



Toimintarajoitteista puolisoaan avustavien terveys ja hyvinvointi ja kokemus sosiaali- ja terveystalveluiden riittävyydestä muuta väestöä heikompi

PÄÄLÖYDÖKSET

- Puolisoaan avustavien terveys, toimintakyky ja elämänlaatu ovat heikompia kuin muulla samankäisellä väestöllä.
- Puolisoaan avustavat kokivat myös muita useammin, että he saivat liian vähän sosiaali- ja terveystalveluita tarpeeseensa nähden.
- Noin kymmenen prosenttia puolisoahoitajista katsoi tarvitsevansa omaishoidon tukitalveluita tai hoitopalkkiota.
- Omaishoidon tukitalveluita tai hoitopalkkiota tarvinneista yli puolet piti saamiaan etuuksia ja talveluita riittämättöminä.

Omaiset ovat Suomessa merkittäviä hoivan tarjoajia. Kun omaisen antamasta hoivasta ei makseta omaishoitolain mukaista palkkiota, puhutaan epävirallisesta (informaalista) hoivasta. Moni puoliso täydentää antamallaan avulla talvelujärjestelmän tarjoamaa hoivaa. Myös tällöin on kyse epävirallisesta hoivasta, jos omaishoidosta ei ole tehty sopimusta hyvinvointialueen kanssa. Tällainen epävirallinen omaisten tarjoama hoiva tulee entistä tärkeämmäksi, kun väestörakenne muuttuu ja talvelua tarvitsevien ikäihmisten määrä kasvaa (Sosiaali- ja terveystministeriö 2020).

Vilkon ja kanssakirjoittajien (2014) mukaan noin 350 000 suomalaista kokee olevansa omaisensa tai läheisensä pääasiallinen auttaja. Hoidettavat voivat kuitenkin olla monen kuntoisia eikä kaikilla välttämättä ole niin suurta avuntarvetta, että julkisen talvelun saamisen kynnyks ylittyisi. Läheisapu voi olla avustamista päivittäisissä henkilökohtaisissa toiminnoissa, apua asioinnissa tai huolenpitoa kuten silmälläpitoa sekä emotionaalista ja sosiaalista tukea (Erhola ym. 2018). Autettavana on usein puoliso, mutta autettavana voi olla myös oma tai puolison vanhempi, lapsi tai muu omainen tai läheinen.

Epäviralliset avun tai hoivan antajat voivat saada taloudellista tukea hoivatyöhön riippuen kunkin maan sosiaaliturvajärjestelmästä (Zigante 2018). Suomessa Laissa omaishoidon tuesta (Finlex 937/2005) sopimusomaishoitajuuteen liittyy annetun avun tavanomaista auttamista suurempi sitovuus ja vaatavuus verrattuna läheisten toisilleen antamaan arkiseen apuun, ja sopimusomaishoidossa hoivan tarve perustuu omaisen tai läheisen terveydentilan tai toimintakyvyn heikentymiseen tai vammaisuuteen. Sopimusomaishoito on kokonaisuus, johon kuuluvat hoitajalle rahana maksettava palkkio ja tukitalvelut sekä lakisääteiset vapaapäivät. Tässä kirjoituksessa käytetään jatkossa läheisten antamasta hoivasta termiä läheisapu tai -hoiva, silloin kun ei viitata omaishoitosopimuksen puitteissa tehtävään omaishoittoon.

Myös silloin, kun läheisapu ei täytä omaishoitolain edellytyksiä tai hoitaja ei halua ryhtyä sopimusomaishoitajaksi, on läheishoitaja oikeutettu tietäen edellytyksin saamaan sosiaalihuoltolain mukaisia talveluja tukemaan jaksamistaan. Sosiaalihuoltolain perusteella voi tarvittaessa saada vapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita. Vapaan saamisen edellytyksenä on hoidon päivittäinen sitovuus ja hoitavan henkilön tuen tarve sekä se, että omaisen tai läheisen antama hoito ja huolenpito on kirjattu hoidettavan hoito- ja talvelusuunnitelmaan.

Vuonna 2021 omaishoidon tuen asiakkaiden määrä oli noin 52 000, ja sopimusomaishoitajia oli noin 50 200, joista yli 65-vuotiaita oli 29 500 (Sotkanet.fi). Suuri osa läheishoivasta jää sopimusomaishoidon tuen ulkopuolelle. Läheisen hoivaan osallistuminen on merkittävä ja kuormittava elämänvaihe, johon liittyy menetyksen ja surun tunteita, joka vaativat sopeutumis- ja elämäntalvelutaitoja, ja jolla voi olla monenlaisia lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutuksia hoitajien terveyteen ja hyvinvointiin (Sawatzky ja Follower-Kerry 2003). Avunantajilla itsellään on myös monenlaisia tuentarpeita liittyen hoivan ja lepoaikojen järjestelyihin, hoivaa ja talveluita koskevaan tiedonsaantiin, käytännöllisen ja emotionaalisen sosiaalisen tuen saantiin sekä arvostuksen saamiseen (Plöthner ym. 2019). Moni läheishoitaja kokee, että yhteiskunnan tarjoama tuki ja talvelut ovat riittämättömiä, eikä talveluja myöskään käytetä tarvetta vastaavasti (Toljamo ym. 2012; Noro 2018; Peel ja Harding 2019; Halonen 2021; Van Aershot ym. 2021).

Anna-Mari Aalto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Katja Ilmarinen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Sari Kehusmaa

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Marko Elovainio

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Päivi Sainio

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Näin tutkimus tehtiin:

Tutkimusaineistona käytettiin FinSote 2020 -kyselyä, joka lähetettiin 61 600:lle 20 vuotta täyttäneelle Suomessa asuvalle henkilölle. Yläikärajaa ei ollut. Kyselylomakkeeseen oli mahdollista vastata paperisella lomakkeella tai sähköisesti suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Kyselyyn vastasi yhteensä 28 199 henkilöä (osallistumisprosentti 46). Aineisto kerättiin koronapandemian aikana syyskuusta 2020 helmikuuhun 2021.

Tutkimuksessa käytettyjä sosiodemografisia ja mahdollisesti sekoittavia tekijöitä olivat ikä, sukupuoli, koulutus, työmarkkina-asema, kotitaloudessa asuvien alle 18-vuotiaiden lasten määrä, toimeentulotuen tarve, asuinkunnan kaupungistumisaste sekä toimeentulotuen tarve, onko muita autettavia ja onko omaishoitosopimus.

Tarkasteltavia terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä olivat pitkäaikaisairstavuus, psyykinen kuormittuneisuus, koettu terveys ja toimintakyvyn rajoitteet. Terveystekijöinä tarkasteltiin ylipainoisuutta, fyysistä aktiivisuutta, tupakointia, alkoholin käyttöä ja riittävää unen saantia.

Hyvinvointiin liittyvinä tekijänä tarkasteltiin elämänlaatua, osallistumisaktiivisuutta, yksinäisyyden tunnetta ja koettua avun tarvetta. Palvelukokemuksia tarkasteltiin kokemuksina terveyspalveluiden riittävydestä (lääkärin, hoitajan ja hammaslääkärin vastaanottopalvelut) sekä sosiaalipalveluissa (vanhusten kotihoitopalvelut, vammaispalvelut, sosiaalitoimikijän neuvontapalvelut). Lisäksi tarkasteltiin omaishoidon tukipalvelujen sekä hoitopalkkion tarvetta ja riittävyttä. Muuttajien pohjana olleet kysymykset ja muuttajien muodostaminen on kuvattu Liitteessä 1.

Analyseissä tarkasteltiin aluksi puolisoaan avustavien henkilöiden eroja väestöön nähden sosiodemografisissa tekijöissä. Tulokset esitetään ristiintaulukoina. Sosiodemografisten tekijöiden yhteyksiä puolison avustamiseen tarkasteltiin lisäksi monimuuttujamallilla (logistinen

Läheishoitajien hyvinvointi on todettu heikentyneeksi ja psykososiaalinen kuormitus on todettu korkeaksi verrattuna muuhun väestöön monissa tutkimuksissa (Bauer ja Sousa-Poza 2015; Koyanagi ym. 2018; Bom ym. 2019; Janson ym. 2022). Erityisesti läheistään hoitavat naiset (Bauer ja Sousa-Poza 2015; Kim ja Woo 2022) sekä ne, jotka antavat paljon apua ja ovat sidoksissa läheisen hoivaan, kokevat kuormitusta. Myös auttajan ja autettavan välisellä suhteella on merkitystä. Puolisoaan auttavat kokevat enemmän kielteisiä vaikutuksia hoivasuhteesta verrattuna omia vanhempiaan avustaviin aikuisiin (Oldenkamp ym. 2016). Läheisen hoivalla voi olla myös myönteisiä vaikutuksia. Hoitaja voi kokea arvostuksen tunnetta tärkeästä työstä, kokea perheen yhteenkuuluvuuden ja toimivuuden lisääntyvän ja saada hoidosta tarkoituksentunnetta elämälleen (Toljamo ym. 2012; Pysklywec ym. 2020).

Koronaepidemia on entisestään vaikeuttanut läheistään avustavien tilannetta (Budnick ym. 2021). Suomessa kotihoidon asiakkaiden päivä- ja virkistystoiminta ajettiin epidemian aikana alas (Kehusmaa ym. 2021, Sihto ym. 2022), mikä on voinut kasvattaa erityisesti samassa taloudessa asuvaa läheistään hoitavien taakkaa ja heikentää mahdollisuuksia oman ajan hallintaan. Omaishoitajat myös kokivat usein, että tarjolla olevat palvelut olivat vähentyneet, siirtyneet tai peruttu kokonaan (Sihto ym. 2022).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa ajantasaista tietoa suomalaisista puolisoaan avustavista henkilöistä ja heidän hyvinvoinnistaan. Tarkastelun kohteena olivat puoliset, jotka itse kokivat auttavansa toimintakyvyltään heikentyneitä puolisoaan, riippumatta siitä, olivatko he sopimusomaishoitajia. Lisäksi tarkasteltiin puolisoaan avustavien kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä omaishoidon tukipalveluiden ja -hoitopalkkion riittävydestä. Puolisoaan avustavien tilannetta verrattiin muuhun väestöön. Tulokset perustuvat FinSote-tutkimukseen, jonka väestöä edustava aineisto kerättiin koronapandemian toisen aallon aikana syksyllä 2020. Tulokset auttavat päätöksentekijöitä kehittämään ja tarjoamaan tukea, jotta läheisiään hoitavien toimintakyky ja hyvinvointi säilyy ja vahvistuu.

Joka kymmenes puoliso avustaa toimintakyvyltään alentunutta kumppaniaan

Koko väestöstä noin kuusi prosenttia ilmoitti säännöllisesti avustavansa samassa taloudessa asuvaa, toimintakyvyltään heikentyneitä puolisoaan. Naimisissa tai avoliitossa olevista vastaava osuus oli 10 prosenttia. Puolisoaan avustavat olivat muuta väestöä vanhempia. Ikäryhmittäin tarkasteltuna puolisoahoitajista 61 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä, kun vertailuväestössä 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 25 prosenttia (taulukko 1). Puolisoahoitajat olivat useammin miehiä, ja heillä oli useammin keskimääräistä matalampi koulutus verrattuna muuhun väestöön. Puolisoaan avustavat asuivat harvemmin taloudessa, jossa oli alle 18-vuotiaita, he olivat harvemmin työelämässä ja useammin eläkkeellä ja asuivat harvemmin kaupunkimaisissa kunnissa kuin vertailuväestö. He kokivat myös useammin toimeentulotuen tarvetta. Lukuun ottamatta eroja asuinkunnan kaupungistumisasteessa ja asumista samassa taloudessa alle 18-vuotiaiden kanssa, nämä kuvatut erot olivat tilastollisesti merkitseviä myös monimuuttuja-analyysissä, jossa kaikki sosiodemografiset sekoittavat tekijät huomioitiin samanaikaisesti (Liitetäulukko 1).

Puolisoaan avustavilla heikompi terveys ja toimintakyky kuin muulla saman ikäisellä väestöllä

Kuviosta 1 ilmenee, että puolisoaan avustavilla oli vertailuväestöä useammin jokin pitkäaikainen ammattilasten seuranta vaativa terveysongelma, ja että heillä oli muita useammin merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta. He myös kokivat terveytensä muita useammin kinkertaiseksi tai sitä huonommaksi, ja heillä oli useammin myös vakava toimintakyvyn rajoite. Lukuun ottamatta eroja pitkäaikaisairstavuudessa, nämä erot olivat merkitseviä myös monimuuttuja-analyysissä, jossa kaikki sekoittavat tekijät on huomioitu samanaikaisesti (Liitetäulukko 2).

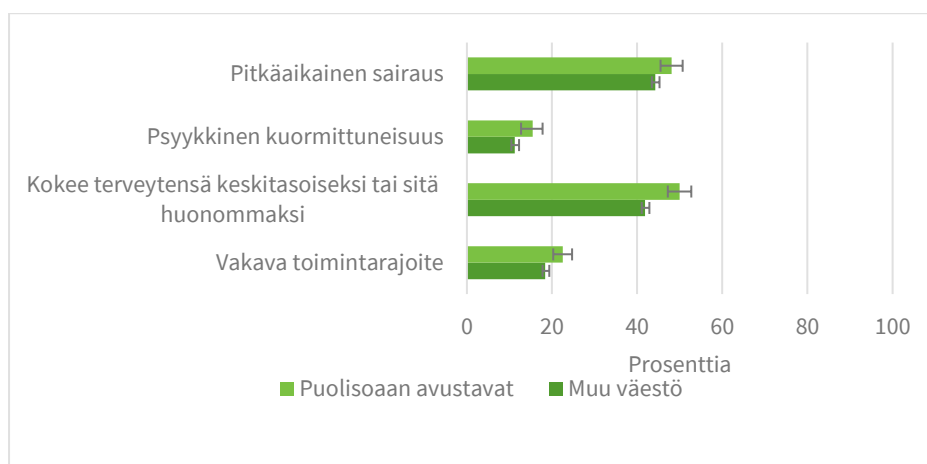
regressioanalyysi), jossa kaikki sosio-demografiset taustatekijät huomioitiin samanaikaisesti. Eroja terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä tekijäissä puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä tarkasteltiin ikä ja sukupuolivakioituna prosenttiosuuksina. Jos auttamisen yhteys vastemuuttujiin oli erilainen miehillä ja naisilla (eli sukupuoli*auttaminen -yhdysvaikutus oli merkitsevä), analyysit tehtiin heille erikseen ikävakioituna.

Lopuksi eroja puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä tarkasteltavissa hyvinvointiin, terveyteen, ja palvelukokemuksiin liittyvissä ilmiöissä analysoitiin logistisilla monimuuttujamalleilla, joissa kaikkien sekoittavien tekijöiden (kts. Taulukko 1) vaikutus vakioitiin samanaikaisesti. Monimuuttujanalyysissä vakioitiin lisäksi myös pitkäaikaissairastavuus, joka on usein yhteydessä kokemuksiin terveydentilasta, mielialasta ja palvelujen käytöstä (Manderbacka ym. 1998; Ronksley ym. 2012).

Taulukko 1. Puolisoaan avustavat ja muu väestö sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan

	Puolisoaan avustavat (%) (n=2893)	Muu väestö (%) (n=24460)	p ¹
Ikäryhmä			***
18–34	10	25	
35–44	8	17	
45–54	7	16	
55–64	15	17	***
65–74	31	15	
75+	30	10	
Sukupuoli			***
Miehet	56	48	
Naiset	44	52	
Koulutus			***
Matala	49	41	
Keskimääräinen	28	33	
Korkea	24	26	
Taloudessa alle 18-vuotiaita			***
Ei	88	78	
Kyllä	12	22	
Työmarkkina-asema			***
Töissä	20	49	
Eläkkeellä	68	32	
Työtön	4	6	
Muu	8	13	
Asuinkunta			***
Kaupunkimainen	68	73	
Maaseutumainen	15	12	
Taajaan asuttu	17	15	
Toimeentulotuen tarve	15	12	*
Avustaa (puolison lisäksi) jotakin muuta henkilöä	14	7	***
Omaishoitosopimus	11	1	***

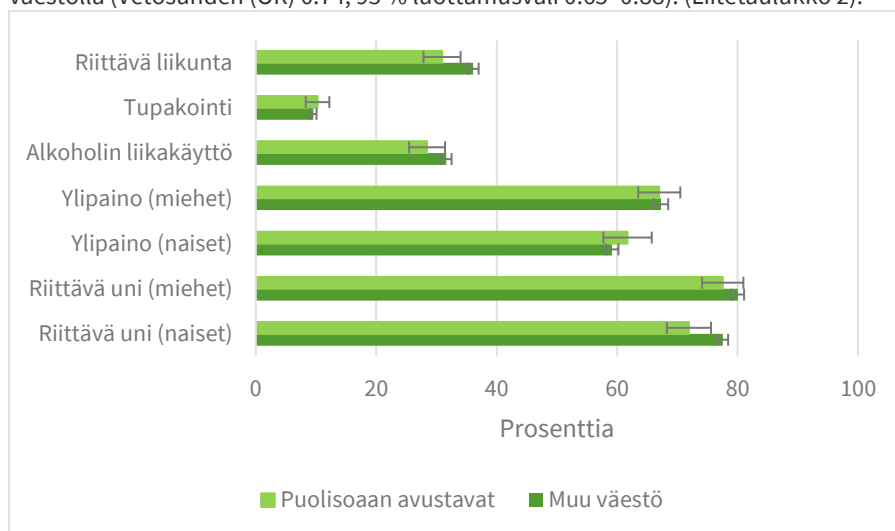
¹ Puolisoaan avustavien ja muun väestön välinen tilastollinen merkitsevyys: *** p<0,00, ** p<0,01, * p<0,05



Kuvio 1. Puolisoaan avustavien pitkäaikaissairastavuus, psyykkinen kuormittuneisuus, keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koettu terveydentila sekä toimintakyvyn rajoitteet verrattuna muuhun väestöön. Ikä- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet.

Puolisoaan avustavat liikkuvat muuta väestöä harvemmin riittävästi liikuntasuosituksen mukaisesti (Kuvio 2). Erot olivat merkitseviä myös monimuuttuja-analysissä, kun kaikkien sekoittavien tekijöiden vaikutus oli otettu huomioon samanaikaisesti (Liitetaulukko 2). Alkoholin käytössä ja tupakoinnissa ei esiintynyt merkitseviä eroja puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä.

Ylipainoisuudessa sekä riittävässä unen saannissa ilmeni yhdysvaikutus sukupuolen kanssa ($p < 0.05$) puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä. Puolisoaan avustavat eivät kuitenkaan eronneet muusta väestöstä ylipainoisuudessa miesten ja naisten joukossa tehdyissä erillisissä analyyseissä, vaikka puolisoaan avustavat naiset näyttivät olevan jossain määrin muita naisia useammin ylipainoisia. Sen sijaan puolisoaan avustavien naisten joukossa riittävä unensaanti oli harvinaisempaa verrattuna muihin naisiin (Kuvio 2). Ero säilyi myös monimuuttuja-analysissä, kun kaikkien sekoittavien tekijöiden vaikutus otettiin huomioon samanaikaisesti. Lisäksi monimuuttuja-analysissä myös puolisoaan avustavien miesten riittävä unensaanti oli merkitsevästi vähäisempää kuin muulla väestöllä (Vetosuhden (OR) 0.74, 95 % luottamusväli 0.65–0.88). (Liitetaulukko 2).



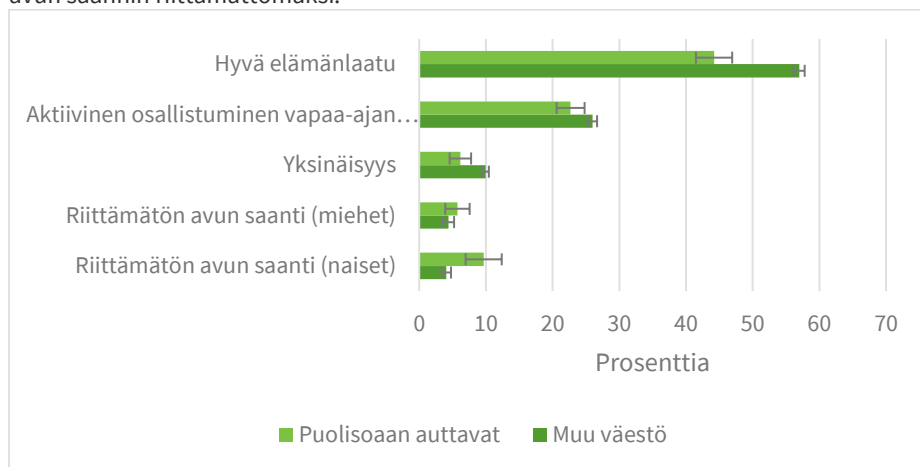
Kuvio 2. Puolisoaan avustavien terveyteen liittyvät riskitekijät verrattuna muuhun väestöön. Ikä- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet (ylipainoisuuden ja riittävän unen kohdalla ikävakioidut osuudet erikseen miehille ja naisille)

Puolisoaan avustavilla selvästi heikompi elämänlaatu verrattuna muuhun väestöön

Puolisoaan avustavat kokivat elämänlaatusa heikommaksi ja he myös osallistuivat muita harvemmin aktiivisesti vapaa-ajan toimintoihin (Kuvio 3). Nämä erot puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä olivat merkitseviä myös kun kaikkien sekoittavien tekijöiden vaikutus oli otettu huomioon monimuuttuja-analysissä (Liitetaulukko 2). Elämänlaatuero puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä säilyi myös kun huomiottiin psyykkinen kuormittuneisuus. Tässäkin tapauksessa elämänlaatuero puolisoaan avustavien ja muun väestön välillä säilyi. Vaikka puolisoaan avustavat näyttivät kokevan yksinäisyyttä muuta väestöä harvemmin (Kuvio 3), ero ei ollut merkitsevä monimuuttuja-analysissä, jossa kaikkien sekoittavien tekijöiden (ml. siviilisäätty) vaikutus oli otettu huomioon.

Puolisoaan avustavat naiset kokivat muita naisia useammin saamansa avun riittämättömäksi. Miesten joukossa puolisoaan avustavat eivät eronneet muista miehistä saadun avun riittävydessä (Kuvio 1, yhdysvaikutus sukupuolen kanssa, $p < 0.001$). Kun kaikki

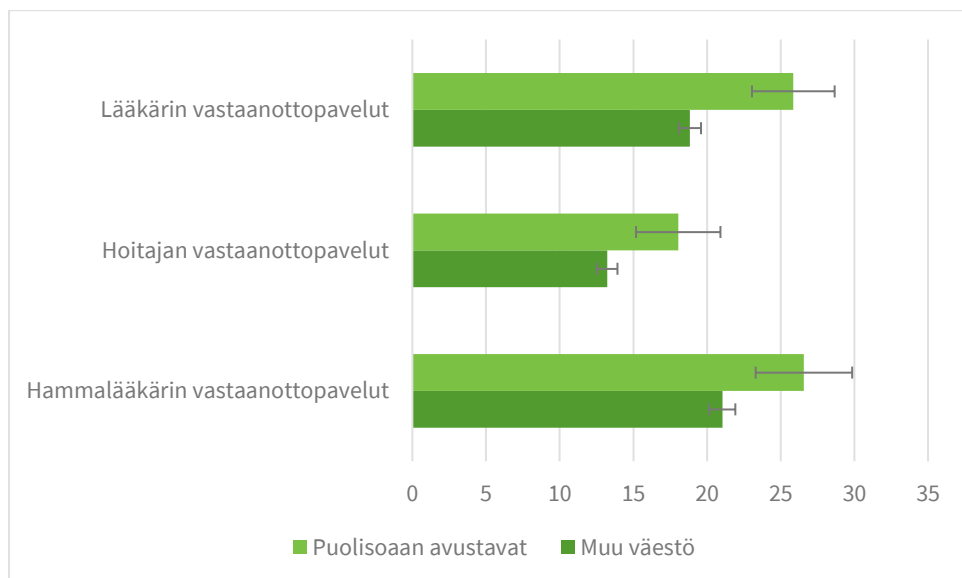
sekoittavat tekijät vakioitiin monimuuttajamallissa (Liitetaulukko 2), sekä puolisoaan avustavat miehet (OR=2.7, 95%, LV 1.8–4.1) että naiset (OR=4.1, 95%, LV 2.7–6.2) kokivat avun saannin riittämättömäksi.



Kuvio 3. Puolisoaan avustavien elämänlaatu, osallistuminen ja yksinäisyyden kokemukset sekä avun saannin riittävyys verrattuna muuhun väestöön. Ikä- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet (avun saannin kohdalla ikävakioidut osuudet erikseen miehille ja naisille)

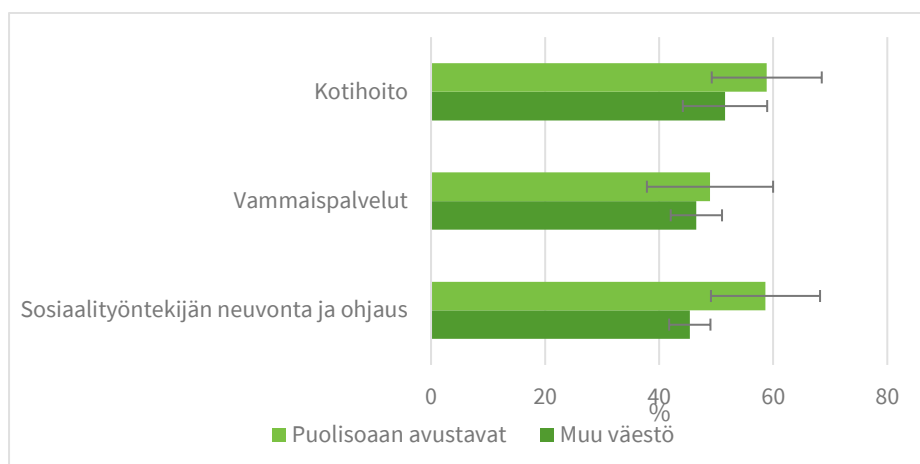
Puolisoaan avustavat kokevat muita useammin tyydyttymättömiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta

Puolisoaan avustavat kokivat muuta väestöä useammin, etteivät saaneet riittävästi tarvitsemiaan lääkärin, hoitajan ja hammaslääkärin vastaanottopalveluja (Kuvio 3). Erot säilyivät myös monimuuttaja-analysissä, kun kaikkien sekoittavien tekijöiden vaikutus oli huomioitu.



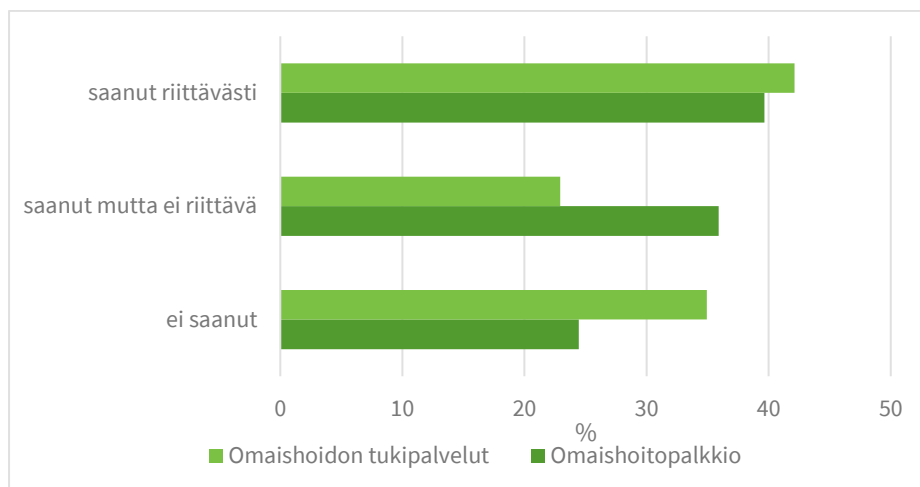
Kuvio 4. Riittämätön terveyspalveluiden saanti puolisoaan avustavilla ja muulla väestöllä. Ikä- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet.

Tarkastelun kohteena olevista sosiaalipalveluista puolisoaan avustavat kokivat muuta väestöä useammin saavansa riittämättömästi sosiaalityöntekijän neuvonta- ja ohjauspalveluita (Kuvio 5). Ero muuhun väestöön säilyi myös monimuuttaja-analysissä, kun kaikki sekoittavat tekijät huomioitiin samanaikaisesti (Liitetaulukko 2). Monimuuttaja-analysissä puolisoaan avustavat pitivät myös tarvitsemiaan kotihoidon palveluja useammin riittämättöminä verrattuna muuhun väestöön (OR=2.37, 95%, LV 1.28–4.39).



Kuvio 5. Riittämätön sosiaalipalvelujen saanti puolisoaan avustavilla ja muulla väestöllä. Ikä- ja sukupuolivakioidut prosenttiosuudet

Puolisoaan avustavista 10 prosenttia katsoi tarvitsevänsä omaishoidon tukipalveluita. Tukipalveluita tarvinneista reilu kolmannes ei ollut saanut tarvitsemaansa palveluita, noin viidennes oli saanut palveluita, mutta ei riittävästi, ja hieman yli 40 prosenttia oli saanut palveluita riittävästi (Kuvio 6). Omaishoidon hoitopalkkiota katsoi tarvitsevänsä 14 prosenttia puolisoaan avustavista. Heistä neljännes ei ollut saanut hoitopalkkiota, lähes yhtä moni oli saanut, mutta piti sitä riittämättömänä, ja noin 40 prosenttia katsoi saamansa palkkion riittäväksi.



Kuvio 6. Omaishoidon tukipalvelujen ja tukipalkkion riittävyys ao. palveluja ja etuutta tarvinneilla puolisoaan avustavilla.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin toimintakyvyltään heikentynyttä puolisoaan säännöllisesti avustavien henkilöiden hyvinvointia, terveyttä ja kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen riittävydestä. Tulokset osoittivat, että verrattuna samanikäiseen väestöön, puolisoaan avustavat arvioivat hyvinvointinsa ja terveytensä selvästi heikommaksi. Puolisoaan avustavat kokivat myös muuta väestöä useammin, etteivät saaneet riittävästi sosiaali- ja terveyspalveluja. Heillä myös oli muita yleisemmin terveyden riskejä kuten vähäisempää osallistumista vapaa-ajan toimintoihin, liian vähän liikuntaa ja vaikeuksia saada riittävästi unta.

Puolisoaan avustavien terveys ja hyvinvointi muuta heikompi, heillä myös yleisemmin terveyden riskitekijöitä

Puolisoaan auttavat ovat Suomessa tyypillisesti 65 vuotta täyttäneitä, miehiä, heillä oli keskimääräistä matalampi koulutus ja he olivat muuta väestöä harvemmin työelämässä. Myös ruotsalaisen väestötutkimuksen mukaan pitkäaikaissairasta tai toimintarajoitteista perheenjäsentä hoitavat olivat muuta väestöä iäkkäämpiä ja useammin eläkkeellä tai työttömiä (Stratmann ym. 2021). Yleisesti läheistään avustavat useimmiten naiset (Erhola ym. 2018), mutta vanhemmissa ikäluokissa ja puolisoaan avustavien joukossa miesten rooli avun antajina korostuu (Dahlberg ym. 2007). THL:n omaishoitokyselyn 2017 mukaan sopimusomaishoitajista 70 prosenttia oli naisia, mutta sukupuolijakauma tasoittui vanhemmissa ikäryhmissä (Noro 2018). Läheistään avustavista miehistä enemmistö avustaa omaa vaimoaan, naiset taas auttavat useimmiten taas vanhempiaan, muita sukulaisiaan tai tuttaviam (Muruthi ym. 2022).

Puolisoaan avustavat kokivat terveytensä ja hyvinvointinsa selvästi muuta väestöä heikommaksi. He raportoivat muita enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta, kokivat muita useammin terveydentilansa korkeintaan keskitasoisiksi ja heillä oli myös muuta väestöä useammin jokin vakava toimintakyvyn rajoite. Puolisoaan avustavat kokivat myös elämälaatussa selvästi heikommaksi kuin muu väestö, eikä tämä ero selittynyt eroilla sosiodemografisissa taustatekijöissä tai terveydessä. Aiemmat poikkileikkausaineistoihin perustuvat tulokset tukevat havaintoja (kts. Janson ym. 2022).

Tulosten tulkintaa vaikeuttaa se, että tulokset perustuvat poikkileikkausaineistoon, eikä syy-seuraussuhteista voida tehdä päätelmiä. On mahdollista, että puolisoaan avustamaan valikoituu henkilöitä, jotka esimerkiksi huonon terveydentilansa vuoksi ovat jääneet pois työelämästä ja joilla on siksi mahdollisuus toimia puolisonsa hoitajina. Puolisoaan avustavat olivat tässä tutkimuksessa useammin poissa työelämästä kuin muu samanikäinen väestö. Valikoitumisilmion puolesta puhuvat Kaschowitzin ja Brantin (2017) pitkittäistutkimuksen tulokset, joiden mukaan erityisesti samassa taloudessa asuvaa läheistään valikoituvat avustamaan henkilöt, joiden terveydentila on alun alkaen heikompi, kun taas oman talouden ulkopuolisia avustivat henkilöt, joilla terveydentila oli hyvä. Toisessa tutkimuksessa taas on havaittu, että erityisesti vaativan hoivan antajiksi valikoituu läheishoitajia, joiden fyysinen terveydentila on hyvä ja jotka siksi pystyvät ottamaan vastuulleen raskaita hoivatehtäviä (Fredman ym. 2009).

Pitkittäisseurannoissa erityisesti epävirallista hoivaa antavilla on ilmennyt muita useammin mielenterveysongelmia (Janson ym. 2022). Pyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen voi johtua kuitenkin pelkän hoivan aiheuttaman kuormittavuuden lisäksi myös läheisen ihmisen vakavan sairauden aiheuttamasta surusta ja huolesta (Bom ym. 2019). Fyysisiä terveysongelmia koskeva näyttö on osin ristiriitaista. Jotkut tutkimukset osoittavat esimerkiksi, että omaishoitajilla on enemmän tuki- ja liikuntaelinoireita, kun taas kuolleisuutta tarkastelevissa seurantatutkimuksissa epävirallisista hoivaa antavien kuolleisuus on ollut matalampi verrattuna niihin, jotka eivät avusta läheisiään (Janson ym. 2022). Kim ja Wo (2022) totesivat seurantatutkimuksessaan, että omaishoitajaksi ryhtyvien koettu terveydentila heikkeni verrattuna muihin ja se selittyi fyysisen aktiivisuuden väheneemisellä.

Myös tässä tutkimuksessa puolisoaan avustavilla fyysinen aktiivisuus oli vähäisempää kuin vertailuväestössä. Lisäksi puolisoaan avustavat kokivat unen saantinsa muita useammin riittämättömäksi, mikä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (Koyanagi ym. 2018). Tulos on huolestuttava puolisoahoitajien oman terveyden ylläpitämisen kannalta, sillä elintapojen merkityksestä terveydelle on vahvaa tutkimusnäyttöä (Yang ym. 2015, Nocon ym. 2008). Myös dementian ehkäisyssä on jonkin verran tutkimusnäyttöä esimerkiksi fyysisen aktiivisuuden merkityksestä (Kivimäki ym. 2019). Suomalaisessa Finger-tutkimuksessa monimuotoisella (liikuntaan, ravitsemukseen sekä kognitiiviseen aktiivointiin liittyviä elementtejä sisältävällä) elämäntapainterventiolla pystyttiin ehkäisemään dementiariskissä olevien ikääntyneiden aivoterveyden heikkenemistä (Kivipelto ym. 2018)

Puolisoaan avustavat kokevat ongelmia sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydessä

Aiemmat tutkimustulokset läheishoitajien terveyspalvelujen käytöstä ovat olleet ristiriitaisia toisten osoittaessa lisääntynyttä terveyspalveluiden käyttöä, toisten vähäisempää käyttöä, ja joissakin tutkimuksissa ei ole todettu eroja läheishoitajien ja vertailuryhmän välillä (Shaffer ja Nightingale 2020). Tässä tutkimuksessa palvelujen käyttöä tarkasteltiin palvelujen riittävyyden näkökulmasta. Puolisoaan avustavilla ilmeni muuta väestöä selvästi useammin tyydyttymätöntä palvelutarvetta lääkärin ja hoitajan vastaanotto- ja hammaslääkäripalveluissa, eikä tämä selittänyt eroja terveydentilassa ja toimintakyvyssä. Erityisesti muistisairaana läheisen hoito on sitovaa ja rajoittaa hoitajan henkilökohtaista tilaa ja vapautta (Engel ym. 2022), mikä voi vaikeuttaa myös omasta terveydestä huolehtimista.

Vaikka tässä tutkimuksessa palvelujen riittävyttä kysyttiin oman henkilökohtaisen palvelutarpeen näkökulmasta, saattaa omaan palvelutarpeeseen kietoutua myös läheisen hoitoon liittyvät tarpeet. Eurooppalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että annetun hoivan raskaus oli yhteydessä läheishoitajan arvioon siitä, kuinka suuri osuus hänen terveyspalvelujen käytöstään liittyy läheisen hoivaan (Bremer ym. 2015). Tässä tutkimuksessa puolisoaan avustavat kokivat muita yleisemmin, että eivät saaneet riittävästi sosiaalityöntekijän neuvonta- ja ohjaus- eivätkä kotihoidon palveluja. Näissä palveluissa omat ja hoivaa tarvitsevan puolison tilanteen synnyttämät tarpeet voivat olla vaikeasti erotettavissa.

Omaishoidon tukipalveluja, kuten mahdollisuutta pitää vapaita, katsoi tarvitsevänsä vain noin joka kymmenes puolisoaan hoitavista ja omaishoitajan hoitopalkkiota suunnilleen saman verran (14 %). Palveluja ja etuuksia tarvitsevista noin joka neljäs ei ollut saanut tarpeelliseksi katsomaansa tukea ja reilu kolmannes erityisesti hoitopalkkiota tarvinneista piti sitä riittämättömänä, vaikka palkkio oli heille myönnetty. Tulokset vastaavat suhteellisen hyvin virallisiin tilastoihin perustuvia arvioita, joiden mukaan noin viidennes jätetyistä omaishoidontuen hakemuksista hylätään, useimmiten liian vähäisen hoidon ja huolenpidon tarpeen vuoksi, mutta usein myös määrärahojen riittämättömyyden takia (Linnosmaa ym. 2014).

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että läheishoitajat kokevat sosiaali- ja terveyspalvelujen tukevan huonosti heidän hoivatyötään (Peel ja Harding 2014; Van Aerschoot 2021). Siihen nähden tukipalvelujen ja hoitopalkkion tarvisijoiden osuus tässä tutkimuksessa oli yllättävänkin pieni. Toisaalta sosiaalihuoltolain kirjaus myös muita kuin sopimusomaishoitajia koskevista palveluista on melko tuore, eikä tietoisuus oikeudesta ole välttämättä saavuttanut potentiaalisia käyttäjiä laajasti. Tulosten tulkintaa vaikeuttaa se, että tässä tutkimuksessa ei kysymysmuotoilun vuoksi voida erotella niitä, joilla on puolison hoitamiseen perustuva virallinen omaishoitosopimus. Tässä tutkimuksessa valtaosa puolisoaan avustavista oli eläkkeellä tai työelämässä, jolloin heillä oli säännöllinen tulonlähde, mikä voi selittää hoivapalkkion vähäistä tarvetta. Halosen (2022) tutkimuksessa muistisairasta hoitavien omaisten kokemuksista omaishoidon palkkion hakemisen esteitä olivat käsitykset sosiaalipalveluista vain heikoimmassa asemassa oleville ja halu selviytyä itsenäisesti, epäluottamus järjestelmän kykyyn vastata heidän tarpeisiinsa, epätietoisuus omaishoitajan asemasta ja velvollisuuksista, pelko omaishoitosopimuksen sitovuudesta sekä monimutkainen hakuprosessi.

Läheishoitajien terveyttä ja hyvinvointia tuettava, ja tukea tarjottava varhaisessa vaiheessa

Tämän tutkimuksen tulokset antavat aiheita vakavaan huoleen puolisoaan hoitavien ihmisten voimavaroista ja selviämisestä. Osa puolison avun tarpeesta riippuvaisista ihmisistä on tilanteessa, jossa heistä huolta pitävän puolison heikentynyt terveys tai toimintakyky rajoittaa tämän selviytymistä hoivatyöstä. Avunantaja voi itsekin olla avun tarpeessa. Mikäli omaishoitajan kokemaa tuen ja palvelujen tarvetta ei huomioida, kasvaa kuormittumisen ja hoitotilanteiden kriisiytymisen riski. Tämä voi johtaa myös hoivan tarpeessa olevan kaltoinkohteluun esimerkiksi hoidon laiminlyömisestä tai oikeuksien loukkauksena (Valtokari ym. 2021). Tuoreessa kotihoidon esimiehille kohdistetussa

kyselyssä lähes puolet esimiehistä oli havainnut läheisen taholta asiakkaaseen kohdistuvaa kaltoinkohtelua (Luoma ym. 2023).

Lainsäädäntö edellyttää hyvinvointialueita järjestämään tukea sekä sopimusomaishoitajille että läheishoitajille. Sopimusomaishoitajilla on oikeus lakisääteiseen vapaaseen ja omaishoitoa tukeviin palveluihin. Jokaisella omaishoitosopimuksen tehneellä hoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Lisäksi omaishoitolaissa on säännös omaishoitajien valmennuksesta, koulutuksesta sekä hyvinvointi- ja terveystarkastuksista, joita kunnan on järjestettävä tarvittaessa. Sosiaalihuoltolaissa (27 b §) on täsmennetty kunnan (nykyisin hyvinvointialueen) mahdollisuutta järjestää vapaata ilman omaishoitosopimusta omaistaan tai läheistään hoitavalle henkilölle. Hyvinvointialue voi tarvittaessa järjestää tuen tarpeessa olevan henkilön päivittäin sitovaa hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle tai läheiselle vapaapäiviä sekä alle vuorokauden pituisia virkistysvapaita.

Läheishoiva korvaa ja täydentää palveluja, mutta läheishoitajat myös kuluttavat ja tarvitsevat sosiaali- ja terveyspalveluja. Omaishoidon on todettu säästävän ikääntyneiden hoidon kustannuksia (Kehusmaa ym. 2013). Laadukas ja sosiaalisesti kestävä läheishoito edellyttää, että hoitajien jaksamisesta, terveydestä ja osaamisesta huolehditaan. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on tunnistettava läheisiään hoitavien tarpeet ja tarjottava heille sopivaa tukea ja palveluja toimintakyvyn, terveyden ja hyvän hoitotilanteen ylläpitämiseksi. Erityisesti tärkeää on tunnistaa riskialttiit hoivatilanteet ja tarjota tukea riittävän vahaisessa vaiheessa. Petteri Orpon hallitusohjelmassa tavoitteena on tukea omaishoitajia, selvittää omaishoidontuen verotuksen kohtuullistamista ja omaishoidontuen siirtämistä Kelan maksettavaksi sekä omaishoitajien vapaiden järjestelyitä.

Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Tutkimuksen vahvuus on kansallisesti edustava otos. Tutkimuksessa on kerätty monipuolisesti tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista validoiduilla mittareilla. Tutkimuksen tuloksia tulkittaessa tulee huomioida sen heikkoudet. Tutkimuksen poikkileikkausasetelman takia syy-seuraussuhteista ei voida tehdä päätelmiä. Tutkimusaineisto on kerätty koronaepidemian aikana, mikä on osaltaan voinut vaikuttaa tuloksiin. Puutteena voi pitää myös sitä, että tutkimusaineistossa ei ollut hoivan kohteena olevan läheisen terveydentilaa ja hoivan tarvetta kuvaavia tietoja. Osa vastaajista on voinut vastatessaan ajatella puolison hyvinkin pieniä avun tarpeita, osa taas on voinut avustaa kokonaisvaltaisesti puolisoaan, jolla on voinut olla hyvinkin moninaisia ja kuormittavia avuntarpeita. Läheishoivaan liittyvän avun raskaus on useissa tutkimuksissa ollut läheishoitajan hyvinvointia heikentävä tekijä (Burton ym. 1997; Bom 2019). Suuri osa läheisavusta keskittyy iäkkääseen väestöön. Koska avun tarve alkaa tavallisimmin 70–80-vuotiaana, on todennäköistä, että kaikkein iäkkäimmät puolisoauttajat eivät ole osallistuneet tutkimukseen, ja siten he ovat aliedustettuina aineistossa. Vaikka tutkimuksen osallistumisaste oli keskimääräistä parempi vanhemmissa ikäryhmissä (75 vuotta täyttäneistä vastasi kaikkiaan 59 prosenttia lomakkeen saaneista), 90 vuotta täyttäneiden joukossa vain 35 prosenttia osallistui tutkimukseen.

Lähteet

- Bauer, J, Sousa-Poza, A. (2015). Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. *Population Ageing* 8, 113–145. <https://doi.org/10.1007/s12062-015-9116-0>
- Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. (2019). The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *Gerontologist* 17;59(5):e629-e642. doi: 10.1093/geront/gny137. PMID: 30395200; PMCID: PMC6850889.
- Bremer P, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Lethin C, Saks K, Sutcliffe C, Soto M, Zwakhalen SM, Wübker A. (2015). RightTimePlaceCare Consortium. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy* 119(11):1459–71. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.014. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26518906.
- Budnick A, Hering C, Eggert S. et al. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Serv Res* 21, 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>
- Burton LC, Newsom JT, Schulz R, Hirsch CH, German PS. (1997). Preventive health behaviors among spousal caregivers 26(2):162–9. doi: 10.1006/pmed.1996.0129. PMID: 9085384.
- Cuijpers P, Smits N, Donker T, ten Have M, de Graaf R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res.* 15;168(3):250–5. doi: 10.1016/j.psychres.2008.05.012. PMID: 19185354.
- Dahlberg L, Demack S, Bambra C. (2007). Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health and Social care* 15: 439–445. First published: 16 March 2007 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00702.x>
- Engel L, Loxton A, Bucholc J, Muldowney A, Mihalopoulos C, McCaffrey N. (2022). Providing informal care to a person living with dementia: the experiences of informal carers in Australia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* Vol. 102. 104742, ISSN 0167-4943, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104742>.
- Erhola K, Kehusmaa S, Hammar T, Sainio P, Noro A, Mäkelä M. (2018). Avun antaminen. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2018. Helsinki 2018. s. 160–163. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Finlex 2005/937. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>
- Fredman L, Doros G, Ensrud K. E, Hochberg M. C, Cauley J. A. (2009). Caregiving intensity and change in physical functioning over a 2-year period: Results of the caregiver-study of osteoporotic fractures. *American Journal of Epidemiology* 170, 203–210.
- Halonen U. (2021). Miksi muistisairaiden läheiset eivät käytä palveluja? *Gerontologia* 35(4), 356–271.
- Janson P, Willeke K, Zaibert L, Budnick A, Berghöfer A, Kittel-Schneider S, Heuschmann PU, Zapf A, Wildner M, Stupp C, Keil T. (2022). Mortality, Morbidity and Health-Related Outcomes in Informal Caregivers Compared to Non-Caregivers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 11;19(10):5864. doi: 10.3390/ijerph19105864. PMID: 35627399; PMCID: PMC9141545.
- Kaschowitz J, Brandt M. (2017). Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*;135: 72–80.
- Kehusmaa S, Autti-Rämö I, Helenius H, Rissanen P. (2013). Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's Age Study. *BMC Health Serv Res.* 15;13:317. doi: 10.1186/1472-6963-13-317. PMID: 23947622; PMCID: PMC3765233.
- Kehusmaa S, Siltanen S, Leppäaho S. (2021). Hyvinvointi korona-aikana – tuloksia vanhuspalvelujen asiakastytytyväisyykselystä. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kim A, Woo, K. (2022). Gender differences in the relationship between informal caregiving and subjective health: the mediating role of health promoting behaviors. *BMC Public Health* 22, 311. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12612-3>
- Kivimäki M, Singh-Manoux A, Pentti J, Sabia S, Nyberg S T, Alfredsson L et al. (2019). Physical inactivity, cardiometabolic disease, and risk of dementia: an individual-participant meta-analysis *BMJ* 365 :l1495 doi:10.1136/bmj.l1495

- Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. (2018). Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 14, 653–666. <https://doi.org/10.1038/s41582-018-0070-3>dementia: an individual-participant meta-analysis *BMJ* 2019; 365 :l1495 doi:10.1136/bmj.l1495
- Koyanagi A, DeVlyder JE, Stubbs B, Carvalho AF, Veronese N, Haro JM, Santini ZI. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys, *Journal of Psychiatric Research* Vol. 96, ISSN 0022-3956, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>.
- Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkkio A, Noro A, Siljander E. (2014). Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidontuen palkkioista ja palveluista vuonna 2012. Raportteja 9/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Luoma M, Kehusmaa S, Aalto AM. (2023). Puolet vanhustalujen toimintayksiköistä havainneet asiakkaiden kaltoinkohtelua. Tutkimuksesta tiiviisti 45/2023. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. (1998). Examining the continuity of self-rated health. *International Journal of Epidemiology* 27:208-213. <https://doi.org/10.1093/ije/27.2.208>
- Muruthi JR, Green A, Ehlinger PP, Osa ML, Yang D. (2022). Sociodemographic, Health, and Caregiving Patterns of Aging Caregivers in Oregon: Gender Comparisons and the Role of Leisure Activities. *Int J Aging Hum Dev.* 94(3):362–382. doi: 10.1177/00914150211040458. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34514858.
- Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, Thalau F, Roll S, Willich SN. (2008). Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis, *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation* Vol. 15, Issue 3, 239–246, <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3282f55e09>
- Noro A. (2018). Omaishoidon kehitys vuosina 2015–2018. Päätelmät jatkotoimenpiteiksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja 61/2018. Sosiaali- ja terveysministeriö 2019, Helsinki.
- Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Wittek R, Smidt N. (2016). Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatr.* 7;16(1):208. doi: 10.1186/s12877-016-0387-y. PMID: 27923347; PMCID: PMC5142272.
- Peel E, Harding R. (2014). ‘It’s a huge maze, the system, it’s a terrible maze’: Dementia carers’ constructions of navigating health and social care services. *Dementia* 13(5):642–661. doi:10.1177/1471301213480514
- Plöthner M, Schmidt K, de Jong L, Zeidler J, Damm K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatrics* 19:82. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>
- Power M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. Teoksessa: Nosikov A, Gudex C. (toim.). EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press, Amsterdam, Hollandi. Ss. 145–159.
- Pysklywec A, Plante M, Auger C, Mortenson W.B, Eales J, Routhier F, Demers L. (2020). The positive effects of caring for family carers of older adults: A scoping review. *Int. J. Care Caring* 3, 349–375.
- Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manns B, Hemmelgarn BR. (2012). Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. *Open Med.* 24;6(2):e48–58. PMID: 23696769; PMCID: PMC3659214.
- Sawatzky S, Follower-Kerry S. (2003). Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 277–286.
- Shaffer K. M, Nightingale C. L. (2020). Comparison of Healthcare Utilization Between Informal Caregivers and Non-Caregivers: An Analysis of the Health Information National Trends Survey. *Journal of Aging and Health* 32(5–6), 453–461. <https://doi.org/10.1177/0898264319830262>
- Sihto T, Leinonen E, Kröger T. (2022). OMAISHOITO JA COVID-19-PANDEMIA Omaishoitajien arki, elämänlaatu ja palveluiden saatavuus koronapandemian aikana. YFI julkaisu – YFI Publications 13/2022. Jyväskylän yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikävykykäs Suomi, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>
- Sotkanet. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>
- Stratmann M, Forsell Y, Möller J, Liang Y. (2021). Informal care and the impact on depression and anxiety among Swedish adults: a population-based cohort study. *BMC Public Health* 21:1263. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11246-1>
- TOIMIA-tietokanta: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00135>.

Toljamo M, Perälä M.-L, Laukkala H. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(2): 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00919.x>

Valtokari M, Alastalo H, Luoma M. (2021). Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ja sen tunnistaminen huoli-ilmoituksen avulla. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2021. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Van Aerschoot L, Eskola P, Aaltonen M. (2021). Muistisairaiden ja puoliso-omaishoitajien kokemuksia tuen riittämättömyydestä. *Gerontologia* 35(3), 264–282. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99262>

Washington Group. Washington Group on Disability Statistics 2022. <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wg-short-set-on-functioning-wg-ss>

Vilkko A, Muuri A, Saarikalle K, Noro A, Finne-Soveri H, Jokinen S. (2014). Läheisavun moninaisuus. Teoksessa: Vaarama, M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A. (toim.) Suomalaisten Hyvinvointi 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. pp. 222–237.

Yang X, Chen H, Li S, Pan L, Jia C. (2015). Association of Sleep Duration with the Morbidity and Mortality of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies, *Heart, Lung and Circulation* Vol. 24; 24: 1180–1190, <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2015.08.005>

Zigante V. (2018). Informal care in Europe Exploring Formalisation, Availability and Quality. EUROPEAN COMMISSION. Employment and Social Governance.

Tämän julkaisun viite:

Aalto A.M, Ilmarinen K, Kehusmaa S, Elovainio M, Sainio P (2023) Toimintarajoitteista puolisoaan avustavien terveys ja hyvinvointi sekä kokemus sote-palvelujen riittävydestä muuta väestöä heikompia. Tutkimuksesta tiiviisti 60/2023, Suomen sosiaalinen tila 7/2023. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Suomen sosiaalinen tila -julkaisuissa käsitellään päätöksenteon kannalta keskeisiä ja ajankohtaisia ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja hyvinvointivaltioon. Eriarvoisuus on läpileikkaava teema julkaisuissa.



Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-222-8 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-222-8>

Liite 1. Muuttujien kuvaukset

Samassa taloudessa asuvan toimintakyvyltään heikentyneen avustaminen

Puolison avustaminen perustui kysymykseen ”Autatko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessasi asuvaa toimintakyvyltään heikentyneitä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona? Voit valita useampia vaihtoehtoja” vaihtoehdot olivat 1) En 2) Kyllä, puolisoa, 3) Kyllä, lasta tai lastenlasta 4) Kyllä, vanhempia tai puolison vanhempia, 4) Kyllä, isovanhempia (kysytty vain alle 55-vuotiailta) 5) Kyllä, muuta henkilöä.

Puolison auttamista kuvaava muuttuja sai arvon 1, jos vastaaja oli valinnut vaihtoehdon 2. Muuttuja sai arvon 0, jos vastaaja oli valinnut vaihtoehdon 1 tai jonkin vaihtoehdoista 3–5.

Lisäksi kysymyksestä muodostettiin muuttuja kuvaamaan sitä avustaako henkilö puolison lisäksi jotakin muuta henkilöä. Tässä muuttuja sai arvon 1 jos vastaaja oli valinnut jonkun tai useamman vaihtoehdoista 3–5. Muuttuja sai arvon 0, jos vastaaja oli valinnut vaihtoehdon 1 tai vaihtoehdon 2, mutta ei mitään vaihtoehdoista 3–5.

Omaishoitajasopimus

Vastaajilta kysyttiin ”Oletko virallinen omaishoitaja (sopimus tehty)? Vastausvaihtoehdot olivat Kyllä ja Ei. Koska kysymystä ei kuitenkaan voitu yhdistää tietyn kohteen avustamiseen, muuttujaa ei yhdistetty puolison avustamista kuvaavaan muuttujaan vaan käsiteltiin erillisenä taustatekijänä.

Elämänlaatu

Elämänlaatua kartoitettiin EuroHIS-8-elämänlaatumittari-mittarin (Power 2003, kts Toimintatietokanta) kahdeksalla kysymyksellä, jotka mittaavat elämänlaatua psyykkisellä-, fyysisellä-, sosiaalisella- ja ympäristöolottuvuudella. Ensimmäisenä oli yleiskysymys ”Millaiseksi arvioit elämäntilasi?”. Vastausvaihtoehdoiksi esitettiin 1) erittäin huono, 2) huono, 3) ei hyvä eikä huono 4) hyvä 5) erittäin hyvä. ”Miten tyytyväinen olet” -kysymyssarja jakaantui viiteen alakysymykseen: ”terveyteesi”, ”kykyysi selviytyä päivittäisistä toimitasi”, ”itseesi”, ”ihmissuhteisiisi” ja ”asuinalueesi olosuhteisiin”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin tyytymätön, 2) tyytymätön, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) tyytyväinen, 5) erittäin tyytyväinen. ”Missä määrin olet viimeisten kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita” -kysymyssarja sisältää kaksi alakysymystä: ”onko sinulla riittävästi tarmoa arkipäivän elämääsi varten?” ja ”onko sinulla tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähden?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei lainkaan 2) vähän 3) kohtuullisesti 4) lähes riittävästi 5) täysin riittävästi. Vastaukset pisteytettiin välille 1–5 pistettä (1) erittäin huono/erittäin tyytymätön/ei lainkaan = 1p, ..., 5) erittäin hyvä/erittäin tyytyväinen/täysin riittävästi = 5p), ja laskettiin pisteiden keskiarvo. Elämänlaatussa keskimäärin hyväksi tunteviksi määriteltiin ne henkilöt, joiden WHO8-EUROHIS-mittarin kahdeksan kysymyksen keskiarvo on vähintään 4.

Psyykinen kuormittuneisuus

Psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin MHI-5-kysymyspatterilla (Cujipers ym 2009). Mittarissa on viisi kysymystä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa psyykkistä kuormitusta ja toinen positiivista mielialaa.

Vastaajilta kysyttiin: ”Kuinka suuren osan ajasta olet 4 viime viikon aikana: Valitse yksi vaihtoehto joka riviltä.” Kysymyspatterin alakysymyksiä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää sinua c) tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi d) tuntenut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1–6. Lopullisen pistemäärän laskemiseksi pistemäärät kysymyksiin c) ja e) muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5–30) ja muutetaan asteikolle 0–100. Katkaisukohtana käytettiin pistemäärää 52 tai sen alle, joka osoittaa kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua.

Osallistuminen

Aktiivista osallistumista kuvaava muuttuja perustuu kysymykseen: ”Osallistutko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?”.

Vastausvaihtoina olivat 1) en, 2) kyllä, aktiivisesti ja 3) kyllä, silloin tällöin. Vaihtoehdon 2 (kyllä, aktiivisesti) valinneet luoteltiin aktiivisesti osallistuviksi.

Yksinäisyys

Yksinäisyyden tunnetta tarkasteltiin kysymyksellä "Tunnetko itsesi yksinäiseksi:" Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) hyvin harvoin, 3) joskus, 4) melko usein ja 5) jatkuvasti. Yksinäisyyttä kokeviksi luokiteltiin vaihtoehdon 5 (jatkuvasti) valinneet.

Avunsaanti

Avun saamista kartoitettiin kysymällä "Tarvitsetko ja saatko heikentyneen toimintakykyä vuoksi apua arkipäivän askareissa? Vastausvaihtoehdot olivat 1) en tarvitse enkä saa apua, 2) tarvitsin apua mutta en saa sitä, 3) saan apua, mutta en tarpeeksi, 4) saan tarpeeksi apua, 5) selviytyisin vähemmälläkin avulla. Vastaukset luokiteltiin siten, että riittämätöntä avunsaantia kuvasi kuvasivat vaihtoehdot 2 ja 3.

Koettu terveys

Koettua terveydentilaa kartoitettiin kysymällä "Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin:" Vastausvaihtoehdot olivat 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono ja 5) huono. Keskitasoisen tai sitä huonomman terveydentilan omaaviksi luokiteltiin vastausvaihtoehdon 3, 4 tai 5 valinneet.

Vakava toimintarajoite

Toimintakyvyn rajoitteita kartoitettiin kahdella kysymyksellä perustuen kansainväliseen suositukseen (Washington Group 2023). Vastaajilta kysyttiin ensinnäkin "Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin?" a) kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä, b) lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman), c) kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman). Vastausvaihtoehdot olivat 1) pystyn vaikeuksitta, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa ja 4) en pysty lainkaan. Toiseksi vastaajilta kysyttiin "Seuraavaksi kysymme sinulta muistiin ja oppimiseen liittyviä kysymyksiä" jonka alakohtana on esitetty a) muistini toimii ..., b) uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta ... Vastausvaihtoehdot olivat 1) erittäin hyvin 2) hyvin 3) tyydyttävästi 4) huonosti 5) erittäin huonosti. Vakavan toimintakyvyn rajoitteen omaaviksi luokiteltiin vastaajat, jotka valitsivat ensimmäisen kysymyksen alakohdissa vähintään johonkin vaihtoehdon 3 tai 4, tai toisen kysymyksen jommassa kummassa alakohdassa vaihtoehdon 4 tai 5.

Fyysinen aktiivisuus

Fyysistä aktiivisuutta kartoitettiin kahdella kysymyksellä. Ensiksi vastaajilta kysyttiin "Kuinka paljon kaikkiaan liikut viikoittain työssä, työmatkalla ja vapaa-aikana? Ajattele 12 viime kuukautta. Ota huomioon kaikki säännöllisesti viikoittain toistuva liikunnallinen rasitus. Vastaa tarvittaessa useammalle riville". Ensimmäisenä alakohtana esitettiin: a) ei juurikaan mitään säännöllistä viikoittaista liikuntaa -> voit siirtyä seuraavaan kysymykseen. Seuraavissa kolmessa alakohdassa kysyttiin viikoittaisen liikunnan määrää seuraavasti: ____ päivänä viikossa, yhteensä ____ tuntia ja ____ minuuttia viikossa. Alakysymykset olivat: b) verkkaita ja rauhallista liikuntaa (=ei hikoilua tai hengityksen kiihtymistä, esim. rauhallinen kävely), c) riipeä ja reipasta liikuntaa (= jonkin verran hikoilua ja/tai hengityksen kiihtymistä, esim. reipas kävely), d) rasittavaa ja voimaperäistä liikuntaa (=voimakasta hikoilua ja/tai hengityksen kiihtymistä, esim. hölkkä tai juoksu).

Toisessa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin "Kuinka monena päivänä tavallisesti viikon aikana harrastat lihaskuntoa ylläpitävää tai kehittävää liikuntaa? Esim. kuntosaliharjoittelu, kotijumppa, ryhmäliikunta, pallo- ja mailapelit tai fyysisesti rasittavat askareet. Jos et lainkaan, vastaa 0 kertaa.

Fyysisesti aktiiviseksi luokiteltiin vastaajat, jotka terveysliikuntasuosituksen mukaisesti liikkuivat kohtuukuormitteisesti vähintään 2 tuntia 30 minuuttia tai raskaasti/ voimaperäisesti vähintään 1 tuntia 15 minuuttia, sekä harjoittivat vähintään 2 kertaa lihaskuntoa ylläpitävää tai kehittävää liikuntaa viikossa.

Tupakointi

Tupakointia kartoitettiin kysymällä: "Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?" Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) kyllä, päivittäin, 2) satunnaisesti, 3) en lainkaan, 4) en ole koskaan tupakoinut. Tupakoiviksi luokiteltiin vastausvaihtoehdon 1 valinneet.

Alkoholin liikkäyttö

Alkoholin liikkäyttöä kuvaava muuttuja perustuu AUDIT-C:n kolmeen kysymykseen: "Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiosia tai tilkan viiniä. Valitse se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi." Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin, 3) 2–4 kertaa kuukaudessa, 4) 2–3 kertaa viikossa ja 5) 4 kertaa viikossa tai useammin. "Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? Katso oheista laatikkoa." Vastausvaihtoehtoina olivat 1) 1–2 annosta, 2) 3–4 annosta, 3) 5–6 annosta, 4) 7–9 annosta ja 5) 10 tai enemmän. "Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?" Vastausvaihtoehtoina olivat 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin. Kukin kysymys pisteytettiin 0–4 ja pisteet laskettiin yhteen, jolloin kokonaispistemääräksi voi saada 0–12. Tarkastelussa liikkäytön pisterajoina on 20–64-vuotiailla miehillä vähintään 6 pistettä, 20–64-vuotiailla naisilla vähintään 5 pistettä, ja 65 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla vähintään 4 pistettä saaneiden osuus.

Ylipaino

Ylipainoa kuvaamaan laskettiin vastaajan pituuteen ja painoon perustuva painoindeksi (Body mass index, BMI). Pituutta kysyttiin kysymyksellä: "Kuinka pitkä olet? Merkitse senttimetrin tarkkuudella". Painoa kysyttiin kysymyksellä: "Miten paljon painat kevyissä vaatteissa? Merkitse kilogramman tarkkuudella". Pituudesta ja painosta on laskettu kehon painoindeksi (BMI) jakamalla paino (kiloina) pituuden (metriä) neliöllä, kg/m². Ylipainoisiksi luokiteltiin kansainvälisesti hyväksytyyn raja-arvon mukaisesti vastaajat, joiden BMI oli 25 kg/m² tai korkeampi.

Riittävä uni

Riittävää unensaantia kartoitettiin kysymällä "Nukutko mielestäsi tarpeeksi". Vastausvaihtoehdot olivat 1) kyllä, lähes aina, 2) kyllä, usein, 3) harvoin tai tuskin koskaan, 4) en osaa sanoa. Tarkastelun kohteena olivat ne, jotka katsoivat nukkuvansa tarpeeksi usein tai lähes aina (Vaihtoehdot 1 ja 2).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä omaishoidon tukipalveluiden ja hoitopalkkion riittävyys

Sosiaali- ja terveyspalveluiden saantia kuvaavat indikaattorit ilmaisevat prosenttiosuuden 20 vuotta täyttäneistä, jotka olisivat tarvinneet palvelua, mutta palvelua ei saatu tai se ei ollut riittävä.

Terveyspalveluiden saantia kuvaavat indikaattorit perustuvat kysymykseen: "Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? Huomioi kunnan ja yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut." Kysymyspatterin alakysymyksenä esitettiin mm. "lääkärin vastaanottopalvelut", "hoitajan vastaanottopalvelut ja "hammaslääkäripalvelut". Kaikille kolmelle palvelulle muodostettiin oma palvelun riittävyttä kuvaava muuttuja. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut, 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, oli riittävä. Kunkin kolmen palvelun kohdalla tarkastelusta poistettiin vastausvaihtoehdon 1 (en ole tarvinnut) vastanneet ja tämän jälkeen tarkastelussa ovat vastausvaihtoehdon 2 (olisin tarvinnut, mutta en saanut) 3 (olen käyttänyt, ei ollut riittävä) vastanneiden osuus.

Sosiaalipalveluiden kohdalla kysyttiin vastaavasti "Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana?". Tässä tarkastelussa mukana ovat kolme alakysymystä: "kotiin saatavia vanhusten hoito- ja hoivapalveluja (esim. kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt) (kysytty vain 55 vuotta täyttäneiltä)", "vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt, asumisen tukipalvelut)" ja "sosiaaliohjaajan tai -ohjaajan palveluja". Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin terveyspalvelujen kohdalla, ja jokaiselle kolmelle sosiaalipalvelulle muodostettiin omat, niiden riittävyttä kuvaavat muuttujat samalla luokittelulla kuin terveyspalveluissa.

Omaishoitoon liittyvistä tuista ja etuuksista kysyttiin vastaavasti: Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia sosiaalituista tai -etuuksia 12 viime kuukauden aikana? Kaksi ensimmäistä alakohtaa olivat omaishoidon tukipalvelut (esim. mahdollisuus pitää vapaata) ja omaishoidon hoitopalkkio. Vastausvaihtoehdot olivat kuten sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyttä koskevissa kysymyksissä yllä. Kysymyksestä muodostettiin neljä muuttujaa, jotka

laskettiin ainoastaan puolisoaan avustaville: omaishoidon tukipalveluja ja omaishoidon hoitopalkkiota tarvinneiden osuus (vastausvaihtoehdon 2–4 vastanneiden osuus kummassakin kysymyksessä). Lisäksi omaishoidon tukipalveluita tarvinneiden joukossa tarkasteltiin tukipalvelujen palvelujen saatavuutta ja riittävyttä vastausvaihtoehtojen 2–4 luokissa. Vastaava tarkastelu tehtiin omaishoidon tukipalveluja tarvinneiden joukossa.

Ikä ja sukupuoli

Ikä ja sukupuoli perustuvat väestörekisteritietoihin.

Koulutustaso

Koulutusta tarkasteltiin kysymyksellä ”Kuinka monta vuotta olet yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti? Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan. ____ vuotta.” Jokaiselle vastaajalle laskettiin oman sukupuoli- ja ikäluokan (10-vuotiskäluokat) koulutustasoon suhteutettu koulutustaso (matala/keskitasoinen/ korkea)

Asuinkunnan kaupungistumisaste

Asuin kunnan kaupungistumisastetta kuvaava muuttuja perustuu Tilastokeskuksen kaupungistumisastetta kuvaavaan 3-luokkaiseen luokitukseen: kaupunkimaiset kunnat, taajaan asutut kunnat ja maaseutumaiset kunnat.

Pitkäaikainen sairaus

Pitkäaikaissairautta kuvaava muuttuja muodostettiin kahdesta kysymyksestä: 1) Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus (vastausvaihtoehdot ”Ei” ja ”Kyllä”) ja niiltä, jotka vastasivat kysymykseen ”Kyllä”, kysyttiin lisäksi 2) vaatiiko sairaus terveydenhuollon ammattilaisen antamaa hoitoa ja seurantaa. Pitkäaikaissairaksi luokiteltiin vastaajat, jotka vastasivat molempiin ”Kyllä”.

Taloudessa asuvat alle 18-vuotiaat

Tieto perustuu otospohjan väestörekisteritietoihin

Työmarkkina-asema

Vastaajilta kysyttiin ”Oletko tällä hetkellä pääasiassa: Valitse tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) kokopäivätyössä, 2) osa-aikatyössä, 3) eläkkeellä iän perusteella, 4) työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana, 5) osa-aikaeläkkeellä, 6) työtön tai lomautettu, 7) perhevapaalla, kotiäiti tai -isä, 8) opiskelija, 9) muu. Vastaukset luokiteltiin uudelleen seuraavasti: 1) työssä (vaihtoehto 1 ja 2), 2) eläkkeellä (vaihtoehdot 3,4 ja 5), 3) työtön tai lomautettu (vaihtoehto 6) ja 4) muu (vaihtoehdot 7,8, ja 9). Kysymystä ei esitetty 75 vuotta täyttäneille, joten heidät luokiteltiin ryhmään 2 (eläkkeellä).

Toimeentulotuen tarve

Vastaajilta kysyttiin ”Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia sosiaalitukia tai -etuuksia 12 viime kuukauden aikana?”. Kysymyspatterin alakysymyksenä esitettiin mm. ”Kelasta saatava perustoimeentulotuki”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut, 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, oli riittävä. Tarkastelusta poistettiin vastausvaihtoehdon 1) en ole tarvinnut vastanneet ja tämän jälkeen tarkastelun kohteena ovat vastausvaihtoehdon 2,3 ja 4 valinnot.

Liitetaulukko 1. Logistinen regressioanalyysi, jossa toimintakyvyltään heikentyneen puolison säännöllinen auttaminen selitettävänä muuttujana ja sosiodemografiset taustatekijät selittävinä muuttujina. Monimuuttujamalli, jossa kaikkien selittävien tekijöiden vaikutus huomioitu samanaikaisesti.

	OR	95%:n luottamusväli
Ikä vuosina	7.92	(5.62–11.16)
Sukupuoli		
Miehet	1.00	
Naiset	1.03	(1.02–1.04)
Koulutus		
Matala	1.00	
Keskimääräinen	0.74	(0.63–0.87)
Korkea	0.83	(0.69–1.00)
Taloudessa alle 18-vuotiaita		
Ei	1.00	
Kyllä	0.72	(0.54–0.98)
Työmarkkina-asema		
Töissä	1.00	
Eläkkeellä	2.26	(1.74–2.93)
Työtön	1.66	(1.09–2.52)
Muu	1.52	(1.00–2.31)
Asuinkunta		
Kaupunkimainen	1.00	
Taajaan asuttu	0.92	(0.78–1.10)
Maaseutumainen	0.82	(0.69–0.98)
Toimeentulotuen tarve		
Ei	1.00	
Kyllä	1.90	(1.44–2.51)
Avustaa lisäksi toista henkilöä		
Ei	1.00	
Kyllä	1.65	(1.28–2.13)
Omaishoitosopimus		
Ei	1.00	
Kyllä	0.68	(0.59–0.79)

Liitetaulukko 2. Yhteenveto monimuuttuja-analyseistä (logistinen regressio), jossa selittävänä muuttujana terveyteen, hyvinvointiin ja palvelukokemuksiin liittyvä muuttuja jokainen erikseen, ja selittävänä muuttujana toimintakyvyltään heikentyneen puolison avustaminen. Tulokset perustuvat monimuuttujamalleihin, joissa sekoittavat taustatekijät (kts liitetaulukko 1) on vakioitu samanaikaisesti

Selitettävä muuttuja		OR (puolisoaan avustava vs muu väestö)	95% luottamusväli
Terveys ja riskitekijät	Pitkäaikaissairastavuus	1.11	(0.96–1.29)
	Psyykinen rasittuneisuus	1.47	(1.23–1.91)
	Keskimääräinen tai huonompi koettu terveys	1.46	(1.24–1.72)
	Vakava toimintakyvyn rajoite	1.45	(1.20–1.76)
	Fyysinen aktiivisuus	0.78	(0.65–0.93)
	Tupakointi	1.20	(0.90–1.59)
	Alkoholin liikakäyttö	0.86	(0.71–1.03)
	Ylipainoisuus (BMI \geq 25. Miehet)	0.88	(0.72–1.08)
	Ylipainoisuus (BMI \geq 25. Naiset)	1.07	(0.85–1.36)
	Riittävä uni (Miehet)	0.74	(0.57–0.96)
	Riittävä uni (Naiset)	0.66	(0.51–0.85)
Hyvinvointi	Elämänlaatu	0.52	(0.45–0.61)
	Osallistuminen	0.76	(0.65–0.88)
	Yksinäisyys	1.22	(0.83–1.80)
	Riittämätön avun saanti (miehet)	2.75	(1.84–4.11)
	Riittämätön avun saanti (naiset)	4.09	(2.70–6.18)
Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyys	<i>Kokee saavansa riittämättömästi tarvitsemiaan ...</i>		
	lääkärinvastaanottopalveluja	1.36	(1.11–1.67)
	hoitajan vastaanottopalveluja	1.31	(1.00–1.70)
	hammaslääkärinpalveluja	1.35	(1.08–1.68)
	kotiin tuotavia hoivapalveluja (55 vuotta täyttäneet)	2.37	(1.28–4.39)
	vammaispalveluja	1.36	(0.67–2.77)