

Vanhuksen itsemääräämisoikeus
SAS-prosessissa
sosiaalityöntekijöiden kuvaamana

ANNELI BUSK
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Sosiaalityön pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2018

Tampereen yliopisto
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

BUSK, ANNELI: Vanhuksen itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa sosiaalityöntekijöiden kuvaamana

Pro gradu -tutkielma, 68 s., 2 liitesivua

Sosiaalityö

Ohjaaja: professori Irene Roivainen

Toukokuu 2018

Tiivistelmä

Tämän pro gradu -tutkielman aiheena on tarkastella vanhuksen itsemääräämisoikeutta silloin, kun ollaan päättämässä siitä, että kykeneekö vanhus jatkamaan asumista omassa kodissaan kotihoidon avuin, vai tarvitseeko hän ympärivuorokautista hoitoa. SAS-prosessia tarkastellaan sosiaalihuollon toimenpiteenä. SAS -lyhenne tulee sanoista Selvitä, Arvioi ja Sijoita. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät ympärivuorokautiseen pitkäaikaissairaanhoidon tai terveyskeskuksen vuodeosastolle lääkärin läheteellä siirtyvät potilaat.

Tutkielman keskeinen teoreettinen käsite on vanhuksen itsemääräämisoikeus, eli autonomia, joka tarkoittaa ihmisen lakisääteistä oikeutta päättää tai määrätä omista asioistaan. Asiakkaan itsemääräämisoikeudesta säädellään esimerkiksi sosiaalihuoltolaissa, vanhuspäivälaissa ja perustuslaissa. Gerontologista sosiaalityötä määrittävät lainsäädännön lisäksi sosiaalityön eettiset säännöt. Itsemääräämisen kunnioittamisen ja heitteillejätön välinen raja voi kuitenkin joissain tapauksissa olla vaikeasti hahmotettavissa. Vakavasti muistisairaana asiakkaan mielipide omasta kotona selviytymisestäään ei voi koskaan olla ainoa ratkaiseva asia päätettäessä asiakkaan tulevasta hoidosta ja asumisesta.

Tämän laadullisen tutkimuksen aineisto on koottu haastattelemalla seitsemää vanhustenhuollon sosiaalityöntekijää ja moniammatillista kolmijäsenistä SAS-ydinryhmää. Aineisto perustuu teemahaastatteluihin ja se on analysoitu sisällönanalyysillä. Sairaalassa olevan tai omaishoidettavan vanhuksen SAS-prosessi ei alun perin kuulunut tämän tutkielman tutkimussuunnitelmaan, mutta koska aineistossa näitä kahta verrattiin kotona olevan asiakkaan SAS-prosessiin, ne päättyivät mukaan tutkielmaan vertailuryhmänä. Sairaalan hoitohenkilökuntaa tai sosiaalityöntekijöitä ole haastateltu.

Tutkielman tulosten perusteella voidaan sanoa, että asiakkaan hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky mahdollistaa itsemääräämisoikeuden täydellisen kunnioittamisen. Asiakkaan fyysinen toimintakyky voi olla heikko, mutta hän saattaa tästä huolimatta selvitä kotonaan erinomaisesti kotihoidon avuin, mikäli hän pystyy ymmärtämään oman tilansa. Päinvastaisessa tilanteessa, jolloin fyysinen toimintakyky on hyvä, mutta psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky huono, pitää itsemääräämisoikeuden toteuttamista suhteuttaa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn puutteisiin. Asiakkaan itsensä tai muut ihmiset vaaraan saattavia tilanteita ei voida sallia. Toisaalta, sosiaalihuollon toimenpiteenä ei ole mahdollista määrätä asiakasta pakkohoitoon. Vaikeissa tilanteissa asiakasta ylipuhutaan, kunnes hän väsyy väittämään vastaan ja suostuu muuttoon.

Asiasanat: ikääntyminen, vanhuksen itsemääräämisoikeus, toimijuus, osallisuus

University of Tampere

School of Social Sciences and Humanities

BUSK, ANNELI: Self-determination of elderly people in the SAS process as described by social workers

Master's Thesis, 68 pages, 2 appendix pages

Social Work

Supervisor: professor Irene Roivainen

May 2018

Abstract

The subject of this Master's thesis is to look at the elder's self-determination from the point of view of the social worker for elderly services when deciding whether the old person can continue living in their own home with home care or whether they need 24-hour care. The SAS process is considered as a social welfare measure. SAS is the word to survive, evaluate, and place. Outside the study, patients are transferred to a 24-hour long-term care or to a health center's ward by doctors admission.

The central theoretical concept of the thesis is the self-determination of the elder, that is, the autonomy, which means the right of man to decide or to impose his own affairs. The right of self-determination is governed by the Social Welfare Act, the Elderly Service Act and the Constitution. Gerontological social work is defined by legislation as well as the ethical codes of social work. In some cases, however, the boundary between respect for self-determination and neglect can be difficult to perceive. An opinion of seriously memory-impaired client, about how he is coping in his home, can never be the only decisive factor when deciding on the future care and housing of the client.

The material of this qualitative study is compiled by interviewing seven gerontological social workers in elderly care and the three-member SAS core group. The interviews have been conducted as theme interviews. The analytical method used is content analysis. The SAS process of an elderly person, who is in hospital or taken care by a family member, did not originally belong to the research plan of this thesis, but because homecare client's SAS process was compared to them, they came to the study as a comparison. The material is based on theme interviews of gerontological social workers and SAS core group for the elderly. Hospital staff or social workers working in hospital have not been interviewed.

Based on the results of the thesis, it can be said that the good physical, psychological and social ability of the client guarantees a full respect for self-determination. Client's physical capacity may be weak, but he may still be able to act at home in the best possible way if he is able to understand his own limitations. In the opposite situation, where physical fitness is good, but psychological or social capacity is poor, the realization of self-determination is to be related to the deficiencies of psychological and social activity. It is unacceptable to set the customer at risk of themselves or other people. On the other hand, it is not possible to present mandatory care as a measure of social welfare. In difficult situations, the clients are spoken with until they agree with the move to the care.

Key words: aging, elderly self-determination, acting on one's own behalf, being able to operate or perform, involvement.

Sisällys

1 Johdanto	2
2 Vanhuksen hoitopolku ja itsemääräämisoikeus	4
2.1 Viitekehyksenä vanhussosiaalityö	6
2.2 SAS-prosessin kuvaus	7
3 Vanhukset, palvelujärjestelmä ja itsemääräämisoikeus	9
3.1 Hyvä ja arvokas vanhuus	10
3.2 Vanhusten palvelujärjestelmä	13
3.3 Kirjallisuuskatsaus vanhusten itsemääräämisoikeuteen	16
4 Tutkimusasetelma	31
5 SAS-prosessi sosiaalityöntekijöiden kuvaamana	34
5.1 Miten sosiaalityöntekijät määrittävät vanhuksen itsemääräämisoikeutta SAS-prosessissa ja miten sen toteutumista pyritään varmistamaan?	41
5.2 Mikä on vanhustenhuollon sosiaalityön rooli SAS-prosessissa?	46
5.3 Sosiaalityöntekijöiden eteen tulleet eettisesti ristiriitaiset asiakastilanteet	50
5.4 Tutkielman empirian yhteenveto	52
6 Yhteenveto ja johtopäätökset	56
6.1 Tutkimuksen yhteenveto	56
6.2 Tulosten reflektio	58
6.3 Prosessin reflektio	63
6.4 Tulosten merkitys jatkotutkimuksen ja ammattikäytäntöjen kannalta	65
Lähteet	69

Liitteet	73
Liite: Teemahaastattelun teemat	73
Taulukko- ja kuvioluettelo	
Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaus koskien vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista	17
Taulukko 2. Kotonaan asuvien kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa	35
Taulukko 3. Omaishoidettavan vanhuksen itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa	38
Taulukko 4. Sairaalassa potilaana olevien asiakkaiden itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa	40
Kuvio 1. Sosiaalityöntekijän päätösprosessi asiakkaan ottamisessa ympärivuorokautisen hoidon jonoon	8
Kuvio 2. Hoitokokous asiakkaan kotona	28
Kuvio 3. Gerontologisen sosiaalityön määrittelyä	53
Kuvio 4. Moniammatillisuus SAS-prosessissa	54

1 Johdanto

Eliniän pidentyessä vanhuus on ajallisesti pitenevä ajanjakso, johon väistämättä liittyy sairastavuuden lisääntyminen ja sen myötä hoivan tarve. Vanhusten hoivapalvelut sijoittuvat sosiaali- ja terveystalveluiden rajapintaan, mikä näkyy selvästi käytännön työssä. Tedren (2007, 95) mukaan vanhusten palveluita ei ole missään vaiheessa suunniteltu kokonaisuudeksi, vaan ne ovat rakentuneet vähitellen sosiaalitoimen ja terveystoimen tuottamista palveluista. Hoivapalveluita on alun perin alettu tuottaa julkisina palveluina, koska on haluttu jakaa yhteiskunnallista vastuuta, edistää oikeudenmukaisuutta sekä ihmisten riippumattomuutta ja itsemääräämisoikeutta. Vastuuta hoivan antamisesta siirrettiin lähiyhteisöltä julkiselle sektorille ja samalla hoivapalveluiden tarjontaa laajennettiin. Viime aikoina vastuu on alkanut hiljalleen siirtyä takaisin omaisille ja läheisille. Omaisten ja läheisten antama apu toteutuu tällä hetkellä suhteellisen hyvin, mutta vanhat ihmiset eivät kuitenkaan haluaisi olla läheisistään riippuvaisia. He haluaisivat mieluummin apua julkisista palveluista. (Van Aerschot, 2014.)

Uuden ajattelun pohjalta ja hoivapolitiikan idealismin mukana myös kuva asiakkaasta muuttuu. Perinteisesti sosiaaliseksi kansalaisuudeksi nimetyn asiakkaan roolin mukaan on asiakas saanut palvelunsa kansalaisuuden perusteella sekä tasa-arvon ja yhdenvertaisen kohtelun pohjalta. Perustuslaissa on määritelty kansalaisen perusoikeudet ja perustavaa laatua olevat sosiaaliset oikeudet, joihin kuuluvat palvelutarpeen arvio tarvittavasta hoivasta ja julkisenvallan velvollisuudesta järjestää arvion mukaisia palveluita. Tämän perinteisen järjestelmän mukainen käsitys asiakkaasta on passiivinen palvelun vastaanottaja. Uuden ajattelun pohjana asiakas on päinvastoin aktiivinen ihminen, joka itse vastaa omasta ja läheistensä hyvinvoinnista ja mahdollisesta hoivantarpeen tyydyttämisestä. Itsemääräämisoikeus, voimavara- lähtöisyys, osallisuus ja yksilöllisyys ovat trendin mukaisia uusia hoivaan liittyviä käsitteitä, jotka ovat syrjäyttämässä vanhan passiivisen mallin. Jatkossa julkinen valta on valjastettu mahdollistamaan iäkkäiden ihmisten osallisuutta ja vastuunottoa omasta ja läheistensä hyvinvoinnista. (Ylinen 2008, 22-41.)

Yksilön vanhenemiseen kuuluu biologista, sosiaalista ja psyykkistä vanhenemisprosessia. Kaikki kolme osa- aluetta vaikuttavat toisiinsa. Biologiseen vanhenemiseen kuuluu fyysisten voimavarojen hiipumista ja sairauksien ilmaantumista. Sosiaalista vanhenemisprosessia

voidaan tarkastella makrotasolla tutkimalla, miten yhteiskunnan järjestämät olosuhteet vaikuttavat ihmisten kokemuksiin ja toimintaan, ja päinvastoin. Mikrotasolla asiaa tarkastellaan yksilötasolla ja elämäntapaajattelun pohjalta: miten ihminen selviää arjen sosiaalisissa tilanteissa ja miten hän kykenee solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita muihin ihmisiin. (Seppänen 2006, 31-32.) Vanhuuden alkamisajankohdasta ei tunnu olevan yksimielistä käsitystä. Joidenkin mielestä vanhuus ei perustu elettyjen vuosien määrään, vaan tunnetilaan. Ihminen, joka tuntee itsensä vanhaksi, on vanha. Iäkkäistä ihmisistä, eli seniorikansalaisista tai harmaista panttereista, ja muista samankaltaisista kiertoilmaisista voi päätellä, ettei kukaan haluaisi leimautua tai leimata toista ihmistä vanhukseksi. Yhtä oikeaa vastausta kysymykseen, minkä ikäistä ihmistä voi kutsua vanhukseksi ei siis ole, mutta yleisemmin nimitystä käytetään yli 85- tai yli 90-vuotiaista ihmisistä. Aikaisemminkin sitä voidaan käyttää, mutta turvallisimmin vain ihmisen omalla suostumuksella. Toisaalta vanhuutta on lähes mahdotonta kuvata yleisellä tasolla, edes saman kohortin ja saman sukupuolen sisällä, koska vanhenemisen ilmenemismuodot ovat hyvin yksilöllisiä. Laaja kirjo fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä, kuten esimerkiksi perimä, elämän historia, elinympäristö ja elintavat, vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti ja tästä johtuen ihmiset vanhenevat hyvin eri tavoin. (Helin 2003,39.)

Pohdin tässä työssäni myös asiakkaan oman kodin merkitystä hänen elämänlaatuunsa sekä hänen identiteettinsä ja eheän minäkuvansa säilyttämisessä. Käytän käsitettä *asiakkaan koti* sellaisesta asunnosta, jossa asiakas on asunut jo ennen vanhuspalveluiden tarpeen ilmenemistä. Vanhuspalvelulaissa asiakkaan kotina pidetään myös tehostettua palveluasumisyksikköä. Tämä saattaa hämärtää ympärivuorokautisen hoidon käsitteen sisällön ymmärtämistä. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitan sellaista SHL §21 kuvattua hoitomuotoa, jossa asukas maksaa erikseen mm. vuokran, hoito- ja palvelumaksun, ateriapäivämaksun ja lääkkeensä. Laitoshoidolla tarkoitetaan joko vanhainkotihoitoa, sairaalan pitkäaikaissosastoa tai terveyskeskuksen vuodeosastoa.

2 Vanhuksen hoitopolku ja itsemääräämisoikeus

Uusi kaupallisen johtamisen toimintakulttuuri ja sen vaikutus suorittavan tason sosiaalityöntekijöiden harkintavaltaan on ollut kansainvälisen mielenkiinnon kohteena viime aikoina. Esimerkiksi vanhuspalveluiden asiakkaita koskevia palveluun oikeuttavia kriteereitä on pyritty täsmentämään ja tiukentamaan, jotta yksittäisen sosiaalityöntekijän harkintavalta ei vaarantaisi asiakkaiden tasa-arvoista ja yhdenmukaista kohtelua. Sosiaalityössä käytettävää harkintavaltaa rajoittavat myös sosiaalityön eettiset arvot, jopa silloin kun laissa nimenomaan delegoidaan harkintavalta sosiaalityöntekijälle. Viranomaisen harkintavalta (discretion) voi riippua taloudellisista ja hallinnollisista tekijöistä. (Kalliomaa-Puha, Kotkas & Rajavaara 2014, 8-19.) Evans näkee Lipskya mukaillen, että on katsottava *katutason byrokraattien*, eli tässä sosiaalityöntekijöiden, muodollisten roolien ja valtuuksien yli, jotta voidaan käsittää heidän epämuodollista, mutta asiakkaan kannalta merkittävää, vallankäyttöään. Sosiaalityöntekijöiden käyttämä valta muodostuu valinnanvapaudesta, joka heillä on asiakastyössä käytettävien työmenetelmien, toimintatapojen sekä tarjolla olevien palveluiden valinnassa. (Evans 2010, 54.)

Asiakkaan kokemus siitä, että hänellä on mahdollisuus olla vaikuttamassa itseään koskeviin päätöksiin, on keskeinen vanhustenhuollon toimintaa ohjaava ajatus. Dementoivien sairauksien yleistyessä päätöksiä tekevä sosiaalityöntekijä voi joutua vaikeaan tilanteeseen kuullessaan selkeästi dementoitunutta asiakasta, joka kertoo kuitenkin kantansa asiaan. Sosiaalityöntekijän on tuolloin punnittava, että kykeneekö vanhus todella ymmärtämään, mihin hän ottaa kantaa ja mihin kannanotto johtaa. Asiakasta hoitava lääkäri voi kirjoittaa lausunnon asiakkaan kyvystä ymmärtää omaa tilaansa ja kannanottonsa syy-seuraus yhteyksiä. Asiakkaan omaisten vahvat mielipiteenilmaisut saattavat joskus hämmentää sosiaalityöntekijän päätöksentekoa. Tärkeää on, että asiakkaan oma mielipide tulee kuultua, mutta oleellisinta, että hänen etunsa toteutuu. (Rostila 2001, 32–33.) Kyky omatoimiseen omien asioiden hoitamiseen yleensä takaa itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Eettiseltä kannalta vanhuksen itsemääräämisoikeutta pitää punnita vain, jos hän on vaaraksi joko itselleen tai muille, tai jos hän ei kykene ymmärtämään päätöksensä seurauksia (Topo 2014, 32-33).

Tämän tutkielman viitekehyksenä toimii ajantasainen lainsäädäntö yhdessä sosiaalityöntekijöiden eettisen säännösten kanssa. Hallintolain (434/2003) mukaan asiakasta tulee kuulla ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (812/2000) mukaan asiakkaalla on oikeus saada selvitys tarvitsemansa palvelun eri vaihtoehtoista. Selvityksessä on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan etu, toivomukset ja mielipide. Aina, kun tehdään sosiaalihuoltoon liittyviä asiakasta koskevia päätöksiä, pitää kaikin tavoin kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle tulee tarjota mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnittelun lisäksi myös niiden toteuttamiseen. (Hallintolaki 434/2003, §34.)

Tahdosta riippumattomista toimenpiteistä asiakkaan hoitoon tai huoltoon liittyen säädetään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, §8, §9.). Lain mukaan erityisestä syystä apua, tukea tai asumisen järjestämistä tarvitseville henkilöille järjestetään asumispalveluita. Lain mukaan *”kotiin annettavat palvelut ovat kuitenkin ensisijaisia suhteessa niihin palveluihin, jotka edellyttävät muuttoa ja sisältävät asumisen lisäksi palvelua.”* (Sosiaalihuoltolaki §21.) Mikäli asiakkaan tarvitseman sosiaalihuollon toteuttamiseksi, palvelutarpeen arvioimiseksi ja häneen liittyvien päätösten tekemiseksi tarvitaan sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten apua, *”on toimenpiteistä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista.”* Pyynnön kohteeksi joutuneiden viranomaisten on osallistuttava asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen. (Sosiaalihuoltolaki §41.)

Vanhuspalvelulain mukaan on jokaisesta vanhusasiakkaasta tehtävä palvelusuunnitelma, jossa määritellään hänen toimintakykynsä perusteella, mitä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja hän tarvitsee oman hyvinvointinsa, hyvän hoitonsa ja terveytensä turvaamiseksi. Palvelusuunnitelmaan kirjataan myös suunnitelma siitä, minkälaisiin toimiin ryhdytään vanhuksen toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen ylläpitämiseksi. Vanhuksen, ja tarvittaessa myös hänen omaisensa tai läheisensä ja hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa, on neuvoteltava eri vaihtoehtoista, jotta löydetään asiakkaalle sopiva hoito- ja huolenpitokokonaisuus. Omaishoidosta säädetään laissa omaishoidontuesta (2005/937). Vanhuksen omat näkemykset eri vaihtoehtoista on lain mukaan kirjattava palvelusuunnitelmaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista §16.) Palvelutarjontaa suunniteltaessa kunnan käytettävissä on

oltava riittävästi monipuolista asiantuntemusta ”ikäntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveystalvelujen laadukasta järjestämistä varten”. (Laki ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 1346/2016, §17).

Itsemääräämisen käsitteen tarkastelun rajaan tässä tutkielmassa SAS-prosessiin liittyvään asiakkaan itsemääräämiseen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamista tarkastellaan toisin sanoen tilanteessa, jossa arvioidaan asiakkaan mahdollisuuttaan jatkaa asumista omassa kodissaan. SAS -lyhenne tulee sanoista Selvitä, Arvioi ja Sijoita. SAS-prosessia tarkastelen sosiaalihuollon toimenpiteenä, jolloin sosiaalityöntekijä tekee päätökset asiakkaan ottamisesta ympärivuorokautisen hoidon jonoon ja sijoittamisesta kunnan järjestämiin asumistalveluihin. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät vuodehoitoiset potilaat, jotka siirtyvät ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon lääkärin läheteellä.

2.1 Viitekehyksenä vanhussosiaalityö

Tämän tutkielman yhtenä tavoitteena on kuvata Turussa työtään tekevien gerontologisten sosiaalityöntekijöiden asiantuntijatietoa vanhusten itsemääräämisen toteutumisesta siinä vaiheessa, kun heidän kotona selviytymisensä kotihoidon avuin alkaa herättää huolta ja vanhussosiaalityö astuu kuvaan. Sosiaalityöntekijät pohtivat yksilöllisissä teemahaastatteluissa, että onko sosiaalityön keinoin mahdollista turvata SAS-prosessissa asiakkaana olevan vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tutkielma ei pyri yleistettävän kuvan luomiseen SAS-prosessista tai siihen liittyvästä sosiaalityöstä, vaan kuvaa yhden kunnan sisällä tehtävän gerontologisen sosiaalityön käytäntöjä. Tutkielman toisena tavoitteena on herättää keskustelua vanhustalveluiden moniammatillisissa tiimeissä asiakkaan lakiin perustuvan itsemääräämisoikeuden toteuttamiseen liittyvistä velvoitteista, ja toisaalta niistä tilanteista, joissa on parempi puhua asiakkaan osallistumisesta oman asiansa käsittelyyn, kuin varsinaisesta itsemääräämisestä. Vanhusten tai heidän omaistensa näkemystä ei oteta tässä tutkielmassa suoran tarkastelun alle, vaan SAS-prosessia ja vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista tarkastellaan gerontologisen sosiaalityön asiantuntijanäkökulmasta käsin.

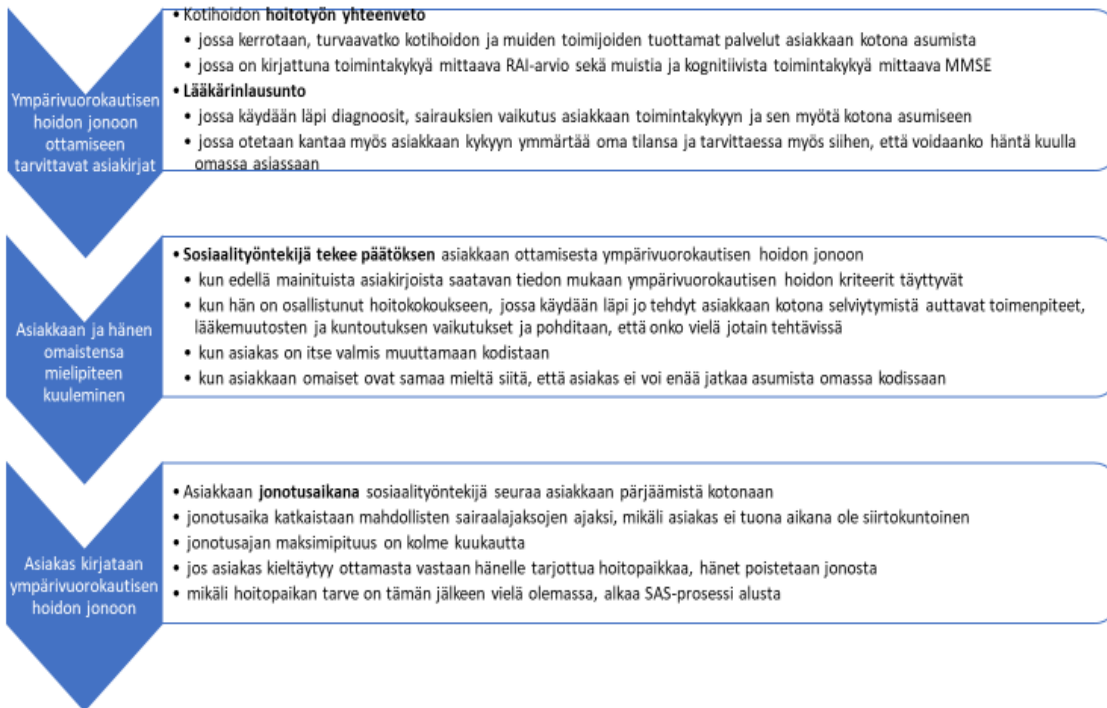
Gerontologinen sosiaalityön asiantuntijuus jakautuu kolmeen osaan: muodolliseen, menetelmälliseen ja eettiseen asiantuntijuuteen (Ylinen 2008, 69-80, 83). Kaikki kolme osaluetta ovat tärkeitä ja tukevat toisiaan. Käytössä olevat yleisesti hyväksytyt menettelytavat ohjaavat sosiaalityöntekijää työssään siten, ettei asiakkaan yhdenvertainen ja tasapuolinen kohtelu vaarannu. Eettinen asiantuntijuus on haastattelujen mukaan eniten epävarmuutta herättävä asiantuntijuuden laji. Asiakastilanteiden monimuotoisuuden edessä on usein punnittava asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja kognitiivisen toimintakyvyn tason merkitysten keskinäistä painoarvoa, esimerkiksi silloin, kun erittäin muistisairas vanhus kertoo haluavansa jatkaa kotonaan asumista. Itsemäärääminen ja asiakkaan etu voivatkin olla toisilleen vastakkaisia arvoja. Gerontologisella sosiaalityöllä, kotihoidon sosiaalityöllä ja vanhuspalveluiden sosiaalityöllä tarkoitan tässä tutkielmassa vanhusasiakkaisiin kohdistuvaa sosiaalityötä. Käytän näitä termejä rinnakkain, samaa tarkoittaen. Kielen sujuvuuden vuoksi käytän välillä myös pelkkää sosiaalityön käsitettä tai sosiaalityöntekijän nimikettä.

2.2 SAS-prosessin kuvaus

Omassa kotikaupungissani vanhuspalveluiden sosiaalityö tulee mukaan kotihoidon moniammatilliseen ryhmään siinä vaiheessa, kun vanhuksen kotona asumista aletaan arvioida ja suunnitella SAS-prosessin käynnistämistä. Karkeasti arvioituna noin 80 % ympärivuorokautisen hoidon jonoon tulevista asiakkaista asuu tässä vaiheessa kotonaan kotihoidon asiakkaana.

SAS-prosessi käynnistyy, mikäli asiakkaan luona järjestettävässä hoitokokouksessa todetaan, että kriteerit ympärivuorokautiseen hoitoon täytyvät, asiakas itse on halukas muuttamaan kodistaan tehostettuun palveluasumisyksikköön ja omaiset toivovat tätä myös. Suurin osa arvioitavista vanhuksista haluaisi jatkaa asumista omassa kodissaan. Ennen hoitokokousta kotihoito kirjaa potilastietojärjestelmään asiakkaan hoitotyön yhteenvedon, jossa kerrotaan mitä palveluita asiakas tällä hetkellä saa sekä asiakkaan toimintakykyä mittaavien mittareiden tulokset. Hoitotyön yhteenvedossa kuvataan myös kotona asumiseen liittyviä ongelmia. Hoitava lääkäri kirjaa oman lausuntonsa, jossa otetaan kantaa siihen, että voidaanko lääkemutoksilla tai kuntoutuksella parantaa asiakkaan toimintakykyä. Lausunnossa kerrotaan tarpeen mukaan myös siitä, että ymmärtääkö asiakas oman tilansa ja voidaanko häntä kuulla

omassa asiassa. Sosiaalityöntekijä tekee asiakkaan ympärivuorokautisen hoidon jonoon ottamisesta viranhaltijapäätöksen, jossa on valitusoikeus.



Kuvio 1. Sosiaalityöntekijän päätösprosessi asiakkaan ottamisessa ympärivuorokautisen hoidon jonoon.

3 Vanhukset, palvelujärjestelmä ja itsemääräämisoikeus

Tämän tutkielman keskeinen teoreettinen käsite on vanhuksen itsemääräämisoikeus, eli autonomia, joka tarkoittaa ihmisen oikeutta päättää tai määrätä omista asioistaan (YSA 2016). Itsemääräämisen käsitteen tarkastelun rajaan tässä tutkielmassa SAS-prosessiin liittyvään asiakkaan itsemääräämiseen, siten kuin sosiaalityöntekijät sitä kuvaavat. Itsemääräämisoikeuden kunnioittamista tarkastellaan toisin sanoen tilanteessa, jossa arvioidaan asiakkaan mahdollisuuttaan jatkaa asumista omassa kodissaan. Suurin osa vanhuksista halusi asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Oma koti on vanhuksille osa heidän identiteettiään ja useimmat vanhukset kokevat olonsa siellä turvalliseksi. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen perustuu siihen, että ihminen on osallinen oman asiansa käsittelyssä ja tulee kuulluksi (esim. Hallintolaki). SAS-prosessia tarkastelen sosiaalihuollon toimenpiteenä, jolloin sosiaalityöntekijä tekee päätökset asiakkaan ottamisesta ympärivuorokautisen hoidon jonoon ja sijoittamisesta kunnan järjestämiin asumispalveluihin. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät vuodehoitoiset potilaat, jotka siirtyvät ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon lääkärin läheteellä.

Osallisuus tarkoittaa tässä tutkielmassa sitä, että mikäli vanhus kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi ei enää pysty ymmärtämään omaa tilannettaan, eikä yksin päättämään tai määräämään omista asioistaan, niin häntä kuitenkin kuullaan ja hänen mielipiteensä otetaan mahdollisimman pitkälle huomioon, kun hänen asioistaan päätetään. Kananoja, Niiranen ja Jokiranta (2008) rinnastavat osallisuuden sellaiseen ”*osallistumiseen, missä osallisuus on osana osallistumisen prosessia*”. Osallisuus nähdään tapana toteuttaa ja edistää elämänhallintaa, sitoutumista ja vastuullisuutta. Kun ihminen tuntee olevansa osallinen, hän kokee kuulumisen, liittymisen ja yhteisöllisyyden tunteita. Osallisuus on tämän mukaan ”*keino luoda ja edistää elämänhallintaa, sitoutumista ja vastuullisuutta*”. (Emt.2008, 203.)

Vanhuspalveluiden sosiaalityön asiakkaat voidaan karkeasti jakaa kolmeen tai neljään ryhmään. Asiakkaat ovat joko kotihoidon asiakkaita, kotonaan omaishoidettavia tai sitten he ovat sairaalassa potilaina. Neljäs asiakasryhmä on yksityisessä tehostetun palveluasumisen yksikössä tai palvelutalossa itsemaksavina asuvat vanhukset, joiden varat alkavat loppua tai ovat jo loppuneet. Asiakas on tilanteessa, jossa ei pysty maksamaan hoitomaksuja ja vuokraa.

Muutto edullisempaa palvelua tuottavaan yksikköön on harvoin mahdollista, koska asiakkaiden sosiaaliset kontaktit rajoittuvat pidempiaikaisen hoitopaikan muihin asukkaisiin ja työntekijöihin. Mikäli edellä kuvatussa tilanteessa olevat asiakkaat täyttävät kaupungin asettamat ympärivuorokautisen hoidon kriteerit, he pääsevät jonottamaan kaupungin ostopalvelupaikkaa tai palveluseteliä muiden tehostetun palveluasumisen jonottajien kanssa. Viimeksi mainitussa tapauksessa he pääsevät halutessaan jatkamaan asumista samassa tehostetun palveluasumisen yksikössä. Kyseinen asiakasryhmä ei noussut teemahaastatteluissa keskusteluun, joten se jäi pois myös tutkittavista kohderyhmistä.

3.1 Hyvä ja arvokas vanhuus

Elämänvaiheteorioiden mukaan elämä jaetaan viiteen tai seitsemään vaiheeseen; lapsuuteen, nuoruuteen, aikuisuuteen, keski-ikään ja vanhuuteen, jota viime aikoina on alettu jakamaan vielä pienempiin osiin. Elinikä on keskimäärin pidentynyt. Joidenkin teorioiden mukaan keski-ikä jatkuu 65 ikävuoteen ja sen jälkeen puhutaan ”nuorista vanhoista” tai käsitteestä *grampies* (growing retired active monied people in an excellent state). Puhutaan myös kolmannesta ja neljännestä iästä. Hyvin iäkkäistä puhuttaessa tarkoitetaan yli 85-vuotiaita. (Vertio 1998, 9-13; Heikkinen 2003,14.)

Kulttuurimme korostaa yksilönäkökulman merkitystä yhteiskunnan ja yhteisöjen muutoksissa, ja monimuotoistumisessa. Ihmisille on tärkeää ymmärtää, keitä he ovat ja mistä he tulevat. Identiteetti on osa minuutta, joka rakentuu vuorovaikutussuhteessa ympäristön ja yksilön lähipiirin kanssa. Identiteetin rakentuminen eri ikävaiheissa ja elämäntilanteissa perustuu ihmisen kykyyn reflektoida itseään ja tarkastella omaa toimintaansa muiden silmin. Yksilön identiteetti on osittain pysyvä, mutta osittain ympäristön ja lähipiirin vuorovaikutuksessa mukautuva. Hyvällä itsetunnolla varustetulla ihmisellä on myönteinen minäkäsitys. Ihmiset eivät ole enää samalla tavalla riippuvaisia kulttuurisista tai materiaalisista rajoitteista kuin ennen. Nykyihmistä ei sido perinne, uskonto tai biologia samassa määrin kuin aikaisempia sukupolvia, eikä esimerkiksi kronologinen ikä enää rajoita ihmisen toimintaa kuten aikaisemmin. Yksilö sopeutuu muuttamaan omaa ja muiden elämää vuorovaikutuksessa muiden yksilöiden ja yhteiskunnan tuottamien jatkuvien muutosten kanssa. Psykologian kulttuurista roolia on pohdittu paljon. Moderniin minuuteen kuuluu itsensä tarkkailun lisäksi

muiden tarkkailua sekä arvostelun kohteena olemista. Vapaassa markkinataloudessa yksilö on vanhanakin aktiivinen toimija, joka omilla valinnoillaan vaikuttaa omaan kohtaloonsa. Tieteen tuottamat elämistä helpottavat keksinnöt ja toisaalta yleistynyt vauraus ovat muokanneet modernia minuuden käsitettä. Tiivistäen voidaan todeta, että minuuus perustuu yksilölliseen autonomiaan. (Saastamoinen 2006, 174-177.) Tutkimusten mukaan vanhat ihmiset eivät kuluta rahaa yhtä paljon kuin nuoremmat ikäryhmät ja tämän seikan on todettu liittyvän taloudellisiin riskeihin varautumiseen. Ilmeisin taloudellinen riski vanhusten kohdalla liittyy terveydentilan heikkenemiseen ja siitä aiheutuviin kuluihin. Omassa kodissa asuminen - niin kauan, kuin se suinkin on mahdollista, muttei kuitenkaan liian pitkään, - saa elämän tuntumaan arvokkaalta. Siinä vaiheessa, kun ympärivuorokautista hoitoa tai asioidenhoitoa tarvitaan, on olennaista saada mahdollisuus itse olla vaikuttamassa niihin liittyviin päätöksiin ja valintoihin. (Kehusmaa 2014, 33.)

Vanhusten osallistumismahdollisuuksien edistäminen monin eri tavoin lisää heidän sosiaalista toimeliaisuuttaan, vireyttä ja hyvinvointiaan (Murto ym. 2014). Vanhukset kiinnittyvät ympäristöönsä ja ympäristönsä sosiaaliseen todellisuuteen omalla toiminnallaan. Säännöllisesti toistuva arkipäivän rutiini vahvistaa vanhuksen itsetuntoa ja antaa turvallisuuden tunnetta. Vanhukset haluavat toimijoina olla mahdollisimman omatoimisia ja itsenäisiä. Heidän minuutensa ja omanarvontuntonsa pitää olla kunnossa, jotta he kykenevät ottamaan vastuuta omasta arkielämästään ja toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan vielä siinä vaiheessa, kun fyysinen ja psyykinen toimintakyky alkavat heiketä. (Salonen 2007, 43-46, 69, 103.) Koti on paikka, joka tuntuu omalta ja jossa voi olla oma itsensä. Asumisympäristöön kuuluvat asunnon lisäksi sosiaalinen ympäristö, johon kuuluvat perheenjäsenten lisäksi naapurit ja muut ihmiset, joita tavataan säännöllisesti lähes päivittäin. Vanhuksen koti kertoo eletystä elämästä ja se alkaa elettyjen elämänvaiheiden myötä kuvastamaan asukkaansa ainutlaatuisia persoonallisuutta. Vanhuksen koti edustaa turvallisuuden lisäksi myös muita tunteita, joita kuvastavat vuosien varrella asuntoon kerääntyneet tavarat ja esineet. (Salonen 2007, 43-46, 69, 103.)

Yksinasuvien vanhusten turvallisuuden tunne perustuu sosiaalisiin verkostoihin, eli ihmisiin, jotka ovat heistä kiinnostuneita, kuten kaupan tai apteekin henkilökuntaan ja naapureihin. Heille asunnon ulkopuolinen tuttavapiiri lisää turvallisuuden tunnetta. Lähipiirissä pitää olla sellainen ihminen, jonka puoleen voi tarpeen tullen kääntyä ja jonka apuun voi aina luottaa.

Asunnolla ja ympäristöllä on suuri merkitys siihen, miten vanhus omassa kodissaan viihtyy. Mitä pidempään asunnossa on asunut, sitä kodikkaammalta se tuntuu. Vanhukset vertaavat kotona asumista elämänhallinnan tunteeseen. Kotonaan asuva vanhus kokee voivansa itsenäisesti päättää asioistaan ja toimia oman halunsa mukaan. Tavaroiden järjestyksessä pitäminen helpottaa arjen toimintaa. Päivän kulkuun liittyvistä rutiineista halutaan pitää kiinni, koska yllätykselliset tapahtumat voivat uhata koettua turvallisuuden tunnetta. Helppo kulku asuntoon ja asunnosta ulos sekä ympäröivän alueen rauhallisuus vaikuttavat vanhusten vapauden ja turvallisuuden tunteeseen. (Pettersson, Lilja & Borell 2012, 791-811.)

Jotta vanhus voi tuntea olonsa turvalliseksi kotonaan, pitää kolmen edellytyksen täytyä: hänen pitää tuntea itsensä terveeksi, hänellä pitää olla vähintään yksi luotettava ihminen elämässään ja hänen pitää viihtyä ja tuntea olonsa kotoisaksi omassa kodissaan. Turvattomuuden tunne on suurin syy siihen, että vanhusasiakkaat ja heidän omaisensa toivovat asiakkaan muuttoa tehostettuun palveluasumisyksikköön, vaikka hänen fyysisesti vielä olisinkin mahdollista selviytyä kotonaan kotihoidon avuin. Itsensä terveeksi tunteminen ei tarkoita sairauksien tai toimintarajoitusten puuttumista, vaan sitä, että kaikesta huolimatta pystyy toimimaan arjessa haluamallaan tavalla. Tämä ei välttämättä tarkoita itsenäistä toimintaa. Itsensä toimintakykyiseksi tunteminen lisää turvallisuuden tunnetta vanhuksen elämässä. Toinen turvallisuutta tuova tekijä vanhuksen elämässä oleva ihminen, johon hän voi luottaa. Yleensä kyseessä on puoliso tai lapsi, mutta myös ystävä, naapuri tai terveyskeskuksen työntekijä saattaa täyttää tämän tarpeen. Puolison kanssa yhdessä asuminen luo turvallisuuden tunnetta, joka perustuu pitkässä ihmissuhteessa kokemukseen tuen ja avun antamisen vaihtosuhteeseen. (Pettersson, Lilja & Borell 2012, 791-811.)

Hyvään elämään kuuluu se, että hauraana vanhuksena saa tarvittaessa apua ja hoivaa. Hoiva mahdollistaa ihmisarvoisen elämän. Hoivan tarpeista huolehtiminen on hyvinvoinnin edellytys, mikäli lähtökohdaksi otetaan hoivaetiikan mukainen käsitys ihmisenä olemisesta ja hoivasta osana ihmisen perustarpeita. Jokainen ihminen tarvitsee hoivaa ollessaan hauraassa ja haavoittuvaisessa elämänvaiheessa. Yhteiskunnallisena tavoitteena kansalaisten hyvinvoinnista huolehtimisessa hoiva tulee nähdä osana sosiaalipolitiikkaa. Hoivasta täytyy tavalla tai toisella kantaa vastuuta koko yhteiskunnan tasolla varsinkin silloin, kun halutaan tasata kansalaisten

välistä mahdollista eriarvoisuutta ja edistää kaikkien yhteiskunnan jäsenten hyvinvointia. Hyvinvointivaltion rakenteilla on suuri merkitys siihen, miten hoivasta otetaan vastuuta yhteiskunnassa. Hoivapalvelujen saamiseen ei ole subjektiivisia oikeuksia, vaan sekä hoivapalveluissa että etuuksien myöntämisessä sovelletaan tarveharkintaa. Subjektiiviseksi oikeudeksi voidaan kuitenkin lukea perustuslain takaama oikeus ihmisarvoiseen elämään. (Van Aerschot 2014, 21–24, 31.)

3.2 Vanhusten palvelujärjestelmä

Sosiaali- ja terveysministeriön Laatusuosituksen (2013) mukaan pyritään vanhusten kotona asuminen turvaamaan mahdollisimman pitkään. Tehokkuutta palvelujen järjestämiseen on haettu markkinaehtoisen hoiva- ja hoitopalvelujen kilpailutuksen avulla, palvelujen ulkoistamisilla, tekemällä ostopalvelusopimuksia yksityisten palveluntuottajien kanssa sekä tarjoamalla asiakkaille palveluseteliä. Eniten vanhusten arkielämän sujuvuuteen vaikuttaa sairauksien ilmaantuminen. Tilanteeseen sopeutumisen lisäksi myös yleinen vaaratilanteiden välttäminen vähentää mahdollista riskiä joutua odottamattomasti turvattomaan tilanteeseen. Vanhus voi esimerkiksi käydä kotiaan lähellä olevassa kaupassa, muttei lähde tervehtimään ystäväänsä, joka asuu kaukana tutusta ja turvallisesta lähiympäristöstä. Vanhojen ihmisten oletetaan olevan itsenäisiä toimijoita, jotka kykenevät tekemään valintoja ja toimimaan hyvinvointiaan edistävällä tavalla. Varsin huonokuntoisiakin vanhuksia hoidetaan nykyään heidän omassa kodissaan, vaikkei kotihoidon henkilökuntaa ole lisätty siinä suhteessa kuin kotonaan hoidettavien määrä ja avuntarve on kasvanut. (STM 2013.) Van Aerschotin mukaan vain kaikkein huonokuntoisemmille vanhuksille tarjotaan hoitopaikkaa ja eräissä kunnissa vanhuksia on kehoitettu itse hankkimaan yksityisiltä markkinoilta tarvitsemansa palvelut. Ne vanhukset, joilla on lapsia auttamassa heitä tai hankkimassa heille apua, ovat hyvässä asemassa. Artikkelin mukaan vanhusten eriarvoisuus tulee lisääntymään jatkossa entisestään. (Van Aerschot 2015, 36-58.)

1970-luvulta lähtien vanhusten hoivapalveluita laajennettiin ja vastuu hoivan antamisesta siirtyi lähiyhteisöltä julkiselle sektorille ja 1990-luvun alusta alkaen se on alkanut hiljalleen siirtyä takaisin omaisille ja läheisille. Taloudellisten ongelmien myötä sosiaalinen eriarvoisuus on yhteiskunnassamme lisääntynyt ja tuloerot ovat kasvaneet. Vanhojen ihmisten

pienituloisuus on yleistä. Tämän vuoksi onkin haluttu selvittää, että vaikuttavatko henkilökohtaiset resurssit hoivan järjestämiseen ja jos vaikuttavat, niin miten paljon. Toisin sanoen on haluttu tutkia, että ovatko vanhukset tasa-arvoisessa asemassa hoivan tarvetta arvioitaessa, vai vaikuttavatko taustatekijät asiaan. Oma ja läheisten antama apu toteutuu tällä hetkellä suhteellisen hyvin. Vanhat ihmiset eivät kuitenkaan haluaisi olla taakaksi läheisilleen tai läheisistään riippuvaisia, vaan haluaisivat mieluummin apua julkisista palveluista. Apua ja hoivaa saadaan usein eri lähteistä. Huonokuntoiset, paljon apua tarvitsevat vanhukset joutuvat ottamaan apua sieltä, mistä sitä on saatavissa. Kunnallisten palvelujen saaminen, yksityisten palvelujen käyttö ja omaisten antama apu ovat yhteydessä formaalin ja informaalin avun saamiseen. Tutkimusten mukaan eriarvoisuus, joka liittyy hoivaan, apuun ja muihin palveluihin on yhteydessä sekä taloudellisiin että sosiaalisiin resursseihin siten, että yksityisiä palveluja ostavat ainoastaan varakkaimmat vanhukset. Omaisten ja läheisten käytössä olevat tiedolliset, taidolliset ja taloudelliset resurssit ovat tärkeässä roolissa, kun palveluita hankitaan vanhuksille. Omaisten ja läheisten merkittävä rooli koskee sekä julkisten että yksityisten palveluiden hankkimista. (Van Aerschot 2014, 36-42.)

Suomessa julkinen hoivapolitiikan tuottaminen on perustunut universaaliin malliin, eli hyvinvointia on pyritty jakamaan kaikille, ei vain heikossa asemassa oleville ja apua tarvitseville. (Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012, 27.) Van Aerschotin (2014) väitöskirjassa tutkitaan sitä, että ovatko vanhukset hoivaa tarvitessaan eriarvoisessa asemassa taloudellisten ja sosiaalisten resurssiensa perusteella. Suomessa yhteiskunta on osallistunut viime vuosikymmenten aikana vanhustenhuoltoon merkittävästi sekä tukemalla että järjestämällä hoivaa sitä tarvitseville vanhuksille. Hoivaa on alettu alun perin tuottaa julkisten palveluiden avulla, koska on haluttu edistää itsemääräämisoikeutta, oikeudenmukaisuutta, vastuun jakamista sekä vanhusten riippumattomuutta läheisistään. Onnistunut sosiaalipolitiikka on taannut oikeudenmukaista hoivaa ja huolenpitoa sitä tarvitsevalle vanhukselle tämän maksukyvyystä riippumatta. Julkiset hoivapalvelut voidaankin nähdä myös hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevan vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa edistävinä palveluina. Vanhusten ei ole tarvinnut olla riippuvaisia perheen tai ystävien antamasta avusta. (Van Aerschot 2014, 29-32.) Van Aerschot (2015) on vanhusten hoivaa ja eriarvoisuutta koskevassa artikkelissaan kritisoinut muun muassa palvelusetelien tuomaa näennäistä valinnanvapautta yksityisten palveluiden tuottajien suhteen. On hyvin epätodennäköistä, että kaikki vanhat

ihmiset kykenisivät vertailemaan eri palveluntuottajien tarjontaa ja sen perusteella hankkimaan tarvitsemansa palvelut. (Van Aerschot 2015.)

Minna Zechner (2010) on väitöskirjassaan tarkastellut informaalin hoivan suhdetta sosiaalipoliittisiin järjestelmiin. Informaalin hoivan Zechner määrittelee omaisten tai läheisten toisilleen antamaksi avuksi ja hoivaksi, jota erilaiset sosiaalipoliittiset järjestelmät muokkaavat, määrittelevät ja säätelevät. Sosiaalipoliittisiksi järjestelmiksi määrittyvät ennen muuta julkisten toimijoiden organisoima toiminta, jonka tarkoituksena on tuottaa sosiaalista turvallisuutta ja hyvinvointia kansalaisille. Sosiaalipoliittisten järjestelmien ja informaalin hoivan antajien ja hoivattavien välisiä vuorovaikutustilanteita Zechner kutsuu neuvotteluiksi. Suomessa, kuten muissakin maissa, erilaiset sosiaalipoliittiset järjestelmät ovat varautuneet aikuisten hoivantarvitsijoiden tuottamaan sosiaaliseen riskiin, esimerkiksi tuottamalla eläkejärjestelmiä sekä sosiaali- ja terveystalvveluita. (Zechner 2010, 16.)

Vanhuspalvelulain mukainen kotihoidon ensisijaisuus vanhuspalvelujen järjestämisessä tulee odotusten mukaan muuttamaan kuntien vanhustenhuoltoa merkittävästi. Palvelujärjestelmässä haasteellisinta on järjestää riittävät koti- ja tukipalvelut ikääntyville heidän omiin koteihinsa, jotta heidän siirtymisensä pitkäaikaiseen laitoshoitoon pitkittyisi mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen ja että laitoshoidon vaihe jäisi mahdollisimman lyhyeksi. Vaikka vanhuspalveluiden sosiaalityö on lähtökohdiltaan yksilöllistä työtä, sitä kuitenkin tehdään palvelujärjestelmän kontekstista käsin. Palvelujärjestelmän oletetaan osaltaan turvaavan hyvää ja arvokasta vanhuutta. Toimintarajoitteisille vanhuksille on palvelujärjestelmän tarjottava apua ja hyvää hoivaa. THL:n vanhuspalvelulain seurantalvutkimuksessa (2014) todetaan, että palvelujärjestelmän on pyrittävä tunnistamaan ja vähentämään sellaisia tekijöitä, jotka vaarantavat vanhusväestön hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä, jotta vanukset voivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tutkimuksessa korostui myös palvelujärjestelmän tarjoaman tehokkaan ja nopean hoidon merkitys vanhusten sairauksien pysyvien haittojen vähentämisessä. (Murto ym. 2014.)

3.3 Kirjallisuuskatsaus vanhusten itsemääräämisoikeuteen

Laadullisen review -tutkimuksen ideana on luoda yleiskatsaus tiettyyn aihepiiriin ja tiivistää suuresta tietomassasta esiin aiempien tutkimusten ydinkohdat. Yhteiskuntatieteissä review -tutkimusta pidetään omana itsenäisenä tutkimusmetodinä, ei siis pelkästään osana muuta tutkimusta. Synteettisen tutkimusotteen tarpeellisuutta voidaan perustella sillä, että ilman tätä lähestymistapaa on vaarana, että yhteiskuntatiede alkaa kehittyä tilkkutäkkimäisesti erillisistä paloista ilman, että paloja kootaan missään vaiheessa kokonaisuudeksi. Tällöin on mahdollista, että tieteen parissa työskentelevien tutkijoiden ja varsinkin opiskelijoiden kokonaiskuva tieteenalasta hämärtyy. Systemaattinen review -tutkimus pitää sisällään aiemmin julkaistujen tutkimusten, tutkimusten teorioiden ja taustatiedon järjestelemistä, yhdistelemistä ja arviointia. Synteettinen tutkimus toimii sekä uutena alalle tulevien tutkijoiden ja opiskelijoiden perehdyttämistapana, että toisaalta tuomalla esiin tieteenalan kriittisiä puheenvuoroja ja siten uudistamalla diskurssia. Laadullisen review -tutkimuksen kritiikki ei yleensä kohdistu yksittäisiin tutkimuksiin, vaan niiden teoriaosuuteen, lähestymistapaan tai näkökulmaan. (Kallio 2006, 18-21.)

Synteettiseen review -tutkimukseen ei kuulu ns. ensikäden empiiristä aineistoa, josta kyseisen tutkimuksen tieto ammennetaan, vaan siinä sovelletaan muiden tutkijoiden tuottamaa tietoa. Toisaalta, joissain tapauksissa voi olla vaikeaa vetää rajaa empiirisen tiedon ja ei-empiirisen tiedon välille. Näin on esimerkiksi tapauksissa, joissa tutkimuksen argumentaatio on rakennettu aikaisemmin julkaistujen tutkimusten, havaintojen ja ideoiden sekä tutkijan oman pohdinnan varaan. Laadullisen review -tutkimuksen keinoin etsitään vastauksia esimerkiksi aihepiirin syntymiseen ja sen määrittelyihin sekä keskeisiin teorioihin sekä käsitteisiin ja ideoihin. (Kallio 2006, 20.-22.)

Review -tutkimukset voidaan karkeasti jakaa kartoittavaan, selittävään ja kuvailevaan tutkimukseen, mutta se saattaa myös koostua näistä kaikista osa-alueista. Kirjallisuusluettelo ilman kuvailevaa otetta ei ole review -tutkimusta, vaan tutkijan on kyettävä löytämään esittelemästään aineistosta punainen lanka ja kertomaan siitä jotain yhteen kokoavaa tai mahdollisesti mielenkiintoista ristiriitaa. Yhteiskuntatieteessä tutkimuksella ei ole tulevaisuudessakaan mahdollisuuksia ratkaista mitään yhteiskunnallista ongelmaa, koska tutkimuskohteet muuttuvat ajassa ja paikassa. Review -tutkimus tulee vastaisuudessakin olemaan suuressa roolissa lähdeaineiston systemaattisena keruutapana ja yhteiskunnallisena lähestymistapana. (Kallio 2006, 22-27.)

Tiedonhakuun käytin Tampereen yliopiston kirjaston sivujen kautta seuraavia hakukoneita: Andor, Google Scholar ja ProQuest. Käytin joka hakukoneessa systemaattisesti samoja hakuja: ”Social worker”, elderly OR ”old people” AND self-determination OR autonomy. Rajasin haut ajallisesti vuosina 2000 -2018 julkaistuihin tutkimuksiin tai tieteellisiin artikkeleihin. Hakutuloksia sain seuraavasti: Andor 57 491 tulosta, Google Scholar 18 100 tulosta sekä ProQuest Applied Social Services Index and Abstracts (ASSIA) 4 575 tulosta. Hakutulosten suuren määrän vuoksi päätin rajata luettavaa materiaalia hakemalla ensin tutkimusten tiivistelmät. Tällä rajauksella Andor antoi tulokseksi 79, Google Scholar 213 ja ProQuest Social Services Abstracts 234 kappaletta tiivistelmiä.

Asiakkaan itsemääräämisoikeus on jo aieminkin ollut keskeinen vanhussosiaalityön päämäärä, mutta nykyään sen toteuttamisesta säädetään laeissa. Vanhojen ja usein muistisairaiden ihmisten itsemääräämisoikeuden toteutumisen tutkiminen on vaikeaa. Vanhuksen itsemääräämisen kunnioittamisen taustalla vaikuttavat yhteiskunnalliset rakenteet ja niiden suunnitellut muutokset. Laeilla säädetty itsemääräämisen ja valinnan vapauden kunnioitusta turvaavat säädökset ja ammatilliset menettelytavat saattavat olla ristiriidassa käytännön kanssa silloin, kun asiakas ei omien resurssiensa puitteissa kykene valitsemaan itselleen sopivia palveluita. Sovelsin tutkimuksessa niin sanottua kartoittavaa kirjallisuuskatsausta. Pyrin valikoimaan kirjallisuuskatsaukseen mahdollisimman monipuolisen ja kattavan otoksen julkaistuista artikkeleista ja tutkimuksista. Mukana on sekä uudempaa tutkimusta, että vanhussosiaalityön klassikoita.

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsaus koskien vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Donnelly, Sarah, Begley, Emer, O’Brien, Marita 2018. How are people with dementia involved in care-planning and decision-making. An Irish social work perspective. Dementia. Sage journals.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Irlannissa toteutettu tutkimus, jossa pyrittiin selvittämään, miten paljon itsemääräämisoikeutta dementiaa sairastavilla vanhuksilla todellisuudessa on. Sosiaalipoliittisten kannanottojen ja lakiuudistusten mukaan dementiaa sairastavien itsemääräämisoikeudet ovat keskiössä, kun heidän asioistaan tehdään päätöksiä. Nyt haluttiin tutkia ovatko nämä ylätasen päätökset saatu toteutettua käytännön tasolla ja haastetaanko perinteisiä holhoavia työtapoja.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Tutkimus toteutettiin käyttäen kahta tiedonkeruumenetelmää. Vanhusten hoitosuunnitelmien kanssa työtään tekeville sosiaalityöntekijöille tehtiin kesällä 2015 verkossa seurantatutkimus

	<p>(N=38), jossa kysyttiin työnalla olevista avoimista asiakastapauksista. Haastatellut kertoivat 788 vanhusasiakkaasta, joista 39% oli saanut virallisen dementia-diagnoosin. Tämän lisäksi tehtiin puolistrukturoitu puhelinhaastattelu yhdeksän eri kunnallisen terveysterveysorganisaation alueella työskentelevälle vanhussosiaalityöntekijälle (N=21).</p>
KESKEISIÄ TULOKSIA	<p>Tulosten mukaan dementiaa sairastavat asiakkaat olivat sosiaalityöhön liittyvien palveluiden suurkuluttajia ja vastasivat 44,5 % vanhussosiaalityön asiakastyöstä. Sosiaalityöntekijöiden mukaan dementiaa sairastavien vanhusten osallistamiseen ei ollut mitään standardisoitua menetelmävalikoimaa, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset olisivat käyttäneet hoitopaikka- ja hoitosuunnitelmien teossa tai päätöksenteossa. Sen sijaan dementoivista sairauksista kärsiviä jätettiin kaiken päätöksenteon ulkopuolella seuraavien syiden tai olettamusten perusteella:</p> <p>Asianosaisilla ei ole tarvittavaa älyllistä kapasiteettia päättää asioista, perheenjäsenten mielipidettä otetaan huomioon ja arvostetaan dementiaa sairastavan asianosaisen mielipiteen sijaan, viestintävaikeudet, ajanpuute, asianosaiselle ei yksinkertaisesti anneta mahdollisuutta osallistua tai asianosainen delegoi päätöksenteon muille.</p> <p>Tutkimustulokset paljastivat, että lakisääteinen avustettu päättäminen ei toteudu suunnitellusti. Tutkimustuloksista ilmeni myös, että perhedynamiikka ja perheen sisäiset suhteet vaikuttavat siihen, minkälaisen roolin dementoitunut vanhus saa ja ottaa itseensä liittyvässä päätöksenteossa. Jotta dementoituneiden vanhusten osallisuus tulee varmistettua silloin kun heidän hoidostaan päätetään, tulee erilaisia työmenetelmiä kehittää ja ottaa käyttöön. Sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevät ammattilaiset tarvitsevat tulosten mukaan lisää koulutusta ja ohjausta työmenetelmien käyttöönotossa ja käytössä.</p>
<p>Heimonen, Sirkkaliisa & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna 2018. Muistisairaana ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset – miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? Gerontologia 32(1), 2018</p>	
TAUSTAA JA TARKOITUS	<p>Suomessa on tällä hetkellä noin 193 000 muistisairaasta ihmistä, joista noin puolen sairaus on edennyt keskivaikeaan tai vaikeaan vaiheeseen. Yhteiskunnan tehtävänä on turvata heille itsemääräämisoikeus ja yhdenvertainen kansalaisuus. Muistisairaiden mielen hyvinvointia tarkastellaan tässä artikkelissa psykologisesta, eettisestä ja oikeudellisesta näkökulmasta. Näiden näkökulmien yhdistämisestä saadulla tiedolla voidaan turvata muistisairaana hyvinvointia. Artikkelin tavoitteena on esittää uusia näkökulmia ja uutta tietoa siitä, miten haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten oikeus hyvään kohteluun voidaan turvata uudistamalla toimintatapoja ja toimintakulttuuria.</p>
AINEISTO JA MENETELMÄ	<p>Psykologisen, eettisen ja oikeudellisen näkökulmien synteesi aiemmin tutkitun tiedon pohjalta.</p>

KESKEISIÄ TULOKSIA	Muistisairaana asiakkaan oikea-aikainen laadukas ohjaus ja neuvonta, jonka aikana asiakas kohdataan kannustavasti, hänen ihmisarvoaan vahvistavalla tavalla ja ymmärtäen hänen haavoittuvuutensa, yhdistää eettisen psykologisen ja oikeudellisen ulottuvuuden saumattomasti yhteen. Ohjausta ja neuvontaa annetaan sekä asiakkaalle, että hänen läheisilleen.
Zechner, Minna 2010. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Tutkija on tarkastellut informaalin hoivan suhdetta sosiaalipoliittisiin järjestelmiin. Omaisten tai läheisten antama hoiva määritellään informaaliksi hoivaksi. Hakiessaan etuuksia ja palveluita hoivattavalle kohtaavat informaalin hoivan toimijat sosiaalipoliittisissa järjestelmissä virkamiehiä ja muita ammattilaisia, joiden toimintaa ohjaa lainsäädäntö. Tutkimuksessa tarkastellaan informaalin hoivan toimijoita, toiminnan kohteita sekä kyseisissä järjestelmissä työskentelevien ammattilaisten välillä tapahtuvaa keskinäistä vuorovaikutusta, jota tutkija kutsuu neuvotteluksi.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Hoivaajien ja hoivan tarvitsijoiden haastattelut.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Palvelun saamiseen tarvitaan yhä useammin kansalaisen oma aktiivinen ja neuvottelua edellyttävä panos.
Pettersson, Lilja & Borell 2012. To feel safe in everyday life at home - a study of older adults after home modifications. Ageing and Society; Cambridge vol. 32, lss. 5. Jul 2012, 791-811.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Tutkimuksen tarkoituksena on ollut tutkia, miten kotonaan asuvien vanhusten asunnon muutostyöt vaikuttavat heidän turvallisuuden tunteeseensa.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Aineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksaa vanhusta, jotka olivat saaneet asuntoonsa muutostöitä. Tutkimus toteutettiin kokeilevana laadullisena vertailevana tutkimuksena, jossa on aineksia grounded theory -metodin käytöstä. Aineiston tulkinta suoritettiin hermeneuttista tulkitsevaa lähestymistapaa käyttäen.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Vanhukset vertasivat kotona asumista elämönhallinnan tunteeseen. Kotonaan asuva vanhus kokee voivansa itsenäisesti päättää asioistaan ja toimia oman halunsa mukaan. Vanhuksen tunne siitä, että kotona asuminen on turvallista edellyttää, että hän tuntee itsensä terveeksi, hänellä on vähintään yksi luotettava ihminen elämässään ja että hän viihtyy omassa kodissaan.
Aaltonen, Tarja, Henriksson, Lea, Tiilikka, Tiina, Valokivi, Heli, Zechner, Minna 2014. Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Metteri, Anna, Valokivi, Heli & Ylinen, Satu 2014. Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus. 244-267.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Artikkelissa keskitytään tarkastelemaan, miten laeissa ja politiikan asiakirjoista ilmentyvä hyvän elämän käsite on reflektoitavissa vanhusten haastattelupuheessa määrittävään hyvään elämään.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Lainsäädäntö, vanhusten haastattelut ja politiikka-asiakirjat. Eri lähteistä kerätystä aineistosta tehtyjä havaintoja suhteutettiin

	toisiinsa eetoksen näkökulmasta. Vanhuspalvelulain ”eudaimon-lupausta” pohdittiin siitä näkökulmasta, että miten se on toimeenpantavissa sosiaalityössä.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Kahtena viimeisenä elinvuotenaan enemmistö vanhuksista joutuu siirtymään oman kotinsa ja erilaisten sosiaali- ja terveystalveluita tarjoavien osastojen ja yksiköiden välillä useita kertoja. Vain noin 13 % heistä saa viettää viimeiset vuotensa joko kotonaan tai laitoksessa ilman siirtymisiä. Vanhusten omien kokemusten, säädöstekstien ja politiikan toimeenpanon välillä löytyy sekä yhteneväisiä tavoitteita, että ristiriitoja.
Valokivi, Heli 2014. Harkinnan käyttäjänä vai kohteena? Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma harkintaan. Teoksessa Kalliomaa-Puha, Kotkas & Rajavaara (toim.) 2014. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 292-304.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Sosiaaliturvan etuus- ja palvelujärjestelmän toivotaan toimivan mahdollisimman läpinäkyvästi ja ennakoitavasti ja tarjoavan kattavaa sosiaaliturvaa yhdenvertaisesti kaikille. Toisaalta järjestelmältä odotetaan yksilöllistä asiankäsittelyä. Sosiaaliturvan toimeenpano edellyttää viranomaisten harkintavaltaa. Viranomaisen harkintaan sisältyy riskejä, joita voidaan hallita nostamalla etuus- ja palvelujärjestelmään kätkeytyneitä harkinnan tilanteita avoimeen tarkasteluun. Kirjan tavoite on tarkastella harkintavallan sääntelyä ja käyttöä erilaisissa sosiaaliturvan päätöksenteon tilanteissa. Julkaisun avulla pyritään saamaan aikaan sekä yhteiskuntapoliittista keskustelua että aiheita jatkotutkimuksiin.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Vanhoja ihmisiä on haastateltu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja hoivasta, hoivan tarpeista sekä avun vastaanottamisesta ja antamisesta. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysin menetelmällä ja siitä on määritelty vanhan ihmisen näkökulmasta kolme eri kategoriaa harkintaan: harkinnan kohteena oleminen (passiivinen), työntekijän ja asiakkaan yhteistyössä rakentuva harkinta (aktiivinen) sekä asiakkaan, eli vanhan ihmisen, itsenäinen harkinta (aktiivinen).
KESKEISIÄ TULOKSIA	Aineiston analyysin perusteella vanhan ihmisen ja työntekijän rinnakkainen ja vuorovaikutteinen harkinta on harvinaista, mutta mahdollista. Tällöin vanha ihminen osallistuu omien voimavarojensa mukaisesti asioidensa selvittelyyn, neuvotteluun ja päätöksentekoon. Yhdessä toteutettu harkinta ja asiakkaan kokema osallisuuden tunne omien asioiden järjestämisessä tuottavat asiakkaan tarpeiden mukaisia palveluja. Analyysin tulosten mukaan palveluissa on kuitenkin palvelun tuottajan tarjonta siinä mielessä määrävää, että asiakkaan ainoa keino vaikuttaa, on äänestää jaloillaan, eli jättää kyseinen palvelu käyttämättä. Vanha ihminen, joka ottaa vastuuta ja käyttää omaa harkintaansa, toteuttaa vanhuspalvelujen nykyistä strategista linjausta. Toimintakykyiset vanhukset voivat neuvottelemalla ja esittämällä vaatimuksia saada tarvitsemansa ja haluamansa palvelut. He voivat

	toisaalta jäädä ilman ohjausta ja neuvontaa varsin yksin käyttämään harkintaansa.
Van Aerschot Lina 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus – Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: University Press.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Julkisin palveluin on tuotettu hoivaa, koska on haluttu edistää oikeudenmukaisuutta, vastuun jakamista sekä ihmisten riippumattomuutta ja itsemääräämisoikeutta. Hoivan tarpeisiin vastaamista pidetään yhtenä hyvinvoinnin edellytyksenä. Väitöskirjassa tutkitaan sitä, että ovatko suomalaiset vanhuksat hoivaa tarvitessaan eriarvoisessa asemassa taloudellisten ja sosiaalisten resurssiensa perusteella.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Monografia, jossa ensimmäinen aineisto on kyselyaineisto, joka lähetettiin vuonna 2010 satunnaisotantana tuhannelle sekä Jyväskylässä että Tampereella kotonaan asuvalle yli 75-vuotiaalle. Kysymykset koskivat mm. avun lähteitä ja tarpeita, informaalin avun korvaamisesta, avun riittävydestä ja riittämättömän avun syistä. Lisäksi kysyttiin myös syistä valita tai olla valitsematta tiettyjä palveluja. Analyysit on tehty PASW statistics 18 –ohjelmalla. Toinen aineisto on kuudentoista ihmisen puolistrukturoitu haastattelu, jossa käsiteltiin samoja aiheita kuin aiemmin toteutetussa kyselyssä. Haastateltavat olivat vastanneet vuotta aikaisemmin tehtyyn kyselyyn. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston tulosten yhdistämisen jälkeen saatua tulosta analysoitiin kriittisen realismin otteella.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Suurimmalla osalla suomalaisista vanhuksista menee tutkimuksen tulosten mukaan hyvin. Ristiriitaista on, että yhteiskunnassa ollaan samalla huolissaan siitä, että vanhusten eriarvoisuus kasvaa, kun julkisia palveluita vähennetään ja yksityisten palvelujen tuottamista suositaan esimerkiksi palvelusetelijärjestelmän avulla. Toisaalta korostetaan yksilön vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja toisaalta sitä, että heikoimmassa asemassa olevien riittävästä hoidon ja palveluiden saannista on pidettävä huolta.
Kehusmaa, Sari (2014) Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Suurten vanhusikäluokkien tuleminen paineita julkisen terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen rahoituksen kestävyydelle.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Tutkimus kuuluu terveystaloustieteen alaan, jonka menetelmiä tutkimuskysymysten tarkasteluun sovellettiin. Aineisto kerättiin Kelan Ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksen (IKÄ-hanke 2002–2007) yhteydessä ja sitä täydennettiin THL:n Hoitoilmoitusrekisterin tiedoilla terveyspalvelujen käytöstä ja Kelan etuusrekisterien tiedoilla. Tutkittaville tehtiin alkututkimus ja vuoden seurantatutkimus, joissa kartoitettiin terveydentilaa, toimintakykyä, fyysistä suorituskkyä, palvelujen käyttöä ja niiden tarvetta sekä sosiaalista tilannetta.

KESKEISIÄ TULOKSIA	<p>Tutkimus osoittaa, että omaishoito laskee merkittävästi julkisen sosiaali- ja terveyden huollon kustannuksia. Ilman omaisten apua olisivat ikääntyneiden omaishoidettavien hoitokulut vuosittain 2,8 miljardia euroa nykyistä suuremmat. Omaishoidon tukea olisikin järkevää maksaa useammalle omaishoitajalle, koska tuesta aiheutuvat menot ovat vain pieni osa näin aikaansaadusta säästöstä.</p>
<p>Ylinen, Satu 2008. Gerontologinen sosiaalityö – tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.</p>	
TAUSTAA JA TARKOITUS	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa gerontologisen sosiaalityön tiedonmuodostuksesta ja asiantuntijuudesta. Gerontologisen sosiaalityön paikan kirkastaminen on tutkimuksen käytännöllinen tavoite.</p>
AINEISTO JA MENETELMÄ	<p>Tutkimus koostuu kahdesta tutkimusaineistosta, joista toinen muodostuu gerontologisen sosiaalityön tutkimustiedosta ja vanhustyössä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden asiantuntijatiedosta. Tutkimustiedon analyysissä on käytetty 1992–2004 aikana ilmestyneitä kolmea kansainvälistä alan aikakauslehteä ja yhden kansainvälisen gerontologisen sosiaalityön keskeisen aikakauslehden (n=710). Samaan aikaan ilmestynyttä suomalaista tutkimusta on tarkasteltu Gerontologia- ja Janus -lehtien kautta (n=257). Toinen tutkimuksen aineisto (n=46) muodostuu ikääntyneiden asiakkaiden kanssa työskenteleviltä sosiaalityöntekijöiltä kerätyistä tiedoista.</p>
KESKEISIÄ TULOKSIA	<p>Aikakauslehtiaineiston perusteella gerontologista sosiaalityötä koskevassa kirjoittelussa oli nähtävissä viisi keskeistä teemaa: ammatillisuus (sosiaalityön rooli ja menetelmät), vanhuspolitiikka ja vanhuspalvelut, tutkimus, koulutus sekä etiikka ja arvot.</p> <p>Sosiaalityöntekijöiltä kerätty aineisto puolestaan osoitti, että gerontologisen sosiaalityön asiantuntijuus koostuu kolmesta osasta: muodollisesta, menetelmällisestä ja eettisestä asiantuntijuudesta.</p> <p>Tutkimuksen johtopäätökset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jotta gerontologisen sosiaalityön tiedonmuodostusta kyetään vahvistamaan, on tiedonmuodostuksen suunnitteluun ja käytännön toteutukseen otettava mukaan sekä alan nykyiset että tulevat ammattilaiset • gerontologisessa sosiaalityössä tarvittava sosiaalityön erityinen ja yleinen asiantuntijuus tulee ottaa huomioon sosiaalityön koulutuksessa • gerontologisen sosiaalityön eettinen asiantuntijuus tulee nähdä oleellisena osana asiantuntijuutta
<p>Stones, Damien & Gullifer, Judith 2016. At home it's just so much easier to be yourself': older adults' perceptions of ageing in place. Ageing & Society. Vol 36 Iss. 3, 449-481. Cambridge University Press.</p>	

TAUSTAA JA TARKOITUS	Australiassa tehty laadullinen tutkimus, jossa on haluttu tutkia erittäin vanhojen, 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien, ihmisten kotona asumiseen liittyviä kokemuksia ja erityisesti sellaisia ongelmia, jotka eskaloituessaan saattavat uhata itsenäistä ja muista riippumatonta elämää kotona. Tutkimuksen tarkoituksena on ollut ymmärtää vanhojen ihmisten sellaisia ajatuksia ja tunteita, joita vanheneminen kotoa aiheuttaa. Lisäksi on haluttu tietää, millaisia psykologisia, sosiaalisia ja käytäntöön liittyviä vaikeuksiin sopeutumisen strategioita heillä on käytössään vaikeuksista selviytymiseen.
AINEISTO JA MENETELMÄ	23 erittäin vanhaa ihmistä syvä-haastateltiin. Aineisto analysoitiin fenomenologisen perinteen mukaan ja tulosten tulkintamenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Esimerkkitapauksia käsiteltiin tapaustutkimuksen keinoin.
KESKEISIÄ TULOKSIA	<p>Erittäin vanhat ihmiset kokivat olevansa kotonaan tilivelvollisia vain itselleen ja että heidän kotinsa tarjoaa maksimaalisen autonomian ja yksityisyyden. Heidän mielestään ikäihmisten hoitokodit ”pysäyttävät ihmisen minuuden”, kun taas omassa kodissa minäkuva säilyy ennallaan.</p> <p>Koti on tämän tutkimuksen valossa muistojen varasto, jossa mennyt aika ja nykyisyys kohtaavat. Paikkaan kiintymisen lisäksi itsenäinen asuminen on hyödyllistä siinä suhteessa, että tämän itsenäisyyden säilyttämisen tavoitteesta voi tulla jopa elämän tarkoitus.</p> <p>Haastateltavat kuvasivat, miten heidän joka päiväisiä ajatuksiaan muokkasivat menneisyyteen, kulttuuriin ja ympäristöön liittyvät asiat sekä sitä, mikä oli heille merkityksellistä.</p> <p>Tutkimuksen tulokset lisäävät ymmärrystä erittäin vanhojen ihmisten arkielämästä sekä osoittavat asiakaskeskeisen kotihoidon arvioinnin tarpeellisuuden. Tulokset auttavat myös ”merkityksellisiä toisia” (sukulaiset, läheiset ja naapurit) ymmärtämään, mitä erittäin vanha ihminen tarvitsee pystyäkseen elämään itsenäisesti kotonaan.</p> <p>Vaikka koti merkitsee rakenteellista ympäristöä laajempaa käsitettä, kuten esimerkiksi sosiaalista verkostoa, joka liittyy kotia ympäröivään yhteisöön, voidaan kuitenkin vähintään epäillä, että ratkaisevaa asuntoon kiintymisessä on myös se, miten pitkään asiakas siellä on asunut.</p>
<p>Anttonen, Anneli, Häikiö, Liisa & Valokivi, Heli 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Tampere: Tampereen yliopisto.</p>	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Artikkelin tarkoituksena on tarkastella hyvinvointiyhteiskunnan kehitystä. Erityisesti keskitytään tarkastelemaan julkisen palvelutuotannon muutosta, hoivapalvelujen käyttöä sekä yksityisen ja julkisen vastuun rajapintaa. Palvelujen järjestämisen ja rahoittamisen tapojen muuttuessa vedetään myös julkisen ja yksityisen vastuun välinen raja uudella tavalla. Julkisia palveluita on ulkoistettu ja julkisen sektorin toimintaan on istutettu markkinaperiaatteita, kuten kilpailuttaminen ja tuotannon eriyttäminen tilaamisesta.

AINEISTO JA MENETELMÄ	Palvelujärjestelmän muutosta ja kansalaisuutta havainnollistavana materiaalina on käytetty hoivan ja sosiaalipolitiikan CaSo-tutkimusryhmän ('Care and Social Policy') seuraavien projektien aineistoja ja tuloksia: Sosiaalinen pääoma, luottamus ja hoiva (1207359), Hoivaympyrän neliöinti (1211195) sekä Vanhuus, hoiva ja kuluttajuus (1127492). Palvelujen, asiakkuuden ja kansalaisuuden muutoksesta on jo raportoitujen tutkimustulosten pohjalta tehty meta-analyysia.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Sosiaalipolitiikassa tapahtunut muutos hyödyttää omatoimisia kansalaisia, jotka pystyvät itse valitsemaan, osallistumaan ja ottamaan vastuuta itsestään ja läheisistään. Ne, jotka ovat vailla riittäviä taloudellisia, sosiaalisia tai poliittisia resursseja, saattavat jäädä vaille oikeutta huolenpitoon. Sosiaalipolitiikan suunnanmuutos näkyy vanhushoivapolitiikassa ja vanhusten arjessa. Julkisten sosiaalipalveluiden informalisoituminen ja markkinoistuminen saattaa johtaakansalaisten väliseen eriarvoistumisen lisääntymiseen. Julkisen uudistuminen luo vahvojen kansalaisten yhteiskuntaa. Usein eniten palvelua tarvitsevilla on vähäisimmät resurssit.
Järnström 2011. En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.	
TAUSTAA JA TARKOITUS	Tutkimuksen kohteena on eräs Etelä-Suomessa sijaitseva geriatrinen sairaala ja sen viisi osastoa. Tarkoituksena on tutkia asiakaslähtöisyyttä ja sen ideaalia. Aihetta lähestytään itsemääräämisoikeuden, osallistumisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen sekä tiedonsaannin näkökulmista.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Etnografinen tutkimus. Aineisto koostuu 45 vanhuksen teemahaastattelusta ja heidän asiakaskertomusteksteistään, viidestä työntekijöiden moniammatillisesta ryhmähaastattelusta sekä 32:sta osastojen toimintakäytännön havainnoinnista.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Geriatrisen sairaalan asiakaslähtöisyys ei toteudu. Henkilökunta ei kuuntele vanhuksen ajatuksia tai toiveita, avuntarpeeseen ei vastata tai avun saaminen kestää pitkään. Asiakkaan jatkohoitoon liittyvät suunnitelmat tulevat muiden päättämänä, vanhus ei ole osallisena omilla asioissaan, hän ei pääse määrittelemään tarpeitaan tai tavoitteitaan ja liikkumisen vapautta rajoitetaan. Myös vanhuksen itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus jää toteutumatta. Toiminnan tavoitteista ei kysytä vanhukselta, osallistumiseen ei ole mahdollisuuksia, asioita tehdään puolesta ja työntekijöiden kanssa on vaikea keskustella. Asiakkaat eivät myöskään saa omasta tilanteestaan tietoa automaattisesti eivätkä riittävästi. Osa vanhuksista ei tiennyt jatkohoitosuunnitelmastaan, lääkkeitään tai sairauksistaan.
Pro gradu -tutkielmat:	

Myllymäki, Sanna 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro gradu.

TAUSTAA JA TARKOITUS	Tutkielman tarkoituksena on ollut ensinnäkin selvittää vanhusten omia näkemyksiä itsemääräämisoikeudesta sekä toiseksi sitä, että minkälaiset asiat vaikuttavat vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Itsemääräämisoikeuden rakentumista tarkastellaan toimijuuden ja osallisuuden käsitteiden näkökulmasta.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Kuutta vanhusta haastateltiin ja aineisto analysoitiin soveltamalla sen Jyrkämän modaaliteettimallin mukaisesti
KESKEISIÄ TULOKSIA	Tutkimuksen tulosten mukaan yksilöllinen ja asiakaslähtöinen työskentely ei toteudu aina siten kuin olisi toivottavaa. Vaikka vanhukset itse kertovat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan, niin saattaa olla, että he kuitenkin ainoastaan mukautuvat tarjolla olevan kotihoidon sanelemiin ehtoihin. Toimintakyky on keskeisin itsemääräämisoikeuteen vaikuttava tekijä.

Kaukkila, Eveliina 2016. Vanhuus ja vanhusten asumisen ongelmat. Fenomenografinen tutkimus sosiaalityötä tekevien käsityksistä. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.

TAUSTAA JA TARKOITUS	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on sosiaalityötä tekevien käsitys vanhuudesta, ja millaisia käsityksiä heillä on vanhusten asumisen ongelmista. Tutkimuksen tavoitteena on ollut lisätä ymmärrystä vanhuuden ja vanhusten asumisen ongelmien monimuotoisuudesta sekä tuoda esiin sosiaalityössä esiintyviä arjen haasteita ja kuvata toimintaympäristön kuormittavuutta.
AINEISTO JA MENETELMÄ	Tutkimusaineisto muodostuu seitsemän sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan teemahaastattelusta. Aineisto on analysoitu fenomenografisen tutkimusperinteen mukaisesti.
KESKEISIÄ TULOKSIA	Sosiaalityötä tekevät käsittävät vanhuuden psyykkisenä ja sosiaalisena sekä kulttuurisena tilana. Palvelujärjestelmän ja palvelujen vastaamattomuus vanhusten tarpeisiin sekä palvelualueristiriidat käsitetään vanhusten asumisen puitteisiin ja toimintaympäristöön liittyvinä asumisen ongelmina. Yksinäisyys, päihde- ja mielenterveysongelmat sekä ongelmat omaissuhteissa käsitettiin vanhusten subjektiiviseen positioon liittyviksi asumisen ongelmiksi. Sosiaalityöntekijään itseensä kiinnittyvät käsitykset näyttäytyvät roolien, toiminnan ja yhteistyön kautta.

Pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli on perustunut universalismille ja sitä toteuttaville sosiaalisille oikeuksille. Universalismin periaatteen mukaan hyvinvointia tuotetaan kaikille, ei ainoastaan sitä eniten tarvitseville. Pohjoismainen hyvinvointivaltiomalli perustuu sellaiseen yhteiskunta- ja sukupuolisopimukseen, johon kuuluu oikeus hoivaan ja hoivapalveluihin. Se on perustunut myös julkiselle vallalle määriteltyyn laajaan palvelujen tuottamista ja rahoittamista

koskevaan vastuuseen. Universaalilla politiikalla on saavutettu tasainen tulonjako, naisten mahdollisuus käydä ansiotyössä ja ikääntyneiden kansalaisten autonomia. 2000-luvulla vanhusten suhteellisen määrän kasvaessa, eliniän pidentyessä ja huoltosuhteen heikentyessä on alettu pohtia, miten ikääntyvän väestön tarpeisiin vastataan jatkossa. Uudet hoivan ideat ja politiikat työntävät syrjään julkisvaltakeskeistä palvelutuotantoa ja universalismille rakentunut sosiaalinen kansalaisuus muuttuu. Julkisten toimijoiden vastuuta on alettu pienentää ja yksityistää hyvinvointia tuottavia palveluita. Julkiset ja yksityiset toimijat ja palveluntuottajat tulevat jatkossa jossain muodossa jakamaan sekä tehtävät että vastuun. Varsinkin vastuun rajat ovat hoivapolitiikassa jatkuvan neuvottelun kohteena. Vanhuksilla ei ole lasten tavoin subjektiivista oikeutta hoivaan. Perusoikeudet ja perustavat sosiaaliset oikeudet on kirjattu Suomen perustuslakiin. Vastuu kansalaisten perusoikeuksien turvaamisesta, kuten tarvittavasta hoivasta ja sen järjestämisestä, on perustuslaissa osoitettu julkiselle vallalle. Julkinen valta tulee huolehtimaan vanhojen ihmisten oman vastuun ja osallisuuden mahdollistamisesta ennemminkin kuin heidät passivoivasta auttamisestaan. Sosiaalipolitiikassa on aina kysymys politiikan vaihtuvien painotusten lisäksi myös instituutioiden polkuriippuvuudesta ja siksi onkin liian aikaista puhua hyvinvointivaltion tai -yhteiskunnan alas-ajosta. (Anttonen, Häikiö, & Valokivi 2012.)

Julkisen vallan käytössä olevat ohjausmekanismit ovat muuttuneet. Ohjauksen ja sääntelyn piiriin on tullut uusia tehtäviä, esimerkiksi ostopalveluista huolehtiminen ja informaali omaisten antama hoiva. Lain mukaan julkinen valta yhdessä kuntien kanssa on vastuussa lakiin perustuvien palvelujen järjestämisestä, mutta kunnan tasolla voidaan kuitenkin päättää, että miten nämä palvelut tuotetaan. Osittain voidaan päättää myös siitä, mitä asiakkaat palveluista maksavat. Vuonna 2009 säädettiin laki palveluseteleistä. Kunnilla on mahdollisuus ottaa käyttöön palveluseteli lähes kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa ja sen myötä palvelumarkkinoiden laajenemisen esteet ovat vähentyneet. Lakiin sisältyy toimivien palvelumarkkinoiden luominen sekä monituottaja-mallin korostaminen. Palvelumarkkinoita kuvataan usein myös termillä näennäis- tai puolittaismarkkinat. Uusimmat reformit tähtäävätkin julkisen sektorin oman palvelutuotannon supistamiseen ja yksityisen, kilpailulle perustuvan palvelutuotannon kasvattamiseen. (Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012.)

Vanhat ja hauraat vanhukset ovat taipuvaisia kiintymään kotinsa lisäksi myös asuinympäristöönsä. Oman kodin koetaan edustavan muistojen varastoa, jossa ovat läsnä sekä menneisyys että nykyisyys. Kodin muistovarastoon sisältyvät muistot ovat sekä iloisia että

surullisia. Suurin osa erittäin vanhoista on menettänyt puolisonsa ja osa myös lapsensa. Ilonhetkiä ja menetyksiä on helppo kerrata siinä ympäristössä, jossa näitä tunteita on kertaalleen kokenut. Henkilökohtaiset muistot syventävät kiintymystä omaan kotiin ja sen ulkopuolisten mielestä ehkä arvottomiltakin näyttäviin esineisiin. Kodin jokaisella vaatimattomalla esineellä saattaa olla merkittävä tarina taustalla. Eri maiden hallitusten huolenaiheena tuntuu olevan toisen maailmansodan jälkeen syntyneiden suurten ikäluokkien ikääntyminen ja siitä aiheutuvat yhteiskunnallisiin resursseihin liittyvät ongelmat, vaikka todellisuudessa huomio pitäisi kiinnittää erittäin vanhojen, eli 85-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikäluokan kasvuun. Kuusi- ja seitsemänkymmenvuotiaiden terveys on yleensä vielä erinomainen ja he jatkavat ongelmitta kotonaan asumista, kun taas 85 vuotta täyttäneet täyttävät myös hauraan vanhuksen määritelmän. Erittäin vanhojen ikäluokka on homogeeninen joukko vanhoja ihmisiä, joilla kaikilla on omat yksilölliset vahvuutensa ja heikkoutensa, sairautensa ja asenteensa vastoinkäymisten selättämiseen. Sanotaan, että osa erittäin vanhoista asiakkaista on vain yhden uuden vakavan sairauden päässä laitoshoidosta. (Stones & Gullifer 2016.)

Dementiaa sairastavien vanhusten osallistamiseen ei ole ollut mitään standardisoitua menetelmävalikoimaa, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset olisivat käyttäneet hoitopaikka- ja hoitosuunnitelmien teossa tai päätöksenteossa. Sen sijaan dementoivista sairauksista kärsiviä asiakkaita saatetaan jättää kaiken päätöksenteon ulkopuolelle. Asiakkaalla ei esimerkiksi katsota olevan tarvittavaa kognitiivista kapasiteettia omaa elämäänsä oleellisesti koskevien asioiden päättämiseksi. Dementiaa sairastavan asianosaisen mielipiteen sijaan, tai ainakin lisäksi, arvostetaan ja otetaan huomioon perheenjäsenten mielipiteet. Päätöksenteon ulkopuolelle asiakas saattaa jäädä myös sen vuoksi, että asiakas ei pysty viestimään tai ymmärtämään työntekijän puhetta. Syynä voi olla myös työntekijän ajanpuute. Asianosaiselle ei yksinkertaisesti anneta mahdollisuutta osallistua. Mahdollista on kuitenkin myös, että asianosainen itse delegoi päätöksenteon muille. (Donnelly, Begley & O'Brien 2018.)



Kuvio 2. Hoitokokous asiakkaan kotona.

Avun ja tuen saaminen on vanhuspalveluissa jossain määrin harkinnanvaraista. Harkinnan aluetta on sääntöjen ja toimintaohjeiden väliin jäävä tila, jossa sekä työntekijällä että asiakkaalla on mahdollista toteuttaa omaa harkintaansa. Asiakas voi valita oman roolinsa. Hän voi olla joko harkinnan kohteena, harkita yhdessä vanhuspalveluiden ammattilaisen kanssa, tai hän voi harkita asiaa itsenäisesti. (Valokivi 2014, 292-304.) Vanhuspalveluita järjestävällä taholla on vastuullaan keskenään osittain ristiriitaisia tehtäviä: pitää turvata riittävät palvelut niitä tarvitseville vanhuksille ja samalla pienentää väestön ikääntymisen myötä kasvavien kustannusten aiheuttamaa julkisen talouden kestävyyspainetta. Kasvavaan hoidontarpeeseen pyritään vastaamaan ensisijaisesti kotihoidolla, joka on vanhojen ihmisten yleisemmin käytössä oleva sosiaalipalvelu. Toiminnan tavoitteena on mahdollistaa vanhuksen asuminen omassa kodissaan tämän sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Kotihoitoa on tarjolla joko vaihtoehtona tai ympärivuorokautista hoitoa edeltävänä hoitomuotona. (Kehusmaa 2014, 12-14.) Asiakkaalle tarjottu kotihoito voi olla kunnan tai yksityisen tuottamaa palvelua. Asiakkaalle palvelukartoitusta tekevä palveluohjaaja saattaa arvioida kunnallisen ja yksityisen kotipalvelun saman hintaiseksi palveluksi ja ohjata asiakasta valitsemaan yksityisen kotihoidon, koska siitä perittävästä maksusta asiakas voi tehdä kotitalousvähennyksen verotuksessa. Tämänkaltaisten neuvojen taustalla saattavat vaikuttaa

kahdenlaiset taloudelliset tekijät, eli asiakkaan edun lisäksi myös kunnan tuottamien palveluiden liian pienet resurssit. (Valokivi 2014,299.)

Järnström (2011) on väitöskirjassaan tutkinut asiakaslähtöisyyden ideaalia. Tutkimuksessa paneudutaan siihen, miten ja millaiseksi asiakkuus etelä-suomalaisen sairaalan viidellä geriatrisella osastolla rakentuu sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkemyksen mukaan. Tutkimusaineisto koostuu 45 sairaalassa potilaana olevan vanhuksen teemahaastattelusta ja potilastietojärjestelmään tehdyistä asiakaskertomusteksteistä sekä viidestä työntekijöiden moniammatillisesta ryhmähaastattelusta ja 32:sta osastojen toimintakäytäntöjen havainnoinnista. Asiakkuuden käsitettä lähestytään väitöskirjassa asiakkaan itsemääräämisoikeuden, osallistumisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen sekä tiedonsaannin näkökulmista. Sairaalassa olevat vanhuksat on jaettu kotiutuviin, pitkäaikaishoitopaikkaa odottaviin ja pysyvässä sairaalahoidossa oleviin. Edellä mainitut asiakaskategoriat on vielä jaettu kahteen, eli niihin, jotka ovat samaa mieltä osastolla asetetun tavoitteen suhteen ja niihin, jotka ovat asiasta eri mieltä. Vanhusten hoitoa koskevissa strategioissa nähdään asiakkuuden ideaaliksi toiminnan asiakaslähtöisyys, jota tässä tutkimuksessa tulkitaan vanhusten haastattelujen lisäksi työntekijöiden tuottaman puheen, potilastietojärjestelmään tuotetun tekstin ja osastojen valittujen toimintakäytäntöjen kautta. Järnströmin tutkimuksen mukaan geriatrisessa sairaalahoidossa oleville vanhuksille on tärkeää, että heidän omia jatkohoitoa koskevia toiveitaan toteutetaan. Muita tärkeitä asioita olivat paraneminen, terveys, omaisten antama tuki, oma koti, kotiavun saaminen, uskonasiat ja huumori. (Järnström 2011, 5-7.) Vanhusten itsemääräämisoikeus ei geriatrisen sairaalan osastoilla tämän tutkimuksen mukaan toteudu. Vanhuksat eivät koe olevansa osallisia omassa asiassaan, vaan joku muu määrittelee heidän tarpeensa ja tavoitteensa. Lisäksi heidän liikkumisvapauttaan rajoitetaan. Vanhusten omaa mielipidettä ja toiveita ei kysytä, vaan jatkohoitoa koskevat suunnitelmat tehdään heidän puolestaan, heitä kuulematta. Myös osallisuuden tai osallistumisen, tasavertaisen vuorovaikutuksen ja tiedonsaannin suhteen on parannettavaa. Osaston työntekijöiden kanssa on vanhusten mukaan vaikeaa keskustella, eivätkä työntekijät omatoimisesti kerro vanhuksille näiden sairauksista, lääkkeistä tai jatkohoitosuunnitelmista. Tietoja pitäisi osata itse kysyä. Järnströmin mukaan geriatrisen osaston asiakaslähtöisyyttä estäviä tekijöitä ovat mm. palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu ja kyseisen järjestelmän prosessinomaisuus, joustamattomuus, työntekijälähtöisyys sekä lääkehoitopainotteisuus. Lisäksi omaisten liian vahva rooli ja vanhusten oma passiivisuus ovat omiaan siirtämään fokusta pois asiakkaan oman

äänen kuulemisesta. Hoitostrategiat ja hoitolinjaukset tulevat määrämuodossa muiden määrittelemänä siten, että pyrkimyksenä on sovittaa kaikki vanhukset samaan muottiin. (Emt. 2011, 5-7.)

Myllymäen (2014) tutkielman tarkoituksena on ollut ensinnäkin selvittää vanhusten omia näkemyksiä itsemääräämisoikeudesta sekä toiseksi sitä, että minkälaiset asiat vaikuttavat vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Aineisto on kerätty haastattelemalla kuutta kotihoidon asiakasta. Itsemääräämisoikeuden rakentumista tarkastellaan toimijuuden ja osallisuuden käsitteiden näkökulmasta. Myllymäen mukaan osallisuus liittyy keskeisesti toimijuuteen. Jyrkämän (2007) kehittämän modaliteetti -mallin mukaan vanhuksen kokonaisvaltaista toimijuutta tulee tarkastella tekemällä eroa osaamisen ja kykenemisen välillä. (Myllymäki 2014, 1-6.) Tutkimuksessa tarkasteltiin vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista a) vanhuksen toimintakyvyn, b) kotihoidon toimintatapoihin sopeutumisen ja c) kodin vuorovaikutuksellisen toimintaympäristön asettamien haasteiden kautta. Vanhusten oli Myllymäen mukaan vaikea määrittellä itsemääräämisoikeutta ja kuvata, miten se esiintyy heidän elämässään. Itsemääräämisoikeus koetaan liian abstraktiksi käsitteeksi, jotta sitä voisi konkretisoida omaan arjen toimintaan. (emt. 2014, 4-6.) Tutkimuksen tulosten mukaan yksilöllinen ja asiakaslähtöinen työskentely ei toteudu aina siten kuin olisi toivottavaa. Vaikka vanhukset itse kertovat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan, niin saattaa olla, että he kuitenkin ainoastaan mukautuvat tarjolla olevan kotihoidon sanelemiin ehtoihin. Toisin sanoen he sopeutuvat siihen, ettei monikaan asia ole heidän päätettävissään. Myllymäki päätyy tutkielmassaan sellaiseen johtopäätökseen, että vanhuksen toimintakyky on keskeisin itsemääräämisoikeuteen vaikuttava tekijä. (Myllymäki 2014, 41-43.)

4 Tutkimusasetelma

Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijän asiakaskuntaa ovat omassa kodissaan asuvat vanhukset. Useimmiten sosiaalityön asiakkaaksi tulevat vanhukset ovat valmiiksi kaupungin kotihoiton tai omaishoidontuen asiakkaita, mutta myös sairaalasta ja omaishoidon tuen asiakaista tulee sosiaalityön asiakkaita. Halusin tietää, vaikuttaako sosiaalityöntekijöiden mielestä asiakkaan lähtötilanne tai olinpaikka siinä vaiheessa, kun kotona asumisen turvallisuutta aletaan arvioida. Olinpaikan suhteen asiakkaat voidaan jakaa neljään tai viiteen ryhmään: kotihoiton asiakkaina tai omaishoidettavina omassa kodissaan asuvat, sairaalassa potilaina olevat sekä yksityisessä palvelutalossa tai yksityisessä tehostetun palveluasumisen yksikössä itsemaksavina asuvat asiakkaat.

Tutkimuskysymykseni on:

Miten sosiaalityöntekijät kuvaavat vanhuksen itsemääräämisoikeutta SAS-prosessissa?

Alun perin tarkoitukseni oli tutkia pelkästään sitä, miten sosiaalityöntekijät tulkitsevat kotihoiton asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisen SAS-prosessissa. Haastatteluteemat kuitenkin ohjasivat sosiaalityöntekijöitä vertaamaan kotihoiton asiakkaiden asemaa sairaalassa olevien ja omaishoidettavien asemaan, joten ne päättyivät mukaan tutkielmaan vertailuryhmän ominaisuudessa. Muut asiakasryhmät rajasin tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimusaineisto on kerätty haastattelemalla kuutta sosiaalityöntekijää ja yhtä pitkäaikaista sosiaalityöntekijän sijaista. Haastattelumenetelmänä käytin teemahaastattelua, jotka nauhoitettiin. Yhden sosiaalityön haastattelun kohdalla nauhoitus epäonnistui ja nauhalle tallentui vain kolmasosa haastattelusta. Kirjoitin heti epäonnistuneen nauhoituksen jälkeen haastattelun pääkohdat ylös. Tämän lisäksi haastattelin SAS-ydinryhmää, johon kuuluvat sosiaalityöntekijöiden esimies, eli johtavaa sosiaalityöntekijä, sekä SAS-ydinryhmän sairaanhoitaja ja SAS-ydinryhmän lääkäri. Kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksellä vahvistettu SAS-ydinryhmän tehtävä on päättää ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevien vanhusten jonoon ottamisesta. Ryhmän käsiteltäväksi voidaan tuoda kaikkein vaikeimmin ratkaistavat asiakastilanteet, joihin yksittäinen sosiaalityöntekijä ei ole löytänyt kaikkia osapuolia tyydyttävää ratkaisua. SAS-ydinryhmän jäsenten haastattelu toimikin eräänlaisena varmistuksena tai ”laaduntarkistuksena” sosiaalityöntekijöiltä saadun aineiston oikeaan tulkintaan.

Sosiaalityöntekijöiden haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina haastateltavien työaikana, ennakoita sovituna aikana. SAS-ydinryhmän haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluina. Suunnitteluvaiheessa arvioin, että kukin haastattelu kestää noin tunnin. Toteutuneet sosiaalityöntekijöiden haastattelut kestivät 32 – 64 minuuttia, keskimäärin 43 minuuttia, ja SAS-ydinryhmän ryhmähaastattelu kesti 42 minuuttia. Sosiaalityöntekijöille lähetettiin etukäteen sähköpostilla haastattelun teemat ja samalla vahvistettiin sovittu haastattelu-aika. Etukäteen kerroin haastateltaville, että nauhoitettavat haastattelut ovat luottamuksellisia ja että yksittäisiä haastatteluja käsitellään tutkimuksessa nimettöminä.

Teemahaastattelujen jälkeen alkoi nauhoitusten puhtaaksikirjoitus. Kirjoitin puhutun puheen sanatakkasti, mutten litteroinut äänen voimakkuuden muutoksia, äännähdyksiä tai huokauksia. Yli 2 sekunnin tauot teeman tai kysymyksen esittämisen jälkeen näkyvät litteroinnissa siten, että haastattelijana pyrin muotoilemaan kysymyksen uudelleen eri tavoin tai antamaan esimerkin. Käytin litteroinnissa fonttia Times New Roman 12, rivivälinä 1,5. Litteroitua tekstiä kertyi sosiaalityöntekijöiden teemahaastatteluista yhteensä 129 sivua ja SAS-ydinryhmän ryhmähaastattelusta 15 sivua. Kunkin haastattelun litteroinnin valmistuttua, kuuntelin haastattelun läpi seuraten samalla kirjoitettua tekstiä. Tein muutamia tarkennuksia tekstiin. Luin puhtaaksikirjoitetut haastattelutekstit useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen järjestin sosiaalityöntekijöiden teemahaastattelusta saadun aineiston teemojen mukaan keräämällä samaan teemaan liittyvät eri sosiaalityöntekijöiden kanssa käydyt keskustelut yhteen. Keskusteluteemoja oli 12 ja haastateltavien vastaukset järjestettiin teemoittain esitettyjen kysymysten alle. Näin järjestetyistä sosiaalityöntekijöiden vastauksista kertyi 94 sivua fontilla Times New Roman 12, rivinväli 1.

Kerätty haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmin litteroitua tekstiä pelkistämällä ja järjestämällä sitä sisällön mukaan eri luokkiin ja kategorioihin. Analyysiyksiköt eivät olleet ennalta määrättyjä, vaan ne rakentuivat yksittäisten teemahaastattelujen vastausten mukaisesti. Tieteelliseen toistettavuuteen ei siis ole välttämättä tässä tutkielmassa pyritty. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 87.) Tutkielman tekijän esiymmärrys tutkittavaan aiheeseen on syntynyt sekä työkokemuksen kautta, että tutkimusaineistoa lukemalla. Työkokemuksen tuomaa omaa käsitystäni asioiden oikeasta laidasta olen tietoisesti

pyrkinyt kyseenalaistamaan. Tarkoituksena on ollut tutkimuksen aikana reflektoida tehtyjä ratkaisuja sekä arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä siten, että lukija saa tietoa tutkimusprosessin aikana tehdyistä valinnoista. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Dementiaa sairastavien vanhusten osallistamiseen ei ole ollut mitään standardisoitua menetelmävalikoimaa, jota sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset olisivat käyttäneet hoitopaikka- ja hoitosuunnitelmien teossa tai päätöksenteossa. Sen sijaan dementoivista sairauksista kärsiviä asiakkaita saatetaan jättää kaiken päätöksenteon ulkopuolelle. Asiakkaalla ei esimerkiksi katsota olevan tarvittavaa kognitiivista kapasiteettia omaa elämäänsä oleellisesti koskevien asioiden päättämiseksi. Dementiaa sairastavan asianosaisen mielipiteen sijaan, tai ainakin lisäksi, arvostetaan ja otetaan huomioon perheenjäsenten mielipiteet. Päätöksenteon ulkopuolelle asiakas saattaa jäädä myös sen vuoksi, että asiakas ei pysty viestimään tai ymmärtämään työntekijän puhetta. Syynä voi olla myös työntekijän ajanpuute. Asianosaiselle ei yksinkertaisesti anneta mahdollisuutta osallistua. Mahdollista on kuitenkin myös, että asianosainen itse delegoi päätöksenteon muille. (Donnelly, Begley & O'Brien 2018.)

5 SAS-prosessi sosiaalityöntekijöiden kuvaamana

Kotihoidon asiakkaana oleva vanhus

Kotihoidon työntekijöiden jatkuva kiire ja asiakkaiden liian suuri määrä suhteessa hoitajien määrään on totta kaikissa Suomen suurissa kaupungeissa. Asiakaskäyntien pituus on se, mistä ensin aletaan tinkiä.

S3: Aikaa pitäis olla niin, ettei se kotihoidon käynti oo vaan kääntyminen 15 minuuttii jossain. Sitähän se ihminen kaipaa, ihmistä, toista ihmistä ja sitä, että oikeesti sil ihmisel on mielenkiintoo ja aikaa vaikka istuu vaan ja jutella vähän aikaa. Yksinäisiähän ne on monesti. Ja mä oon ehdottomasti sitä mieltä, et jos ihminen halua vaikka saattohoidon kotiinsa, ni se pitäis pystyy järjestämään, eikä niin, et viime hetkellä kiikutetaan sairaalaan kuolemaan.

Kotihoidon resurssien vähäisyys tulee eteen joka kotihoidon alueella, mutta sosiaalityöntekijät arvioivat, että yksittäisten sairaanhoitajien ammattitaito ja ammattieettinen suhtautuminen omaan työhönsä ratkaisevat asiakkaiden kotihoidon palveluiden tason. Osa kotihoidon sairaanhoitajista on sitä mieltä, että palvelun lähtökohta on asiakkaan toiveiden täyttäminen mahdollisimman pitkään, jopa saattohoidon järjestäminen asiakkaan kotona.

S1: Se on ihan sairaanhoitajakohtainen. Eli osa hyvinkin pitkäl toimii yksin siel oman esimiehensä ja hoitajien kanssa ja vie niitä asioita eteenpäin. Ja osa sit tarvii sosiaalityön tukea. Sit se mun mielest riippuu myös siitä, et minkälainen on palveluesimies, eli jos palveluesimies ei oo niitten sairaanhoitajien tukena, vaan ne joutuu lähtee yksin kaikkiin kinkkisiin kokouksiin, ni silloin sosiaalityöntekijä kutsutaan helpommin mukaan. Mut silloin tietyst mielellään meneeki niihin, ku menee niinku tueksi. Mut mun mielest niis on eroja. Joissain pyydetään herkemmin ja jotkut vaan pystyy...

S2: Mut kyl mä sanoisin, et siinäkin on eroja, et mis kohtaa aletaan miettiä SAS-prosessia. Joidenki kans tietää, et okei, nyt ku ollaan yhteydes, ni on oikeesti se tilanne, et he ei pysty mitään tekemään, ku sit taas joidenki alueiden kanssa toisinaan joutuu itse olee se, ku ehdottaa sitä kolmatta (kotihoidon) käyntii tai tilapäishoitajaksoi. On niis kyl eroo, kotihoidois. Omaishoidontues en oo kokenu sil taval.

Saman alueen kaksi sairaanhoitajaa katsovat eri silmin asiakkaan mahdollista tehostetun palveluasumisen paikan tarvetta. Kotihoitoalueen palveluesimiehen rooli nähdään suurena vaikuttajana vanhuksen saamaan kotihoidon palvelun laatuun. Palveluesimies käy alaistensa kanssa läpi vaikeat tilanteet sekä ohjaa ja tukee heitä eettisesti vaikeissa päätöksissä.

S1: Kotihoidon palaveris ku keskustellaan, ni siel mun mielest se asiakkaan ääni tulee kyl kuuluville. Ja se monta kertaa sit hiljentää myöskin se asiakkaan näkemys, ku hän kertoo sen oman näkemyksensä, niin häntä pois kotoa haluavat omaiset hiljentää siinä, ja ovat sitte sitä mieltä, et koti esimerkiks on vielä se hyvä.

Sosiaalityöntekijöiden teemahaastatteluaineiston mukaan kotihoidossa ei yleensä toimita vastoin asiallisen vanhuksen tahtoa, vaan periaatteena on, että jos vanhus vastustaa ajatusta hoitopaikkaan muuttamisesta, SAS-prosessin käynnistämiseen tähtäävää hoitokokousta ei järjestetä. Mikäli omaiset tästä huolimatta haluavat hoitokokouksen järjestämistä, kotihoidon ja sosiaalityön yhteinen kanta on tehtävä heille selväksi.

S6: Siis on hoitokokouksii, mul on tulossaki yks hoitokokous, mikä on ihan sen takia kutsuttu koolle, et on vaativa omainen, joka vaatii sitä hoitopaikkaa ja pitää käydä taas keskustelu. Emmä tiedä, onks siitä edellisestä reilu puol vuotta tai enemmän nyt aikaa. On siitä varmaan nyt yli puol vuotta, muttei välttämättä paljon.

H: Onks niin, että hoidettava ei ite halua, vai?

S6: Mä en tiedä nyt sen vanhan rouvan omaa mielipidettä, mut omainen kovasti on hoitopaikkaa vaatimassa. Ja kotihoito on sitä mieltä, että ei oo mitään hätää. Ettei nyt välttämättä hyvin, mutta kuitenkin suhteessa muihin. Et pärjättäis viel hänen kanssaan.

Omaiset ovat usein työssäkäyviä ruuhkavuosiaan eläviä aikuisia, jotka ovat väsyneitä hoitamaan ja olemaan huolissaan vanhuksesta. Omaisten perusteltua huolta kuullaan ja se otetaan huomioon asiakkaan tilanteen arvioinnissa. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijän asiakas on kuitenkin aina vanhus, ei omainen.

Taulukko 2. Kotonaan asuvien kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa.

<p>TIIVISTETYT SITAATIT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoito kutsuu kokoon hoitokokouksen • Käydään läpi kotona asumisen ongelmat ja vaaratekijät ja niihin jo käytössä olevat ratkaisuyritykset • Pohditaan yhdessä, että millä avuilla kotona asumista olisi mahdollista jatkaa • Asiakasta ja omaisia informoidaan saatavilla olevista palveluista ja mahdollisista asumisvaihtoehdoista • Asiakkaat ovat aina vähintään osallisia ja heitä kuullaan, heidän kantaansa pyritään varmistamaan keskustelemalla hoitokokouksen aikana
---------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaudet saattavat vaikuttaa asiakkaan kykyyn ilmaista itseään ja ymmärtää omaa tilannettaan • Kotihoidon henkilökunnan puoltava tai vastustava mielipide saattaa vaikuttaa asiakkaan ja omaisen mielipiteeseen • Omaisten huoli ja mielipide kuullaan • Omaiset saattavat vanhuksen puolesta puhuessaan tulkita väärin hänen sanomaansa • Omaisen mielipide vaikuttaa vanhukseen mielipiteeseen • Asiakkaan ja omaisen kanta muutosta tehostettuun palveluasumiseen kirjataan potilastietojärjestelmään • Sosiaalityöntekijä asettuu tukemaan asiakasta, mikäli asiakas ja omaiset tai kotihoito ovat eri mieltä hänen kanssaan
KESKEISET ASIAT	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitava taho kertoo, milloin kotona asumista on alettava arvioimaan • Asiakasta kuullaan • Omaisia kuullaan • Asiantuntijoiden mielipiteillä on merkitystä asiakkaan ja omaisten mielipiteen muodostamisessa • Moniammatillisen tiimin laatimat lausunnot ja asiakirjat kertovat täyttyvätkö hoitoon oikeuttavat kriteerit
RATKAISEVAT TEKIJÄT	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan toimintakyky • Kotona asumiseen ilmaantuneiden ongelmien vakavuus • Hoitavan tahon, eli kotihoidon arvio asiakkaan kokonaistilanteesta
JOHTOPÄÄTÖKSET:	
<ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan ja omaisen mielipide kuullaan, mutta asiakkaan kognitiivinen toimintakyky ja kotona asumisen ongelmien vakavuus ratkaisee, miten paljon itsemääräämisoikeutta asiakkaalla lopulta on • Päätöksiä tekevällä virkamiehellä on punnittavanaan raja itsemääräämisen kunnioituksen ja heitteillejätön välillä 	

Omaishoidettava kotonaan asuva vanhus

Omaishoitajuutta voidaan määritellä monin eri tavoin. erään määritelmän mukaan omaishoitajuus liittyy jonkun perheenjäsenen terveydentilan tai toimintakyvyn muutoksiin, jossa yksi perheenjäsenistä alkaa auttaa tätä ja mahdollistaa siten kotona asumisen jatkumisen. Tämä perheen sisäinen apu on erotettava muusta perheenjäsenten toisilleen tarjoamasta avusta operationaalisen määritelmän mukaan. Raja tavanomaisen perheen sisäisen auttamisen ja omaishoitajuuden välillä on liukuva, eivätkä kaikki omaishoitajat pidä itseään omaishoitajina, vaikka hoitaminen olisi säännöllistä ja jatkuvaa. Määrittelytapa on kuitenkin oleellinen

palvelujärjestelmän näkökulmasta. Palveluratkaisuja tehtäessä annettavan omaisavun määrä ja luonne ovat hyvin oleellista tietoa. (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003, 1949-1953.) Omaishoitajien palkka muodostuu hoidettavan hoidettavuuden luokituksen mukaan.

Omaishoidettavan asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen on täysin riippuvainen omaishoitajan jaksamisesta ja terveydentilasta. Mikäli omaishoitaja ei syystä tai toisesta enää jaksa jatkaa hoitamista, puretaan omaishoitosopimus. Omaishoitosopimuksen purku tarkoittaa omaishoidon tuen loppumista. Omaishoidettavan muuttaessa hoitopaikkaan, menevät hoidettavan eläketulot hoitopaikan hoito- ja palvelumaksuihin sekä lääkkeisiin.

H: Rinnastaks sä ton omaishoidon tuen ja kotihoidon sil taval, et niis menee ne prosessit suurin piirtein samal tavalla?

S7: No suurin piirtein samalla tavalla, joo. Mut on se sitten ehkä, ku se toisen oleminen siellä kotona on kumminkin useimmissa omaishoidon tapauksissa täysin sen omaishoitajan varassa. Et jos se haluaa jatkaa siinä omaishoitajana, ja se on se, mitä se siitä asiakkaasta kertoo, ni ei sitä voi mistään kattoo, et pitääks se paikkaansa.

H: Niin, ku ei oo mitää kotihoidon kirjauksii. Et oikeestaan sit on vaan se, et jos omaishoitaja ei enää jaksa?

S7: Nii. Et jos hän sanoo, et hän ei jaksa, ni vaihtoehdot on vähän vähissä useimmissa tapauksissa. Jotkut suostuu ottaa sitten kotihoitoa vielä, mut jos on paljon hoitoa tarvitseva, ni ei voi oikeen tarjota mitään sinne kotiin. Useimmat pystyy ne hommat tekemään kumminki, koska he ei vaan jaksa tai halua niitä (kotihoiton) ihmisiä kotiinsa.

Sosiaalityöntekijät kuvaavat tilanteita, joissa omaishoitajapuoliso jatkaa hoitamista, vaikkei enää jaksaisi, koska pelkää lopettamisen taloudellisia seurauksia. Yhteisessä kodissa, etenkin vanhoissa omakotitaloissa, asumisesta aiheutuvat kulut voivat olla niin korkeita, että myös entinen omaishoitaja joutuu muuttamaan pois kodistaan, koska ei pysty yksin maksamaan asumisesta aiheutuvia laskuja. Uusi omaishoitosopimus voidaan tehdä myös jonkun muun hoidettavan omaisen kanssa, mutta on harvinaista, että näin käy. Omaishoitosopimuksen purkamisen jälkeen vaihtoehtoina on joko kotihoidon käynnistäminen tai asiakkaan muutto hoitopaikkaan. Asiakkaan terveydentila ja yleiskunto määrittävät tässä vaiheessa sen, että voidaanko hänen elämisensä kotona turvata kotihoidon avuin.

Taulukko 3. Omaishoidettavan vanhuksen itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa.

TIIVISTETYT SITAATIT	<ul style="list-style-type: none"> • Omaishoidon ohjaaja kutsuu hoitokokoukseen sosiaalityöntekijän ja kotihoidon edustajan sekä asiakkaan omaiset • Omaishoitajat ovat usein omaishoidettavien iäkkäitä puolisoita, joiden oikeus hyvään elämään ja itsemääräämiseen on myös pyrittävä turvaamaan • Asiakkaan mielipidettä kysytään aina ja häntä kuullaan. • Yleensä asiakas haluaa jatkaa kotona asumista • Omaisten mielipidettä kuullaan • Mikäli omaishoitaja ei jaksaisi tai kykene jatkamaan hoitajana, kysytään muilta omaisilta heidän mahdollisuuksiaan ryhtyä hoitajaksi • Selvitetään kotihoidon palveluiden riittävyys asiakkaan hoidossa • Asiakkaalle pyritään selittämään omaishoitajan väsymistä • Asiakasta ylipuhutaan tarvittaessa siirtymään ympärivuorokautiseen hoitoon • Mikäli ympärivuorokautisen hoidon kriteerit täyttyvät ja mikäli kaikki osapuolet puoltavat hoitopaikan hakemista, käynnistetään SAS-prosessi
KESKEISET ASIAT	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitava taho on usein iäkäs puoliso • Omaishoidettava haluaa yleensä jatkaa kotona asumista • Kotona asuminen voi vain harvoin jatkua kotihoidon avuin • Onko iäkkään omaishoitajan hyvinvointi yhtä tärkeää kuin omaishoidettavan?
RATKAISEVAT TEKIJÄT	<ul style="list-style-type: none"> • Iäkkään omaishoitajan jaksaminen tai kyky jatkaa asiakkaan hoitamista ratkaisee
JOHTOPÄÄTÖKSET: <ul style="list-style-type: none"> • Asiakas on osallinen, mutta hänellä ei välttämättä ole oikeutta päättää omasta asumisestaan, mikäli omaishoito ei jatku • Asiakkaan toimintakyky ratkaisee, selviääkö hän kotihoidon palvelujen turvin ilman omaishoitajaa kotonaan • Sosiaalityöntekijän harkinnalla on hyvin vähän sijaa 	

Sairaalassa potilaana oleva vanhus

Sairaalassa hoidetaan sairauksia eikä muistisairaana potilaan mielipidettä jatkohoitoon liittyvästä järjestelystä päätettäessä aina välttämättä kysytä. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijät perustelevat tätä mielipidettään sillä, ettei asiakkaan

potilastietojärjestelmässä useinkaan näy kirjauksia asiakkaan mielipiteestä. Kaikki haastatellut olivat kuitenkin sitä mieltä, että kirjausten puuttuminen voi johtua myös siitä, etteivät nämä keskustelut liity suoranaisesti asiakkaan sairauden hoitoon.

S6: Mä sanoisin, et sairaalan suhteen ihanteellista on se esimerkiksi, et jos on infarkti, ni sille potilaalle annetaan kunnan kuntoutus. Et siin saattaa olla lyhyt tyksin-jakso, sit ollaan neurologisella akuutilla, sillä puolella jonkun aikaa. Sit he siirtyy Kaskenlinnaan, ja siellä annetaan vielä kunnolla aikaa kuntoutua, ja rauhassa katotaan.

Aktiivinen omainen voi vaikuttaa hoitavan henkilökunnan käsitykseen siitä, miten asiakas on ennen sairaalaan joutumistaan kotonaan selviytynyt. Omainen voi vaikuttaa sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen tukemalla asiakasta, että toimimalla itsemääräämistä vastaan, ottamalla kantaa asiakkaan kyvyttömyyteen ymmärtää omaa tilaansa. Myös sairaalassa olevan asiakkaan SAS-prosessi käynnistyy niin, että pyydetään kotihoidon hoitotyön yhteenvetoa, jossa otetaan kantaa siihen, että onko asiakas hoidettavissa kotona kotihoidon avuin, vai tarvitaanko ympärivuorokautista hoitoa.

S6: Sairaalas, siel tietenki hyvissä olosuhteissa katotaan, et miten se toimintakyky näyttäytyy siinä. Niissä keskusteluissa tietenki aina tulee se, et no, mutta siel kotona on aika vaikeaa. Ja silloin tulee sitte, sieltä näkökulmasta tulee monesti se, että voi voi, kun siellä on kotihoito pitkään ollut, että sitten siellä sairaalassa ollessa aletaan voivottelemaan niitä kotiolosuhteita. Et siis kotiolosuhteita olis voinu muuttaa matkan varrella. Mä siihen oon törmänny sitte edelleen tuolla sairaalassa, et moni omainen sanoo, et voi, ku alettiin kysymään, et ettekö te oo puhunu tälle päähenkilölle, et ku se asuu siellä hissittömäs kerrostalossa, kolmas kerros ja melkeen 100 on täynnä, ni et ettekö te oo puhuneet siitä toisen asunnon hankkimisesta?”No ollaan me puhuttu, mutta ku se on niin jääräpäinen, et ei se...” Tässä on tämä itsemääräämisoikeus, että mikään kunnan viranomainen eikä omainen voi sanoo, että nyt se muutto tapahtuu. Koska siinä ihminen voi käyttää sitä itsemääräämisoikeutta, että minä asun tässä kodissa, joka on hissitön tai omakotitalo, joka on hankala, jossa on kynnyksiä ja portaita. Mut semääräämisoikeus tässä ei tarkota sitä tietenkään, että minä ennemmin haluan sen kaupungin hoitopaikan.

Sosiaalityöntekijät kuvaavat tilanteita, joissa rintamamiestalossa asuva vanhus on tiukasti vastustanut muuttoa hissilliseen kerrostaloon ollessaan paremmassa fyysisessä kunnossa. Yleiskunnan heikentyessä liikkuminen käy vaikeammaksi ja hän joutuu muuttamaan hoitopaikkaan asuntonsa puutteiden takia. Hissillisessä ja esteettömässä kerrostalossa asuvat vanhukset voivat asua siis pidempään omissa kodeissaan.

Taulukko 4. Sairaalassa potilaana olevien asiakkaiden itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa.

SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN TIIVISTETYT SITAATIT	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaalassa keskitytään hoitamaan potilaan sairauksia • Potilaskirjauksissa ja lausunnoissa painotuvat usein toimintakyvyn vajavuudet ja diagnoosit • Asiakkaan tilanteen arviointi tehdään suhteellisen nopeasti • Asiakkaan ikä ja kokonaistilanne saattavat ratkaista asiantuntijan arvion asiakkaan kuntoutumisen edellytyksistä ja siten kuntoutusjakson tarpeellisuuden • Asiakkaan tilanne voidaan arvioida ennen kuntoutusjaksoa • Aktiivisten omaisten mielipide kuullaan sekä kuntoutuksen, että kotiuttamisen suhteen • Sairaalan sosiaalityöntekijä kysyy asiakkaan mielipidettä ympärivuorokautiseen hoitoon muuttamisesta • Muistisairaana vanhuksen oma mielipide sivuutetaan helposti • Hoitavan henkilökunnan mielipide ratkaisee asiakkaan jatkohoitosuunnitelman
KESKEISET ASIAT	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas tutkitaan, hoidetaan ja arvioidaan erilaisten testitulosten sekä diagnoosien ja lääkärinlausuntojen perusteella • sairaalasängyt tarvitaan hoitoa tarvitseville • Aktiivisia omaisia kuullaan • Muistisairaana vanhuksen mielipiteen kuuleminen on epävarmaa
RATKAISEVAT TEKIJÄT	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitavan tahon lausuntojen sisältö ja sananvalinnat rajaavat asiakkaan kotiuttamisen tai sijoittamisen hoitoon mahdollisia vaihtoehtoja
JOHTOPÄÄTÖS: <ul style="list-style-type: none"> • Sairaalassa olevan vanhuksen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan harvoin kotiutus- tai jatkohoitopäätöstä tehtäessä 	

Aineiston mukaan SAS-prosessia käynnistettäessä sekä asiakkaan olinpaikalla, että hänen asuntonsa esteettömyydellä on suuri merkitys siihen, miten paljon hänen itsemääräämisoikeuttaan voidaan kunnioittaa silloin, kun ympärivuorokautinen hoidontarve

havaitaan. Valitettavan moni vanhus joutuu muuttamaan pois kodistaan tehostetun palveluasumisen esteettömään ympäristöön silloin, kun liikkuminen omassa kodissa vaikeutuu.

5.1 Miten sosiaalityöntekijät määrittävät vanhuksen itsemääräämisoikeutta SAS-prosessissa ja miten sen toteutumista pyritään varmistamaan?

Kun hoitokokous asiakkaan tilanteen arvioimiseksi on päätetty kutsua kokoon, laatii kotihoidon sairaanhoitaja **hoitotyön yhteenvedon**. Yhteenvedo toimii keskustelun pohjana hoitokokouksessa. Siinä käydään läpi asiakkaan fyysistä toimintakykyä sekä muistia ja kognitiivista toimintakykyä mittaavien testien tulokset. Hoitotyön yhteenvedossa kerrotaan asiakkaan diagnoosien lisäksi se, miten hänen sairautensa tai vammansa vaikuttavat hänen itsenäiseen elämäänsä ja minkälaisia vaaratilanteita kotona on niistä johtuen mahdollisesti aiheutunut.

S1: Yleensä noihin lausuntoihin tai arvioihin tulee huonosti kirjattua se asiakkaan tahto. Ihan itselläkin jää, koska sen on kuullu... Se tulee kirjattua, jos asiakas vahvasti vastustaa hoitopaikan hakuu, et hän vastustaa ja haluaa ehdottomasti olla kotona, ni kyl se tulee kirjattua. Se tulee ehkä lievemmin, et kaikki ovat samaa mieltä ja lähdetään hakemaan hoitopaikkaa.

Ihanteellista sosiaalityöntekijöiden mielestä olisi, että hoitotyön yhteenvedosta kävisi ilmi, että asiakkaan ja omaisten kanssa on jo aiemmin käyty keskustelua asiakkaan mahdollisesta tehostettuun palveluasumiseen muuttamisesta. Keskusteluja ei ymmärrettävästi ole voitu käydä, jos asiakas on sairaalassa ja ennen sairaalaan joutumistaan ollut omatoiminen tai epävirallisesti omaishoidettava. Aineiston mukaan niiden asiakkaiden, jotka ovat jo aiemmin olleet kotihoidon asiakkaita, hoitotyön yhteenvedossa on nämä keskustelut yleensä mainittu.

SAS-prosessin käynnistämiseen tarvitaan hoitotyön yhteenvedon lisäksi asiakasta **hoitavan lääkärin lausunto**, josta käy ilmi asiakkaan diagnoosit, sairauksien ennuste ja kannanotto siihen, että pystytäänkö mahdollisesti joillain lääkemutoksilla tai kuntoutuksella parantamaan asiakkaan tilaa. Asiakasta hoitava lääkäri ottaa tarvittaessa kantaa myös vanhuksen kykyyn ymmärtää omaa tilaansa tilanteissa, joissa asiakas on vaaraksi itselleen tai muille ihmisille.

S2: Jollain taval näähän on semmosii, jos miettii muuta sosiaalityötä, ni se asiakkaan osallisuus ja vaikuttamisen mahdollisuus on sil taval aika näennäinen, ku puhutaan

hoitopaikan saamisesta tai kotona asumisesta. Ettei oo sitä rajatonta kirjoo, mis me ees tätä työtä tehtäis. Et siin mieles semmonen osallisuus varmaan toteutuu sit niin hyvin, ku täs on mahdollist, et hän on mukana siin prosessissa. Se, mist asiakas itse saa päättää on, et haluaaks hän asuu kotona vai haluaaks hän olla hoitopaikas. Et se on niinko aika vähäistä. Mun mielest seki välil unohtuu, et sitä ei oteta huomioon. Mä jotenki ajattelisin, et ehkä me mennään pikkuhiljaa parempaan päin, ku useampi sitä vaatii. Et siit tulee semmonen ymmärrys, et se ei oo mikään pikkuasia. Joskus tuntuu, et se tarttis irrottaa täst kontekstista. Et täs puhutaan ihmisen elämästä, eikä vaan... Jossain kohtaa tarttis pysähtyy ajattelemaan sitä, et ihminen on voinu asuu 60 vuotta siin samas asunnos niiden piironkien ja sohvien kans. Ja nyt me päätetään, et hän ei voi siel enää asuu. Ja et hän muuttaa tonne vanhainkotiin ja hän saa verhot mukaansa. Ne on niit konkreettisii asioi sil vanhuksel ja tietysti hänen omaisilleki.

Itsemääräämisoikeus ei poista viranomaisen velvollisuutta huolehtia haavoittuvassa asemassa olevan vanhuksen riittävästä hoivasta ja huolenpidosta. Sairaalassa olevan asiakkaan kotiuttaminen on lääkärin päätös. Tilanteissa, joissa on epäily siitä, ettei asiakas ehkä selviä kotioissa, vaikka sairaalaolosuhteissa pystyy olemaan lähes omatoiminen, tehdään yleensä kotikokeilu tai ainakin kotikäynti fysioterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. Kotikokeilu voi olla yhden päivän ja yhden yön mittainen jakso, jonka aikana moniammatillinen kotiinkuntoutustiimi käy tiheästi asiakkaan luona ja raportoi tapahtumista. Jos kotikokeilu onnistuu hyvin, asiakas ei palaa sairaalaan, vaan jää kotiinsa kotiinkuntoutustiimin ja kotipalvelun turvin. Epäonnistuneen kotikokeilun jälkeen asiakas palaa sairaalaan ja sairaalan henkilökunta käynnistää SAS-prosessin. Valitettavan usein epäonnistuneen kotikokeilun takana on vanhukselle sopimaton asunto, jossa on portaita tai korkeita kynnyksiä. Esimerkiksi rintamamiestalot sopivat harvoin vanhojen liikuntarajoitteisten ihmisten tarpeisiin.

S2: Sitte jos ajatellaan näin, et ehkä muut tahot mieltis hoitopaikalle jo, ja asiakas itse sitä vastustaa, ja jos se on selkeä, et hän ei kerta kaikkiaan voi siel kotonaan olla, et se on vaarallista, ni silloin mä sanon, et lääkäri vetää sen rajan. Koska hänel on se ammattitaito ja tieto siitä, et miten muistisairaus vaikuttaa päätöksentekokykyyn ja muuta. Et must se rajanveto tapahtuu siellä, et sit se on taas meidän työtä käydä sitä keskustelua moniammatillisesti.

Vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutuminen tulee tarkasteluun erityisesti niissä tapauksissa, joissa omaiset, hoitava henkilökunta ja viranomaiset ovat sitä mieltä, ettei vanhuksen ole turvallista enää asua omassa kodissaan, mutta vanhus itse vastustaa muuttoa. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen edellytykset määräytyvät pääasiassa hänen kognitiivisen toimintakykynsä perusteella. Yleinen huono terveydentila, vammat tai puutteet fyysisessä toimintakyvyssä eivät sinällään estä itsemääräämisoikeuden toteutumista, kunhan

asiakas ymmärtää ottaa huomioon niiden aiheuttamat rajoitteet omassa toiminnassaan. Sosiaalityöntekijän tekemään tilannearvioon vaikuttaa eniten asiakkaan oma mielipide, varsinkin silloin, kun hän itse selkeästi ymmärtää, mistä asiasta mielipiteensä lausuu ja mihin asioihin tällä mielipiteen lausumisella on vaikutusta. Omaisten rooli on myös olennainen. Mikäli omaiset tukevat asiakkaan kotona asumista ja he pystyvät osallistumaan asiakkaan hoitoon, voidaan kotona asumista yleensä jatkaa. Asiakkaan tilanteen kokonaisuus ratkaisee sen, mihin toimiin on tarpeen ryhtyä.

S1: Sosiaalityöntekijä kokoo ne eri toimijoiden, asiakkaan, omaisen, kotihoidon, lääkärin, kuntoutushenkilökunnan näkemykset. Ja sit on tietyst se oma näkemys siihen, josta sitte tulee se kokonaisuus. Jos kaikki muut ammatti-ihmiset ja asiakas ja omaiset on sitä mieltä, et nyt ei enää pärjätä, ni ei oo sosiaalityöntekijän myöskään mitään syytä tai perustetta ruveta hangottelee vastaan. Osa on ihan, et tää on ihan selvä tapaus.

Sosiaalityö tulee mukaan vanhuspalveluiden moniammatilliseen tiimiin siinä vaiheessa, kun kotona asuvan vanhuksen toimintakyky on huonolla tolalla ja kotona asumisessa eteen tulevat ongelmat alkavat huolestuttaa omaisia ja viranomaisia. Yhdessä moniammatillisessa tiimissä arvioidaan, että onko asiakkaan turvallista jatkaa kotona asumista vai ei. Vanhuksen oma mielipide on lähtökohtana siten, että mikäli vanhus haluaa jatkaa kotona asumistaan, pyritään moniammatillisessa tiimissä löytämään sellainen ratkaisu, että näin voi tapahtua. Vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumisen pohtiminen ja sen tukemisen aloittaminen vasta SAS-prosessissa on sosiaalityöntekijöiden mielestä aivan liian myöhäistä.

S2: Se on varmaan semmonen, jos mä ajattelisin ihanteellist SAS-prosessii, ni et saatais sisäänajettuu tähän koko systeemiin enemmän, et täs on kyse siit asiakkaast, siit vanhuksest, hänen loppuelämästä ja asumisesta. Ei siitä, et mitkä täl hetkel on ne resurssit ja kustannukset hänen hoitamisest ja näin pois päin.

Sosiaalityöntekijät suhtautuvat realistisen kriittisesti siihen, miten paljon he kykenevät sosiaalityön menetelmin tukemaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä elämää. He nostavat esiin muita aikaisemmassa vaiheessa asiakkaan elämään vaikuttavia avainasemassa olevia ammattiryhmiä vanhuksen itsemääräämisen ja itsenäisen elämän mahdollistajina. Vanhuksen arkeen pitää saada elämää ja tapahtumia, jotta hän säilyttää elämänhalunsa ja tuntee

olevansa arvokas. Esimerkiksi pitkän sairaalajakson jälkeen saatu kuntoutusjakso tukee asiakkaan omatoimisuutta ja rohkaisee itsenäiseen toimintaan.

S1: Eli se asiakas on hoidettu kotona, siel on pidetty kaikki tarvittavat hoitokokoukset, siel on järjestetty kuntoutus, siel on myöskin lääkäripalvelut järjestetty. Eli silloin tavallaan se asiakas on hyvin hoidettu kotona, ja sit vaan kaikki yhdes totee, ettei voida enää kotona jatkaa, ni siitä käynnistyy SAS-prosessi. Ja mieluiten niin, et asiakas itse totee sen, että nyt alkaa olla se aika, yhdes kotihoidon ja omaisten kanssa. Ja siin vaihees sit kutsutaan sosiaalityöntekijä mukaan.

Palveluohjaus ja palvelutarpeen kartoitus säännöllisin väliajoin pitää asiakkaan ja omaiset ajan tasalla sen suhteen, mitä palveluja on tarjolla ja toisaalta, missä kohtaa kotiin tarjottavat palvelut eivät enää riitä takaamaan asiakkaan turvallisuutta. Palvelutarpeen arviointi edellyttää ammattitaitoa arvioida sekä asiakasta, että hänen asuinolosuhteitaan ja etsiä ratkaisuja eteen tuleviin ongelmiin. Se edellyttää laajaa yksityisen, kunnallisen ja kolmannen sektorin palvelutarjonnan tuntemusta, jotta on mahdollista löytää kuhunkin tilanteeseen sopivat palvelut.

Sosiaalityöntekijät näkevät vanhusten tasa-arvoisen kohtelun SAS-prosessissa olevan kiinni pitkälti siitä, missä he ovat silloin, kun SAS-prosessin käynnistämistä aletaan harkita. Keskeistä on se, mikä on hoitava taho ja kenellä on hoitovastuu. Sairaalassa hoidetaan sairaita ihmisiä ja sairaalasängyt tarvitaan potilaille, jotka ovat mahdollisesti hoidettavissa parempaan kuntoon. Paineen alla työtään tekevän hoitohenkilökunnan rajallisten resurssien priorisointi on sosiaalityöntekijöiden mielestä ymmärrettävää toimintaa. Osalla sosiaalityöntekijöistä (3/7) on sellainen käsitys, että etenkin nuoret ja vähemmän kokeneet sairaalalääkärit pelkäävät kotiuttaa huonokuntoista vanhusta kotihoidon apujen varaan, vaikka tämä itse sitä haluaisi. Omaisten ilmaisema hätä siitä, että mitä vain voi kotona sattua, on varmasti osaltaan myötävaikuttamassa lääkärin ratkaisuun välttää riskejä.

S7: kun se toisen oleminen siellä kotona on kumminkin useimmissa omaishoidon tapauksissa täysin sen omaishoitajan varassa, et jos se haluaa jatkaa siinä omaishoitajana, ja se on sitten se, mitä se siitä asiakkaasta kertoo. Ei sitä voi mistään kattoo, et pitääks se paikkaansa.

Aineiston mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta loukataan ehkä eniten sellaisissa omaishoitotilanteissa, joissa omaishoitaja ei enää voi jatkaa hoitamista. Hän on joko väsynyt hoitamiseen, joutunut sairaalaan tai kuollut. Näin käy usein silloin, kun omaishoitajana toimii asiakkaan puoliso, toinen vanhus. Iäkkäät omaishoitajat kuuluvat useimmiten samaan ikäkuokkaan kuin hoidettavansa ja heillä itselläänkin on useita sairauksia. Eettisesti tilanne voi olla omaishoitajan velvollisuudentunnon takia kestävä, mutta tilannetta on punnittava myös omaishoidettavan riittävän hoidon ja huolenpidon kannalta. Väsynyt ja sairas hoitaja ei jaksa hoitaa niin hyvin kuin levännyt virkeä hoitaja.

S4: Täs korostuu se moniammatillisuus jotenki tosi paljon, et tehään eri ammattiryhmien kans ja se on tärkeä siin arviot nimenomaan, siin SAS-arviot se. No sitä moniammatillisuut oppii. Semmonen kokonaistiedon kerääminen ja kokoominen ja sit sen arviointi.

Jokaisella vanhuspalvelujen sosiaalityöntekijällä on useita kotihoidon alueita hoidettavanaan ja erot näiden alueiden toimintatapojen välillä olivat heidän mielestään selkeitä. Erot näkyvät muun muassa siinä, missä vaiheessa SAS-prosessin käynnistämisen tarpeesta aletaan puhua sosiaalityöntekijälle. Aina ei kotihoito ole käynyt keskustelua SAS-prosessin tarkoituksesta asiakkaan ja hoitokokoukseen saapuvan omaisen kanssa. Sosiaalityöntekijä saatetaan pyytää hoitokokoukseen ennen kuin toimintakykyä, muistia ja kognitiotasoa mittaavia testejä on tehty, tai ennen kuin hoitava lääkäri on ottanut kantaa siihen, voidaanko asiakkaan toimintakykyä mahdollisesti parantaa lääkemutoksilla tai kuntoutuksella. Toisaalta on myös sellaisia kotihoidon alueita, joissa asiakkaita hoidetaan kotona erittäin pitkään, jos asiakas itse sitä toivoo. Omaisten tuki on kotona pitkään hoidettavien kohdalla oleellinen.

S2: ... tällä hetkellä mun kokemus on aika pitkälti se, et mennään kotihoidon mukaa. Et täl on nyt tän ja tän verran käyntejä, eikä pystytä lisäämään, et on hankalaa. Tai just et on muistamaton ja huonot muistipisteet. Mun kokemus on se, et tosi paljon se painottuu siihen. Et puhutaan niist hoitoresurseist enemmän ku siit asiakkaan tarpeesta. Eroi tietysti on, mut semmonen yleiskuva.

Sosiaalityöntekijöiden mielestä parhaassa asemassa itsemääräämisen suhteen ovat sellaiset kotihoidon asiakkaat, joiden asuinalueesta vastaava kotihoito on pitänyt kokonaisvaltaisesti huolta asiakkaan tarpeista. Asiakkaan ja omaisten kanssa käydään tietyn väliajoin rakentavaa

keskustelua hyvässä hengessä ja pyritään yhdessä löytämään ratkaisuja kotona ilmenneisiin ongelmiin ja vaaratilanteisiin. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen tarpeista huolehtimiseen kuuluu kotihoidonpalvelujen ja tukipalvelujen lisääminen oikea-aikaisesti. Siihen kuuluu myös se, että kotihoito on tarpeen mukaan yhteydessä kotihoidon lääkäriin ja raportoi lääkärille asiakkaan terveydentilasta ja lääkehoidon vaikuttavuudesta. Kun kuvatun kaltaisen kotihoidon alueen asiakkaan SAS-prosessi käynnistetään, ovat kotona asumisen ongelmat moneen kertaan käyty läpi asiakkaan ja hänen omaistensa kesken. Kun kaikki osapuolet ovat samaa mieltä siitä, että kaikki mahdollinen on jo tehty, jotta kotona asuminen olisi turvallista, on hoitokokous rauhallinen tilaisuus, jossa asiantila todetaan, ja sovitaan SAS-prosessin käynnistämisestä. Kaikki osapuolet ovat tavallaan kypsyneet ajan myötä ymmärtämään, että nyt asiakkaan on aika muuttaa kotoa ympärivuorokautiseen hoitoon.

Osa sosiaalityöntekijöistä (4/7) oli sitä mieltä, että erot kotihoidon alueiden välillä ovat enemmänkin sairaanhoitajakohtaisia kuin aluekohtaisia. Heidän mukaansa samalla alueella olevat kaksi sairaanhoitajaa hoitavat usein asiakkaan asioita eri tavoin. Osan mielestä (2/7) suurin vaikuttava tekijä kotihoidon alueiden väliseen eroon on kotihoitoalueen palveluesimiehen persoona, joka tulee esiin tavassa johtaa, ottaa kantaa asiakkaiden tilanteisiin ja osallistua asiakkaiden hoitokokouksiin. Kaikki sosiaalityöntekijät olivat sitä mieltä, että erot eri kotihoidon alueiden välillä tai niissä työskentelevien sairaanhoitajien ammattitaidossa vaikuttaa asiakkaiden yhdenvertaista kohtelua heikentävästi.

5.2 Mikä on vanhustenhuollon sosiaalityön rooli SAS-prosessissa?

Hoitokokouksessa sosiaalityöntekijän tehtävä on tarvittaessa seistä asiakkaansa rinnalla ja puolustaa tämän oikeutta itsemääräämiseen. Yhteiskunnallisissa asioissa vanhusten asioita pyritään sosiaalityön piirissä edistämään siten, että kukin sosiaalityöntekijä vie havaitsemiaan epäkohtia päättävien kunnallisten ja valtakunnallisten organisaatioiden tietoon.

S1: Erityispiirteet tässä työssä on se, et asiakkaina on siin elämänkaaren loppupääs olevat ihmiset, ja sit pitää tietyst tuntee yhteiskunnallinen tilanne, et mikä on vanhuksen asema yhteiskunnassa. Mut muuten sosiaalityöhän on sitä asiakkaan tukemista ja voimavarojen löytämistä siin hänen tilanteessaan. Mut täs on tietyst se asiakkaan ikä ja hänen asemansa yhteiskunnassa, mikä vaatii sitä erityisosaamista. No toki esimerkiks lastensuojelussa, mut myöskin täs pitää olla herkkänä sille, et on tarvittaessa asiakkaan rinnalla eikä kotihoidon tai omaisten, jos näkemykset on vastakkaisii. Et pitää mieles sen, et kuka on ensisijaisesti se asiakas. Se on se vanhus.

Sosiaalityöntekijät näkevät oman roolinsa laajasti. Oleellista on seistä tukemassa asiakasta ja pyrkiä löytämään hänen etunsa mukaiset ratkaisut esiin tuleviin ongelmiin. Moniammatillisen työryhmän tuottaman asiakastiedon kokoamisen lisäksi asiakkaan ja omaisen mielipiteen kirjaaminen on tärkeää. Asiakkaan yhteiskunnallisen aseman turvaaminen on vanhuspalveluiden sosiaalityön keskeisempiä tehtäviä. Asiakastilanteissa esiin tulevat epäkohdat viedään tiedoksi johtavalle taholle.

S5: Mä olin sairaalas viime viikol palaveris, missä asiakas tuli puol tuntii myöhäs palaveriin, ku hänen piti meikata. Hän oli hirveen tarkka ulkonäöst, ni hän ei ollu kerenny sitte. Sit hän tuli siihen palaveriin ja ilmotti, et hän ottaa lopputilin. Hän oli kuvitellu olevansa töis siellä No sit hän ehdotti, et jos mä voisin alottaa sit huomenna hänen tilallaan. Semmosten asiakkaiden kanssa on mahotonta käydä sitä keskusteluu siit hoitopaikasta, ku he ei ymmärrä.

H: Aivan. Et hän palkkas sit sut sinne?

S5: Joo, ku hän joutu tekee niin pitkää päivää. Aamust iltaan, illast aamuun. Niin ei hänen kans pystyny sitä keskusteluu käymään. Mut kyl lähtökohtasesti tosi monien kans pystyy. Ja vaik mä välil tiedän, et he vastaa ihan puuta heinää ja ne tilanteet ei pidä yhtään paikkaansa, ni mun mielest se, et antaa edes heidän vastata itse ja kuuntelee, vaiks sielt tulee usein sitä, et ei missään nimes kotoo pois, et ku niin hienosti menee. ”Kaupas käyn ja ruokaa laitan” ja sit kaikille on selvää, että ei se pidä paikkaansa, mut annetaa sil vanhuksel mahdollisuus säilyttää kasvonsa.

S7: Kyl hän (asiakas hoitokokouksessa) aina istuu pöydän ääres. Aina, ymmärtää tai ei ymmärrä. Mä en semmosta prosessii halua, et joku jossain makuuhuonees töröttää ja me vaan keskustellaan. Ja jos sitte on niin, ettei jaksa siinä olla tai jotain, ni kyl mä meen sit ainaki sen asian hänelle kertomaan, mitä tässä on puhuttu ja sanottu, niin et hän on sen kuullu joka tapauksessa.

Asiakkaan muistia ja kognitiivista toimintakykyä mittaavat tuloksen voivat olla huonot, mutta asiakas saattaa silti olla tilanteen tasalla. Ja vaikka asiakas ei olisikaan tilanteen tasalla on tärkeää, että hänen annetaan pitää kiinni arvokkuudestaan eikä nolata häntä.

S5: No mä olin hoitokokouksessa, mis oli ihan skarppi vanhus ja mä yritin häneltä itseltään kysellä asioita, ni omainen puhu jatkuvasti päälle. Et älä kuuntele sitä, älä usko sitä, et älä nyt vaan kirjota, et menee hyvin, ku hän sano mulle, et menee hyvin. Kylhän mä nyt kirjauksist ja kaikest tiesin, et eihän siel hyvin mee, mut hän sano niin. Niin se omainen sano, et älä nyt vaan kirjota sinne, et menee hyvin, ku ei mee oikeesti. Ja mä sit jouduin jossain kohtaa tosi tiukkaan sävyyn sanoo, et mä haluan keskustella täst asiasta tän asiakkaan kanssa ja korostin sitä itsemääräämisoikeutta, et se on meillä jokaisella. Myöski vanhuksilla on itsemääräämisoikeus ja se, et tämmösist asioist tarvii keskustella, eikä täs oo annettu hänelle mahdollisuutta lainkaan itse kertoo mitään omii näkemyksii. Se omainen kyl sit hiljeni. Se on mun mielest järkyttävää, miten ajatellaan, et vanhuksen yli voi kävellä, päälle voi puhuu ja päätökset voi tehdä hänen puolestaan.

Asiakkaan tukemisen lisäksi nähdään tärkeänä tunnistaa asiakkaan asema yhteiskunnassa. Tarvittaessa sosiaalityöntekijän tehtävä on toimia asiakkaan asianajajana ja puhua hän puolestaan sellaisessa tilanteessa, jossa hän ei kykene itseään edustamaan.

S7: Mä ajattelen, et tässä työssä pitää ymmärtää se, että kummonen on vanhuus, mitä sairauksia vanhuus voi tuoda, missä on vanhuksen tahto. Onko, vaikka sulla on ikää, ni onko sulla itsemääräämisoikeus vai onko sun itsemääräämisoikeus omaisten tai jonkun muun taskussa. Sitä mä monesti ihmettelen, että jos on vanhus ja sille tulee putkiremontti, ni omaiset soittaa ihan paniikissa, että onko kaupungilla tälle asialle jotain tehtävissä. Ja miksei ole? Ja hänhän on vanhus! Aivan kuin et hän olis vauva. Et se ihminen nähtäis... ihmisenä, eikä vaan vanhuksena, seniilinä, kykenemättömänä hoitaa asioita tai jotenki muuten, et mitä se ikä tuo. Et semmost ymmärrystä, että mitä palveluja vanhus tarvitsee.

Omaiset ovat usein sitä mieltä, että sota-ajan eläneet ja Suomen nousuun nostaneet sukupolvet ovat hoitopaikkansa ansainneet ja sellainen tulisi heille tarjota, riippumatta siitä, että tarvitsevatko he hoitopaikkaa tai haluavatko he muuttaa kodistaan. Omaiset siis tavallaan vaativat vanhuksen arvostusta, mutta samalla saattavat olla silti sitä mieltä, että hänen itsemääräämisoikeuttaan ei tarvitse kunnioittaa ja että viranomaisen tehtävä on selittää vanhukselle, miksi tämän on muutettava omasta asunnostaan pois ja tarpeen tullen viedä hänet vaikka puoliväkisin hoitopaikkaan.

Johtava sosiaalityöntekijä: ”Sosiaalityö on vähän semmonen poikkihallinnollinen, eli vähän jokasta aluetta pitäis olla hallussa, että kykenis tavallaan sen kokonaisuuden näkemään. Et ei voi pelkästään ajatella, et sosiaalityöntekijä vanhuksen kohdalla kattoo vaan sitä, että on tuet haettu tai jotain tän tyyppisiä asioita, vaan ylipäätään se selviytyminen siinä arjessa on aivan olennainen asia. Ja sitä tietysti koko moniammatillinen tiimi kattoo omasta näkökulmastaan.”

Johtavan sosiaalityöntekijän näkemyksen mukaan vanhuspalveluiden sosiaalityön tärkeä tehtävä on kerätä eri ammattiryhmien tuottamaa tietoa vanhuksen tilanteesta ja vetää näiden tietojen sekä asiakkaan ja omaisten kanssa käymiensä keskustelujen perusteella johtopäätöksiä siitä, mikä on kokonaisvaltaisesti paras ratkaisu asiakkaalle. Sosiaalityöntekijän päätös perustuu kotihoidon hoitotyön yhteenvedon, eli arvioon siitä, voidaanko vanhuksen elämä turvata hänen omassa kodissaan kotihoidon avuin, lääkärin lausuntoon sekä erilaisten muisti- ja toimintakykytesteihin. Asiakasta hoitava taho on siis ratkaisevassa roolissa.

SAS-sosiaalityöntekijä: ” vanhusten kohdallahan se on se moniammatillinen tiimi, joka parhaimmillaan just ottaa nämä kaikki eri osa-alueet huomioon, ja tietenkin mikään osa-alue ei oo pelkästään jonkun tontilla.” ”Siinä mielessä semmonen laaja näkökulma sitte tietenki myös ihan kotihoidon työntekijöillä pitäs toivon mukaan olla, et sosiaalityöntekijän ei pitäs tulla kuvioon vasta viime metreillä, yhtä lailla ku lääkärikin, et täähän on sitä asiaa, mitä me täällä koko ajan väännetään. Et sitä vois ennakoida ja ylipäätään nähdä se, et jonkun **ihmisen elämä on sen arvoinen, et sitä kannattaa useammankin ihmisen miettiä, et miten se ois hyvä.** Et se ei ois pelkästään se, et mitä minä teen, niin se riittää. Et siinä mielessä.”

Johtava sosiaalityöntekijä pitää ehdottoman tärkeänä, että asiakkaan mielipiteen kuuleminen ja itse määräämisoikeuden kunnioittaminen näkyvät asiakkaasta tehdyissä sosiaalityön kirjauksissa. Jostain syystä näiden asiakkaan ja hänen omaistensa mielipiteen kirjausten tekeminen on aiemmin ollut lähes olematonta. Gerontologiseen sosiaalityöhön kuuluu moniammatillisen tiimin jäsenenä toimimista, eli yhdessä kotihoidon ja kotihoidon lääkärin kanssa pyritään löytämään oikeaa-aikaisesti yksilöidyt ratkaisut vanhusten arkea helpottamaan. SAS-sairaanhoidajan mukaan gerontologisessa sosiaalityössä keskitytään katsomaan vanhuksen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tilaa yhtenä kokonaisuutena. Ennen SAS-sairaanhoidajaksi siirtymistä sairaanhoidajalla on pitkä kokemus kotihoidon sairaanhoidajan työstä. Tämän työkokemuksen perusteella hän kertoo, että kotihoidossa yritetään aina tehdä kaikki mahdollinen asiakkaan eteen. SAS-lääkärin mukaan gerontologinen sosiaalityö on asiakkaan kokonaistilanteen arviointia. Arvioinnissa lähtökohtana on vanhuksen sen hetkinen tilanne, jota lähdetään kartoittamaan listaamalla asiakkaan resursseja. Ratkaisevia resursseja ovat esimerkiksi terveydentila ja toimintakyky. Asiakkaan kyky toimia ratkaisee myös sen, minkälaisessa sosiaalisessa ympäristössä asiakas tulee toimeen. Tähän toimeen tulemiseen vaikuttaa SAS-lääkärin mukaan muun muassa se, mitä apuja hän tarvitsee ja pystyykö hän itse hankkimaan tarvitsemansa avun, eli olemaan kontaktissa palveluntuottajiin ja selvittämään tilannetta.

S6: Tietenki on semmosii kimurantteja tilanteita, mutta mä keskustelen aina sen kotihoidon kanssa ja mä ymmärrän sen heijän puolen, et nyt tässä on oikeesti joku ongelma. Ja mullakaan ei oo aina ratkasua, miten tässä nyt menetellään. Ja sit mä viestitän SAS-ryhmälle siitä asiasta. He ottaa kantaa, että olisko siinä sit järkevää, et jos se ei enää oo vaan se hoitopaikan haku, että tehdä joku lähete jonnekin. Et otettas joku, esimerkiksi sairaalajakso siihen, jos se menis sit helpommin eteenpäin silleen. SAS-ryhmän lääkäri ottaa siihen kantaa, että asiakas yleensä pääsee sinne sairaalaan, tai miten se nyt meneeki.

SAS-ydinryhmän tehtävänä on tehdä päätökset ympärivuorokautisen hoidon jonoon ottamisesta, samoin kuin kullekin asiakkaalle sopivan hoitopaikan tarjoamisesta. Ryhmä tukee ja ohjaa vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijöitä työssään perehtymällä asiakkaan potilastietojärjestelmässä olevaan asiakastietoon ja ottamalla kantaa vaikeasti ratkaistaviin asiakastilanteisiin. Sosiaalityöntekijät arvostavat SAS-ydinryhmää ja kertovat, että heidän työtään helpottaa, kun he voivat hoitokokouksessa sanoa, että asia viedään SAS-ydinryhmän ratkaistavaksi.

5.3 Sosiaalityöntekijöiden eteen tulleet eettisesti ristiriitaiset asiakastilanteet

Eettisesti ristiriitaiset tilanteet asiakkaiden arvioinnissa ovat tilanteita, joissa sosiaalityöntekijät kokivat, että asiakkaan arvokkuutta loukataan, häntä kohdellaan huonosti tai vajaavaltaisena, kuin pientä lasta. Toisaalta vanhuksen aikuiset lapset saattavat tiukassa tilanteessa taantua lapsiksi jälleen, eivätkä halua tai uskalla sanoa omalle vanhemmalleen, että oman turvallisuutensa ja lasten huolen vuoksi tämän tulisi siirtyä hoitopaikkaan.

Kysyin teemahaastattelussani sosiaalityöntekijöiltä esimerkkejä SAS-prosessissa eteen tulleista eettisesti arveluttavista tilanteista. Kaikki saamani esimerkit olivat keskenään hyvin erilaisia.

S1: ... kylhän ne asiat on puhuttava. Ja seki, että omainen soittelee jatkuvasti kotihoitoon tai mulle, et nyt pitää äiti saada pois tuolta, mut sit jos hän ei oo valmis sitä ite siin hoitopalaveris sanomaan, ni sit se asia jää selvittämättä. Jos asiakas halua olla kotona, ni silloin hän on kotona. Et me ei kyllä missään nimes mun mielest lähdetä, ei sosiaalityöntekijä, ei kotihoito toimimaan omaisten äänitorvena asiakasta vastaan.

S6: Se täytyy sanoa, että on myös... ku on näitä tapauksia, jokainen on niin omanlaisensa ja variaatiota on paljon. On myös tilanteita, joissa se omaisten intressi onkin, et se vanha isä tai äiti asuu siinä vanhassa omakotitalossa. Siitä ei jostain syystä halutakaan eroon, se halutaan säilyttää suvulla, se on keskusteltu, et kenelle se jää ja se onki hyvä sijainti, ja hyvä tontti ja näin edespäin.

Varsinkin omaishoitotilanteissa on sosiaalityöntekijöiden mielestä useita mahdollisia eettisesti arveluttavia asioita. Omaishoitajina toimivat iäkkäät ja itsekin sairaat puoliset kokevat velvollisuudekseen hoitaa puolisoaan kotona ja niin pitkään ja hyvin kuin kykenevät. Kun hoitaja on saman ikäinen hoidettavansa kanssa, niin on pohdittava, että onko hoitajan elämä työtä vuorotta, vai voiko hän sanoa nauttivansa elämästä. Joskus omaishoitajana toimivan

iäkkään puolison käsitys ”normaalista” tilanteesta on voinut ajan ja pariskunnan sairauksien lisääntymisen myötä vähitellen muuttua sellaiseksi, ettei hoidettavan saama hoito ole enää riittävän hyvällä tasolla.

S5: Tuli kotihoidosta ilmotus, että asuu yksin rouva ja poika käy pahoinpitelemässä tosi rajusti. Ja sit ryöstää rahoja ja semmosta. Ja hän ei täytä meidän ympärivuorokautisen kriteereitä millään tasolla, hän ei täytä melkeen ees kotihoidon kriteereitä. Et nyt kotihoito alottaa siel kaks kertaa viikos käynnit, jotta siel ois edes joku valvonta tavallaan. No, täs kohtaa rouva ei oikeestaan itekään haluu sielt mihinkään hoitopaikkaan, mut emmä tiedä, ehkä mä kysyisin, veisin sen SAS-ryhmälle. Mut todennäköisyys siihen, et hän sais hoitopaikan, ois tosi pieni, koska kyllähän näis tilanteis usein katotaan hiukan löyhemmin, jos on oikeesti vaaratilanne. Mut ku tää ei oo lähelläkään meidän kriteereit, ni emmä tiedä. Sit hän ei suostu sielt tonne turvakotiin menemään, mikä ois hänen oikee paikka. Et ei oikeen auta ku oottaa, et koska tulee huono uutisii. Se on ihan hirveetä. Ja sit on semmonen olo itellä, et se vastuu on täällä.

Sosiaalityöntekijät ovat työssään havainneet, että suurin osa omaisista haluaa hyvää omalle vanhukselleen, vanhemmalleen tai läheiselle sukulaiselleen, mutta poikkeuksiakin on. Omaiset saattavat elää omassa maailmassaan näkemättä todellisuutta sellaisena, kuin se ulkopuoliselle näyttäytyy. Patoutuneet tunteet saattavat purkautua vanhukseen kohdistuvana uhkailuna tai väkivaltana. Vanhuksiin kohdistuva väkivalta johtuu sosiaalityöntekijöiden käsityksen mukaan useimmiten pahoinpitelijän mielenterveysongelmista tai päihderiippuvuudesta. Sosiaalityöntekijät kokevat tämänkaltaiset tilanteet ahdistavina, koska vanhukset haluavat usein puolustella ja peitellä lapsensa tekoja, sen sijaan, että hakisivat itselleen apua.

S7: Mä olin kotikäynnillä, jossa oli aviopari, pappa ja mamma. Ja kummallaki tais olla kotihoito, ja se mamma oli dementoitunut, pitkälle dementoitunut ihminen, jolla oli toimintakykyä muuten kyllä yllin kyllin. Ja hän oli aina tottunu kävelemään. Sit hän käveli niitä sen asuinalueen seutuja, edes sun takasin, ja saatto eksyä toisten ihmisten pihaan kysymään vettä välillä ja sitä reittiä. Et hän alko mennä sekasin siitä reitistänsä. Sit me oltiin pitämäs palaveria, ku kotihoidolla oli heränny huoli kumminki, ku se pappa nukahteli ja sillä välin se mamma pääsi niinku karkuun, sanotaan. Siel palaverissa oli lapset ja pappa ja ite vanhus. No tämä dementti itse vastusti tietenki henkeen ja vereen, et hän haluaa olla kotona. No joo, hyvä näin. Pappa vastusti sijotusta ja lapset oli sitä mieltä, että se mamma saa jäädä kotiin. No mitäs teet, mamma jää sitte kotiin, ku omaiset on sitä mieltä, et mamma pärjää kotona. Ja me tiedetään, et mamma haahuilee siellä asuinalueella.

H: No miten homma eteni?

S7: Se jäi sinne. Mä en tiedä, mitä sille nyt kuuluu tällä hetkellä. Ne omaiset aiko hankkia GPS-paikanninrannekkeen, et näkis, missä se on. Siihen pisteeseen se eteni. Mut siinä tuntu,

et tää on hurjaa touhua. Kaikki oli ikään kuin tyytyväisiä, et se mamma jäi kotiin, paitsi sosiaalityöntekijä ja kotihoito. Me ihmeteltiin, et he uskaltaa jättää sen, mut he oli täyspäisiä ihmisiä, paitsi asiakas itse. Mä ajattelen, et se jätettiin sinne, et se pappa voi hyvin. Näin mä sen tulkitsin.

H: Nii, et pappa ois ollu yksinäinen ilman?

S7: Nii. Ja sitte olis tullu omaisille riesa papasta. Tämmönen mielikuva mulle siitä jäi.

Osa omaisista ei haluaisi myöntää, että oma vanhempi on hyvin dementoitunut ja hänen kognitiiviset kykynsä ovat minimaaliset. Syynä saattaa olla aikuisen lapsen pelko dementiaipumuksen periytyvyydestä. Vanhusta kohdellaan ja hänelle puhutaan siten, kuin menneinä vuosikymmeninä on kohdeltu ja puhuttu, vaikka hän ei enää kykene toimimaan ja ymmärtämään asioita kuten ennen. Suurin osa työssäkäyvistä perheellisistä omaisista on todella väsyneitä huolehtimaan vanhemmistaan ja siksi he pyrkivät löytämään itseään helpottavan ratkaisun tilanteeseen.

5.4 Tutkielman empirian yhteenveto

Haastatteluaineiston mukaan vanhusten itsemääräämisoikeutta kaiken kaikkiaan kunnioitetaan SAS-prosessissa. Jotta SAS-prosessi voidaan käynnistää, on ensin selvitettävä, että onko asiakkaan palvelunkartoitus ajan tasalla. Palvelunkartoituksessa arvioidaan, että voidaanko asiakkaan kotona asumista turvata kunnallisen tai yksityisen kotihoidon palveluja tai tukipalveluja käynnistämällä, niitä lisäämällä tai mahdollisesti omaishoidon tuen avulla. Kotihoidon palveluista ja tukipalveluista puhuttaessa otetaan siis huomioon myös yksityiset ja kolmannen sektorin palvelun tuottajat.



Kuvio 3. Gerontologisen sosiaalityön määrittelyä.

Palvelutarpeen kartoitus on syytä toistaa riittävän usein, koska esimerkiksi sairaalajaksot saattavat muuttaa merkittävästi kotitilannetta. Sairaalassa vanhukset saattavat lyhyilläkin hoitajaksoilla laitostua, jolloin heidän omatoimisuutensa heikkenee. Vanhukset ovat heterogeeninen joukko ihmisiä. Tärkeä kriteeri tarkoituksellisuuden, terveyden ja elämänlaadun arvioinnissa vanhuksille on heidän toimintakykynsä. Toimintakyky määrittää sen, miten itselliseen elämään ihminen pystyy. Toimintakykyä heikentävät sairaudet vaikuttavat vanhuksiin kuitenkin yksilöllisesti hyvinkin eri tavoin.

Vanhuspalveluiden sosiaalityö tulee mukaan asiakkaan palveluohjausprosessiin siinä vaiheessa, kun hänen kotona asumisensa on alkanut herättää huolta ja on tarpeen kartoittaa muita asumispalvelu- ja hoitovaihtoehtoja. Jokainen gerontologisen sosiaalityön asiakastapaus on omanlaisensa, vaikka asiakkaiden lähtökohdat ja olinpaikka vaikuttaisivat aluksi olevan yhdenkaltaiset. Muuttuvia vaikuttavia tekijöitä on paljon. Asiakkaan toimintakyvyn lisäksi on pohdittava hänen kotinsa sopivuutta ja turvallisuutta suhteessa hänen toimintakykynsä.



Kuvio 4. Moniammatillisuus SAS-prosessissa.

Haastatteluaineiston mukaan sosiaalityöntekijän tärkein yhteistyötaho on kotihoito. Kotihoidon arvioon sosiaalityöntekijät tukeutuvat kotihoidon ja sairaalassa olevien asiakkaiden kotona kotihoidon avuin selviytymistä arvioitaessa. Kaikilla haastatelluilla sosiaalityöntekijöillä on neljä kotihoidon aluetta, joissa kussakin on kolme sairaanhoitajaa. Jokainen haastateltava nosti ainakin yhden arvostamansa sairaanhoitajan yli muiden. Arvostettuja sairaanhoitajan ominaisuuksia ovat muun muassa asiakkaan toimintakyvyn seuraaminen ja palveluiden lisääminen vähitellen asiakkaan tarpeen mukaan. Se, että asiakkaan palvelusuunnitelmaa on pitkin matkaa säännöllisesti päivitetty, kotihoidon palveluja ja tarvittavia tukipalveluja otettu käyttöön sekä kotihoidon lääkäriä, asiakasta ja tämän omaista pidetty ajan tasalla, kertoo kotihoidon sairaanhoitajan ammattitaidosta. Yhtään sairaanhoitajaa ei haastatteluissa nimetty ammattitaidottomaksi, mutta yleensä vähiten työkokemusta omaava kotihoidon alueen sairaanhoitajista on se, joka pyytää useimmin sosiaalityöntekijää hoitokokouksiin, joissa todetaan, ettei asiakas täytä ympärivuorokautisen hoidon kriteereitä. Nämä hoitokokoukset sosiaalityöntekijät kokivat kiusallisina. Varsinkin omaisten on vaikea ymmärtää, miksi kokous on ylipäättään järjestetty. Tämänkaltaiset tilanteet ovat vältettävissä sovittujen sääntöjen noudattamisella. Mikäli toimintakykyä sekä muistia ja kognitiivista toimintakykyä mittaavat testit on päivitetty juuri ennen hoitokokousta, on jo ennakoitavissa, ettei asiakas täytä ympärivuorokautisen hoidon kriteereitä eikä hoitokokousta

järjestetä. Kiusallisina sosiaalityöntekijät myös kokivat tilanteet, joissa joko kotihoidon sairaanhoitaja tai omainen huutaa tilaisuudesta hämmentyneen asiakkaan korvaan, että ”tässä on nyt se sosiaalityöntekijä, joka päättää, että pääsetkö sinä sinne vanhainkotiin!”

Sairaalan sosiaalityöntekijät ovat sairaalassa potilaana olevien asiakkaiden puolesta puhujia ja yhteyshenkilöitä hoitavan henkilökunnan, asiakkaan, omaisten ja vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijän välissä. Sairaalan sosiaalityöntekijät ovat vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijöiden kollegoita. Yhteistyö heidän kanssaan koettiin vaivattomana. Sairaalan sosiaalityöntekijät ovat mukana sairaalassa satunnaisesti järjestettävissä hoitokokouksissa ja he huolehtivat siitä, että potilaana olevan asiakkaan kanta kotiutumiseen tai ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan siirtymisen tulee kirjattua asiakkaan tietoihin potilastietojärjestelmässä. Sairaalassa potilaana oleva asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen SAS-prosessissa ei kaikissa tapauksissa toteudu. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijät kokivat, että vanhoja ihmisiä ei kuntouteta samalla tavoin ja yhtä pitkään kuin nuorempia. Asiakkaat, jotka vielä halusivat kotiutua omaan kotiinsa, saattaisivat hyötyä pitemmästä kuntoutusjaksosta. Tällä hetkellä ainoa vaihtoehto on siirtää heidät tehostettuun palveluasumisyksikköön, jossa he saavat ympärivuorokautista hoitoa.

Omaishoidettavat asiakkaat, joiden omaishoitajina toimivat heidän iäkkäät puolisonsa, ovat asiakasryhmä, joiden itsemääräämisoikeus SAS-prosessissa toteutuu vain harvoin. Kun omaishoittoon ollaan alun perin päädytty, on päätöksen pohjalla yleensä asiakkaan toive jatkaa asumista omassa kodissaan ja omaishoitajaksi on valikoitunut iäkäs puoliso vaihtoehdon puutteessa. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijät kokivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen vaikeaksi tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee apua ympärivuorokautisesti ja hoitajan toimiva vanhus on myös itse sairas. Omaishoidettavat vanhukset ovat usein sokeita omalle avuntarpeensa määrälle, eivätkä näe puolisonsa väsymystä. Jatkuva unenpuute ja rasitus vanhalla ihmisellä johtaa usein vakaviin seurauksiin. Yleinen syy omaishoitosopimuksen purkamiseen on omaishoitajan kuolema.

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

6.1 Tutkimuksen yhteenveto

Tämän tutkielman tutkimuskysymys on: Miten sosiaalityöntekijät kuvaavat vanhuksen itsemääräämisoikeutta SAS-prosessissa? Tähän kysymykseen saamani vastaukset olen tiivistänyt seuraavasti:

1 a): Vanhuksen itsemääräämisoikeuden ”täydellinen” kunnioittaminen ei ole mahdollista silloin, kun vanhus ei itse kykene ymmärtämään omaa tilannettaan ja aiheuttaa käyttäytymisellään toistuvasti vaaratilanteita itselleen tai muille.

1 b): Asiallisesti itseään ilmaisevan sekä toimintakykynsä vajavuudet ja oman avuntarpeensa ymmärtävän vanhuksen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan.

2: Käytännössä omaisten ja läheisten mielipiteen painoarvo kasvaa tilannearviota tehtäessä sitä mukaa, kun vanhuksen toimintakyky heikkenee.

3: Hyväkuntoisiksi arvioidut vanhukset, jotka kokevat olonsa turvattomaksi ja yksinäiseksi kotonaan, mutteivat vielä täytyä ympärivuorokautisen hoidon kriteerejä, jäävät vaille haluamaansa yhteisöllistä ja kohtuuhintaista asumisympäristöä.

4: Sairaalassa olevien vanhusten omaa mielipidettä jatkohoitopaikan tai asumisen suhteen ei välttämättä kysytä.

5: Sairaalassa olevat ympärivuorokautista hoitopaikkaa jonottavat vanhukset ohittavat kotonaan paikkaa odottavat, koska sängyt tarvitaan sairaalahoidosta enemmän hyötyvien potilaiden käyttöön.

6: Omaishoidettavien asiakkaiden itsemääräämisoikeus on käytännössä riippuvainen omaishoitajan tahdosta ja kyvystä jatkaa hoitamista.

Iäkkäiden asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet oman elämänsä kulkuun ja asumiseen ovat haastattelujen perusteella suorassa suhteessa heidän toimintakykyynsä. Tietyn fyysisen ja psyykkisen toimintakykyä mittaavien arvojen alittuessa asiakkaan itsemääräämisoikeus kyseenalaistetaan. Omaishoitotilanteissa asiakkaan itsemääräämisoikeus ei voi toteutua, mikäli

omaishoitaja ei jaksakaan tai halua jatkaa omaishoitajana. Asiakkaan suojelemiseksi ja hänen parhaakseen tehdään päätöksiä, jotka muuttavat hänen elämänsä radikaalisti, mutta jotka eivät perustu asiakkaan omaan tahtoon. Asiakkaan kuulemisesta, ennen häneen kohdistuvien päätösten tekemistä, säädellään myös hallintolaissa. Asianosaiselle on varattava tilaisuus kertoa oma mielipiteensä ennen ratkaisun tekemistä (Hallintolaki 434/2003, 34§). Omaishoidon tukemista ja sen vaikuttavuutta on tutkittu useissa satunnaistetuissa, kontrolloiduissa tutkimuksissa ja saatu ristiriitaisia tuloksia. Vain alle puolessa tehdyistä tutkimuksista on onnistuttu keventämään omaishoitajien raskasta taakkaa. Hoidettavan laitoshoidon siirtymisen lykkääntymisestä ei ole myöskään selkeää näyttöä. Interventiot, joissa räätälöidään asiakkaan ja omaisten tarpeen mukaisia palveluita ja tukitoimia tuntuvat saavuttaneen parhaat tulokset. Oleellista niissä on ollut asiakkaan ja omaisten tarpeiden kuuleminen. (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003.)

Sosiaalityön paikka vanhustalouksissa onkin tämän tutkielman mukaan tukea vanhusten mahdollisuutta elää ikääntyneinä halutessaan kotonaan ja saada sinne mahdollisimman monipuolisia tukipalveluita itsenäiseen asumiseen ja kotihoitoon lisäksi. Jotta tämä olisi mahdollista kotihoitoon olisi panostettava merkittävästi nykyistä enemmän resursseja. Sosiaalityön avulla ei tähän saada muutosta. Toisaalta vanhustalouden motto ”kotona niin pitkään kuin mahdollista” jättää avoimeksi kysymyksen rajan vetämisestä. Miten pitkään on tämä niin pitkään kuin mahdollista? Milloin itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei enää ole hyvän tekemistä, vaan muuttuu nöyryyttäväksi ja epäkunnioittavaksi? Eettiset periaatteet saattavat olla keskenään ristiriidassa eikä olemassa ole vain yhtä oikeaa ratkaisua. Ongelmatilanteet ovat aina yksilöllisiä ja sen myötä myös niiden ratkaisuun ei voi olla yhtä hyväksyttyä kaavaa. Laeissa ja eettisissä säännöksissä määritetyt periaatteet luovat kuitenkin pohjan, josta käsin voidaan tarkastella ja arvioida erilaisia ilmiöitä ja tilanteita. Yhteiskunnallisen keskustelun pitäisikin tässä yhteydessä keskittyä pohtimaan myös, että mikä on arvokasta elämää ja mikä ei. (Jyrkämä 2015, 36-38.)

Vanhussosiaalityön keskeinen tavoite tulisi aina olla asiakkaan hyvä elämä. Jotta tämä tavoite voidaan saavuttaa, pitäisi olla aikaa kohdata asiakas, kuulla häntä ja mahdollisesti myös hänen omaisiaan. Omaisia voidaan siis kuulla, mutta koskaan ei pitäisi unohtaa, että kuka on sosiaalityöntekijän asiakkaana, vaikka hän olisi hiljainen ja vaatimaton, ja vaikka omaiset olisivat miten äänekkäitä ja käyttäytyisivät huonosti. Omaisten tahto ei aina mene yksiin

asiakkaan tahdon kanssa, eikä omaisten etu aina ole asiakkaan etu. Harvoin voimme tarjota asiakkaalle täydellisen hyvää elämää, voimme tehdä siitä kuitenkin niin hyvän kuin pystymme. Voimme toteuttaa hänen toiveistaan ainakin osan. Pienet asiat vaikuttavat yllättävän paljon lopputulokseen.

6.2 Tulosten reflektio

Vanhuksen itsemääräämisoikeus on turvattava tämän muistisairaudesta huolimatta. Yhteiskunnan tärkeä tehtävä on tarjota muistisairaille vanhuksille yhdenvertainen kansalaisuus ja tasavertainen kohtelu. Heille on annettava heidän tarvitsemaansa tukea ja palveluita, jotta he voivat elää elämäänsä tasavertaisina kansalaisina. (STM 2012.) Itsemääräämisoikeuden ylläpitäminen, ihmisarvon tunnustaminen sekä oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen kohtelun turvaaminen ovat yleisesti hyväksytyjä eettisiä periaatteita vanhustenhuollossa. Samoin hyvän tekeminen ja pahan tekemisen välttäminen. Näiden periaatteiden toteuttamiseen myös pyritään vanhustenhuollon käytännön toiminnassa. Edellä lueteltujen periaatteiden tulkinta saattaa kuitenkin johtaa tilannekohtaisiin ristiriitoihin. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen voi käantäytyä heitteillejätöksi, mikäli esimerkiksi kuullaan yksinomaan dementoineen ja huonokuntoisen vanhuksen mielipidettä hänen kotona asumisestaan. (Jyrkämä 2015, 36-38.) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen voidaan liittää osaksi yhteisössä hyväksytyksi tulemisen kokemusta. Ihmistä arvostetaan ja kunnioitetaan, hänen sanomisiaan kuunnellaan ja hänen puheensa otetaan vakavasti. Ihminen tulee nähdäksensä omana itsenään, omine toiveineen ja tarpeineen. Itsemääräämisoikeuden kunnioitus mahdollistaa ihmisarvoisen elämän. (Koivula, 2013, 25.)

Sosiaaliset, aineelliset ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat terveeseen ikääntymiseen. Tutkimuksen kautta saatu tieto terveellisestä vanhenemisestä mahdollistaa saadun tiedon eteenpäin viemisen ja sitä kautta vaikuttamisen käytännön toimintaan. Terveellisestä ikääntymisestä saadut kokemukseen perustuvat tiedot, samoin kuin annettu tuki ovat sukupuolittunutta ja riippuvaista kulttuurisista olosuhteista. (Sixsmith et. al. 2014) Parisuhde, perhe ja isovanhemmuus ovat sekä voimavaroja antavia, että niitä kuluttavia tekijöitä. Nämä instituutiot liittyvät sukupolvien välisiin suhteisiin ja toisaalta myös sosiaalisiin siteisiin ja verkostoihin. Perheen ja suvun sosiaalinen verkosto muodostavat eräänlaisen moraalisen yhteisön, jonka yhteiskunnallisena velvollisuutena on huolehtia jäsenistään. Kun joko lapset tai vanhukset tarvitsevat enemmän hoivaa kuin mitä julkinen sektori kykenee tarjoamaan,

vedotaan tähän moraaliseen velvoitteeseen. Suhteet voidaan kuitenkin nähdä myös neuvoteltavina velvoitteina, esimerkiksi niin, että uusperheessä hoidetaan suhteet uusiin ja vanhoihin isovanhempiin. (Marin 2003, 108, 113). Todellista velvoitetta hoitamiseen ja auttamiseen sukupolvien välillä ei kuitenkaan ole. Lainsäädännöstä on sosiaaliturvan tulon myötä poistunut lasten velvoite hoitaa ikääntyneet vanhempansa (Helin 2003, 35).

Erittäin vanhat ihmiset, 85-vuotiaat ja sitä vanhemmat, kuuluvat siihen ihmisryhmään, joka muita ryhmiä enemmän on kiintynyt sekä asuinympäristöönsä että omaan kotiinsa ja siellä oleviin tavaroihin ja niiden tuomiin muistoihin. Mitä pidempään jossain tietyssä paikassa on asunut, sitä enemmän löytyy ihmissuhteita asunnon ympäristössä ja sitä enemmän löytyy muistoja kodissa olevista tavaroista. Australiassa toteutetun tutkimuksen mukaan vanhuksella on identiteettiin vaikuttavat tunnesiteet sekä rakennettuun että sosiaaliseen ja psyykkiseen kotiin, kodin ympäristöön ja siellä oleviin ihmisiin. Kotona asumisen jatkuminen ja kotona oleminen tulkitaan positiiviseksi asiakkaan identiteetin säilymisen kannalta. Yhteys oman rapistuvan ruumiin ja kodissa eteen tulevien asunnon vanhenemisesta johtuvien ongelmien kanssa pikemminkin yhdistää kuin erottaa vanhusta kodistaan. Vanhusten erilaiset taustat ja elämäkokemukset tekevät heistä erittäin homogeenisen ihmisryhmän, jota ei pitäisi yhteiskunnallisesti käsitellä ainoastaan yhden otsikon alla. Vanhusten toisistaan poikkeavat avuntarpeet vahvistavat sellaista ajatusta, että myös kotiin tarjottavat kotipalvelut tulisi arvioida kunkin asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Ei diagnoosien tai iän perusteella, ei kunnallisen palvelujärjestelmän palvelutarjonnan mukaan, vaan perehtymällä ajan kanssa vanhuksen arkeen ja ajatuksiin. (Stones & Gullifer 2016.) Keskustelu asiakkaan kanssa hänen avun tarpeistaan ja ajatuksistaan palveluiden suhteen saa asiakkaan tuntemaan itsensä osalliseksi ja ainakin jossain määrin vapaaksi päättämään omasta elämästään. (Kalliomaa-Puha 2014, 274-289.)

Lainsäädännöllä on pyritty varmistamaan asiakkaan oikeus olla oman elämänsä ja tilanteensa paras asiantuntija. Ennen kuin tehdään asiakasta koskevia päätöksiä, häntä on kuultava (Hallintolaki 34.1 § ; Perustuslaki 21.2 §). Jotta asiakas kykenee tekemään itseään koskevia päätöksiä, on hänelle annettava asiasta tietoa siinä muodossa, kuin hän kykenee tiedon ottamaan vastaan (esim. asiakaslaki 5 §; potilaslaki 5 §; hallintolaki 8 §, 9 §). Asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa sekä sosiaali- että terveyspalveluissa. Palvelu- ja hoitosuunnitelma on lakisääteinen (asiakaslaki 7 §, potilaslaki 4a §) ja sitä on

muutettava aina asiakkaan tilanteen muuttuessa yhdessä asiakkaan kanssa. Puolen vuoden välein se päivitetään, vaikkei varsinaisia muutoksia asiakkaan tilanteessa olisikaan tapahtunut. Suurin osa gerontologisen sosiaalityön asiakkaista tulee kotihoidosta. Vanhuspalveluiden sosiaalityöntekijän tärkeimmät yhteistyökumppanit SAS-prosessissa ovat kotihoidon henkilökunta ja kotihoidon lääkäri sekä SAS-toimintaa koordinoiva SAS-ydinryhmä. Vanhuspalveluiden sosiaalityön esimies, johtava sosiaalityöntekijä, on yksi kolmesta eri alan ammattilaisesta koostuvan SAS-ydinryhmän jäsenistä. Muut jäsenet ovat SAS-sairaanhoitaja ja SAS-lääkäri. Sosiaalityöntekijät voivat jättää SAS-ydinryhmän ratkaistavaksi monimutkaiset asiakastilanteet. Edellä mainittujen kotihoidon ammattilaisten muodostama moniammatillisen työryhmän yksittäisten jäsenten lausuntoihin ja kirjauksiin sekä asiakkaan toimintakyvyn arvioon sosiaalityöntekijä viittaa perustellessaan omaa kantaansa.

Halusin tarkastella, miten sosiaalityöntekijät arvottavat tätä moniammatillista työryhmää vanhuksen itsemääräämiseen liittyvissä kysymyksissä. Haastatteluissa pyysin sosiaalityöntekijöitä määrittämään vanhuksen itsemääräämisoikeutta SAS-prosessissa. Halusin kuulla, miten sen merkitystä perustellaan ja miten sen toteutumista pyritään varmistamaan. SAS-prosessi etenee tietyllä yhteisesti sovitulla tavalla. Tiedyt asiakkaan toimintakykyä mittaavat kriteerit tulee täyttyä, jotta SAS-prosessi voidaan käynnistää. Sosiaalityön harkinnalle ei jää kovin paljon tilaa. Tämän sosiaalityöntekijät kokivat asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun takeena ja siten omaa työtään helpottavana asiana. Eettistä asiantuntijuutta tarvitaan aineiston mukaan työn prosessinomaisuudesta huolimatta silloin, kun eteen tulee vaikeita gerontologisen sosiaalityön eettisiä kysymyksiä.

Hoiva ymmärretään nykyisin aikaisempaa paljon tärkeämpänä poliittisena ja yhteiskunnallisena kysymyksenä, johon haetaan myös kollektiivisia ratkaisuja. Kun vanhusten hoivan antamisen vastuuta siirrettiin 1970- ja 1980 -luvun vaihteessa omaisilta yhteiskunnalle, tarkoituksena oli turvata työssäkäyvien naisten itsenäisyyttä vapauttamalla heidät lähisukulaistensa hoivaamiselta. Yhteiskuntamme talouden ajaututtua vaikeuksiin, korostuivat myös yhteiskunnallisten palveluiden tuottamisen muutostarve yhä informaalimpaan suuntaan. Eläkeikäisten osuus väestöstä on koko ajan kasvussa ja suomalainen hoivapolitiikka on alkanut painottaa vanhusten kotona asumisen tärkeyttä suhteessa yhteiskunnan tai kunnan järjestämiin asumispalveluihin. Informaali hoiva ei ole vain yksittäisten ihmisten välistä vuorovaikutusta tai sosiaalista toimintaa. Perheenjäsenten ja läheisten tarjoamaa apua on jo pidemmän aikaa pidetty suurimpana ja laajimpana hoivan muotona ja palveluntuottajatahona. Hoivaan liittyvät uudet

ideat ja politiikat ovat valtaamassa perinteistä universalismille perustuvaa julkista palvelutuotantoa.

Vanhusten kotihoito yhdessä omaishoidon kanssa ovat tulevaisuuden vanhustenhoitoa. Osa vanhuksista kokee oman kotinsa turvalliseksi. Heille vuosien myötä kotiin kerääntyneet esineet muistuttavat menneestä ajasta, lapsuuden perheestä ja rakkaista ihmisistä. Kaikille vanhuksille koti ei edusta turvasatamaa tai tukikohtaa, josta käsin tehdään retkiä ulkomaailmaan. Vanhukset ovat heterogeeninen joukko ja heidän elinympäristönsä vaihtelee samassa suhteessa kuin nuoremmillakin sukupolvilla. Osa vanhuksista kohtaa kotonaan henkistä tai fyysistä väkivaltaa, yleensä jonkun perheenjäsenen taholta. Osa yksinasuvista tuntee itsensä turvattomaksi sairauksien ilmaantuessa. Kaikki asunnot eivät myöskään sovi vanhuksen kodiksi korkeiden kynnysten, portaiden tai ahtaiden pesutilojen vuoksi. Suurimmalle osalle oma koti on silti tärkeä osa identiteettiä. Niin pitkään, kun vanhus pystyy turvallisesti omassa kodissaan elämään, hän saa niin tehdä. Ongelmia tulee siinä vaiheessa, kun kodin pesutilat ovat portaiden päässä tai asiakas säännöllisesti unohtaa käyttää hoippuvan liikkumisensa tueksi rollaattoria. Siinä vaiheessa kotihoito aktivoituu ja alkaa ajaa SAS-arvion tekemistä. Nykyinen vanhusten ikäryhmä ei pääosin halua olla vaivaksi tai aiheuttaa huolta ja siksi heidät on helppo saada houkutelua ylipuhumalla muuttamaan pois omasta kodistaan. Vasta hoitopaikkaan muutettuaan he ymmärtävät asian lopullisuuden.

Sairaalan gerontologisella osastolla olevien potilaiden itsemääräämisoikeuden kunnioitus vaikuttaisi aineiston mukaan olevan selkeästi epävarmempaa kuin kotihoidon asiakkaiden. Sairaalan perustehtävä on hoitaa sairaita ihmisiä niin, että he tulevat terveiksi tai ainakin parempaan kuntoon. Sairaanhoidopiirin akuutti- ja erikoissairaanhoidosta kaupungin sairaalan gerontologisille osastoille on jatkuvasti jonossa potilaita, jotka eivät enää tarvitse erikoissairaanhoitoa, mutta eivät voi ainakaan vielä kotiutua. Sairaanhoidopiirin langettamien siirtoviivemaksujen uhka aiheuttaa painetta tyhjentää sieltä jonottavat potilaat kunnalliseen gerontologiseen hoitoon nopeassa tahdissa. Jotta akuutti- ja erikoissairaanhoidosta siirtyville iäkkäille potilaille saadaan tilaa siinä tahdissa, kuin sairaanhoidopiiri sitä tarvitsee, pyritään ennestään kunnallisessa gerontologisessa hoidossa olevien hoitoaikaa lyhentämään, eli asiakkaita joko kotiutetaan tai ohjataan eteenpäin jatkohoitopaikkaan. He päätyvät hoitopaikkaan näin nopeammin kuin kotonaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa jonottavat. Jatkohoitopaikka tarkoittaa useimmiten tässä tapauksessa pysyvää paikkaa ympärivuorokautisessa hoidossa, eli tehostetussa palveluasumisyksikössä tai

pitkäaikaissairaanhoidossa. Sanomattakin on selvää, että tämän kaltainen toiminta asettaa asiakasryhmät keskenään eriarvoiseen asemaan hoitopaikkajonossa. Epäsuora gerontologisen osastojakson lyhenemisen vaikutus näkyy myös siinä, että asiakas ei välttämättä saa tarvitsemaansa määrää hoitopäiviä ja kuntoutusta sairaalassa.

Avuntarpeessa olevien auttaminen ja heikoimmassa asemassa olevista huolehtiminen kuuluu yhteiskunnan perustuslaillisiin velvollisuuksiin. Yhteiskunta on aiemmin, 1970-luvun loppupuolelta lähtien, ottanut vähitellen enemmän hoivavastuuta vanhuksista, koska muuten ei kaikilla vanhuksilla olisi ollut varaa hankkia sitä itselleen. Viime vuosina yhteiskunnan rooli vastuunkantajana on unohdettu ja julkisessa keskustelussa on keskitytty enemmän pohtimaan, että miten resurssit saadaan riittämään kasvavalle vanhusten joukolle. Yhteiskunnallisen vastuu vanhusten hoivasta on kääntymässä vanhusten itsensä tai heidän omaistensa vastuuttamiseen tarvittavien sosiaali- ja terveystalveluiden hankkimisesta. Palvelusetelimalli, jossa asiakas valitsee palveluntuottajan tarvitsemaansa palveluun, siirtää vastuun palvelun sopivuudesta ja onnistumisesta asiakkaan avuntarpeen täyttämistä julkiselta yksityiselle, eli asiakkaalle ja hänen omaisilleen.

Sosiaalityöhön kuuluu muun muassa asiakkaan itsemääräämisoikeuden puolustaminen, paitsi silloin, kun se on vaaraksi asiakkaalle tai se uhkaa muiden ihmisten oikeutta tai etuja. Sosiaalialan ammattilaisten tekemät eettiset ratkaisut ovat usein riippuvaisia muiden ammattilaisten ratkaisuista. Yksittäisen sosiaalityöntekijän vastuun rajat on tärkeää selkiyttää erityisesti sellaisissa eettisissä ristiriitatilanteissa, joissa sosiaalityöntekijällä ei ole valtuuksia päättää asiasta. (Talentia 2013.) Tämän kaltainen tilanne saattaa tulla eteen esimerkiksi silloin, kun moniammatillisessa ryhmässä yhteisen pohdinnan jälkeen päädytään asiakkaan terveydentilan vuoksi tiettyyn ratkaisuun.

Gerontologista sosiaalityötä määrittävät lainsäädännön lisäksi sosiaalityön eettiset säännöt. Sosiaalityöntekijä käyttää työssään eettistä harkintaa, mikä tarkoittaa ammattieettisten säännösten noudattamista. Sosiaalityöntekijän on myös otettava vastuu tekemistään ratkaisuista ja oltava valmis kertomaan eettisesti perustelemissa ratkaisujen syyt. Eettinen harkinta ei kuitenkaan voi yksin määrittää hyvää sosiaalityön ammatillista käytäntöä, vaan myös täsmällinen vaikuttavuustutkimuksen läpikäynyt tieteellinen tieto on suuressa roolissa vaikuttamassa käytäntöön (Raunio 2011, 117.) Yksittäisen sosiaalityöntekijän harkintavaltaa

on rajattu määrittämällä useita tarkkoja kriteereitä, joiden tulee täytyä, jotta voidaan todeta asiakkaan tarve palveluun ja palvelu voidaan hänelle myöntää. Vanhusten hoivapalvelujen myöntämiseksi pitää asiakkaan saada tietyt arvot fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä sekä muistia ja kognitiivista kykyä mittaavista testeistä. Lainsäädännössä käytössä olevat termit tarve ja riski, ovat kuitenkin subjektiivisen mielipiteen tai tulkinnan varaisia. (Evans 2010, 154.)

6.3 Prosessin reflektio

Alkuperäinen kiinnostukseni kohde oli tutkia yksinomaan, miten kotihoidon asiakkaiden itsemääräämisoikeus sosiaalityöntekijöiden näkemyksen mukaan SAS-prosessissa toteutuu. Perehtyessäni haastatteluaineistoon, huomasin, että olin jo teemahaastattelurunkoa rakentaessani luonut asetelman, jossa kotihoidon asiakkaiden SAS-prosessia verrattiin muulla tavalla SAS-prosessiin päätyneiden asiakkaiden prosessiin. Tämän seurauksena aineistossa kotihoidon asiakkaiden SAS-prosesseja verrattiin läpi koko haastattelun sekä sairaalassa olevien, että omaishoidettavien asiakkaiden SAS-prosesseihin. Havaitsin, että SAS-prosessin lähtötilanteella, eli sillä, missä asiakas on, kun ympärivuorokautisen hoidon tarve havaitaan, oli sosiaalityöntekijöiden mielessä suurempi merkitys, kuin mitä olin etukäteen ymmärtänyt. Laajensin siis tarkastelua koskemaan vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumista SAS-prosessissa yleisemmin. Tutkimusasetelma oli kuitenkin rakennettu niin, että pääpaino on kotihoidon asiakkaiden SAS-prosessin tarkastelussa. Sairaalassa olevien ja kotonaan olevien omaishoidettavien asiakkaiden SAS-prosessia tarkastellaan ainoastaan vertailukohtina kotihoidon asiakkaiden vastaavaan prosessiin.

Olisi ollut ilmeisen loogista kysyä vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumisesta SAS-prosessissa suoraan niiltä vanhuksilta, jotka ovat hiljattain käyneet läpi kyseisen prosessin ja muuttaneet omasta kodistaan ympärivuorokautiseen hoitoon. Syy siihen, miksi hylkäsin tämän näkökulman jo tutkielman suunnitteluvaiheessa, perustuu vanhuskeskuksen sosiaaliohjaajan roolissa uusien asukkaiden kanssa käymiini keskusteluihin. Kokemukseni mukaan vanhus on uuteen asuinpaikkaansa sopeutumisvaiheessa herkässä ja haavoittuvassa mielentilassa. Sopeutumisvaiheessa vanhukset kaipaavat omaa kotiaan ja uuden asuinpaikan laitospäiset olosuhteet aikatauluineen hämmentävät heitä. Vanhusten saattaa olla vaikea jälkikäteen

hahmottaa tapahtumaketjua, jonka seurauksena he päätyivät muuttamaan pois kodistaan. Arvioni mukaan osa vanhuksista ei pystyisi kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisen takia käsittämään, mihin he sitoutuisivat lupautuessaan haastateltaviksi. Osa heistä ei kykenisi myöskään vastaamaan kysymyksiin adekvaatisti. Tilanteensa ymmärtävät vanhukset haastattelu veisi mielikuvissa uudelleen läpi henkisesti raskaan ja stressaavan SAS-prosessin. Tämä saattaisi vaikeuttaa tai ainakin hidastaa heidän sopeutumistaan uuteen asuinpaikkaan. Tapauksissa, joissa omaiset ovat olleet aktiivisesti vaikuttamassa vanhuksen asuinpaikan vaihtumiseen kotia valvotumpaan ympäristöön, haastattelu saattaisi kärjistää perheen sisäisiä suhteita. Eettisen ennakoarviointini mukaan ja edellä mainituista syistä johtuen olisikin arveluttavaa kysyä lähiaikoina kotoaan pois muuttaneita vanhuksilta, että onko heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettu SAS-prosessin aikana. (Kuula 2006, 55-63.)

Tutkimuksen teossa on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Kerättyä aineistoa on käsitelty luottamuksellisena. Sosiaalityöntekijöiden haastattelusta saatuja vastauksia on pyritty käsittelemään siten, ettei yksittäisen vastaajan henkilöllisyys paljastu esimerkeiksi poimituista haastatteluotoksista. Aineistoa käytetään ainoastaan tämän pro gradu -tutkielman tekoon. Sitä säilytetään opinnäytetyön tekijän kotona lukitussa tilassa tutkielman tekovaiheessa, ja tutkielman valmistuttua se hävitetään. Tutkielma on lähtökohtaisesti aineistolähtöinen, mutta sitä ohjaa itsemääräämisoikeuden käsitteeseen liittyvä teoretinen tieto sekä valittu viitekehys. Tutkimusta kirjoittaessani tein valintoja ilmaisujeni suhteen ja siten tuotin todellisuudesta oman versioni. Tutkielman viitekehyyksiksi valikoitui sekä vanhuksiin ja heidän hoivaansa liittyvä lainsäädäntö, että ammatillinen eettinen näkökulma. Lainsäädännöstä tarkastelen pääasiassa vanhuspalvelulain ja sosiaalihuoltolain arvokkaaseen vanhuuteen, itsemääräämisoikeuteen ja omassa asiassa osallisuuden kokemiseen liittyviä sääntelyitä. Toisena viitekehyyksenä toimii sosiaalialan eettinen säännöstö ja valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan Etenen julkilausumat edellä mainittuihin lainkohtiin. Näiden kahden, lainsäädännön ja etiikan keskenään osin hieman ristiriitaisenkin viitekehyyksen läpi peilaan tutkimusaineistoani.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä, antamaan sille teoreettisesti mielekäs tulkinta tai ymmärtämään tiettyä toimintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87.) Metsämuurosen mukaan ihmistieteellinen tutkimus voi koskea toiminnan vastaanottajaa, toiminnan ensisijaista suorittajaa, toimintaa sinänsä sekä kaikkea edellä mainittua sääteleviä ja

rajoittavia tekijöitä. Tässä tutkielmassa pääasiallisena tutkimuksen kohteena on se, miten sosiaalityöntekijät (toiminnan ensisijaiset suorittajat) määrittelevät ja jäsentelevät asiakkaan (toiminnan vastaanottajan) itsemääräämisoikeuden toteutumista SAS-prosessissa (toiminta). Ajantasainen lainsäädäntö, joka säätelee ja rajoittaa toimintaa, sekä sosiaalityön eettinen säännöstö muodostavat tutkielman viitekehysten. (Metsämuuronen 2006, 18.) Tutkielma keskittyy siis tutkimaan toiminnan ensisijaisen suorittajan kuvausta toiminnan kohteen itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutumista toiminnassa, vaikka kaikki muutkin edellä mainitut mahdolliset tutkimuksen kohteet ovat samaan aikaan vahvasti esillä.

Tutkittavien itsemääräämisoikeutta osallistua tutkimukseen on pyritty kunnioittamaan kertomalla heille mahdollisimman tarkkaan tutkimuksesta. Ihmistieteen tutkimusta rajoittavat eettiset normit, jotka on alun perin otettu käyttöön lääketieteen tutkimuksessa, sekä tieteenalan omat eettiset säännöt. Ne ohjaavat tutkijaa ottamaan vastuuta muun muassa aineiston keruun vaikutuksesta tutkittavien elämään. (Kuula 2006, 61--62.) Kvantitatiivisen tutkimuksen eräs aineistonkeruumenetelmä on nimeltään eliittiotanta. Eliittiotannassa tutkitaan vain sellaista valikoitua joukkoa, jolta oletettavasti kykenee parhaiten antamaan tietoa tutkittavasta aiheesta. Tämän harkinnanvaraisen aineistonkeruun valinnan kriteerinä voi olla esimerkiksi itsensä ilmaisemisen taito tai orientaatiokyky aikaan ja paikkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 90.) Tätä tutkimusmenetelmää käyttäen olisi ollut mahdollista saada kuulla vanhusten kokemusta itsemääräämisoikeuden toteutumisesta SAS-prosessissa. Seuraavaksi perustelen, miksi hylkäsin tämän tutkimusmenetelmävaihtoehdon.

6.4 Tulosten merkitys jatkotutkimuksen ja ammattikäytäntöjen kannalta

Asiakkaan siirtyminen ympärivuorokautiseen hoitoon on merkittävä muutos hänen elämässään. ”Oma tupa, oma lupa” sanonta pitää monessa suhteessa paikkansa. Vaikka ympärivuorokautinen hoito tehostetussa palveluasumisyksikössä ymmärretään vanhuksen kodiksi vanhuspalvelulain mukaan, määrittää siellä asumista hoitaja- ja instituutiokeskeinen aikataulut ja tapa hoitaa vanhuksia. Vanhuksia pyritään kaitsemaan ja sopeuttamaan heidät tiettyihin toivottuihin käytösmalleihin, jotta heitä pystytään hoitamaan mahdollisimman tehokkaasti mahdollisimman pienellä hoitajamitoituksella. Vanhusten vapaata liikkumista, syömistä, juomista ja jopa vatsan toimintaa aikataulutetaan ja seurataan. Asiat, joista vanhus

saa tehostetussa palveluasumisesta päättää ovat pääasiassa sekundäärisiä. Vanhukset eivät saa päättää esimerkiksi siitä, että kuka hoitajista vaihtaa vaipan ja suorittaa sen yhteydessä intiimialueen pesun ja kuka heidät pesee kerran viikossa.

Omaishoitaja on useimmiten omaishoidettavan saman ikäinen puoliso, jonka fyysinen kunto on lähes yhtä huono kuin hoidettavan. Nykyinen vanhussukupolvi on velvollisuudentuntoista väkeä, mutta omaishoitotilanteessa hoitajalta vaaditaan usein kykyä ympärivuorokautiseen valvontaa ja hoitoon, jota harva heistä pystyy omien sairauksiensa vuoksi toteuttamaan. Omaishoitajan itsemääräämisoikeus ei voi olla vähemmän arvokas kuin omaishoidettavan. Iäkkäiden omaishoitajien velvollisuudentunto saattaa johtaa siihen, etteivät he jaksa pitää huolta omasta terveydestään ja tämän johdosta sairastuvat vakavasti tai yllättäen kuolevat. Virallisia omaishoitajia pyritään tukemaan ja auttamaan jaksamaan järjestämällä heille vertaistukea erityyppisillä omaishoitajien kerhokokouksilla sekä myöntämällä heille kotisairaanhoidon viikoittaisen käynnin lisäksi 3 vapaapäivää kuukaudessa. Lakivapaiksi kutsutut vapaapäivät edellyttävät, että hoidettavan hoitoisuus täyttää vaativan hoidon kriteerit. Vapaapäivien ajaksi omaishoidettavat pääsevät kunnalliseen intervallihoitoon. Hoidosta veloittava kohtuullisen pieni korvaus on kuitenkin osalle omaishoitajista liian suuri kustannus. Tämä on vain yksi niistä syistä, joiden johdosta omaishoitajien lakisäänteiset vapaapäivät jäävät pitämättä. Muita syitä ovat esimerkiksi läheisriippuvuus ja ylikorostunut velvollisuuden tunto. Jatkotutkimuksen aiheena voisikin olla omaishoitajien itsemääräämisen toteutuminen ja heidän omasta terveydestään huolehtimisen kartoitus.

Hoiva ymmärretään nykyisin aikaisempaa paljon tärkeämpänä poliittisena ja yhteiskunnallisena kysymyksenä, johon haetaan myös kollektiivisia ratkaisuja. Kun vanhusten hoivan antamisen vastuuta siirrettiin 1970- ja 1980 -luvun vaihteessa omaisilta yhteiskunnalle, tarkoituksena oli turvata työssäkäyvien naisten itsenäisyyttä vapauttamalla heidät lähisukulaistensa hoivaamiselta. Yhteiskuntamme talouden ajaututtua vaikeuksiin, korostuivat myös yhteiskunnallisten palveluiden tuottamisen muutostarve yhä informaalimpaan suuntaan. Eläkeikäisten osuus väestöstä on koko ajan kasvussa ja suomalainen hoivapolitiikka on alkanut painottaa vanhusten kotona asumisen tärkeyttä suhteessa yhteiskunnan tai kunnan järjestämiin asumispalveluihin. Informaali hoiva ei ole vain yksittäisten ihmisten välistä vuorovaikutusta tai sosiaalista toimintaa. Perheenjäsenten ja läheisten tarjoamaa apua on jo pidemmän aikaa pidetty suurimpana ja laajimpana hoivan muotona ja palveluntuottajatahona.

Nyt keväällä 2018 vanhuspalveluiden tarjonta on asiakkaiden näkökulmasta suhteellisen selkeä. Jatkossa, mikäli sote- ja maakuntauudistus etenee suunnitelmien mukaan, Suomi on siirtämässä kunnallisen palvelujen järjestämisvastuun alueellisten maakuntien vastuulle kahden vuoden sisällä. Yksityinen palvelutuotanto tulee julkisen rinnalle uudella tavoin, eli niin, että jatkossa molemmat palveluntuottajat kilpailevat asiakkaista keskenään. Maakunta ja sote-uudistuksen kerrotaan olevan väistämätön yksinkertaisesti siksi, etteivät yhteiskunnan rahat riitä pitämään yllä nykyistä sosiaali- ja terveystalouden rakennetta, muun muassa huoltosuhteen heikkenemisen takia. Kaiken tämän uudistuksen takana kerrotaan olevan myös asiakkaan edun: puhutaan asiakkaan valinnanvapaudesta, asiakas- ja palvelusteleistä sekä henkilökohtaisesta budjetista. Käynnissä olevan keskustelun ja uudistuksen tarpeellisuuteen liittyvien perustelujen mukaan asiakkaat hyötyvät uudistuksesta muun muassa siksi, että palvelutarjonta paranee. Eikä tässä vielä kaikki! Myös yhteiskunta säästää rahaa. Tuleekin olemaan mielenkiintoista nähdä, miten meidän tulevien vanhusten palvelujärjestelmän ja erilaisten hoitopolkujen tulee käymään. Miten asiakkaat jatkossa valikoituvat hoitopaikkoihin? Tapahtuuko paikan valinta kokonaisnäkökulman omaavan viranhaltijan toimesta vai mennäänkö hoitoon sinne, minne omat rahat riittävät?

Suomessa julkinen hoivapolitiikan tuottaminen on perustunut universaaliin malliin, eli hyvinvointia on pyritty jakamaan kaikille, ei vain heikossa asemassa oleville ja apua tarvitseville. Sosiaalipolitiikan muutokset ilmenevät vanhushoivapolitiikassa ja vanhojen ihmisten arkipäivässä monin eri tavoin. (Anttonen, Häikiö & Valokivi 2012, 27.) Mikäli hoiva jää yhä enenevässä määrin vanhusten itsensä sekä heidän aikuisten työssäkäyvien lastensa ja läheistensä vastuulle, niin mitä tehtäviä jää sosiaalipoliittiselle järjestelmälle hoidettavaksi? Toisaalta, kaikilla vanhuksilla ei ole perhettä. Osalla vanhuksista ei ole hyviä suhteita omiin lapsiinsa. Yksinäiset ikäihmiset, joilla ei ole heistä huolehtivia lapsia tai muita läheisiä, ovat vaarassa jäädä yksityisen palveluntuottajan eettisen omantunnon varaan tarvitsemansa riittävän hyvän hoidon suhteen. Voisiko hoivan käytännöllinen organisointi tulevaisuudessa olla yksilöiden omalla vastuulla, jolloin julkisen tahon vastuu rajoittuisi lähinnä rahallisten etuuksien ja vastaavien tarjoamiseen? Miten voimme olla varmoja, että kaikki nekin vanhukset, joiden terveys sekä sosiaalinen ja taloudellinen tilanne on heikko, saavat tarvitsemansa hoivan? (Zechner 2010, 11-16.)

Kuten tiedämme, on tulevaisuuden ennustaminen vähintäänkin vaikeaa, mutta varmaa on, että tulevan sote- ja maakuntauudistuksen myötä pyritään yhä enenevässä määrin siihen, että

vanhukset hoidetaan elämänsä loppuun asti omissa kodeissaan. Nykyiset kunnalliset palveluntuottajat yhtiöitetään liikelaitoksiksi ja ne alkavat kilpailla markkinoista yksityisten monikansallisten ns. yksityisten toimijoiden rinnalla. Nyt puhutaan, että asiakkaat saavat jatkossa parempaa palvelua, joka rahoitetaan asiakkaan valitsemalla tavalla: asiakassetelillä tai henkilökohtaisesta budjetista. Miten näiden rahallinen arvo määritetään? Mikä taho on tätä puolueeton arviointia suorittava taho? Voiko arvoa saada päivitettyä, kun terveys heikkenee yllättäen?

Lähteet

- Aaltonen, Tarja. Heriksson, Lea. Tiilikka, Tiina. Valokivi, Heli. Zechner, Minna (2014) Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheessa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 244–270.
- Anttonen, Anneli, Häikiö Liisa & Valokivi, Heli 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: vanhushoivapolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa: Anttonen, Anneli, et al. 2012. *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press (19-46). <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201406091681>. Viitattu 29.6.2017.
- Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia, 2017.
- Donnelly, Sarah, Begley, Emer, O'Brien, Marita 2018. How are people with dementia involved in care-planning and decision-making. An Irish social work perspective. *Dementia*. Sage journals.
- Erikson, E. H. 1980. *Identity and the life cycle*. New York: W.W. Norton Company.
- Evans Tony 2010. *Professional Discretion in Welfare Services: beyond Street-bureaucracy*. Farnham: Ashgate.
- Heikkinen, Eino 2003. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) 2003. *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 13-33.
- Helin, Satu (2003) *Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana*. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 37–67.
- Heimonen, S., & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (2018). Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset - miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? *Gerontologia*, 32(1), 21-36. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.65390>
- Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Hyvärinen Maritta, Saarenheimo Marja, Pitkälä Kaisu & Tilvis Reijo 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. *Katsaus*. *Duodecim* 2003: 119, 1949-7. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93845.pdf>. Viitattu 12.2.2016.
- Jyrkämä, Jyrki 2015. Arvokkuuden monet tulkinnat. - pohdintoja vanhustenhoidon etiikasta. *Gerontologia* 29 (1), 2015.
- Järnström, Sanna 2011. "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8508-4> <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23703> . Viitattu 13.12.2016.
- Kallio, Tomi (2006) *Laadullinen review tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana*. *Hallinnon tutkimus* 2, 18-28.

Kalliomaa-Puha Laura 2014. Asiakas on aina oikeassa – vai onko? Teoksessa Kalliomaa-Puha, Laura, Kotkas, Toomas & Rajavaara, Marketta 2014. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 274-288.

Kananaja, Aulikki & Niiranen, Vuokko & Jokiranta, Harri (toim.) 2008: Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kaukkila, Eveliina 2016. Vanhuus ja vanhusten asumisen ongelmat. Fenomenografinen tutkimus sosiaalityötä tekevien käsityksistä. Pro Gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kehusmaa, Sari (2014) Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. <http://www.omaishoitajat.fi/sites/omaishoitaja.asiakas.fi/files/Tutkimuksia131.pdf>. Viitattu 12.11.2016.

Koivula, Anna Kaarina 2013. Ehkäisevä vanhustyö sosiaalitaloudellisen arvioinnin näkökulmasta. Lisenssiaattitutkimus. Tampereen Yliopisto. Tampere: Tampere University Press. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23703>. Viitattu 27.3.2017.

Kuula, Anja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Marin, Marjatta 2003. Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi, 91–116.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Murto, Jukka; Kaikkonen, Risto; Sainio, Päivi; Pentala, Oona; Koskela, Timo; Luoma, Minna-Liisa; Koponen, Päivikki; Koskinen, Seppo 2014. Ikääntyneiden kokemukset terveydestään, toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta erityisvastuualueittain. THL Tutkimuksesta tiiviisti: 2014 031. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-406-9>. Viitattu 12.1.2017.

Myllymäki Sanna 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Pro gradu. Sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Saatavilla: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/43096/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201403211390.pdf?sequence=1> Viitattu 12.1.2016.

Pettersson, Lilja & Borell 2012. To feel safe in everyday life at home - a study of older adults after home modifications. Ageing and Society; Cambridge vol. 32, lss. 5. Jul 2012, 791-811.

Raunio, Kyösti 2011a. Gradun hyvät käytännöt. Päivitettävä verkkojulkaisu. Päivitetty 15.12.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8434-6>. Viitattu 11.11.2016.

Raunio, Kyösti 2011. Sosiaalityön etiikka näyttöön perustuvan käytännön haasteena. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim) 2011. Sosiaalityön arvot ja etiikka. Juva: Bookwell Oy, 117 - 138.

Rautio, Pertti & Saastamoinen, Mikko (toim.) 2006. Minuus ja identiteetti. Sosiaalipsykologinen ja sosiologinen näkökulma. Tampere University Press.

Rostila, Ilmari 2001. Tavoitelähtöinen sosiaalityö: Voimavarakeskeisen ongelmanratkaisun perusteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> . Viitattu 15.12.2016.

Saastamoinen, Mikko 2006. Sosiaalinen konstruktionismi ja sen ongelmat. Teoksessa Rautio, Pertti & Saastamoinen, Mikko (toim.) 2006. Minuus ja identiteetti. Sosiaalipsykologinen ja sosiologinen näkökulma. Tampere University Press.

Saastamoinen, Mikko 2006. Minuus ja identiteetti tutkimuksen haasteina. Teoksessa Pertti Rautio & Mikko Saastamoinen (toim.) 2006. Minuus ja identiteetti. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Salonen, Kari. 2007. Ammattitaito ja kompetenssi gerontologisessa sosiaalityössä. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: PS-kustannus, 53–68.

Sixsmith, J., Sixsmith, A., Malmgren Fänge, A., Naumann, D., Kucsera, C. 2014. Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries, Social Science & Medicine, Volume 106. Pages 1-9.

Seppänen, Marjaana 2006. Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muististävällinen Suomi. Sosiaali ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö.

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö.

Stones, Damien, Gulliver, Judith 2014. At home it's just so much easier to be yourself: older adults' perceptions of ageing in place. Ageing & Society. Cambridge University Press 2016 Vol 37, Iss, Jan 2017. 219-219.

Talentia 2013. Sosiaalityön eettiset säännöt Sosiaalityön ammattieettiset periaatteet. http://www.talentia.fi/files/559/Sosiaalityon_eettiset_saannot.pdf . Viitattu 31.1.2017.

Tedre, Silva 2007. Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa: Seppänen, Karisto & Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus.

Topo Päivi 2014. Itsemääräämisen kysymysten äärellä. Teoksessa Periaatteita, kannanottoja ja näkemyksiä. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta 2010-2014 Etene (STM) 44. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3523-5, 31-33>. Viitattu 12.11.2016.

Tuomi & Sarajärvi 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valokivi, Heli 2014. Harkinnan käyttäjänä vai kohteena? Vanhuspalvelujen asiakkaan näkökulma harkintaan. Teoksessa Kalliomaa-Puha, Laura, Kotkas, Toomas & Rajavaara, Marketta 2014. Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 292-304.

Van Aerschot Lina 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus – Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere: University Press. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9568-7>. Viitattu 30.12.2016.

Van Aerschot, Lina 2015. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus – omaiset ja raha oleellisia avun järjestämisessä. *Janus Sosiaalipolitiikan Ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*. Saatavilla: <http://journal.fi/janus/article/view/51245>. Viitattu 20.2.2017

Vertio, Harri 1998: Senioriteetin paineet. Teoksessa Heinonen, Jarmo (toim.) 1998. Senioriteetti voimavarana. Tampere: Oy Yliopistokustannus/Gaudeamus Kirja, 7-72.

Ylinen Satu 2008a. Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155. Kuopio: Kuopion yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1065-2/urn_isbn_978-951-27-1065-.pdf. Viitattu 14.2.2017.

Ylinen, Satu. 2008b. Eettiset ongelmat gerontologisen sosiaalityön ”välitiloissa”. *Janus* 16 (2), 111–125.

YSA- yleinen suomalainen asiasanasto. Luotu 1986, päivitetty 23.5.2016. <http://finto.fi/ysa/sv/page/Y100951?clang=fi> . Viitattu 12.2.2017.

Zechner, Minna 2010. Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lait ja asetukset

Hallintolaki 434/2003.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 8 § 2000.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 1346/2016.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Suomen Perustuslaki 11.6.1999/731.

Haastattelun teemat

Haastattelut äänitetään, mutta valmiissa opinnäytetyössä vastaajien henkilöllisyys häivytetään

1. Kuvaile SAS-prosessin kulkua. Miten ihanteellinen SAS-prosessi etenee?

a) kotonaan asuvat asiakkaat – kotihoidon ja omaishoidontuen asiakkaat

b) sairaalassa olevat asiakkaat

c) moniammatillisen yhteistyön eroavaisuudet edellä mainituissa

2. Onko eri kotihoidon tiimien tai omaishoidontuen alueiden toimintatavoissa eroa siinä, miten herkästi kutsuvat sosiaalityöntekijän hoitokokoukseen / SAS-palaveriin?

3. Toimiiko moniammatillinen yhteistyö kotihoidon /omaishoidontuen eri alueilla samalla tavalla?

- vastuualueiden jakautumisen selkeys yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa ja tiimin sisäisessä toiminnassa

4. Näkyykö kotihoidon/omaishoidontuen ja omaisten välisen yhteistyön onnistuminen SAS-prosessissa? Pidetäänkö esim. etäällä asuviin omaisiin (lapsiin) yhteyttä ja kerrotaan vanhusta koskevista muutoksista? Onko tiimien välillä eroja?

5. Tuleeko joskus eteen sellaisia tilanteita, että SAS-palaverin alkaessa vanhus itse ei ole tietoinen palaverin tarkoituksesta?

Jos näin on, kuka asiaa vanhukselle lähtee selvittämään?

6. Mitä asioita painotat, kun teet arvioita vanhuksen kotona selviämisestä / ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisestä?

- toimintakykymittareiden ja muistitestien käyttö ja painoarvo tilannearviossa - onko ratkaiseva vai suuntaa antava?

7. Millä tavoin vanhuksen itsemääräämisoikeuden / osallisuuden kunnioittaminen käytännössä näkyy SAS-prosessin eri vaiheissa?

(Oletetaan, ettei asiakkaalla ole varaa muuttaa itsemaksavana yksityiseen palveluasumiseen ja hän kuitenkin haluaa tiettyä palvelua.)

8. Tukevatko sosiaalityöntekijän päätöksen tueksi laaditut lausunnot vanhuksen itsemääräämisoikeutta?

- eri toimijoiden roolit suhteessa toisiinsa (asiakas ja omaiset sekä sosiaalityöntekijä ja muut ammattilaiset)? (Voidaan numeroida tärkeysjärjestykseen tai selittää auki)

9. Rajat: millaisissa tapauksissa vanhuksen toivetta, asua omassa kodissaan tai muuttaa palveluiden piiriin, ei voida toteuttaa?

- Pitäisikö rajoja mielestäsi venyttää? (esim. entistä huonokuntoisempia vanhuksia hoitaa kotona, silloin kun he itse tätä haluavat?)

- Mitä seikkoja pitäisi muuttaa, jotta em. rajoja voitaisiin venyttää?

- Voidaanko vanhuksen toivetta päästä muuttamaan johonkin tiettyyn ympärivuorokautisen hoidon yksikköön ottaa huomioon?

- Missä tapauksissa voidaan?

10. Onko tarjolla palveluita vanhuksille, jotka tuntevat olonsa turvattomaksi omassa kodissaan, muttei kuitenkaan täytä ympärivuorokautisen hoidon kriteerejä?

* todellinen turvattomuus, esim. perheenjäsenen tuottama väkivallan uhka

* yleinen turvattomuuden ja/tai yksinäisyyden tunne

11. Kerro lyhyesti muutamalla sanalla: Minkälaista on mielestäsi gerontologisessa sosiaalityössä tarvittava asiantuntijuus?

* Miten pitkään olet tehnyt töitä sosiaalityöntekijänä ja miten pitkään vanhuspalvelujen sosiaalipalveluissa? Missä muissa sosiaalityön tehtävissä olet ollut?

Tämä kysymys tuli mieleeni Riitan haastattelussa, kun tähän mennessä aikaa oli mennyt vasta 27 minuuttia. Riitta kertoi hyvän esimerkin ja huomasin, että tätä pitää kysyä muiltakin J:

12. Kuvaile joku sellainen asiakastilanne, joka on tuntunut eettisesti ristiriitaiselta?