



Yksinäisyys ja toive muualla kuin kotona asumisesta lisäävät kotihoidon asiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä

PÄÄLÖYDÖKSET

- Kotihoidon iäkkäistä asiakkaista lähes kaikki (94 %) käyttivät erilaisia terveyspalveluja, sosiaalihuollon tukipalveluja tai sosiaalihuollon ympärivuorokautista hoitoa kuuden kuukauden seuranta-aikana vuonna 2022.
- Kotihoidon asiakkaat käyttivät keskimäärin kolmea erilaista palvelua kuuden kuukauden seuranta-aikana.
- Yksinäisyys ja kokemus siitä, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona, olivat yhteydessä erilaisten käytettyjen palvelutyyppeihin suurempaan lukumäärään. Käytettyjen palvelujen lukumäärää kasvattivat myös korkea ikä, miessukupuoli, parisuhteessa oleminen, yksin asuminen, sekä erilaiset terveyden ja toimintakyvyn vajeet.
- Yksinäisyys ja kokemus siitä, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona, lisäsivät päivystyshoidon, sairaalahoidon, avoterveydenhuollon ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöä. Lisäksi yksinäisyys lisäsi myös tukipalvelujen käyttöä.
- Taloudelliset vaikeudet olivat yhteydessä suurempaan avoterveydenhuollon käyttöön mutta vähäisempään tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöön.

Väestön ikääntyessä ja terveyden ja toimintakyvyn heikentyessä iäkkäät ihmiset saattavat tarvita monenlaisia sosiaali- ja terveyspalveluja. Kotona asuminen erilaisten kotihoidon palvelujen avulla on iäkkäitä koskevan hoivapolitiikan tavoite (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012). Kotiin tarjottavien kotihoidon ja -palvelun lisänä voivat toimia erilaiset tukipalvelut kuten ateria-, siivous- ja asiointipalvelut (STM 2023). Erilaisten sairauksien ja toimintakyvyn vajeiden palvelutarpeisiin vastaamiseen tarvitaan kuitenkin usein myös perus- tai erikoissairaanhoidon palveluja. Iäkäs ihminen saattaa tarvita ja käyttää jotain tiettyä palvelua paljon, tai hän saattaa käyttää monialaisia palveluja. Monialaisten palvelujen käyttäjällä tarkoitetaan usein henkilöä, joka käyttää useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän palveluja, esimerkiksi perusterveydenhuollon palveluja ja sosiaalihuollon avopalveluja (Koivisto ja Tiirinki 2020).

Palvelujen yhteensovittamisen näkökulmasta haasteellisia tilanteita ovat ne, joissa asiakkaalla on monenlaisia, joskus yhteen kietoutuneita ja vaikeastikin tunnistettavia tarpeita. Jos palvelujen yhteensovittamisessa epäonnistutaan, seurauksena on päällekkäisiä palveluja tai palveluja, joilla ei vastata asiakkaan tarpeisiin. Tällainen tilanne kuormittaa sekä palvelua saavaa että palvelujärjestelmää ja aiheuttaa lisäkustannuksia. Useita palveluja tarvitsevan iäkkään ja hänen omaistensa näkökulmasta erilaisten palvelujen tavoittaminen ja saaminen voi olla työlästä, ja sirpaleinen palvelujärjestelmä voi näyttäytyä hyvin monimutkaisena (Peel ja Harding 2014).

Tässä tutkimuksessa tavoitteenamme on tunnistaa, millaiset kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden yksilölliset tekijät ja ominaisuudet lisäävät erilaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja mahdollisesti niiden yhteensovittamisen haasteita. *Olemme erityisesti kiinnostuneita sosiaalisten tekijöiden, kuten taloudellisten ongelmien ja yksinäisyyden, sekä kotona asumisen soveltuvuuden yhteydestä 65 vuotta täyttäneiden kotihoidon asiakkaiden 1) erilaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön ja 2) erilaisten käytettyjen palveluiden lukumäärään kuuden kuukauden seuranta-aikana. Etenkin erilaisten terveysongelmien ja kroonisten sairauksien yhteys monialaisten palvelujen käyttöön on tunnistettu aiemmissä tutkimuksissa (kuvattu mm. Koivisto ja Tiirinki 2020, Rönnekkö 2023). Palvelujen käyttöön vaikuttavat terveyteen liittyvien tarpeiden lisäksi esimerkiksi yksilön sosiaaliset olosuhteet (Andersen ja Newman 2005, National Academies of Sciences ym. 2020). Tavoitteenamme on huomioida palvelujen käyttöön vaikuttavien yksilöllisten tekijöiden moninaisuus. Tutkimus kuuluu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuosina 2022–2023 toteuttamaan Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio -tutkimuskokonaisuuteen, jonka on rahoittanut Sosiaali- ja terveysministeriö.*

Aineisto

Palvelut

Tutkimuksen aineistona ovat Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (TerveysHilmo), Avohoidon hoitoilmoitusrekisterin tiedot (AvoHilmo), Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin (SosiaaliHilmo), sekä kotihoidon RAI-arviointien (Resident Assessment Instrument) tiedot.

Aineisto muodostettiin siten, että mukaan otettiin kaikki kotihoidon käyttäjät, jolle on tehty RAI-arviointi vuoden 2022 tammi-kesäkuun välillä. Heidän palvelujen käyttöään on seurattu kuusi kuukautta RAI-arvioinnista eteenpäin.

Mari Aaltonen

THL

Jokke Häsä

THL

Rauha Heikkilä

THL

Katri Kakko

THL

Johanna Edgren

THL

Näin tutkimus tehtiin:

Muodostimme tutkimusjoukon tammi- ja kesäkuun 2022 välillä kotihoidon RAI-arvioiduista (Resident Assessment Instrument) vähintään 65-vuotiasita asiakkaista. RAI-arvioinneista saatiin tietoa heidän iästään, sukupuolestaan, sosiaalisista tekijöistä, läheisavun saamisesta, kotona asumisen soveltuvuudesta, terveydestä ja toimintakyvystä. RAI-arviointitietoihin yhdisteltiin tietoja erilaisten palvelujen käytöstä arviointia seuranneiden kuuden kuukauden aikana sekä tieto mahdollisesta kuolemasta.

Tiedot erilaisten terveyspalvelujen käytöstä saimme Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (TerveysHilmo) ja Avohoidon hoitoilmoitusrekisterin tiedot (AvoHilmo). Tieto sosiaalihuollon ympärivuorokautisen hoidon (tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito) sekä muiden asumispalvelujen käytöstä saatiin sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteristä (SosiaaliHilmosta). Sosiaalihuollon tukipalvelujen tieto saatiin RAI-arvioinneista. Mikäli asiakas kuoli seuranta-aikana, saatiin tieto kuolinpäivästä väestötietojärjestelmästä.

Palvelujen käyttöä ja siihen liittyviä tekijöitä tutkittiin sekä kuvailevin menetelmin että logistisen ja lineaarisen regressiomallin avulla.

Aineistomme sisälsi seuraavat palvelut:

Terveyspalvelut: päivystyshoito, keskus- ja aluesairaalat, yliopistosairaala, terveyskeskussairaala, yksityissairaalat, muut sairaalat, avovastaanottokäynnit, etäkäynnit, kotisairaanhoido ja kotisairaala (yhteensä kymmenen palvelutyyppiä, lähteet: TerveysHilmo ja AvoHilmo).

Tukipalvelut: ateriapalvelu, siivouspalvelu, kuljetuspalvelu, saattopalvelu, kylpy- ja saunapalvelu (yhteensä viisi tukipalvelutyyppiä, lähde: RAI-kotihoito eli RAI-MDS-HC ja interRAI-HC tietovaranto).

Sosiaalihuollon *ympäri vuorokautinen hoito:* tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito, muu asumispalvelu (lähde: SosiaaliHilmo).

Selittävät tekijät

Selittävinä muuttujina käytettiin kotihoidon asiakkaiden yksilötietoja, jotka saatiin RAI-arvioinneista. Vuoden 2022 aikana Suomessa oli käytössä kaksi erilaista kotihoidon RAI-välinettä (RAI-MDS-HC ja interRAI-HC), joissa osa kysymysten vastausvaihtoehdoista on hieman erilaisia. Vastausvaihtoehdot koodattiin analyysija varten siten, että ne vastaavat toisiaan. Muuttujat (Taulukko 1): Ikä, sukupuoli, parisuhde, asumismuoto, läheisapu, yksinäisyyden kokeminen, kokemus, että olisi „alli muualla kuin kotona, taloudelliset vaikeudet, arki-suoriutuminen, kognition heikkeneminen, masennusoireet, monisairastavuus. Mikäli asiakas kuoli seuranta-aikana, saatiin tieto kuolinpäivästä Tilastokeskuksen kuolinsyytiedoista (Suomen Virallinen Tilasto 2023).

Menetelmät

Kuvailevat analyysit: Koko tutkimusjoukon taustatiedot (Taulukko 1) ja eri palveluja käyttäneiden osuus (Kuva 2). Kuvaileviin analyysihin sisällytimme kaikki yllä mainitut 17 palvelua.

Analyysin seuraavaan vaiheeseen muodostimme kuusi uutta muuttujaa yhdistämällä samankaltaisia palvelutyyppisiä yhdeksi muuttujaksi: 1) päivystyskäynnit, 2) sairaalahoito sisältäen keskus- ja aluesairaala, yliopistosairaala, terveyskeskussairaala, yksityissairaalat, muut sairaalat, 3) terveydenhuollon avovastaanotto ja etäkäynnit, 4) sosiaalihuollon tukipalvelut sisältäen ateriapalvelu, siivouspalvelu, kuljetuspalvelu, saattopalvelu, kylpy- ja saunapalvelu 5) kotisairaanhoido ja kotisairaala, 6) ympärivuorokautinen hoito ja muu asumispalvelu. (Taulukko 2). Tämän jälkeen selvitimme logistisen regressioanalyysin (Taulukot 3 ja 4) avulla mitkä yksilölliset tekijät olivat yhteydessä erilaisten palvelujen käyttöön. Palvelujen käyttöä kuvaavat muuttujat on koodattu siten, että 0 = ei käyttänyt palvelua ja 1 = käytti palvelua kuuden kuukauden aikana. Taulukossa 3 ovat selittävinä muuttujina päivystyshoito, sairaalahoito ja terveydenhuollon avohoito. Taulukossa 4 ovat selittävinä muuttujina tukipalvelut, kotisairaanhoido (ml. kotisairaala) sekä sosiaalihuollon ympärivuorokautinen hoito. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin malleja, joissa jokainen selittävä muuttuja oli yksin selitettävän muuttujan kanssa (yhden muuttujan mallit eli mallit 1). Analyysin toisessa vaiheessa kaikki selittävät muuttujat lisättiin malliin yhtä aikaa (monimuuttujamalli eli malli 2).

Lopuksi analysoimme lineaarisen regressioanalyysin avulla (Taulukko 5) mitkä tekijät lisäsivät erilaisten käytettyjen palvelujen lukumäärää kuuden kuukauden aikana. Selitettävä muuttuja on jatkuva summamuuttuja, joka sisältää kaikki 17 palvelua (vaihteluväli 0–17). Kuten logististen regressiomallien kohdalla, analyysin ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin malleja, joissa jokainen selittävä muuttuja oli yksin selitettävän muuttujan kanssa (yhden muuttujan mallit eli mallit 1). Toisessa vaiheessa kaikki selittävät muuttujat lisättiin malliin yhtä aikaa (monimuuttujamalli eli malli 2).

Tulokset

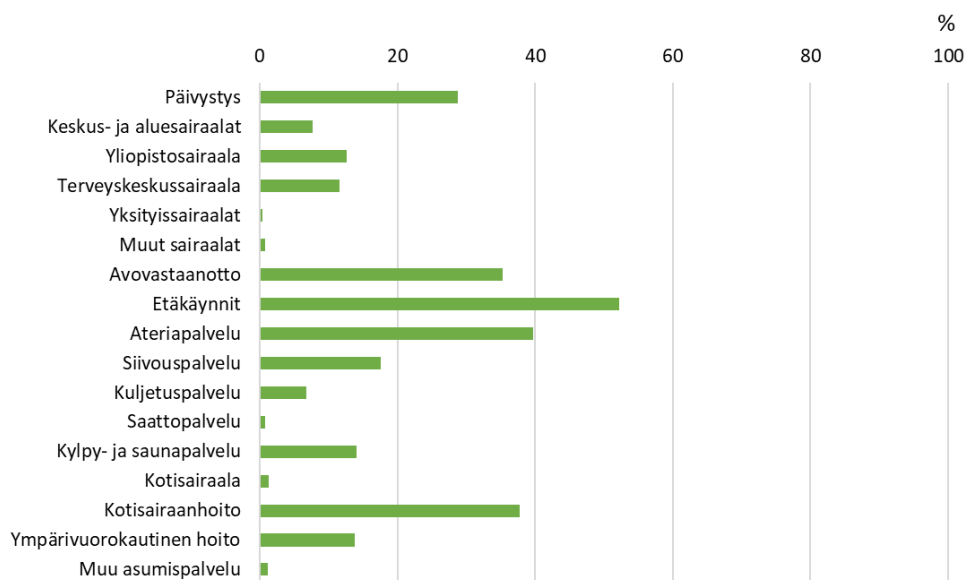
Kotihoidon asiakkaiden (n = 33493) keski-ikä oli yli 83 vuotta (keskiarvo), ja heistä runsas 67 % oli naisia (Taulukko 1). Noin joka viides oli parisuhteessa ja lähes samansuuruinen osuus asui jonkun kanssa. Useampi kuin kaksi kolmesta sai läheisapua. Vajaa kolmannes koki yksinäisyyttä. Vain 3,5 % kertoi, että oli joutunut rajallisten rahavarojen vuoksi valitsemaan erilaisten hankintojen välillä. Noin joka kuudes asiakas tai hänen läheisensä arvioi, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona. Arkisuoriutumisessa apua tai ohjausta tarvitsevia (ADL \geq 1) oli 40,3 % asiakkaista (ADL keskiarvo 0,9). Kognitiivisia häiriöitä (CPS \geq 2) oli puolestaan 53,2 prosentilla (keskiarvo 1,5). Masennusoireita oli runsaalla kymmenesosalla. Tutkimusjoukosta kuoli 6,7 % seuranta-aikana.

Taulukko 1. Tutkimusjoukon kuvaus. Tutkimusjoukko: Vuoden 2022 tammi- ja kesäkuun välillä kotihoidon 65 vuotta täyttäneet RAI-arvioidut asiakkaat.

	Kotihoidon asiakkaat n 33493	Muuttujien kuvaus: Kysymyk- sen tai mittarin kuvaus
Ikä, keskiarvo	83,4	Ikä
Sukupuoli, naisten osuus %	67,4	Sukupuoli
Parisuhteessa olevat %	21,3	Siviilisääty
Saa läheisapua	70,9	Läheisauttaja, ei / kyllä
Asuu jonkun kanssa %	21,7	Asumisjärjestelyt, asuu jonkun kanssa, kyllä /ei.
Kokee yksinäisyyttä %	28,3	Yksinäisyys, ei / kyllä
Taloudellisia vaikeuksia %	3,5 15,4	Rajallisten rahavarojen takia joutunut valitsemaan hankintojen välillä, ei / kyllä
Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin ko- tona %	15,4	Asiakkaan olisi parempia asua muualla kuin kotona; kyllä-vastaukseksi on las- kettu asiakkaan, perheenjäsenen tai muun tärkeimmän hoitoon osallistuvan henkilön kyllä-vastaukset
Arkisuoriutuminen, kes- kiarvo	0,9	ADL-H; Activities of Daily Living vaihtelu- väli 0–6: 0=itsenäinen, 6=täysin autet- tava
Arkisuoriutumisessa oh- jauksen tai avun tarvetta (ADL_H \geq 1)	40,3	
Kognitio, keskiarvo	1,5	CPS; Cognitive Performance Scale vaihtelu- väli 0–6: 0=ei kognitiivista häiriötä, 6
Kognitio heikentynyt (CPS \geq 2), %	53,2	= Kognition erittäin vaikea heikkenemi- nen
Masennusoireita %	11,7	DRS; Depression Rating Scale. Masen- nusepäily, kun DRS \geq 3
Monisairastavuus, diagnoo- sien keskiarvo	2,7	Summamuuuttuja, jossa on laskettu yh- teen eri diagnoosiryhmiin kuuluvat diag- noosit, vaihteluväli 0–10*
Kuoli seuranta-aikana %	6,7	Kuolinpäivä

*Monisairastavuus on laskettu useampaan kuin yhteen diagnoosiryhmään kuulumisen mukaan. Diagnoosit ja diagnoosiryhmät: syöpä, dementia ml. Alzheimerin tauti, diabetes, psykiatriset sairaudet, neurologiset sairaudet ml. Parkinsonin tauti, hengityselinsairaudet, lonkkamurtuma aivoverenkierron sairaudet, iskeeminen ja muut sydänsairaudet, muut verenkiertoelimistön sairaudet.

Lähes kaikki kotihoidon asiakkaat käyttivät jotain tutkimistamme palveluista kuuden kuukauden aikana. Ainoastaan 6 % ei käyttänyt mitään tutkimistamme 17 palvelusta. Keskimäärin asiakkaat käyttivät puolen vuoden aikana kolmea eri palvelua (keskiarvo 2,8, mediaani 3,0). Yleisimpiä käytettyjä terveydenhuollon palveluja olivat avohoidon vastaanotokäynnit ja etäkäynnit (Kuva 1), sillä avoterveydenhuollon palveluja (etä- ja lähikäynnit) käytti lähes kaksi kolmesta (Taulukko 2). Päivystyskäyntejä oli noin joka kolmannella (Kuva 1, Taulukko 2). Eri sairaaloista yleis- ja aluesairaala, yliopistosairaala tai terveyskeskussairaala käytti noin joka kymmenes (Kuva 1), ja kaikkiaan joka neljäs käytti jotain yllä mainituista sairaaloista (Taulukko 2). Tukipalveluista yhtä tai useampaa käytti yli puolet. Analyseihimme sisällytetyistä eri tukipalveluista yleisimmin käytetty oli ateriapalvelu (Kuva 1). Kotisairaanhoidoa käytti lähes 40 %. Kotisairaalan osuus oli puolestaan pieni (1,3 % käytti kotisairaala puolen vuoden aikana). Tehostetussa palveluasumisessa tai vanhainkodissa oli käyntejä 14 prosentilla kotihoidon asiakkaista. Muu asumispalvelu oli harvinaista (1,2 %).



Kuvio 1. Erilaisia sosiaali- ja terveyspalveluja kuuden kuukauden seuranta-aikana käyttäneiden kotihoidon asiakkaiden osuus, %. Lähde: RAI-kotihoidon tietovaranto, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri, Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus.

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelutyyppejä käyttäneiden kotihoidon asiakkaiden osuus (%) ja kuvailevat tiedot käytetyn palvelun mukaan. Palvelujen käytön seuranta-aika kuusi kuukautta.

	Päivystys	Sairaalahoito	Avoterveydenhuolto	Tuki-palvelut	Kotisairaahoito tai -sairaala	Ympäri- vuoro- kaiti- nen hoito
Käyttäneiden osuus, %	28,8	26,2	65,5	54,3	38,5	14,7
Ikä, keskiarvo	83,9	83,7	83,2	83,9	83,3	84,2
Sukupuoli, nainen %	64,9	64,7	66,9	66,8	68,7	65,8
Parisuhteessa %	23,0	22,8	22,3	18,7	21,3	32,3
Saa läheisapua %	73,0	71,5	71,3	69,8	69,6	79,0
Asuu jonkun kanssa %	23,1	22,7	22,3	18,1	20,7	34,7
Kokee yksinäisyyttä %	30,9	30,7	28,9	30,9	28,0	34,5
Taloudellisia vaikeuksia %	3,8	3,9	3,8	3,0	3,7	2,6
Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona %	19,2	19,1	16,0	16,6	16,1	38,8
Arkisuoriutuminen, keskiarvo	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,6
apua tarvitsevien osuus %	43,6	44,5	23,0	25,3	22,8	41,9
Kognitio, keskiarvo	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	2,3
kognitio alentunut, osuus %	53,7	52,4	51,2	55,4	53,8	75,5
Masennusoireita %	14,6	14,0	12,3	12,2	13,1	21,3
Monisairastavuus, keskiarvo	2,9	2,9	2,8	2,7	2,8	2,9
Kuoli seuranta-aikana %	13,8	16,4	6,4	6,6	6,6	8,9

Erialaisten palvelutyyppeiden käyttöön yhteydessä olevat yksilölliset tekijät

Seuraavaksi tarkastelimme eri palvelujen käyttämiseen (= henkilö käytti palvelua kuuden kuukauden aikana) yhteydessä olevia tekijöitä. Sosiaalisista tekijöistä yksinäisyys oli yhteydessä kaikkien kolmen *terveyspalvelun* (*päivystys, sairaala, avoterveydenhuolto*) käyttämiseen samoin kuin kokemus siitä, että henkilön olisi parempi asua muualla kuin kotona (Taulukko 3). *Päivystyshoidon* käyttöön oli yhteydessä läheisavun saaminen, *sairaalahoito* käyttöön parisuhteessa oleminen. *Avoterveydenhuollon* käyttöön olivat yhteydessä yksinäisyyden ja parempi asua muualla kuin kotona -kokemuksen lisäksi parisuhteessa oleminen, läheisavun saaminen sekä taloudelliset vaikeudet.

Muista yksilötietoja kuvaavista muuttujista sekä päivystyshoidon että sairaalahoidon käyttöä lisäsivät korkeampi ikä ja miessukupuoli, arkisuoriutumisen heikentyminen, monisairastavuus, masennusoireet ja kuoleman läheisyys. Kognition heikentyminen oli yhteydessä päivystyshoidon käyttöön yhden muuttujan mallissa, mutta monimuuttujamallissa yhteys muuttui päinvastaiseksi, mikä viitanee siihen, että jokin muu selittävästä tekijöistä ennusti suurempaa päivystyshoidon käyttöä niillä henkilöillä, joiden kognitio on heikentynyt. Avoterveydenhuollon palvelujen käyttämiseen olivat yhteydessä nuorempi ikä, monisairastavuus ja masennusoireet. Toimintakyvyn ongelmat ja kuoleman läheisyys olivat yhteydessä vähäisempään avoterveydenhuollon käyttöön.

Taulukko 3. Tekijät, jotka olivat yhteydessä erilaisten terveystalvelutyypin käyttöön (ei käyttänyt / käytti talvelua kuuden kuukauden aikana).

	Päivystyshoito		Sairaalahoito		Avoterveydenhuolto	
	Mallit 1	Malli 2	Mallit 1	Malli 2	Mallit 1	Malli 2
Selittävät tekijät:	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Ikä	1,01	1,01	1,01	1,01	0,99	0,99
Sukupuoli nainen	0,85	0,88	0,85	0,89	0,94	0,98
On parisuhteessa	1,15	1,11	1,14	1,15	1,19	1,22
Saa läheisapua	1,16	1,14	1,05	1,03	1,06	1,08
Asuu jonkun kanssa	1,12	0,98	1,08	0,92	1,12	1,04
Kokee yksinäisyyttä	1,19	1,12	1,16	1,12	1,16	1,08
On taloudellisia vaikeuksia	1,11	1,14	1,14	1,10	1,25	1,15
Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	1,48	1,27	1,44	1,26	1,14	1,21
Arkisuoriutumisen heikentyminen	1,08	1,03	1,10	1,06	0,98	0,99
Kognition heikentyminen	1,04	0,96	1,00	0,91	0,91	0,89
Monisairastavuus	1,13	1,11	1,10	1,08	1,06	1,06
Masennusoireita, kyllä	1,45	1,25	1,34	1,18	1,20	1,20
Kuoli seuranta-aikana	4,10	3,69	6,00	5,45	0,89	0,90

Logistinen regressioanalyysi. Seuranta-aika kuusi kuukautta. Mallit 1: Useampi yhden muuttujan malli, jossa jokainen selittävä muuttuja oli yksin selitettävän muuttujan kanssa. Malli 2: Kaikki selittävät muuttujat on lisätty samaan malliin yhtä aikaa (monimuuttujamalli).

OR = odds ratio eli vetosuhte.

Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.05$) vetosuhteet on lihavoitu.

Tukipalvelujen käyttöön oli sosiaalisista tekijöistä yhteydessä yksinäisyyden kokeminen (Taulukko 4, Malli 2). Käytön todennäköisyyttä vähensivät puolestaan taloudelliset vaikeudet, läheisavun saaminen ja jonkun kanssa asuminen. Samoin kuin tukipalvelujen käyttöön, ympärivuorokautisen hoidon käyttöön oli yhteydessä yksinäisyyden kokeminen. Taloudelliset vaikeudet puolestaan vähensivät käytön todennäköisyyttä (Taulukko 4, Malli 2). Parisuhteessa oleminen, läheisavun saaminen ja jonkun kanssa asuminen olivat yhteydessä ympärivuorokautisen hoidon käyttämiseen kuuden kuukauden aikana. Kokemus, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona, oli hyvin voimakkaassa yhteydessä ympärivuorokautisen hoidon käyttöön.

Muista tekijöistä toimintakyvyn häiriöt lisäsivät tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon käytön todennäköisyyttä samoin kuin korkea ikä. Lisäksi miessukupuoli oli yhteydessä tukipalvelujen käyttöön. Terveysten liittyvistä tekijöistä myös monisairastavuus ja masennusoireet olivat yhteydessä ympärivuorokautisen hoidon käyttöön.

Kotiin tarjottava sairaanhoito erosi muista tutkittavista palveluista siten, että analysoimme sisällyttämistä muuttujista harvempi oli yhteydessä kotisairaanhoidon käyttöön: parisuhteessa oleminen, naissukupuoli, masennusoireet ja monisairastavuus olivat yhteydessä kyseisten palvelujen käyttöön, jonkun kanssa asuminen ja läheisavun saaminen puolestaan vähensivät käytön todennäköisyyttä. Kotisairaanhoido oli ainoa palvelumuuttujakokonaisuus, jonka käyttöön yksinäisyys ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä.

Tämä tutkimus on osa

1. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sote-integraation palvelututkimuskokonaisuutta, jonka on rahoittanut Sosiaali- ja terveysministeriö. Osahankkeen nimi on Sote-integraatio iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluissa (SOIPA) – Kotihoidon asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palvelujen tarve.
2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimushanketta Palveluiden tarve, toteuttaminen, laatu, vaikuttavuus ja resurssit – RAI-tutkimus.

Taulukko 4 Tekijät, jotka olivat yhteydessä sosiaalihuollon tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon sekä kotisairaanhoidon.

	Tukipalvelut		Kotisairaanhoido		Ympärivuorokautinen hoito	
	Mallit 1	Malli 2	Mallit 1	Malli 2	Mallit 1	Malli 2
Selittävät tekijät:	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Ikä	1,02	1,02	1,00	1,00	1,02	1,02
Sukupuoli nainen	0,94	0,83	1,10	1,13	0,92	0,98
On parisuhteessa	0,71	0,97	1,00	1,15	1,99	1,36
Saa läheisapua	0,89	0,85	0,90	0,90	1,65	1,43
Asuu jonkun kanssa	0,63	0,61	0,91	0,83	2,20	1,48
Kokee yksinäisyyttä	1,32	1,20	0,97	0,91	1,41	1,26
On taloudellisia vaikeuksia	0,72	0,73	1,06	1,06	0,69	0,70
Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	1,22	1,06	1,09	1,07	4,94	3,48
Arkisuoriutumisen heikentyminen	1,07	1,08	0,99	1,00	1,43	1,16
Kognition heikentyminen	1,08	1,06	0,99	0,90	1,67	1,36
Monisairastavuus	0,99	0,98	1,07	1,07	1,10	1,04
Masennusoireita, kyllä	1,10	0,98	1,24	1,26	2,42	1,24
Kuoli seuranta-aikana	0,96	0,88	0,97	0,96	1,46	0,89

Logistinen regressioanalyysi. Seuranta-aika kuusi kuukautta. Mallit 1: Useampi yhden muuttujan malli, jossa jokainen selittävä muuttuja oli yksin selitettävän muuttujan kanssa. Malli 2: Kaikki selittävät muuttujat on lisätty samaan malliin yhtä aikaa (monimuuttujamalli). OR = odds ratio eli vetosuhte. Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.05$) vetosuhteet on lihavoitu.

Kun tarkastelimme erilaisten käytettyjen palvelutyypin lukumäärää kuuden kuukauden aikana kasvattavia tekijöitä (Taulukko 5), oli suurempaan erilaisten palvelujen lukumäärään yhteydessä yksinäisyys, parisuhteessa oleminen, kokemus, että olisi parempi asua muualla kuin kotona, korkeampi ikä, miessukupuoli, toimintakyvyn (arkisuoriutumisen ja kognition) heikentyminen, monisairastavuus, masennusoireet sekä kuoleman läheisyys (Mallit 1). Kun kaikki muuttujat lisättiin malliin samaan aikaan (Malli 2), kaikki muut muuttujat säilyttivät tilastollisesti merkitsevän yhteyden palvelujen lukumäärää lisäävinä tekijöinä paitsi kognition heikentyminen. Lisäksi monimuuttujamallissa jonkun kanssa asuminen oli yhteydessä vähäisempään erilaisten palvelujen lukumäärään.

Taulukko 5. Tekijät, jotka lisäsivät kuuden kuukauden aikana käytettyjen palvelujen lukumäärää. Lineaarinen regressioanalyysi.

	Mallit 1		Malli 2	
	β	p-arvo	β	p-arvo
Selittävät tekijät:				
Ikä	0.05	<0.001	0.06	<0.001
Sukupuoli nainen	-0.03	<0.001	-0.03	<0.001
On parisuhteessa	0.02	<0.001	0.04	<0.001
Saa läheisapua	0.00	0.57	-0.01	0.12
Asuu jonkun kanssa	0.01	0.41	-0,04	<0.001
Kokee yksinäisyyttä	0.07	<0.001	0.04	<0.001
On taloudellisia vaikeuksia	-0.00	0.62	-0.01	0.3
Asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona	0.13	<0.001	0.09	<0.001
Arkisuoriutumisen heikentyminen	0.10	<0.001	0.07	<0.001
Kognition heikentyminen	0.06	<0.001	-0.01	0.06
Monisairastavuus	0.07	<0.001	0.06	<0.001
Masennusoireita, kyllä	0.09	<0.001	0.05	<0.001
Kuoli seuranta-aikana	0.13	<0,001	0.11	<0.001

Lineaarinen regressioanalyysi. Mallit 1: Useampi yhden muuttujan malli, jossa jokainen selittävä muuttuja oli yksin selitettävän muuttujan kanssa. Malli 2: kaikki palvelut on lisätty malliin samaan aikaan (monimuuttujamalli).

β = regressiokerroin

Tilastollisesti merkitsevät ($p < 0.05$) vetosuhteet on lihavoitu.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme tekijöitä, jotka olivat yhteydessä erilaisten terveyspalvelujen sekä sosiaalihuollon tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöön kotihoitoon RAI-arvioituilla asiakkailla. Erityisesti kiinnostuksen kohteena olivat sosiaaliset tekijät kuten yksinäisyys ja taloudelliset vaikeudet sekä soveltuvuus kotona asumiseen. Kun kaikki tekijät, kuten ikä ja terveyden liittyvät tekijät oli otettu mukaan analyysiin, yksinäisyys ja kokemus siitä, että asiakkaan olisi parempi asua muualla kuin kotona, olivat yhteydessä erilaisten käytettyjen palvelutyyppeiden suurempaan lukumäärään. Eri palvelutyypeistä ne lisäsivät todennäköisyyttä päivystyshoidon, sairaalahoidon, avoterveydenhuollon ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöä. Lisäksi yksinäisyys lisäsi myös tukipalvelujen käyttöä. Taloudelliset vaikeudet olivat yhteydessä suurempaan avoterveydenhoidon käyttöön mutta vähäisempään tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöön.

Yksinäisyyden nykyistä perusteellisempi huomioiminen ihmisten palvelutarpeiden ja palvelukokonaisuuksien arvioinnissa voisi vähentää esimerkiksi monialaisten palvelujen käyttöä. Yksinäisyys on yhteydessä tiettyihin sairauksiin (Valtorta ym. 2016), mikä voi puolestaan johtaa suurempaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Otimme analyysissämme huomioon monipuolisesti erilaisia terveyden liittyviä tekijöitä, ja niistä huolimatta yksinäisyys oli merkittävä palvelujen käyttöä lisäävä tekijä, mikä viittaa siihen, että ilmiö on monisyisempi kuin vain yksinäisyyden terveysvaikutuksiin perustuva. Yksinäisyyden yhteydestä terveyspalvelujen käyttämiseen löytyy aiempia samankaltaisia tutkimustuloksia (mm. Burns ym. 2022, Zhang ym. 2018, Molloy ym. 2010). Ratkaisuksi aiemmat tutkimukset esittävät yksinäisyyttä kokeville vankempaa sosiaalista tukea tarjoavia sosiaalipalveluja (Zhan ym. 2019) sekä lääkärin aiempaa tarkempaa sosiaalista tukea tarjoavien palvelujen tarpeen tunnistamista (Molloy ym. 2010). Valtortan ja kollegoiden (2016) mukaan yksinäisyys lisää terveydenhuollon uusintakäyntejä, koska yksinäisillä ihmisillä ei ole kotiutumisen yhteydessä tarpeeksi tukea kotona. Tämä tulkinta sisältää oletuksen, että yksinäisyyttä kokeva myös asuu yksin. Uusintakäyntien ehkäisemiseksi tulisivatkin sairaalasta kotiutuvan henkilön saada riittävästi kotihoitoa, kuntoutusta tai muita kodin tukipalveluja.

Johtopäätökset

Palvelukokonaisuuksia suunniteltaessa ja palveluja yhteen sovitettaessa olisi hyödyllistä ottaa tarkemmin huomioon monenlaiset kotona asuvan iäkkään terveyteen, toimintakykyyn ja arkeen vaikuttavat tekijät. Iäkkäiden arkeen vaikuttavia tekijöitä ovat erilaiset sosiaaliset tekijät sekä asiakkaan tai hänen läheisensä kokemus kotona asumisen soveltuvuudesta, sillä nämä näyttävät olevan merkittäviä erilaisten palvelujen käyttöä lisääviä tekijöitä.

Toisaalta on mahdollista, että yksinäisyyttä kokevat ihmiset saavat hoitohenkilöstöltä lääketieteellisen avun lisäksi sosiaalista tukea (Gerst-Emerson ym. 2015), mikä voi lisätä hoitoon hakeutumista. Sosiaalista tukea tarjoavien palvelujen ohella olisi tärkeää tunnistaa yksinäisyyteen johtavia syitä ja siten pyrkiä ennaltaehkäisemään tilanteita, jotka ovat kriittisiä yksinäisyyden kokemuksen syntymiselle. Voi olla, että jotkut ikääntyvät ja iäkkäät ihmiset hyötyisivät yksinäisyyden ehkäisemisessä esimerkiksi yhteisöllisistä asumisratkaisuista, ottaen huomioon heidän muut palvelutarpeensa ja toiveensa. Yhteisöllistä toimintaa voi järjestää myös yksityisessä kodissa asuville ihmisille yksinäisyyden vähentämiseksi, mutta myös osallisuuden ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Yhteisöllinen toiminta voi sisältää esimerkiksi arjen kohtaamispaikkojen luomista, naapuriavun edistämistä, vapaaehtoistoiminnalla toteutettavia tapahtumia asuinalueilla, yhteisiä liikuntatuokioita ja ruokailuhetkiä (Kortelainen ym. 2023).

Suurin osa iäkkäistä haluaa asua omassa kodissaan. Kuitenkin aiempien tutkimusten mukaan toimintakyvyn tai terveyden heikentyessä yleistyvä toivomus asua muualla kuin kotona (Lehnert ym. 2019). Mikäli asiakas kokee, että hänen olisi parempi asua muualla kuin omassa kodissaan, kertoo tämä todennäköisesti riittämättömästä avun tai tuen saamisesta. Kyseessä voi olla sairauden hoitoon tai toimintakyvyn laskuun liittyvä avutarve, mutta myös erilaiset sosiaalisen tuen tarpeet, tai usean tarpeen yhdistelmät (Van Aerschoot ym. 2022). Toisaalta läheiset usein paikkaavat virallisten palvelujen riittämättömyyttä. Kun läheisavusta seuraa läheiselle kohtuutonta kuormitusta, kertoo myös tämä riittämättömästä avun saamisesta (Isaacs ja Neville 1976). Kotihoidon asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa kysytään ensisijaisesti asiakkaalta itseltään, olisiko hänen omasta mielestään parempi asua muualla kuin kotona. Mikäli asiakas ei kykene itse vastaamaan, voi vastauksen antaa myös läheinen. On mahdollista, että kotihoidon asiakkaat tai heidän läheisensä, joilla on kokemus, että koti ei enää ole paras paikka asua, eivät saa riittävästi ja tarpeisiin vastaavaa apua ja tukea kotiin, minkä vuoksi he hakeutuvat erilaisten sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin. Jatkotutkimuksen aiheena olisi hyödyllistä selvittää, olisiko näiden kotona asuvien iäkkäiden ihmisten parempi olla kotihoitoa tuetumman hoidon, kuten yhteisöllisen asumisen, asiakkaina sekä inhimillisestä että resurssien näkökulmasta.

Vaikka STM:n laatusuosituksessa (2020) korostetaan, että iäkkäiden toimintakyvyn ja osallisuuden tukemisen tulisi olla keskiössä iäkkäiden palveluissa, kliinisen kokemuksemme mukaan toimintakykyä tukevat ennalta ehkäisevät tai kuntouttavat toimet eivät aina toteudu kotihoidon asiakkailla riittävällä tavalla. Tällöin asiakkaan toimintakyky voi heikentyä ja kotihoidon käyntejä joudutaan lisäämään. Lisäksi heikkokuntoisempi asiakas tulee suurella todennäköisyydellä tarvitsemaan enenevässä määrin muitakin kuin kotihoidon palveluita verrattuna asiakkaaseen, jonka toimintakykyä on kyetty tukemaan. Ennaltaehkäisevät toimintakykyä tukevat menetelmät ja palvelut ovat kustannustehokkaampi vaihtoehto kuin raskaisiin palveluihin siirtyminen. Kotihoidossa tulisikin varmistaa, että siellä työskentelevillä ammattilaisilla on kattavasti osaamista asiakkaan voimavarojen ja kuntoutumistarpeen tunnistamisesta sekä toimintakyvyn tukemisesta.

Taloudellisia vaikeuksia raportoineiden ihmisten osuus ei ollut suuri, mutta siitä huolimatta taloudellisilla vaikeuksilla näytti olevan joidenkin palvelujen käyttöä vähentävä ja joitain lisäävä tekijä: Taloudelliset vaikeudet olivat yhteydessä suurempaan avoterveydenhuollon käyttöön mutta vähäisempään sosiaalihuollon tukipalvelujen ja ympärivuorokautisen hoidon käyttöön, kun terveyteen ja toimintakykyyn sekä muihin sosiaalisiin tekijöihin liittyvät tiedot oli otettu analyysissa huomioon. Suomessa lainsäädännön mukaan ihmisille kuuluvat yhdenvertaiset ja riittävät palvelut (Finlex 2021/2023). Näin ei näytä olevan kaikkien iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla. On mahdollista, että taloudellisia vaikeuksia kohtaavat ihmiset eivät hakeudu sosiaalihuollon tukipalvelujen tai ympärivuorokautisen hoidon piiriin. Yksi syy tähän voi olla Suomen kasvaneet asiakasmaksut (Szebehely ja Meagher 2018) tai muut palvelujen piiriin hakeutumisen kulut.

Muut sosiaaliset tekijät, eli parisuhteessa oleminen, jonkun kanssa asuminen sekä läheisavun saaminen, olivat vaihtelevasti yhteydessä erilaisten palvelujen käyttöön, mutta useammin läheisten ihmisten kontaktien olemassaolo kertoi enemmänkin läheisten palveluja lisäävästä kuin vähentävästä vaikutuksesta. Toisaalta oli myös palveluja kuten erilaiset tukipalvelut ja jossain määrin myös kotisairaanhoido, joiden käyttöä läheisen ihmisen saatavilla oleminen lähinnä vähensi. Omaishoito, sisältäen sekä sopimuksen tehneet

omaishoitajat että omaistaan ilman sopimusta auttavat läheiset, on Suomessa hyvin yleistä. Läheiset saattavat paikata riittämättömiä sosiaali- ja terveys- sekä tukipalveluja (Van Aerschot ym. 2021, Halonen 2023) ja vuosien saatossa vähentyneen virallisten palvelujen kattavuuden on Szebehelyn ja Meagherin (2018) mukaan todettu lisäävän omaisten ja perheen hoivan vastuun kasvua (*familization*), jolla korvataan väheneviä palveluja. Toisaalta sosiaalisia kontakteja on pidetty palvelujen käyttöä mahdollistavana tekijänä siten, että läheiset ovat usein niitä henkilöitä, jotka ottavat yhteyttä erilaisiin palvelutarjoajiin ja etsivät erilaisia palveluja (Aaltonen ym. 2020, Peel ja Harding 2014). Heillä voi olla myös paremmat tiedolliset resurssit palvelujen etsimiseen (Dawson ym. 2027). Esimerkiksi Halosen (2023) väitöskirjatutkimuksen mukaan aikuiset lapset usein koordinoivat muistisairaana vanhemman arkea ja siihen kuuluvia yksityisiä, julkisia tai kolmannen sektorin palveluita. Lisäksi on tärkeä huomata, että kotona asuvien ihmisten ympärivuorokautisen hoidon käyttöä lisää se, että virallisissa omaishoitajasopimuksissa omaishoitaja on oikeutettu vapaaseen, ja apua tarvitseva iäkäs henkilö on tämän ajan usein ympärivuorokautista hoitoa tarjoavassa paikassa (Omaishoitajaliitto 2023).

Tutkimuksen vahvuutena on laaja ja monipuolinen aineisto, jossa hyödynnetään useita kansallisia rekisteriaineistoja. RAI-arviointi antaa kattavaa tietoa asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueista ja voimavaroista sekä luotettavan kuvan asiakkaan elämäntilanteesta (Finne-Soveri ym. 2020). Arvioinnin luotettavuus muodostuu strukturoidun kyselylomakkeen ja arviointikäsitteiden huolellisesta käytöstä sekä arvioinnin tekijän ammatillisesta ja arviointiosaamisesta (Heikkilä ym. 2023). Vastaavaa RAI-palvelutarpeen arviointien ja erilaisten hoitoilmoitusrekisterien tietojen yhdistämistä koko maata kattavien tietojen osalta ei tietojemme mukaan ole Suomessa tehty aiemmin. Toisaalta näin laaja tutkimusaineisto asettaa rajoitteita sille, kuinka yksityiskohtaisesti tuloksiin pystytään paneutumaan. Tässä tutkimuksessa keskityimme tiettyihin sosiaalisiin tekijöihin, mutta analyysimme tuottavat myös paljon muuta hyödyllistä tietoa, joihin tulisi paneutua tulevaisuudessa tutkimusjulkaisuissa tarkemmin. Erilaiset terveyteen liittyvät tekijät ja niiden yhteisvaikutukset olisivat hyödyllisiä tutkimusaiheita tulevaisuudessa. Esimerkiksi kognition heikkenemisen yhteisvaikutukset muiden selittävien tekijöiden kanssa olisi tärkeä tutkimusaihe nykyisessä tilanteessa, jossa muistisairaiden ihmisten lukumäärä kasvaa väestön ikääntymisen myötä. Emme myöskään pysty ottamaan tässä tutkimuksessa kantaa siihen, mitkä ovat olleet eri palveluihin päättymisen syitä tai ovatko esimerkiksi sairaalahoitokäynnit olleet suunniteltuja vai ei-suunniteltuja. Aineistomme perustuu yksilöihin ja heidän tilannettaan kuvaaviin tietoihin. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksemme ei ota kantaa, miten organisaatioitasoon liittyvät tekijät tai palvelujen alueellinen tarjonta ovat yhteydessä palvelujen käyttöön. On kuitenkin selvää, että palvelujen tarjonta on yhteydessä siihen, mitä palveluja ihmiset voivat käyttää. Palvelujen yhteensovittamisen kannalta olisi myös tärkeää tutkia jatkossa erilaisten palvelujen yhdistelmiä, ja millaiset tekijät ovat yhteydessä erilaisten sote-palvelujen käytön kokonaisuuksiin.

Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan EU:n yleistä tietosuojaa-asetusta (2016/679), kansallista tietosuojalainsäädäntöä (1050/2018) sekä THL:n tietosuojajohteita (THL 2023). Tutkimus noudattaa THL:n yleisiä menettelyjä ja toimintaperiaatteita tekijänoikeuskysymyksissä. Tämä tutkimus on osa Tutkimuseettisen toimikunnan hyväksymää tutkimusta Turva-verkko iäkkäille palvelun tarvisijoille: Palvelujen tarve, toteutuminen, laatu, vaikuttavuus ja resurssit.

Johtopäätökset

Tutkimuksemme osoittaa, miten terveyden ja toimintakyvyn ongelmien ohella sosiaalisista tekijöistä yksinäisyys sekä toive asua muualla kuin kotona ovat merkittäviä erilaisten palvelujen käyttöä lisääviä tekijöitä. Myös taloudelliset ongelmat ja muut sosiaaliset olosuhteet olivat yhteydessä palvelujen käyttöön, mutta yhteyden suunta vaihteli palvelutyyppeihin mukaan. Monet palvelujen käyttöön vaikuttavat tekijät ovat kuitenkin yhteen kietoutuneita ja monisyisiä. Tulosten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että palvelukokonaisuuksia suunniteltaessa ja palveluja yhteen sovitettaessa olisi hyödyllistä ottaa tarkemmin huomioon erilaiset sosiaaliset tekijät sekä asiakkaan tai hänen läheisensä kokemus kotona asuminen soveltuvuudesta, sillä nämä tekijät näyttävät olevan merkittäviä palvelujen käyttöä lisääviä tekijöitä.

Lähteet

- Aaltonen MS, Martin-Matthews A, Pulkki JM, Eskola P, Jolanki OH. Experiences of people with memory disorders and their spouse carers on influencing formal care: "They ask my wife questions that they should ask me". *Dementia (London)*. 2021; 20(7):2307-2322. doi: 10.1177/1471301221994300.
- Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Q*. 2005. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Burns A, Leavey G, Ward M. ym. The impact of loneliness on healthcare use in older people: evidence from a nationally representative cohort. *J Public Health (Berl.)* 2022; 30: 675-684 . <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01338-4>
- Dawson S, Gerace A, Muir-Cochrane E, O'Kane D, Henderson J, Lawn S, Fuller J. Carers' experiences of accessing and navigating mental health care for older people in a rural area in Australia. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(2): 216-223, DOI: [10.1080/13607863.2015.1078283](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078283)
- EU:n yleinen tietosuojasäätös (2016/679) <https://eur-lex.europa.eu/eli/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr/html>
- Finne-Soveri H, Äijö M, Tolonen E, Rehula P, Vähäkangas P, Patronen M, Autio T, Haimi-Liikanen S, Havulinna S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. TOIMIA-suositus ID S028/11.6.2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>
- Kansallinen tietosuojalainsäädäntö (1050/2018). <https://tietosuojafi.fi/tietosuojalaki>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Hallinnonala: Sosiaali- ja terveysministeriö. Voimaantulo: 01.07.2013.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä Hallinnonala: Sosiaali- ja terveysministeriö. Voimaantulo: 01.01.2023; osittain voimaan aikaisemmin, ks. L 616/2021. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612#Pidm46494957057296> .
- Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015; 105(5):1013-9. doi: 10.2105/AJPH.2014.302427.
- Halonen, U. Muistisairaiden omaishoitajat palvelujärjestelmässä Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. 2023. JYU väitöskirjat ISSN 2489-9003; 635 ISBN 978-951-39-9549-2 (PDF)
- Heikkilä R, Edgren J, Aaltonen M. Muistisairaiden asiakkaiden itsemääräämisoikeus kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa palveluasumisessa RAI-arviointien perusteella. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki
- Koivisto J, Tiirinki H, toim. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapoluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020;38: 16-40.
- Kortelainen J, Koivula N, Koivula T, Luomala N, Siltala J, Aihinen T, Oosi O. Ikääntyneiden asumisen kehittämisen hyviä käytäntöjä kunnissa ja hyvinvointialueilla. Ympäristöministeriön julkaisuja 2023:39. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165201/YM_2023_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lehnert T, Heuchert M, Hussain K, König H. Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing & Society*, 2019; 39(9), 1873-1913. doi:10.1017/S0144686X18000314
- Molloy GJ, McGee HM, O'Neill D, Conroy RM. Loneliness and Emergency and Planned Hospitalizations in a Community Sample of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010; 58: 1538-1541. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02960.x>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington (DC): National Academies Press (US). 2020; 27, 7. Role of the Health Care System. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557964/>
- Omaishoitajaliitto. Omaishoitajien vapaat. <https://omaishoitajat.fi/tuet-ja-palvelut/omaishoitajien-vapaat/> Luettu 4.10.2023.

Peel E, Harding R. 'It's a huge maze, the system, it's a terrible maze': Dementia carers' constructions of navigating health and social care services. *Dementia*. 2014; 13(5): 642-661. DOI: 10.1177/1471301213480514

Rönneikkö J. Home Care Clients' Risk of Unplanned Hospitalization : Predictors and Risk Classification. Väitöskirjatutkimus. Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta, Tampereen yliopisto 2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2839-9>

Sosiaali- ja terveystalvelministeriö STM. Kotihoito. Saatavilla <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> . Sivu päivitetty 5.1.2023

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-5051. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 16.10.2023. Saantitapa: <https://www.stat.fi/tilasto/ksyyt>

Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-1016.

Valtorta NK, Moore DC, Barron L, Stow D, Hanratty B. Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2018b;108(4):e1-e10

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

Van Aerschoot L, Kadi S, Rodrigues R, Hrast MF, Hlebec V, Aaltonen M. Community-dwelling older adults and their informal carers call for more attention to psychosocial needs : Interview study on unmet care needs in three European countries. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2022; 101, Article 104672. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104672>

Sosiaali- ja terveystalvelministeriö (2020) [Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023 : Tavoitteena ikäystävällinen Suomi](#). Sosiaali- ja terveystalvelministeriön julkaisuja 2020:29, Helsinki.

Szebehely M, Meagher G. Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*. 2018; 28(3), 294-308. <https://doi.org/10.1177/0958928717735062>

THL Terveystalvel ja hyvinvoinnin laitos. Tietosuojailmoitus: RAI-vertailukehittämisen verkosto. 2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-toiminnan-tietosuojailmoitukset/tietosuojailmoitus-rai-vertailukehittamisen-verkosto>

Zhang J, Xu L, Li J, Sun L, Ding G, Qin W, Wang Q, Zhu J, Yu Z, Xie S. Loneliness and Health Service Utilization among the Rural Elderly in Shandong, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15(7):1468. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071468>

Tämän julkaisun viite:

Aaltonen M, Häsä J, Heikkilä R, Kakko K, Edgren J (2023) Yksinäisyys ja toive muualla kuin kotona asumisesta lisäävät kotihoidon asiakkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä. Tutkimuksesta tiiviisti 59/2023. Terveystalvel ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki



Terveystalvel ja hyvinvoinnin laitos

ISBN (verkko) 978-952-408-218-1

ISSN (verkko) 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-218-1>