältä kotona asumisesta on tehty hoivapolitiikan keskeinen tavoite. Tämä on tarkoittanut vanhainkotien ja muun laitospäivähoitoon purkamista ja korvaamista tehostetulla palveluasumisella. Kotona asumista korostavan hoivapolitiikan ja palvelurakenteen muutosten seurauksena ympärivuorokautisen hoidon kattavuus on heikentynyt.

Vuonna 1990 yli 75-vuotiaista yksitoista prosenttia oli hoidettavana vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Vuonna 2019 osuus oli enää alle yksi prosentti. Vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoito on suurimmaksi osaksi korvattu tehostetulla palveluasumisella, jota ei vielä vuonna 1990 ollut ollenkaan. Vuonna 2019 tehostetussa palveluasumisessa oli reilu seitsemän prosenttia yli 75-vuotiaista. Kun mukaan luetaan sekä tavallinen että tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja terveyskeskusten pitkäaikaishoito, ympärivuorokautisen hoidon kattavuus on vähentynyt 20 vuodessa reilut kolme prosenttiyksikköä. Yli 75-vuotiaista reilu kaksitoista prosenttia oli palveluasumisen tai laitospäivähoitoon piirissä vuonna 2000 ja yhdeksän prosenttia vuonna 2020.⁴ Se, että aikaisempaa pienempi osuus ikääntyneistä on ympärivuorokautisessa hoidossa, on yksi syy siihen,

että entistä huonokuntoisemmat ikääntyneet asuvat kotona, kun muutakaan vaihtoehtoa ei ole.

Sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon palveluja myönnetään tarpeenarvioinnin perusteella, ja siitä ovat vastuussa kunnat. Hoivan tarpeisiin voi saada myös rahallista hoitotukea, ja omaishoidon järjestämiseen on mahdollista hakea omaishoidon tukea. Hoivapalvelut ja -etuudet rahoitetaan pääosin verovarjoilla ja osittain tulosidonnaisilla asiakasmaksuilla kuten muukin julkisen sektorin vastuulla oleva sosiaaliturva ja palvelut.

Käytännössä hoivapalveluja tuottavat kunnat, kolmannen sektorin toimijat sekä nykyään yhä useammin yksityiset yritykset. Aiemmin julkisia, kuntien tuottamia palveluja täydennettiin pääosin voittoa tavoittelemattomien kolmannen sektorin toimijoiden tuottamilla palveluilla. Nykyään julkisia palveluja kilpailutetaan, ulkoistetaan ja hankitaan yhä useammin ostopalvelusopimuksilla yksityisiltä palveluntuottajilta. Yksityisten yritysten osuus sosiaalipalvelujen tarjonnasta onkin kasvanut ratkaisevasti viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Vuonna 1990 sosiaalialan palvelujen henkilöstöstä vain joka kahdeskymmenes työskenteli yksityisessä yrityksessä, kun vuonna 2000 yksityisten yritysten työntekijöiden osuus oli noin viidennes ja vuonna 2014 jo kolmannes.⁵ Yksityistä palveluntuotantoa on lisätty erityisesti ikääntyneiden palveluasumisessa, ja vuonna 2018 yritykset tuottivat noin puolet tehostetun palveluasumisen palveluista.⁶ Tämä tarkoittaa, että puolet ikääntyneiden ympärivuorokautisesta hoidosta on yksityisten yritysten tuottamaa, sillä tehostettu palveluasuminen on korvannut vanhainkodit, kuten edellä tuli esiin.

Vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon korvaaminen tehostetulla palveluasumisella on tarkoittanut oleellista muutosta palvelujen sisällössä ja maksukäytännöissä. Tehostetussa palveluasumisessa jokaisella on oma huone ja wc, usein myös keittonurkkaus. Palveluasumisessa ihmiset asuvat omissa kodeissaan, eivät laitoksissa. Omasta huoneesta maksetaan vuokraa kuten kodista yleensä ja hoiva-, hoito- ja ateriapalvelut maksavat erikseen, samoin lääkkeet ja muut tarvikkeet. Vuokraan voi saada asumistukea, ja hoitomaksuista vastaa kunta yleensä siten, että asiakkaille jää tulosidonnainen asiakasmaksu.

Laitosmaisen hoidon purkamisen yksi tavoite on ollut lisätä ympärivuorokautisen hoidon kodinomaisuutta. Vanhanaikaisia terveyskeskusten makuusaleja tai monen hengen huoneita ei varmasti monikaan jää kaipaamaan. Tehostettu palveluasuminen on kuitenkin ollut osittain vaikeasti tavoitettava ja kallis palvelu. Paikan saaminen ympärivuorokautisessa hoidossa on paikoittain hyvin hankalaa. Aikaisemmin on ollut epäselvää, mitä kaikkea hoito ja maksut sisältävät ja mistä pitää huolehtia erikseen. Esimerkiksi hoitotarvikkeista ja erilaisista lisäpalveluista on voinut tulla erillisiä kuluja,

joista kertyy huomattavia summia. Käytännöt olivat varsin kirjavia etenkin ennen asiakasmaksulain uudistusta, joka tuli voimaan 2021.⁷ Uudistuksessa säädettiin, että pitkäaikaisen tehostetun palveluasumisen, laitoshoidon ja perhehoidon asiakasmaksuihin sovelletaan pitkälti yhdenmukaisia määräytymisperusteita. Lisäksi säädettiin asiakkaalle jätettävästä vähimmäiskäyttövarasta viimeksi mainituissa palveluissa. Aikaisemmin tehostetun palveluasumisen palvelumaksut saattoivat jopa ylittää asiakkaiden kuukausitulot. Silloin asuminen tehostetussa palveluasumisessa oli mahdollista säästöjen tai esimerkiksi aikuisilta lapsilta saatavan tuen turvin. Uudistetussa asiakasmaksulaissa korostetaan, että asiakasmaksuja pitää kohtuullistaa tai ne tulee poistaa, jos maksut vaarantavat asiakkaan toimeentulon. Kenenkään ei siis pitäisi rahan puutteen vuoksi jäädä ilman ympärivuorokautista hoitoa eikä joutua täysin varattomaksi. Käytännössä oma maksukyky on ainakin joissakin kaupungeissa voinut nopeuttaa palvelun saamista.⁸

Asiakasmaksuja suurempia ongelmia on aiheutunut siitä, että hoivapalveluja tuottavat yritykset ovat pyrkineet säästämään henkilöstökuluissa ja ruoassa tai tarvikkeissa, jotta palvelun tuottaminen olisi kannattavaa. Koska yritysten tavoitteena on tuottava liiketoiminta, kuluja pitäisi olla vähemmän kuin tuloja. Erityisesti vuonna 2019 julkisuuteen nousi useita kohua aiheuttaneita tapauksia, kun yksityisissä hoivakodeissa paljastui jopa kuolemantapauksiin johtaneita laiminlyöntejä, ja aluehallintovirastot päätyivät sulkemaan joitakin hoivakoteja, joissa hoivan laatu oli ala-arvoista. Yleisimmät ongelmat olivat, että asukkaiden terveyttä ja turvallisuutta ei pystytty takaamaan, koska hoidettavia oli liikaa ja työntekijöitä liian vähän, perushoito oli puutteellista ja lääkehoidossa tapahtui virheitä ja laiminlyöntejä.⁹

Yksityisten yritysten suureksi kasvanut osuus sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotannossa ei ole poistanut kuntien vastuuta palvelujen järjestämisessä. Yksityisissä hoivakodeissa tapahtuneet laiminlyönnit johtuvat yritysten toiminnasta, mutta ne ovat myös seurausta siitä, että kunnat kilpailuttavat palveluntuottajia ja tekevät yleensä sopimuksen hinnan perusteella. Kunnat siis ostavat tehostettua palveluasumista yrityksiltä, jotka tarjoavat sitä edullisimmalla hinnalla. Kilpailuttamisessa voitaisiin käyttää laatuun liittyviä kriteereitä ja suosia voittoa tavoittelemattomia palveluntuottajia, mutta näin harvoin tapahtuu.

Kunnat kuitenkin vastaavat vanhuspalveluista, ja niiden vastuu perustuu Suomen lainsäädäntöön. Julkisten palvelujen ja muun sosiaaliturvan avulla huolehditaan kansalaisten perusoikeuksista, joista säädetään perustuslain pykälässä 19 (11.6.1999/731):

Jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huo-

lenpitoon. [...] Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Perustuslain lisäksi iäkkäiden palveluiden järjestämistä ohjaa vuonna 2013 voimaan tullut niin kutsuttu vanhustalvelulaki, joka velvoittaa kunnan järjestämään iäkkäälle henkilölle ”laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä”.¹⁰ Se, mitä tarkoittavat ”laadukkaat” palvelut, jotka ovat iäkkään henkilön tarpeisiin nähden ”oikea-aikaisia” ja ”riittäviä”, jää kuitenkin määriteltäväksi kunnassa eli siellä, missä laki toimeenpannaan käytäntöön.¹¹ Kunnat vastaavat palvelutarpeiden arvioinneista, palvelujen järjestämisestä, laadun valvomisesta ja siitä, millaisia palveluja on tarjolla, kenelle ja millä ehdoilla. Kunnilla on paljon valtaa päättää palvelujen asiakasmaksujen suuruudesta, mikä tarkoittaa, että eri kunnissa palveluja käyttävät ikääntyneet maksavat erisuuruisia maksuja. Lainsäädännössä määritellään maksujen enimmäisrajat.¹²

Vanhustalvelulakia onkin kritisoitu laajalti siitä, että se ei ole todellisuudessa parantanut iäkkäiden palvelujen saatavuutta, riittävyyttä tai laatua, sillä siinä ei varsinaisesti veloiteta kuntia tai säädetä palvelujen myöntämisen kriteereistä. Suomessa ei ole sellaista lainsäädäntöä, jolla ihmisille turvattaisiin oikeus palveluihin, joita esimerkiksi hän itse tai hänen läheisensä katsovat tarpeellisiksi. Tarpeenarvioinneissa varmasti pyritään mahdollisimman hyvin arvioimaan ihmisen toimintakyky ja avuntarpeet. Tarpeenarvioinnin kriteerit ovat kuitenkin tiukat, ja palvelut ovat tarkoin kohdennettuja ja rajattuja. Kaikille ei myönnetä kunnan järjestämiä palveluja, vaikka heillä olisikin avuntarpeita. Tämä taas johtaa siihen, että osa iäkkäistä kokee saamansa avun ja palvelut riittämättömiksi.

PALVELUT JA OMAISET KOTONA ASUVAN IKÄÄNTYNEEN TUKENA

Kotiin annettavat palvelut muodostuvat sosiaalihuoltolakiin perustuvasta kotipalvelusta ja terveydenhuoltolakiin perustuvasta kotisairaanhoidosta, jotka kunta voi yhdistää kotihoidoksi.¹³ Kun laitoshoidon on Suomessa purettu ja ympärivuorokautisen hoivan paikkoja on kokonaisuudessaan vähemmän kuin aiemmin, on kotiin annettavista palveluista tullut ensisijaisia. Kotiin annettavien palvelujen resurssit ei ole kuitenkaan lisätty siinä määrin kuin ympärivuorokautisen hoidon paikkojen vähentäminen olisi edellyttänyt. Kotihoidon kattavuudessa ja palvelujen sisällössä on sitä vastoin tapahtunut ratkaisevia muutoksia viimeisten vuosikymmenten aikana. Kotihoitoa kohdennetaan nykyisin kaikkein huonokuntoisimmille ihmisille,

koska kotona asutaan entistä pidempään ja myös aiempaa huonokuntoisemmat ikääntyneet asuvat kotona.¹⁴

Huonokuntoisimmat ihmiset tarvitsevat apua pukeutumisen, peseytymisen tai lääkkeiden ottamisen kaltaisissa päivittäisissä perustoimissa (engl. *activities of daily living*, ADL). Kodeissaan saattaa asua jopa sänkyyn hoidettavia ihmisiä tai sellaisia, jotka eivät pääse siirtymään sängystä pyörätuoliin tai eivät itse pääse vessaan. Kaikkein huonokuntoisimpien hoidettavien osuuden kasvu näkyy kotihoidon käyntien jakautumisessa. Paljon hoitoa tarvitsevien asiakkaiden osuus on viime vuosikymmeninä lisääntynyt ja vähemmän hoitoa saavien määrä on vähentynyt. Asiakkaita, jotka tarvitsevat yli 40 kotihoidon käyntiä kuukaudessa, oli vuonna 2017 yli kaksi kertaa niin paljon kuin vuonna 1990.¹⁵ Aiempaan verrattuna asiakaskunta on muuttunut myös niin, että muistisairaat muodostavat suuren osan vanhuspalvelujen asiakkaista.¹⁶

Samalla, kun apua päivittäisissä perustoimissa painotetaan, apu käytännön toimissa (engl. *instrumental activities of daily living*, IADL), kuten siivoamisessa tai ruokahuollossa, on karsittu aivan minimiin tai kokonaan pois.¹⁷ Nämä palvelut ovat nykyään niin kutsuttuja kotihoidon tukipalveluja, joita tuottavat pääosin yksityiset yritykset. Kunnat välittävät näitä palveluja niin, että apua tarvitsevat ikääntyneet saavat tukipalvelut kunnan vanhuspalvelujen kautta. Joskus kunnan kautta saa lähinnä neuvoja ja palveluntarjoajien yhteystietoja. Silloin apua tarvitsevan asiakkaan täytyy itse tai omaisten tuella ottaa yhteyttä palvelua tarjoavaan tahoon, tehdä sopimus ja hoitaa maksut sekä hakea mahdolliset kotitalousvähennykset. Kaikkein vähävaraisimpien on myös mahdollista saada rahallista tukea joidenkin tukipalvelujen, kuten siivouspalvelun, käyttöön.

Käytännössä tukipalvelujen erottaminen kotihoidosta on tarkoittanut sitä, että kodinhoitopalveluja tarvitsevia ikäihmisiä ohjataan hankkimaan yksityisiltä palveluntuottajilta esimerkiksi siivousta, turvapuhelinpalvelua sekä kauppa- ja ateriapalvelua. Monissa kunnissa näitä palveluja ei enää lainkaan tuoteta julkisina palveluina vaan niitä voi saada ainoastaan yksityiseltä sektorilta. Osassa kunnista tukipalveluja tuottaa ainakin osittain kunta.

Kuten kotihoidon asiakasmaksut myös tukipalvelujen hinnat vaihtelevat kuntien välillä selvästi.¹⁸ Maksujen määrääytymisen logiikka on kuitenkin erilainen, sillä kotihoidon palveluista maksetaan tulosidonnaisia asiakasmaksuja mutta tukipalveluista asiakkaat maksavat tasasuuruksia maksuja. Tämä voi kuulostaa hallinnolliselta yksityiskohdalta, mutta todellisuudessa se heijastelee isompia muutoksia pohjoismaisen hyvinvointivaltion ja julkisten palvelujen tuottamisen periaatteissa. Suomessa on totuttu ajattelemaan, että hoivapalvelujen pitää olla kaikkien saatavilla. Kotipalvelu oli vielä 1990-luvun alussa tarkoitettu kotona asumisen tueksi kaikille, jotka eivät enää itse

pystyneet hoitamaan siivouksen, ruokaostosten ja ruoanlaiton kaltaisia koti- töitä. Vuonna 1990 kodinhoitopalvelua sai noin joka kolmas yli 75-vuotias.¹⁹ Nykyään yksityisesti hankittavia siivous- ja kodinkunnostuspalveluja sekä hoivapalvelujen käyttöä tuetaan kotitalousvähennyksellä, joka on keski- ja suurituloisille hyvä etuus. Pienituloisille kotitalousvähennys on hankala tai jopa mahdoton tukimuoto, koska maksetut verot eivät välttämättä riitä täy- simääräiseen vähennykseen ja pienituloisille eläkeläisille palvelumaksut ovat joka tapauksessa liian suuria.²⁰ Palvelut eivät siis ole tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla yksinomaan tarpeenarvioinnin perusteella, vaan monista palve- luista on tullut helposti saatavia ja kohtuuhintaisia niille, joilla on tarpeeksi suuri eläke. Pienituloisten pitää täyttää tarpeenarvioinnin kriteerit, jotta he voivat saada kunnan subventoimaa kotipalvelua tai esimerkiksi palveluse- telin siivouspalveluun.

Hoivapalveluiden järjestämisessä ja maksuissa tapahtuneet muutok- set kertovat myös iäkkäiden hoivaan ohjattujen resurssien niukkenemista Suomessa. Sen sijaan, että kaikille tarkoitettuja julkisen sektorin tuottamia ja laajasti saatavilla olevia kotiin annettavia palveluja olisi vahvistettu, pai- nopistettä on siirretty yksityisiin palveluihin ja julkisen sektorin tuottamaa kotihoitoa on kohdennettu kaikkein huonokuntoisimmille. Ympärivuoro- kautisen hoidon kriteerejä on tiukennettu, ja palveluja tuottavat yhä useam- min yksityiset yritykset, joiden toiminnan tarkoituksena on tuottaa voittoa. Vanhuspalvelujen kehityksen 2000-luvulla voi siis tiivistää niin, että kaikkia ikääntyneille suunnattuja säännöllisiä, julkisesti rahoitettuja palveluja – koti- hoitoa ja sen tukipalveluja sekä ympärivuorokautista hoivaa – on vähennetty. Ainoastaan omaishoidon tuen piirissä olevien määrä on kasvanut viime vuo- sina.²¹ Omaishoito on kunnille edullinen vanhushoivan tuottamisen tapa. Sen on arvioitu mahdollistavan kunnille jopa satojen miljoonien eurojen vuosittaiset säästöt.²²

Yli 75-vuotiaita omaishoidettavia oli Suomessa vuonna 2019 noin 25 000. Omaishoitajaliiton mukaan omaishoitaja on henkilö, joka ”pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuu- desta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti”.²³ Tämän määritelmän mukaisesti arvioituna Suomessa on noin 350 000 omaishoitajaa, ja heistä noin 60 000:n hoivatilanne on sito- va.²⁴ Tyypillisimmin omaishoitajana toimii yli 65-vuotias nainen, joka hoitaa muistisairasta puolisoaan. Virallisen sopimuksen tehneiden omaishoitajien lisäksi jopa 300 000 suomalaista huolehtii läheisistään ilman sopimusta tai tukea.

Mahdollisimman pitkään kotona asumiseen odotetaan apua myös tek- nologiasta ja erilaisista sähköisen asioinnin mahdollisuuksista. Sähköisistä palveluista toivotaan tehokkuutta ja kustannussäästöjä. Monet palvelut ovat

siirtyneet entistä enemmän internetiin, ja niiden käyttämiseen tarvitaan tietokonetta tai vähintään älypuhelinta sekä tietoteknisiä perustaitoja. Esimerkiksi potilaskertomukset ja terveystietoihin liittyvät tiedot sisältävän Omakannan, pankkipalveluiden sekä Kelan palveluiden käyttö tapahtuu pääosin verkossa. Edelleen pankeilla ja Kelalla on myös konttoreita, joissa voi asioida, mutta niiden palveluja on karsittu ja harvennettu. Lisäksi tietoa useimmista palveluista on parhaiten saatavilla internetistä, olipa kysymys viranomaispalveluista, yksityisistä kotiapu- tai terveystietopalveluista, palvelutaloista tai melkein mistä tahansa palvelusta. Jopa ajantasaiset bussiaikataulut saattavat olla saatavilla vain verkosta.

Osa ikääntyneistä hyödyntää ongelmitta niin sähköisiä palveluja kuin erilaisia terveys- ja hyvinvointitekniikoita ja -sovelluksia. Jotkut saavat paljon tukea läheisiltään, ja joskus läheiset asioivat verkossa ikääntyneen ihmisen puolesta. Ne ihmiset, jotka eivät käytä internetiä, eivät omista tietokonetta tai älypuhelinta eivätkä osaa käyttää sähköisiä palveluja ja hakea tietoa verkosta, ovat muita heikommassa asemassa niin julkisten kuin yksityistenkin palvelujen käyttäjinä.

Ihmisten kykyyn käyttää teknologioita vaikuttavat monet sosioekonomiset tekijät, kuten varallisuus sekä koulutus- ja työtausta.²⁵ Myös ikä itsessään näyttää vaikuttavan teknologioiden ja internetin käyttöön. Mitä vanhempia ihmiset ovat, sitä vähemmän he käyttävät internetiä. Iän myötä internetin käyttö selvästi vähenee, ja voidaan olettaa, että ikääntyessä halu ja kyky käyttää muitakin teknologioita luultavasti vähenevät.²⁶ Palvelujen ja asioiden hoitamisen siirtyminen verkkoon saattaa lisätä eriarvoisuutta. Kun ihmisten oletetaan automaattisesti pystyvän hyödyntämään tietotekniikkaa tai vähintään älypuhelimia, he jäävät helposti oman onnensa nojaan ja kokevat jäävänsä syrjään, kun he eivät enää pystykään hoitamaan omia asioitaan sillä tavoin kuin ovat aiemmin tottuneet tekemään.

Palvelujen muutokset viime vuosina ovat olleet omiaan tekemään erityisesti yksinasuvien ja pienituloisten ikääntyneiden avun saamisesta entistä vaikeampaa. Tähän ovat vaikuttaneet niin kotihoidon palvelujen karsiminen ja rajaaminen vain kaikkein huonokuntoisimmille kuin se, että vastuuta hoivan ja palvelujen järjestämisestä on siirretty entistä enemmän ihmisten omalle vastuulle. Palvelujärjestelmään on punottu oletus siitä, että ikääntyneet voivat turvautua omaisten apuun ja sujuvasti käyttää sähköisiä tiedonhankintakanavia ja -palveluja sekä hankkia yksityisiä kotipalveluja.

YKSIIN ASUMINEN JA TOIMEENTULO IÄKKÄÄNÄ

Yksin asuminen on yleistynyt erityisesti iäkkäillä ihmisillä. Yhden hengen kotitalouksien määrä on Suomessa 1980-luvulta tähän päivään yli

kaksinkertaistunut noin puolesta miljoonasta kotitaloudesta 1,2 miljoonaan. Lähes puolet 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista asuu yksin, naiset jonkin verran miehiä useammin.²⁷

Yksin asuminen muodostaa köyhyysriskin elämänkulun jokaisessa vaiheessa.²⁸ Yhden hengen tulojen varassa olevat kotitaloudet ovat taloudellisesti haavoittuvampia kuin kahden tai useamman hengen tulojen varassa olevat kotitaloudet. Erityisesti asumiskulut ovat yksinasuville suuri menoerä. Suurten kaupunkien kalliit asumismenot koskettavat erityisesti yksinasuvia naisia, sillä heitä on eniten kaupunkimaisissa kunnissa ja Etelä-Suomessa, kun taas yksinasuvia miehiä on eniten Pohjois- ja Itä-Suomessa maaseutumaisissa kunnissa.²⁹

Keskimäärin yli 75-vuotiaiden eläkeläisten tulotaso on kohonnut viimeisten kymmenen vuoden aikana. Sekä työ- että kansaneläkettä saavien 75–79-vuotiaiden kuukausieläke oli 1919 euroa vuonna 2020. Se on noin 550 euroa suurempi kuin vuonna 2010.³⁰ Samaan aikaan kuitenkin pienituloisten eläkeläisten määrä on edelleen pysynyt suurena. Yli 75-vuotiaiden ikäluokasta 22 prosenttia eli noin 105 000 henkilöä oli pienituloisia vuonna 2017. Pienituloisten eläkeläisten ongelmana on pitkittänyt köyhyys, mikä näkyy esimerkiksi leipäjonoissa. Niissä kävijöistä kaksi viidesosaa on eläkeläisiä.³¹ Yksinasuvat ja pienituloiset ikääntyneet ovat useammin naisia, mutta sukupuolten välinen ero on kaventunut viime vuosina. Ikävä kyllä ero ei ole kuroutunut pienemmäksi siksi, että pienituloisten naisten määrä olisi vähentynyt, vaan siksi, että pienituloisten miesten määrä on lisääntynyt. Tästä huolimatta ikääntyneiden pienituloisuus on kuitenkin yhä sukupuolittunut kysymys: yli 75-vuotiaista naisista reilu neljäsosa oli pienituloisia vuonna 2017, kun miehistä pienituloisia oli vähemmän kuin kahdeksasosa. Yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä naisten pienituloisuusaste (27 prosenttia) oli yli kaksi kertaa niin suuri kuin samanikäisillä miehillä (13 prosenttia) tai väestössä keskimäärin (12 prosenttia).³²

Yksinasuvista lesket ovat harvemmin pienituloisia kuin muut yksinasuvat. Tämän arvioidaan erityisesti naisilla johtuvan leskeneläkkeestä. Naimisissa olevat miehet taas ovat naimattomia miehiä parempituloisia, mikä heijastuu myös eläkkeisiin: leskeksi jääneillä miehillä omaan työuraan perustuva eläke on muita yksinasuvia miehiä suurempi. Yksinasuvista iäkkäistä taloudellisesti haavoittuvaisimmassa asemassa ovat siis ne, joiden elämä ei ole noudattanut heterolineaarista elämäntulkua – esimerkiksi koko aikuisikänsä yksin asuneet, avoliitossa olleet tai avioliitosta eronneet.³³

Yksin asumisen lisäksi iäkkäiden naisten köyhyysriskiä kasvattavat lyhyt työhistoria, omaishoitajana toimiminen, heikko terveys ja suuret hoivatarpeet sekä suuret henkilökohtaiset lääkemenot. Ylipäätään naisten elämäntulussa köyhyyttä aiheuttavat tai siihen myöhemmällä iällä johtavat tekijät

kietoutuvat usein toisiinsa. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi vähäinen koulunkäynti, kotiäitiys, yksinhuoltajuus, lyhyet työsuhteet sekä avioliiton päättyminen eroon tai puolison kuolemaan.³⁴ Naisten huono-osaisuus liittyykin edellä esitettyjen koulutuksen puutteen ja työurien katkonaisuuden kaltaisiin rakenteellisiin seikkoihin. Miehillä huono-osaisuus taas liittyy työttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin ja heikkoon terveyteen.³⁵ Näihin yhdistyy lisäksi usein yksin asuminen, parisuhteen puuttuminen ja yksinäisyys.

Kaikenikäisten yksinasuvien kokemaa taloudellista huono-osaisuutta on yhteydessä sosiaalisen kanssakäymisen vähäisyyteen. Sosiaalisia kontakteja on vähiten niillä, jotka kokevat toimeentulovaikeuksia, ovat työttömiä ja heikosti koulutettuja. Näissä ryhmissä reilu kolmannes tai jopa lähes puolet kärsii yksinäisyydestä ja sosiaalisesta eristyneisyydestä. Eläkeikäisistä yksinasuvista noin 30 prosenttia kokee olevansa yksinäinen tai on harvoin tekemisissä tuttavien tai sukulaisten kanssa. Miehillä tällainen yksinäisyys on naisia yleisempää.³⁶

IKÄÄNTYNEIDEN HOIVAKÖYHYYS

Osa iäkkäistä jää ilman tarvitsemaansa apua ja hoivaa eli kokee hoivaköyhyyttä. Usein hoivaköyhyys liittyy taloudellisen köyhyyden kanssa, mutta se ei ole yksinomaan taloudellisesta köyhyydestä johtuvaa. Hoivaköyhyyden syynä voi olla myös se, ettei iäkkäällä ole omaisia ja läheisiä, jotka voisivat auttaa, tai palveluja ei ole saatavilla. Toisinaan apua tarvitsevat ikääntyneet eivät tiedä, mistä apua voisi saada, tai avun hakeminen voi olla liian vaikeaa.³⁷ Kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla, sosiaalisesti eristyneillä tai esimerkiksi mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ihmisillä avun saamisen esteenä voi olla palveluihin hakeutumisen kynnys tai palveluita kohtaan tunnettu epäluottamus. Vaikka hoivaköyhyys ei välttämättä liity taloudelliseen köyhyyteen tai perheettömyyteen, usein ne kuitenkin liittyvät yhteen. Pienituloiset ja yksinasuvat ikääntyneet ovat muita heikommissa asemassa tarvitessaan apua, tukea ja hoivaa.

Suomalainen kotihoito vaikuttaa toimivan melko tasapuolisesti, kun tarkastellaan päivittäisiä perustoimia (ADL), kuten peseytymistä ja syömistä. Kun avun tarpeet liittyvät näihin perusasioihin, kotihoitoa saadaan riippumatta avun tarvitsijan tuloista tai asemasta. Hoivaköyhyys ei siis Suomessa liity sosiaaliseen tai taloudelliseen huono-osaisuuteen, kun avun tarpeet ovat vaativia. Sen sijaan hoivaköyhyys käytännöllisissä toimissa (IADL), kuten siivouksessa tai ruokaostoksissa, on yleisempää niillä ikäihmisillä, joilla on pienet tulot ja heikko terveydentila, sekä niillä, jotka asuvat yksin.

Merkille pantavaa on kuitenkin hoivaköyhyyden yleisyys. Vuonna 2015 vajaa viidennes yli 75-vuotiaista kotona asuvista iäkkäistä jäi ilman riittävä

apua käytännöllisissä toimissa ja noin joka kahdeksas jäi ilman riittävää apua peseytymisen, syömisen tai pukeutumisen kaltaisissa perustoimissa.³⁸ Koko Suomea koskevien tilastojen mukaan vuonna 2018 suomalaisista kotihoidon asiakkaista useampi kuin joka kolmas (38 prosenttia) koki, ettei saa riittävästi apua.³⁹

Erityisen haasteelliseen tilanteeseen jäävät ne yksinasuvat ja pienituloiset iäkkäät, joiden rahat eivät riitä avun hankkimiseen yksityisistä palveluista mutta joiden toimintakyky ei ole vielä niin huono, että julkisten palvelujen tarpeenarvioinnin kriteerit täyttyisivät. Toisaalta viitteitä löytyy myös siitä, että vaikka tarpeenarvioinnin kriteerit täyttyisivätkin, myös julkisen sektorin palvelujen asiakasmaksut voivat olla pienituloisille liian suuria, jolloin apu jää ottamatta vastaan tai sitä yritetään pitää minimissä.⁴⁰

Usein huonokuntoinen iäkäs ihminen saa eniten apua ja tukea puolisoiltaan. Siksi yksin asuminen voi olla yhteydessä myös hoivaköyhyyteen. Tutkimusten mukaan mitä huonokuntoisempi iäkäs henkilö on, sitä enemmän apua hän saa sekä kotihoidosta että läheisiltä. Usein apua saadaan kuitenkin selvästi enemmän läheisiltä kuin kotihoidon palveluista: kaikkein huonokuntoisimmat iäkkäät saavat läheisiltään jopa kolme kertaa niin paljon apua kuin säännöllisestä kotihoidosta. Puolisolta saatu apu ylitti virallisen avun jopa kymmenkertaisesti, kun sitä mitattiin avun antamiseen käytettyinä tunteina viikon aikana.⁴¹

Apua voidaan tietysti saada muiltakin läheisiltä kuin puolisoilta, mutta avuntarpeiden kasvaessa sosiaalisten verkostojen tuki voi vähentyä ja lähimaisista tulee yhä tärkeämpiä. Erään selvityksen mukaan eläkeläisistä 65–80-vuotiaat saavat useimmiten apua tuttaviltaan mutta yli 80-vuotiaat tukeutuvat eniten lähimaisiinsa. Noin seitsemän prosenttia kaikkein iäkkäimmistä yksinasuvista ei kuitenkaan saa apua keneltäkään. Sosioekonominen huono-osaisuus on yhteydessä siihen, että avunlähteitä on vähän tai ei ollenkaan. Erityisen heikossa asemassa ovat yksinasuvat miehet, joilla on toimeentulovaikeuksia ja terveydellisiä ongelmia.⁴²

Hoivaköyhyys tarkoittaa Suomen kaltaisessa hyvinvointivaltiossa vain harvoin sitä, että huonokuntoiset ja sairaat ihmiset jäisivät oman onnensa nojaan ja täysin ilman apua. Sen sijaan apu ja tuki voi olla riittämätöntä monissa arkisissa toimissa, kuten asioimisessa kodin ulkopuolella tai ruoanlaitossa niin, että niiden hoitaminen on hankalaa tai vajavaista. Avun riittämättömyys voi koskea myös palvelujen ja avun hankkimista. Kaikkein yleisimmin hoivaköyhyys kuitenkin vaikuttaa liittyvän sosiaalisiin suhteisiin, kotoa ulos pääsemiseen ja mahdollisuuteen osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin tai aktiviteetteihin. Tällainen avun riittämättömyys ei uhkaa ikääntyneiden ihmisten henkeä tai terveyttä mutta vaikuttaa hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Suomessa tuntuu olevan vähintään hiljaisesti hyväksyttyä,

että yhteiskunnan tukea ja palveluja myönnetään vain aivan välttämättömiin asioihin. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä tai edes muiden ihmisten tapaamisen mahdollisuutta ei tunnuta pitävän niin tarpeellisena, että ne oikeuttaisivat palveluihin, apuun tai tukeen.

PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS

Tällä hetkellä Suomessa kaikki ikääntyneet eivät saa tarvitsemaansa apua, tukea ja hoitoa. Syynä tähän tilanteeseen on erityisesti se, että kotihoitoa on karsittu ja sitä kohdennetaan tiukemmin kuin aiemmin. Palvelujen piiriin on vaikea päästä, ja osa ikääntyneistä jää ilman riittävää apua, jos omaisia ei ole ja yksityisten palvelujen hankkiminen ei syystä tai toisesta onnistu. Tilannetta vaikeuttaa oleellisesti se, että ympärivuorokautisen hoidon asiakaspaikkoja on vähennetty, ja siksi kotihoidossa on entistä huonokuntoisempia ja paljon hoitoa tarvitsevia asiakkaita, mutta kotihoidon resurssija ei ole riittävästi lisätty. Suomessa ei aina noudateta perustuslain henkeä iäkkäiden hoidossa ja hoivassa, koska kaikki eivät saa riittävää huolenpitoa ja tarvitsemiaan palveluja.

Yksin asumisesta on tullut jo niin tavallista, että olisi väärin puhua yleistävästi yksinasuvien ikääntyneiden tilanteesta ja hoivaköyhyyksriskistä. Yksinasuvien iäkkäiden ihmisten elämänhistoriat ja -tilanteet ovat moninaisia. Sosiaaliset ja taloudelliset riskit kuitenkin usein kasautuvat, ja yksin asumiseen liittyy suurempi hoivaköyhyyden riski. Erityisen haavoittuvassa asemassa ovat yhtäältä lapsettomat ja sinkut mutta toisaalta myös ne yksinasuvat, joilla on puoliso tai lapsia, jotka eivät osallistu hoivaan. Varakkaat ja hyvätuloiset ihmiset voivat täydentää julkisen sektorin järjestämien palvelujen tai omaisten avun puutetta yksityisesti ostettavilla palveluilla, mutta pienituloisille tämä ei ole yleensä mahdollista.

Näyttää siltä, että ihanteellisena pidetty aktiivisuus, itsestä huolehtiminen ja mahdollisuudet hankkia tarvittavaa apua ja palveluja ovat nykyään Suomessakin mahdollisia vain osalle iäkkäistä. Hoivaköyhyyttä voidaan yhteiskunnallisesti vähentää ensisijaisesti turvaamalla riittävä määrä palveluja, jotka ovat saatavilla tulotasosta, asuinpaikasta ja perhetaustasta riippumatta. Pitäisi myös löytää vaihtoehtoja mahdollisimman pitkään yksin asumiseen kotona ja siihen, että vasta erittäin huonokuntoisena ja kenties muistisairaana siirrytään pitkäaikaisesta kodista ympärivuorokautiseen hoitoon. Tätä ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä edeltää usein pitkä vaihe, jolloin kotiin saatavat palvelut eivät tahdo riittää ja ihmiset ovat asunnoissaan kuin vankeja, jos he eivät pysty enää itse liikkumaan mihinkään eikä palveluihin kuulu tukea sosiaaliseen elämään tai asiointiin.

Erilaiset teknologiset ratkaisut voivat tulevaisuudessa helpottaa kotona asumista ja tukea sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä. On kuitenkin muistettava, että ihmiset ovat kovin eriarvoisessa asemassa myös teknologian käyttäjinä. Jos taas ajatellaan teknologian mahdollisuuksia hoivan tarpeisiin vastaamisessa, tällä hetkellä ollaan vielä kaukana tilanteesta, jossa esimerkiksi robottien kaltaiset teknologiset laitteet avustaisivat iäkkäitä. Markkinoille ei ole tullut muita kuin yksinkertaisiin suoritteisiin kykeneviä robottimureita, ruohonleikkureita ja lääkeannostelijoita, vaikka robottivusteisesta hoivasta on odotettu ratkaisuja hoivan ongelmiin jo yli kaksikymmentä vuotta.⁴³ Ikääntyneiden huono-osaisuuteen tai hoivaköyhyyden riskiin on vaikea nähdä teknologisia ratkaisuja.

Palvelujen laatua ja riittävyttä koskevista ongelmista huolimatta Suomi nähdään kansainvälisesti pohjoismaisena hyvinvointivaltiona, jossa on kattava julkinen, verorahoin kustannettu palvelujärjestelmä ja kaikkien saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Tällainen universalismin periaatteelle rakennettu hyvinvointivaltio on osittain pikemminkin ideaali kuin todellisuutta. Suurin osa sosiaaliturvaetuksista ja palveluista myönnetään ihmisille tarveharkinnan perusteella, ja useimmiten palveluista maksetaan asiakasmaksuja, jotka voivat muodostua suuriksi ainakin paljon apua tarvitseville ja pienituloisille ikääntyneille. On silti edelleen poikkeuksellista jopa Euroopassa, että iäkkäiden hoivaa ja hoitoa ylipäättään järjestetään julkisina palveluina, kuten Pohjoismaissa tehdään.

Suomalaisen julkisen palvelujärjestelmän voi kuitenkin sanoa vanhuspalvelujen osalta olevan jonkinlaisessa kriisissä. Juuri nyt erityisesti erittäin iäkkäiden eli yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa ratkaisevasti. Elinajanodotteen paraneminen ei kuitenkaan tarkoita, että hoivan tarpeita ei tulisi, vaan ne vain siirtyvät aiempaa myöhempään ikään. Muistisairaudet ovat yleisiä kaikkein iäkkäimmillä ihmisillä, ja viimeisinä elinvuosina myös fyysiset hoivan tarpeet ovat usein vaativia.⁴⁴ Siihen, millaista vanhuusikä on, vaikuttavat monet samanaikaiset yhteiskunnalliset kehityskulut.

Tässä luvussa olemme käsitelleet palvelujärjestelmän muutoksia, yksin asumisen yleistymistä ja ikääntyneiden ihmisten pienituloisuutta. Useimmiten pienituloisia ovat yksinasuvat ja erityisesti naiset. Lisäksi suuri joukko ikääntyneitä kärsii pitkittyneestä köyhyydestä ja hakee apua toimeentuloonsa leipäjonoista. Pienituloisuuteen ja yksin asumiseen saattaa liittyä myös muita huono-osaisuuden osatekijöitä, kuten heikko terveys ja yksinäisyys tai sosiaalinen eristyneisyys. Nämä tekijät ovat usein yhteydessä myös avun riittämättömyyteen ja hoivaköyhyyteen.

Jos halutaan säilyttää suomalainen hyvinvointivaltio sellaisena kuin se on aiemmin tunnettu ja pitää kiinni kattavista, kaikille saatavilla olevista tasarvoisista sosiaali- ja terveyspalveluista, täytyy kiinnittää erityistä huomiota

niihin iäkkäisiin ihmisiin, jotka eivät ole aktiivisia ja hyvinvoivia. Jos avun ja hoivan saaminen edellyttää rahaa tai omaisten panosta eikä julkinen sektori turvaa tarpeenmukaisia palveluja, olemme erkaantuneet pohjoismaisesta, universalismin ideaalille rakennetusta hyvinvointivalttiosta. Meidän täytyy tarkasti miettiä, millaisessa yhteiskunnassa haluamme elää ja millä tavalla pidämme huolta heikossa asemassa olevista ihmisistä, joista suuri osa on Suomessa iäkkäitä.

Suomessa tulisi investoida tuntuvasti enemmän iäkkäiden palveluihin, jotta sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon saatavuutta ja määrää voitaisiin lisätä. Tarvitaan yksinkertaisesti lisää rahaa, jotta voidaan palata lisää tekijöitä ja tuottaa lisää palveluja. Vanhuspalveluihin satsataan Suomessa selvästi vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Rahalliset investoinnit vanhuspalveluihin ovat Norjassa lähes kaksinkertaisia ja Ruotsissa ja Tanskassakin yli puolitoistakertaisia Suomeen verrattuna.⁴⁵

Lisäinvestointien ohella pitää löytää keinoja tukea ja vahvistaa ihmisten omia voimavaroja, sosiaalisia verkostoja, osallistumisen mahdollisuuksia ja ylipäättään mahdollisuuksia elää toivomansa kaltaista elämää. Julkisuudessa on puhuttu paljon nuorten syrjäytymisestä ja jäämisestä työn ja koulutuksen ulkopuolelle. Nyt olisi aika kiinnittää huomio ikääntyneiden syrjäytymiseen ja jäämiseen niin sosiaalisen elämän kuin palvelujenkin ulkopuolelle. Aiommeko tyytyä siihen, että ikääntyneille huonokuntoisille ihmisille turvataan hengissä pysyminen perustason palveluilla mutta samalla hyväksytään heidän jäämisensä kotiensa vangeiksi, yksin ja turvattomina? Palvelutarpeenarvioinnin ja kotiin annettavien palvelujen pitäisi ottaa huomioon myös sosiaaliset tarpeet eikä pelkästään hengissä pitämisen edellyttämää välttämätöntä hoitoa.

Julkisessa keskustelussa ja median kuvastoissa keskitytään aktiivisiin ja hyvinvoiviin ikääntyviin ihmisiin. Heitä varten kehitetään lisää ja parempia osallistumismahdollisuuksia, harrastuksia ja palveluja. Samalla jää huomamatta, että paljon lisää tukea ja palveluja tulisi suunnata niille ikääntyneille ihmisille, joita ei yleensä tässä kuvastossa näy. Olisiko suomalaisille mahdollon ajatus korottaa vanhushoivaan käytetty raha pohjoismaiselle tasolle ja korjata palvelujen kattavuus sellaiseksi, että kukaan ei jäisi ilman tarvitsemaansa apua ja hoivaa?

8

Suomalainen vanhuus. Hyvinvointia ja hoivaköyhyyttä

1. Pienituloisuus tarkoittaa, että henkilön tai kotitalouden käytettävissä olevat tulot ovat 60 prosenttia tai alle suomalaisten keskitulon.
2. Blomgren ym. 2006, 170; Van Aerschot 2014, 117–119.
3. Kröger 2003; Kröger & Leinonen 2012.
4. Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2020, 57.
5. Karsio & Anttonen 2013; THL 2018.
6. Lith 2018.
7. Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.
8. Karsio & Van Aerschot 2017.
9. YLE uutiset 30.1.2019; Valvira 23.4.2019.
10. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta... 980/2012, 13 §.
11. Hoppania ym. 2016; Sihto 2019.
12. Ilmarinen ym. 2020.
13. Sosiaali- ja terveysministeriö (päiväämätön verkkolähde).
14. Kehusmaa ym. 2018.
15. Noro ym. 2014; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2018.
16. Kröger & Leinonen 2012; Finne-Soveri ym. 2014; Kröger ym. 2019.
17. Anttonen & Karsio 2016; Kröger ym. 2019.
18. Ilmarinen ym. 2020.
19. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2020, 65.
20. Grönberg & Rauhanen 2015.
21. Noro ym. 2014, 24–27; Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2018, 229.
22. Kehusmaa 2014.
23. Omaishoitajaliitto (päiväämätön verkkolähde).
24. Ei ole kysymys pelkästään kotona asuvien vanhojen ihmisten hoivasta vaan myös vammaisista ja sairaista ihmisistä (ks. STM 2014).
25. Bülow & Söderqvist 2014; Joyce & Loe 2010; Fex ym. 2009.
26. Tilastokeskus 2017.
27. Tilastokeskus 2017; 2018; Terämä ym. 2018; Lintunen 2019.
28. Tilastokeskus 2018.
29. Laihiala 2018; Hiilamo 2018; Tiitu 2018.
30. Eläketurvakeskus, tilastotietokanta.
31. Laihiala 2019.
32. Tilastokeskus 2019b.
33. Rantala ym. 2019.
34. Ylinen & Rissanen 2012, 309–315.
35. Laihiala & Ohisalo 2017.
36. Miettinen 2018.
37. Van Aerschot 2014, 127–128.
38. Kröger ym. 2019.
39. Sotkanet 2020b.
40. Vaalavuo 2018; Ilmarinen 2017.
41. Finne-Soveri ym. 2014.
42. Miettinen 2018.
43. Van Aerschot & Parviainen 2020.
44. Jylhä ym. 2018.
45. Nordic Council of Ministers 2017.