

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

**Vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksenteko kysynnän ja tarjonnan
ristiaallokossa**

Diskurssianalyttinen tutkimus SAS-työryhmän toiminnasta Vilppulassa

Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Raili Ylinen

Toukokuu 2006

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

YLINEN, RAILI: Vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksenteko kysynnän ja tarjonnan ristiaallokossa – Diskurssianalyttinen tutkimus SAS-työryhmän toiminnasta Vilppulassa

Avainsanat: vanhustenhuolto, vanhus, omainen, SAS-työryhmä, pitkäaikaishoidon päätöksenteko, diskurssianalyysi, hegemoninen diskurssi, retorinen diskurssianalyysi

Pro gradu -tutkielma: 87 s., 3 liitesivua
Ohjaaja: Yliassistentti Merja Ala-Nikkola
Kansanterveystiede
Toukokuu 2006

Vanhusten pitkäaikaishoidon laitospaikkojen vähäisyys yhdessä riittämättömien avohoito- ja asumispalvelujen kanssa aiheuttavat kestävämpiä tilanteita. Tärkeäksi nousee kysymys, kuka pääsee pitkäaikaisen laitoshoidon tai asumispalvelujen piiriin, millä kriteereillä ja milloin. SAS-työryhmä (selvitä-arvioi-sijoita) tekee vanhusten pitkäaikaishoidon päätökset. Ne ovat tärkeitä kaikkien osapuolien kannalta.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia ovat vilppulalaisen SAS-työryhmän päätöksentekokäytännöt. Toisena tavoitteena on analysoida, miten haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon päätöksenteon toiminta-ehdoista ja käytäntöjä sekä vanhuksen ja omaisen asemaa pitkäaikaishoidon päätöksenteossa.

Tutkimuksessa haastateltiin kuutta Vilppulan SAS-työryhmän jäsentä ja kolmea vanhustenhuollon toimijaa. Tämän jälkeen seurattiin kahta SAS-työryhmän kokousta. Teoreettisena lähtökohtana on sosiaalinen konstruktivismi. Kielen käytöllä välitetään sosiaalista todellisuutta, vaikutetaan siihen ja tuotetaan sitä. Aineiston analysoimisessa on sovellettu diskurssianalyttisiä menetelmiä.

Moniammatillinen SAS-työryhmä päättää vanhusten pitkäaikaishoitoon sijoittamisesta. Oleellista on, miten saadaan relevanttia tietoa vanhusten elämäntilanteista ja hoidon tarpeista, jotta optimaalinen päätös pitkäaikaishoidosta on mahdollista tehdä.

Aineistosta nousee esiin kaksi hegemonista diskurssia: ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus”. Ne tulevat haastateltavien puheesta esiin hallitsevasti ja muodostuvat toimintaa ohjaaviksi itsestäänselvyyksiksi. Hegemoniset diskurssit näyttävät vaikuttavan vahvasti pitkäaikaishoidon päätöksenteossa. Puhuja vakuuttaa argumenteillaan kuulijansa, jolloin muut vaihtoehdot ja mielipiteet jäävät syrjään.

Laitoshoidon tarvetta tulee aina olemaan, sillä kaikkien vanhusten hoito kotona ei ole mielekästä. Tärkeää on luoda vanhustenhuollon palvelujärjestelmä, jossa tunnistetaan laitoshoidon tarvitsevat vanukset riittävän ajoissa.

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
Tampere School of Public Health

YLINEN, RAILI: Decision-making on long-term elderly care in the turmoil of supply and demand – A discourse analytical study on the work of on SAS working group in Vilppula

Key words: care of the elderly, old age, relative, SAS work group, decision-making on care of the elderly, discourse analysis, hegemonic discourse, rhetorical discourse analysis

Mastr's Thesis: 87 pages, 3 Appendix pages
Supervisor: Senior Academic Assistant Merja Ala-Nikkola
Public Health
May 2006

The small number of institutional places available together with the inadequate provision of care in the community and housing services creates intolerable situations. The question as to who gets into the sphere of long-term institutional care and housing services, on what criteria and when is becoming important. The SAS work rroup (work out-asses-place) takes decisions on the long-term care of old people. These are important for all concerned.

The purpose of the study was to ascertain the nature of the decision-making practices in the Vilppula SAS work group. A further aim was to analyse how the informants describe the operating conditions and proctices for decision-making on long-term care and the position of the old person and his/her relatives in that decision-making.

Six members of the Vilppula SAS work group and three actors in the care of the aged were interviewed. Next two SAS work group meetings were observed. The theoretical point of depature is social constructivism. Use of language conveys social reality, affects it and produces it. Discourse analytical methods were used for the data analysis.

The multi-professional SAS team decides on the placement of old people in long-term care. To enable an optimal decision on long-term care it is essential to obtain relevant information on the old person's life situation and care needs.

Two hegemonic discourses emerge from the data: "lack of resources" and "primary of care at home". They emerge dominant from the talk of the informants and are taken for granted in what directs the decision-making. The hegemonic discourses would appear to have a major influence on decision-making on long-term care. The speaker convinces the hearer with argumentation, when other options are pushed into the background.

There will always be a need for institutional care, since caring for all old people in their own homes is no reasonable. It is important to create a service system for the care of the aged in which the old people in need of institutional care are identified soon enough.

Sisällys

<i>TIIVISTELMÄ</i>	2
<i>ABSTRACT</i>	3
1 Tutkimuksen tausta ja tutkimuskysymykset	1
1.1 Johdanto	1
1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	4
2 Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toiminta-käytännöt ja asiakkaat	6
2.1 Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä	6
2.1.1 Yleistä	6
2.1.2 Kotihoito	8
2.1.3 Asumispalvelut	8
2.1.4 Laitoshoido	9
2.2 SAS-työryhmä vanhustenhuollon palvelujärjestelmän osana	10
2.3 Vanhuspalvelujen asiakas	11
3 Tutkimuksen toteuttaminen	13
3.1 Tutkimusaineiston keruu	13
3.1.1 Vanhustenhuollon toimijoiden haastattelu	13
3.1.2 SAS-työryhmän kokousten havainnointi	15
3.2 Tutkimuksen eettisyys	16
3.3 Tutkimusaineiston analysointi	18
3.4 Tutkimuksen kulku	21
4 Vilppulan vanhustenhuolto ja SAS-työryhmän toimintakäytännöt	24
4.1 Vilppulan seudun vanhustenhuolto	24
4.2 Vilppulan SAS-työryhmän toimintakäytännöt	28
4.2.1 SAS-työryhmän kokoonpano ja tehtävät	28
4.2.2 SAS-työryhmän toiminta	31
4.2.3 SAS-työryhmän merkitys palvelujen kysynnän ja tarjonnan ristiaallokossa	33
4.2.4 Vanhusten pitkäaikaishoidon tarpeiden arviointi	34
4.2.5 Palvelu- ja hoitosuunnitelma osana vanhusten tilannearvioita	36
4.2.6 SAS-työryhmän päätöksenteon yleiset periaatteet	37
5 Pitkäaikaishoidon päätöksenteon toimintaehdot ja niiden vaikutus	39
5.1 Itsestäänselvyydet pitkäaikaishoidon päätöksenteossa	39
5.1.1 Itsestäänselvyyksien rakentuminen	39
5.1.2 Yksinkertaistaminen	39
5.1.3 Yhteinen käsitys	40
5.1.4 Kulttuurisiin konventioihin vetoaminen	41
5.1.5 Määrällistäminen	42
5.1.6 Sitoutuneisuuden aste	43

5.2	<i>Resurssien puute -diskurssi</i>	44
5.2.1	Resurssien puute haastattelujen keskiössä	44
5.2.2	Sopeutumisen pakkoja	45
5.2.3	Liian jäykät palvelujärjestelmän rakenteet	48
5.2.4	”Riittävän hyviä ratkaisuja”	50
5.3	<i>Kotihoidon ensisijaisuus -diskurssi</i>	51
5.3.1	Kotihoidon itsestäänselvyys	51
5.3.2	”Vanhat ihmiset haluavat asua kotonaan”	52
5.3.3	Vanhus, omainen ja ammattilainen yhteistyössä keskenään	54
5.3.4	Vanhusten turvattomuuden kokemukset kotona	57
5.3.5	”Hoitopaikasta toiseen”	59
5.3.6	Kotihoidon taloudelliset perusteet	60
5.3.7	”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” -diskurssien sidoksellisuus	61
5.4	<i>Hegemonisten diskurssien eräs seuraus – vallan käyttö</i>	62
5.5	<i>Yhteenveto diskurssianalyysin tuloksista</i>	65
6	Pohdinta	66
6.1	<i>Tutkimustulosten pohdinta</i>	66
6.1.1	SAS-työryhmän päätöksenteko	66
6.1.2	Hegemoniset diskurssit	69
6.1.3	Vanhus, omainen ja vanhustenhuollon toimija yhteistyössä keskenään	70
6.2	<i>Tutkimusaineiston laatu ja luotettavuus</i>	73
6.2.1	Haastattelu	73
6.2.2	SAS-kokousten havainnointi	74
6.2.3	Tutkimustulosten luotettavuus	75
6.3	<i>Tulevaisuuden haasteet ja jatkotutkimusaiheet</i>	77
	Kirjallisuus	79
	LIITTEET	88
	<i>Liite 1 Kirje haastateltaville</i>	88
	<i>Liite 2. Haastattelun teemat</i>	90

1 Tutkimuksen tausta ja tutkimuskysymykset

1.1 Johdanto

Vanhusten pitkäaikaishoitoon liittyvät haasteet ja uhkakuvat ovat edelleen ajankohtaisia. Vanhustenhoitoon tarvitaan muun muassa voimavaroja, koulutettua työvoimaa, laatua ja strategista suunnittelua. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun toimesta toteutettiin vuosina 2001–2004 ”Kotihoito 2005” -koulutus- ja kehityshanke. Mukana olivat Tampereen Hervannan kaupunginosa sekä Ylä-Pirkanmaan seutukunnan kunnat Vilppula mukaan lukien. Hanketta rahoitti Euroopan sosiaalirahasto (ESR) ja Länsi-Suomen läänihallitus. ”Kotihoito 2005” -hankkeen tavoitteena oli kehittää kotihoidon saumattomia ja asiakaslähtöisiä palveluketjuja, ja näin tukea kotihoidon asiakasta selviytymään arkipäivän toiminnoista omassa kodissaan turvallisesti mahdollisimman pitkään. (Kotihoito 2005)

Minulle ehdotettiin ”Kotihoito 2005” -hankkeessa mukana olevien taholta, että voisin toteuttaa oman pro gradu -tutkielmani aiheesta, joka liittyisi tavalla taikka toisella tähän kehittämishankkeeseen. Vilppulan vanhustyön johtajan kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen omaksi tutkielmani aiheeksi alkoi hahmottua vanhusten laitoshoidon sijoittamiseen liittyvät asiat, ja niistä erityisesti pitkäaikaishoidon päätöksenteko. ”Kotihoito 2005” ja pro gradu -tutkielmani kytkeytyvät toisiinsa, sillä kummankin substanssi on fokusoitunut vanhuspalvelujen asiakkaaseen ja vanhustenhuollon palvelujärjestelmään.

Oma kiinnostukseni vanhusten huollon kysymyksiin kohdentuu tällä hetkellä vahvasti siihen, miten yksilöt selviytyvät vanhuspalvelujärjestelmän asiakkaina ja miten palvelujärjestelmän muutokset vaikuttavat asiakkaiden jokapäiväiseen elämään. Viime vuosina julkisuudessa suomalaisen vanhustenhuollon tilasta käytyä keskustelua sävyttää vahvasti huoli, kuinka kykenemme hoitamaan ikääntyvät vanhuksemme.

Vanhusten hoidon haasteelliset kysymykset liittyvät siihen, että Suomessa iäkkäiden kansalaisten määrä kasvaa huomattavan nopeasti. Samaan aikaan lisääntyvät huonokun-

toiset ja hoitoa tarvitsevat vanhuksat. Myönteisenä kehityksenä voidaan pitää sitä, että vanhusten toimintakyky on parantunut. Selityksenä tähän on esitetty korkeaa elintasa, hyviä asunto-oloja ja tehokasta lääketieteellistä hoitoa ja kuntoutusta. (Hervonen, Jylhä & Oinonen 1999, 9–18; Karisto, Takala & Haapola 1998, 117–123; Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2004, 37–41; Valtioneuvoston periaatepäätös ... 2001, 125–126).

Vanhustenhuollossa kotihoidon ensisijaisuus on vallitseva puhetapa. Kotihoitoa korostava vanhuspolitiikka on keskeisessä roolissa monissa läntisissä teollistuneissa maissa. (esim. Hokenstad & Johansson 1990, 254–256; Wood & Estes 1985, 213) Suomessa valtakunnalliseksi tavoitteeksi on asetettu laitospaikkojen vähentäminen ja palvelujen tarjoaminen ikääntyneen omaan kotiin niin kauan kuin mahdollista (Ikäihmisten hoitoa ... 2001, 10–11; Palvelurakennetyöryhmä 1992, 9). Monet syyt ovat vaikuttaneet tähän kehitykseen. Jatkuvasti lisääntyvä vanhusten hoidon palvelujen tarve pakottaa kuntia etsimään keinoja, miten tukea kotona asumista käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. (Kinnunen 1999; Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2002, 76–80). Vanhuksat haluavat lukuisten tutkimusten ja selvitysten mukaan asua kotonaan mahdollisimman pitkään (esim. Hammar, Raatikainen & Perälä 1999; Hirvonen 1995, 32–42; Kolstela 2001, 64–65; Rapatti 2000, 50–53).

Tilanne on tällä hetkellä paradoksaalinen, sillä vanhusten pitkäaikaishoidon laitospaikkoja on vähennetty runsaasti, mutta kuntien kotihoito- ja asumispalveluja ei vastaavasti ole kyetty lisäämään. Kotona hoidetaan entistä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä vanhuksia (Ala-Nikkola 2003, 48–65; Vaarama ym. 2002, 79–89; Vaarama ym. 2004, 39–51). Yhteiskunnassa tulee kaikesta huolimatta olemaan aina vanhuksia, jotka tarvitsevat tehostettuja asumispalveluja ja laitoshoidoa (Kinnunen 1999).

Entistä tärkeämmäksi nousee kysymys, kuka pääsee pitkäaikaisen laitoshoidon piiriin, mitkä ovat hoitoon pääsyn kriteerit ja milloin on oikea aika siirtyä asumispalveluihin tai laitoshoidoon. Pitkäaikaishoidoa koskevat päätökset ovat merkityksellisiä vanhuksen, omaisen, vanhustenpalvelujärjestelmän ja kuntatalouden kannalta. Vanhusten pitkäaikaishoidon haasteet ja kuntien mahdollisuudet vastata näihin haasteisiin ovat tutkimukseni kannalta keskeisiä teemoja.

Tutkielmassani tarkastelen ensimmäisessä luvussa vanhustenhuollon järjestämiseen vaikuttavia taustatekijöitä. Yhteiskunnan ja väestön ikärakenteen muutosten seurauksena entiset toimintatavat eivät ole enää käyttökelpoisia. Luvun lopussa esittelen tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimuskysymykset.

Toisessa luvussa käsittelen aluksi suomalaista vanhustenhuollon palvelujärjestelmää. Vanhustenhuoltoon on tullut perinteisen koti- ja laitoshoidon lisäksi julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamia asumis- ja tukipalveluja. Vanhuspalvelujärjestelmän lähtökohtana oleva lainsäädäntö määrittelee kunnan velvollisuudet ja yksilön oikeudet. Luvun lopuksi tarkastelen vanhusta ja hänen omaisiaan palveluja käyttävinä asiakkaina.

Kolmannessa luvussa esittelen tutkimuksen toteuttamista. Keräsin aineiston haastattelemalla Vilppulan kunnan SAS-työryhmän jäseniä ja vanhustenhuollon toimijoita sekä seurasin työryhmän kokouksia. Tarkastelen tämän jälkeen tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tutkimuksen analyttisenä lähtökohtana on kvalitatiivinen tutkimus ja diskursiivinen tutkimusote. Pohdin ja perustelen, miksi päädyin analyysisäni diskurssianalyysiin ja siinä erityisesti hegemonisten diskurssien analyysiin.

Neljännessä luvussa tarkastelen Vilppulan seudun vanhustenhuollon palvelujärjestelmää, joka on sidoksissa Mäntän vanhuspalvelujärjestelmään. Alueella on tapahtunut suuria organisatorisia muutoksia, kun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnat yhdistettiin vuonna 2002 Mäntän seudun terveydenhuoltoalueeksi. Luvun lopussa esittelen, miten haastateltavat kuvaavat Vilppulan SAS-työryhmää, sen toimintaa ja päätöksenteon yleisiä periaatteita.

Viidennessä luvussa keskityn analysoimaan aineistosta esiin nousevia hegemonisia diskursseja. Esittelen, miten pitkäaikaishoidon itsestäänselvydet vaikuttavat päätöksenteossa ja miten erilaisten argumenttien avulla pyritään vakuuttamaan kuulijat. Resurssit ja kotihoidon ensisijaisuus nousevat haastateltavien puheessa vahvasti esille. Kummatkin vaikuttavat siihen, minkälaisia päätöksiä tehdään ja miten vallitsevat olosuhteet heijastuvat vanhustenhuoltoon. Analysoin myös sitä, miten vanhuksen ja hänen omaistensa

toiveita ja tarpeita kyetään huomioimaan ja kenen ääni ratkaisee, kun SAS-työryhmässä päätetään vanhuksen pitkäaikaishoidosta.

Viimeisessä luvussa pohdin, minkälainen on tämän tutkimuksen valossa Vilppulan SAS-työryhmän päätöksenteon nykytodellisuus, siihen vaikuttavat tekijät sekä vanhuksen ja omaisten asema pitkäaikaishoidon päätöksenteon käytännöissä. Tämän jälkeen analysoin tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä ja tuon esille vanhustenhuollon toiminnan tulevaisuuden haasteita ja jatkotutkimusaiheita.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Pitkäaikaishoidon päätöksentekokäytäntö näyttäytyy monimutkaisena toimintana vanhuksen, omaisen ja ruohonjuuritason työntekijän näkökulmasta tarkasteltuna. Siihen vaikuttavat vanhustenhuollossa vallitsevat toimintaehdot. Asiakkaan tarpeet saattavat nykyisissä olosuhteissa jäädä julkilausutuista periaatteista huolimatta toissijaisiksi (Ala-Nikkola 2003, 64, 79–85; Lehto 2000, 47–48; Valokivi 2002, 21–28). Pitkäaikaishoidon tarpeen kasvu ja samanaikaisesti tapahtunut laitospaikkojen määrän väheneminen ovat aiheuttaneet sen, että vanhuspalveluja kysytään huomattavasti enemmän kuin niitä kyetään tarjoamaan. (Vaarama ym. 2002, 100–101; Vaarama ym. 2004, 41–45; Voutilainen & Vaarama 2000, 109–113)

Tarkastelen tutkimuksessani Vilppulan kunnan vanhustenhuollon palvelujärjestelmää pitkäaikaishoidon päätöksenteon näkökulmasta. Alueella on toteutettu vuodesta 2002 lähtien mittavia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän organisatorisia muutoksia. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustaminen, vanhustenhuollon uudelleen organisointi ja erilaiset kehittämishankkeet ovat nostaneet esille tarpeen selvittää vanhusten pitkäaikaishoidon kokonaisuutta ja SAS-työryhmän päätöksentekokäytäntöjä. SAS-lyhenne selitetään eri yhteyksissä hieman eri tavalla: se tarkoittaa selvitä – arvioi – sijoita (Nikander 2003, 289), seuraa – arvioi – sijoita (Ala-Nikkola 2003, 43) tai suunnittele – arvioi – sijoita (Rajala, Lahtinen & Paunio 2001, 9). Työssäni puhun SAS-lyhenteestä merkityksessä selvitä – arvioi – sijoita.

Olen haastatellut Vilppulan SAS-työryhmän jäseniä ja vanhustenhuollon toimijoita sekä havainnoinut työryhmän kokouksia. Olen lähestynyt aineistoa diskurssianalyttisen menetelmän avulla. Tavoitteenani on ollut tutkia, miten pitkäaikaishoidosta puhutaan ja miten sitä kuvataan.

Tutkimukseni tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia ovat vilppulalaisen SAS-työryhmän päätöksentekokäytännöt?
2. Miten haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon päätöksenteon toimintaehtoja ja käytäntöjä sekä vanhuksen ja omaisten asemaa pitkäaikaishoidon päätöksenteossa?

2 Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmän toimintakäytännöt ja asiakkaat

2.1 Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä

2.1.1 Yleistä

Tarkastelen seuraavassa vanhustenhuoltoa sosiaali- ja terveystalvelujen osana. Vanhustenhuollon talveluja tuotetaan säädösten, organisatoristen ja taloudellisten reunaehtojen kokonaisuudessa, johon talveluja käyttävät ja talvelujen tuottajat ovat omalta osaltaan vaikuttamassa.

Sosiaali- ja terveystalvelujen toteuttamista ohjaavat lainsäädännön ohella kansalliset suositukset ja paikalliset strategia-asiakirjat. Niissä on ilmaistu vanhustenhuollon yleiset tavoitteet, suuntaviivat ja eri toimijaosapuolien vastuut (Ikäihmisten hoitoa ... 2001; Kokko 2002, 49–51). Vanhustenhuollon strateginen suunnittelu tarvitsee suositusten ohella tuekseen ennakkotietoa oman alueensa väestön ikääntymisestä, toimintakyvystä ja elinolojen muutoksista (Alueellinen tietotuotanto ... 1997, 7–19; Vaarama, Luoma-haara, Peiponen & Voutilainen 2001, 7–10).

Kansalaisten perusoikeuksiin kuuluu, että kunnassa asuva väestö saa tarvitsemiaan sosiaali- ja terveydenhuollon talveluja (Pajukoski 2004, 180–184). Kunnan vastuulla on järjestää Kansanterveyslain (66/1972) ja Sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon perustalvelut. Kunnat päättävät itsenäisesti talvelujen tuottamisen määrän ja laajuuden määrärahojensa puitteissa (mt. 180–184).

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa puhutaan yleisesti vanhuspalveluista, joita hallinnollisessa mielessä ovat esimerkiksi kotitalvelu, vanhainkoti ja talveluasuminen. Lehdon ja Natusen (2002, 12) mukaan käsitteet ovat ongelmallisia, sillä ne ohjaavat ajattelua vain osaan vanhusten käyttämistä talveluista. Vanhukset käyttävät runsaasti

myös terveystalvveluja. Käytän työssäni vanhusten käyttämistä sosiaali- ja terveystalvveluista käsitettä vanhustalvvelut. Vanhusten pitkäaikaishoitoa lähestyn vanhustalvvelujen kontekstin kautta.

Vanhusten talvveluista keskustellaan laajasti Euroopan Unionin jäsenmaissa. Talvvelujen tuottaminen on organisoitu eri tavalla eri maissa, mutta kaikkialla näitä talvveluja tuotetaan kotona, talvvelutaloissa ja laitoksissa (Kraan, Baldock, Davies, Evers, Johansson, Knapen, Thorslund & Tunissen 1991, 73–78). Viime vuosikymmeninä Iso-Britanniassa on käyty debattia vanhusten kotihoidon talvvelujen järjestämisestä, rahoituksesta ja työnjaosta. Ovatko näiden talvvelujen tuottamisesta vastuussa sosiaali- vai terveydenhuollon toimijat? Näkemykset asiasta vaihtelevat. (Hugman 1994, 127–135; Means, Morbey & Smith 2002, 82–88) Suomessa vanhuksille suunnatut talvvelut muodostavat laajan sosiaali- ja terveydenhuoltotalvvelujen kokonaisuuden. Haaste on saada tämä kokonaisuus sovitettua yhteen niin, että talvvelujen tuottaminen on tehokasta, taloudellista, laadukasta ja talvvelujen käyttäjien näkökulman huomioivaa. (Ala-Nikkola 2000, 75–76)

Vanhuksille suunnatut talvvelut voidaan järjestää kunnan omana toimintana, ostopalvveluna, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai seudullisena yhteistyönä. Talvvelujen toteuttamisessa on tärkeää, että eri hallinnonalojen rajat eivät aiheuta toimintojen päällekkäisyyttä tai väliinpuutoamisia. (Kansallinen projekti...2002 a) Kunnallisten vanhustalvvelujen rinnalle on tullut entistä enemmän toimijoita kolmannelta sektorilta. Myös yksityisten ammatinharjoittajien osuus vanhustalvvelujen tuottajina on lisääntynyt merkittävästi. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 99–104; Teperi 2004, 115)

Talvvelujen tarvetta määrittelevät monet eri tekijät. Vanhusten määrän kasvuennusteiden perusteella voidaan arvioida tulevaisuuden vanhustalvvelujen tarvetta, mutta kehitys ei ole suoraviivaisessa yhteydessä yksinomaan demograafisiin tekijöihin. Tulevaan tarpeeseen vaikuttavat vanhusten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden lisäksi myös asunto-olosuhteet ja vanhusten mahdollisuudet liikkua lähiympäristössä. (Vaarama 1992, 9) Talvvelurakennetyöryhmän (1992, 9) mukaan ympäristötekijöiden puutteiden korjaamisella voidaan vahvistaa vanhusten mahdollisuuksia asua kotona nykyistä kauemmin.

2.1.2 Kotihoito

Ensisijaisia vanhustalpalveluja ovat kotona tapahtuva hoito ja hoiva (Valvanne & Noro 1999). Kotihoito vanhusten hoitomuotona on merkittävässä asemassa monissa maissa. Tähän vaikuttavat yhteiskunnan rakenteet ja historiallinen kehitys. Yhteiskunnissa, joissa naiset ovat olleet etupäässä kotona, ei ole ollut tarvetta rakentaa laitoksia. Kotihoito voi tällöin olla lähes ainoa tarjolla oleva vaihtoehto. (Hokenstad & Johansson 1999, 254–256; Hugman 1994, 127–146; Kraan ym. 1991, 73–78; Means, Richards & Smith 2003; Wood & Estes, 1985, 213)

Avopalvelujen tarkoitus on tukea vanhusten kotona asumista (Palvelurakennetyöryhmä 1992, 9). Palvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat iän lisäksi vanhuksen toimintakyky ja sairaudet. Säännöllinen hoivapalvelujen käyttö kotihoidossa alkaa noin 76-vuotiaana, joskin 70 prosenttia ikäryhmästä selviytyy ilman yhteiskunnan tarjoamia palveluja. (Vaarama ym. 2002, 78–79)

Kotihoito, johon luetaan kotipalvelu, kotisairaanhoido, tukipalvelut ja omaishoidon tuki, kohdennetaan aiempaa suuremmissa määrin kaikkein iäkkäimmille, yli 75-vuotiaille vanhuksille. Kotihoito on muuttumassa huonokuntoisten vanhusten hoidoksi muiden jäädessä ilman. (Vaarama ym. 2002, 84–88; Vaarama ym. 2004, 37) Kotihoidon tukipalvelujen, kuten ateriat-, hygieniat-, kuljetus-, siivous- ja turvapalvelujen, tarkoituksena on edesauttaa vanhuksen kotona asumista (Ketola & Kokkonen 1994, 83–90).

Tutkimuksessani puhun kotihoidosta, kotipalvelusta tai kotisairaanhoidosta asiayhteydestä riippuen. Kotihoidon tukipalvelut jäävät tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

2.1.3 Asumispalvelut

Vanhuksille tarkoitettuja tuettuja asumispalveluja on perustettu korvaamaan tarvetta, joka on kotihoidon ja perinteisen laitoshoidon välillä. Palveluasumisyksiköistä käytetään useita eri nimityksiä; tavallisimpia ovat palvelutalot, hoito- tai hoivakodit ja ryh-

mäkodit. Palveluasunnoissa asuvalta edellytetään kohtuullista toimintakykyä, esimerkiksi vanhuksen tulee kyetä liikkumaan autettuna. Tehostetussa palveluasumisessa hoivaa ja hoitoa tarjotaan ympäri vuorokauden. (Lehto ym., 2001, 133–135; Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen & Päivärinta 2000, 97; Vaarama ym. 2002, 82)

Eritasoisten asumispalvelujen tarve on lisääntynyt jatkuvasti, sillä kotihoidossa olevien vanhusten toimintakyky on heikentynyt. Tarvetta lisää myös se, että pitkäaikaishoidon sairaanhoidon paikkoja on purettu huomattavasti 1990-luvulta alkaen. Asumispalveluja käyttävien yli 65-vuotiaiden vanhusten määrä on kasvanut 62 prosenttia vuosina 1995–2002. (Vaarama ym. 2004, 37–43) Vaikka eritasoisia asumispalvelupaikkoja on perustettu jatkuvasti lisää, niiden tarjonta ei edelleenkään vastaa kysyntää (Vaarama ym. 2002, 82–83).

Tutkimuksessani puhun asumispalveluista ja palveluasumisen yksiköistä käsitteillä, jotka ovat käytössä Vilppulan kunnassa. Rinnastan asumispalvelut ja vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon toisiinsa erotuksena kotona tapahtuvasta hoidosta. Tämän tutkimuksen fokuksena on tarkastella tilannetta, jolloin tarve siirtyä kotoa asumispalveluihin tai laitoshoittoon on ilmaantunut.

2.1.4 Laitoshoido

Suomalaisen yhteiskunnan teollistuminen ja naisten työssäkäynnin lisääntyminen ovat vaikuttaneet osaltaan siihen, miksi vanhusten hoidossa laitoshoidon osuus on lisääntynyt niin huomattavasti 1950-luvulta lähtien (Pitkänen 1994, 221–223). Nyt eletään vaihetta, jolloin pitkäaikaisen laitoshoidon paikkojen määrää on vähennetty huomattavasti (Palvelurakennetyöryhmä 1992, 9–10). Väestön ikääntymisen ja huonokuntoisuuden seurauksena on, että vanhukset tarvitsevat myös laitoshoidon palveluja silloin, kun kotona ei enää selvitä (Kinnunen 1999).

Laitospalveluja tarjoavat vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot (Lehto ym. 2001, 101–102). Raja laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen välillä on jossakin

määrin epäselvä. Tehostetun palveluasumisen kustannukset tilastoidaan useissa kunnissa yhteen laitoshoidon kanssa. (Valvanne & Noro 1999)

Laitoshoidossa olevien vanhusten tilanteeseen on puututtu niin, että heitä on siirretty ”alemmille” hoidon portaille. Erikoissairaanhoidon potilaita on siirretty terveyskeskusten vuodeosastoille, vuodeosastojen potilaita vanhainkoteihin ja vanhainkodeista vanhuksia asumispalveluihin. Yli 65-vuotiaiden asiakkaiden määrä vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on vähentynyt 11 prosenttia vuodesta 1995 vuoteen 2002. (Vaarama ym. 2004, 42–45) Samaan aikaan sairaanhoidossa hoitoajat ovat lyhentyneet. Akuuttivaihe hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja sen jälkeen jatketaan vanhukseen kuntoutusta terveyskeskuksissa. (Lehto & Blomster 2000, 171–173)

Tutkimuksessani käytän pitkäaikaishoidon ja laitoshoidon käsitteitä. Molemmilla käsitteillä tarkoitan tässä työssä hoitoa vanhainkodissa tai asumispalveluyksiköissä.

2.2 SAS-työryhmä vanhustenhuollon palvelujärjestelmän osana

SAS-työryhmän toiminnalla on tärkeä merkitys vanhusten palvelujen koordinoijana, sillä vanhusten palveluja tarjotaan ja tuotetaan Lehdon (2000) mukaan monimuotoisessa mosaiikkimaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kontekstissa.

SAS-työryhmän kokouksissa päätetään vanhusten tarvitsemista palveluista, kuten kotihoidosta, asumispalveluista, omaishoidon tuista ja laitoshoidosta. Eri kuntien kesken on jonkin verran eroja, mitkä asiat päätetään SAS-kokouksissa. Vanhusasiakkaiden tilannetta pohditaan myös sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöryhmissä. Vanhainkotihoitosta päätöksen voi tehdä esimerkiksi vanhainkodin johtaja.

Kokoukset ovat asiantuntijakokouksia, eikä vanhus tai hänen omaisensa ole itse niissä läsnä. SAS-työryhmän kokouksiin osallistuvat ovat vanhustenhuollon työntekijöitä ja esimiehiä. Päätöksenteon kriteerit on sovittu periaatteellisella tasolla, ja toisinaan ne

ovat myös kirjallisessa muodossa. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 36–37, 111; Ala-Nikkola 2003, 50–51; Nikander 2002, 59–60)

2.3 Vanhuspalvelujen asiakas

Vanhuspalvelujen asiakas on tärkeä yhteistyökumppani vanhusten huollossa. Vanhuksen tai omaisten näkökulmaa ei voi sivuuttaa, kun arvioidaan hoidon tarpeeseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita. (Lehto 1998 b, 112–116) Palvelujen tarve on yksilöllistä, sitä ei voi määritellä pelkkien ikävuosien tai sairauksien mukaan.

Väestön koulutustason nousun seurauksena on, että ikääntyneet vanhukset ovat aktiivisia ja oma-aloitteisia. He asuvat kotonaan omin avuin ja omin tavoin sekä käyttävät vanhuspalveluita yksilöllisten tarpeidensa ja toiveidensa pohjalta. He arvostavat elämässään erityisesti vapautta, omatoimisuutta, itsemääräämisoikeutta ja oikeutta päättää omista henkilökohtaisista menemisistään. (Hammar ym.1999)

On kuitenkin todennäköistä, että iän myötä vanhusten toimintakyky heikkenee ja sairastuminen lisääntyy (Vaarama ym. 2002, 79). Tästä huolimatta monelle vanhukselle kotona asuminen niin pitkään kuin mahdollista on tärkeä asia. Useat heistä ovat ilmaisseet halunsa asua kotonaan huonokuntoisenakin ja kuolla sitten pois tutussa kotisängyssään. (esim. Hirvonen 1995, 40–42; Kolstela 2001, 64–65; Rapatti 2000, 50–53)

Vanhukset suhtautuvat omiin oireisiinsa ja toimintakykynsä heikentymiseen eri tavoin. Toiset hyväksyvät, että tietyt oireet kuuluvat vanhuuteen. Toiset taas eivät hyväksy itessään mitään ikääntymiseen liittyvää heikkoutta. (Tilvis 1999) Vanhusten suhtautuminen tarjolla oleviin palveluihin muuttuu sitä myönteisemmäksi, mitä enemmän he raihnaistuvat, jos realistinen arviointikyky omasta kunnosta on säilynyt (Kinnunen 1999). Väestössä on vanhuksia, jotka tuntevat olonsa yksinäiseksi. Masennus, alakuloisuus, sairaudet ja kykenemättömyys liikkumaan eristävät heidät asuntoonsa. Vanhuksilla on myös turvattomuutta, kyvyttömyyttä huolehtia itsestä ja puutteita asumisen olosuhteissa. (Hammar ym. 1999;Vaarama, Hakkarainen, Laaksonen 1999, 12–13)

Tutkimuksessani puhun vanhuksista, vanhustalvelujen asiakkaista ja omaisista. Vanhukset ovat vanhustalvelujen asiakkaita. Yhdessä omaistensa kanssa he ovat vanhustalvelujen käyttäjiä ja vanhustalveluissa toimivien ammattilaisten yhteistyökumppaneita.

3 Tutkimuksen toteuttaminen

3.1 Tutkimusaineiston keruu

3.1.1 Vanhustenhuollon toimijoiden haastattelu

Haastattelu on tavallinen aineistonkeruumenetelmä varsinkin laadullisissa tutkimuksissa. Keräsin oman tutkimusaineistoni käyttäen vapaamuotoista teemahaastattelua. Haastattelu muodostuu joukosta tarinoita, kuten Miller ja Glassner (2004, 126–138) toteavat. Niistä osa on kotoisin toisilta ihmisiltä, osa tutkijalta itseltään ja osa keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Tärkeää ei niinkään ole ymmärtää, kuinka ja missä tarinat on kerrottu tai minkälaisia ne ovat, vaan oleellista on selvittää, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja minkälaiseen tutkimuskysymykseen haastattelun avulla haetaan vastausta (Miller & Glassner 2004, 129–131; Silverman 1993, 90–100).

Haastattelu sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin joustavuutensa ja monipuolisuutensa ansiosta. Se tuottaa tietoa haastateltavan omista kokemuksista sekä sosiaalisesta maailmasta, joka häntä ympäröi. Haastattelua käytettäessä on syytä muistaa, että haastateltavat välittävät kokemuksiaan juuri tietylle haastattelijalle; he päättävät, mitä kertovat ja mitä jättävät kertomatta. Tutkijan tehtävänä on tehdä tulkintaa siitä todellisuudesta, mistä tutkittavat hänelle kertovat. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–35; Miller & Glassner 2004, 127–131)

Haastattelulla on etuja ja haittoja, jotka ovat tärkeitä tunnistaa ja pyrkiä ottamaan huomioon mahdollisimman hyvin. Haastattelu on käyttökelpoinen tutkimusaineiston keruumenetelmä silloin, kun tarkoituksena on analysoida haastateltavien omia kokemuksia osana laajempaa kontekstia ja tutkimusjoukko on suhteellisen pieni. Haastattelun yhteydessä voidaan esittää lisäkysymyksiä ja näin saada tarvittaessa lisää perusteluja sekä täsmennystä tutkittavana olevaan ilmiöön. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–40; Miller &

Glassner 2004, 125–128) Haastattelun ongelmana on, että se vie paljon aikaa, ja on näin ollen kallis aineistonkeruumuoto. Mahdollisia haastateltavasta tai haastattelijasta johtuvia virhelähteitä voi pyrkiä vähentämään käyttämällä esimerkiksi havainnointia täydentämään haastattelun välittämää kuvaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34–40; Miller & Glassner 2004, 129–133)

Olen kerännyt tutkimusaineistoni maaliskuussa vuonna 2003 haastatteleamalla Vilppulan kunnan SAS-työryhmän jäseniä ja vanhustenhuollon toimijoita. Haastattelemistani henkilöistä kuusi on Vilppulan SAS-työryhmän jäseniä. He toimivat esimiestehtävissä, kotisairaanhoidossa, osastonhoitajana, kotiutushoitajana ja sosiaalityöntekijänä. Haastattelin myös lääkäriä, joka ei ole varsinaisesti työryhmän jäsen, mutta tarpeen mukaan osallistuu SAS-työryhmän kokouksiin. Edellisten lisäksi haastattelin yksityistä palveluntuottajaa ja asumispalveluyksikön hoitajaa. Heidän haastattelujensa avulla halusin saada käsityksen siitä, minkälaisena SAS-työryhmän päätökset näyttäytyvät ruohonjuuritason toimijan silmin. Haastateltavien ryhmä muodosti näin ollen moniäänisen asiantuntijajoukon. Heistä jokainen tarkasteli vanhustenhuollon pitkäaikaishoitoa ja sen päätöksentekoa omasta näkökulmastaan. Moniäänisyyttä lisäsi edellisen lisäksi, että osa haastateltavista oli toiminut vanhustenhuollon tehtävissä ja SAS-työryhmässä useiden vuosien ajan ja osa oli tullut nykyiseen tehtäväänsä vasta äskettäin.

Ennen haastattelua lähetin jokaiselle haastateltavalle selvityksen tutkimukseni tarkoituksesta ja tutkimuksen teemoista (Liite 1). Kysyin alustavasti heidän suostumustaan haastatteluun osallistumisesta. Esioletukseni perusteella valitsemieni teemojen tarkoituksena oli toimia haastattelun runkona (Liite 2). Tutkittavien erilaisista taustoista ja toimenkuvista johtuen nämä teemat painoutuivat haastattelun aikana kuitenkin eri tavalla. Teemojen tarkoitus oli myös helpottaa kokematon haastattelijaa pitämään aiheen kokonaisuus hallinnassaan. Käyttämäni haastattelumenetelmä ei ollut temahaastattelu sanan varsinaisessa merkityksessä, vaan tässä yhteydessä voi puhua strukturoimattomasta keskustelumutoisesta tai avoimesta haastattelusta (Eskola & Suoranta 1999, 86–89; Hirsjärvi & Hurme 2001, 43–48).

Kerroin haastateltaville etukäteisinformaatiossa ja vielä uudelleen varsinaisessa haastattelutilanteessa, että teemat ovat viitteellisiä ja niistä on mahdollisuus poiketa haastateltavan haluamaan suuntaan. Tämän jälkeen sovimme puhelimitse haastatteluajankohdan ja paikan. Toteutin haastattelut maaliskuussa 2003 haastateltavien omilla työpaikoilla Vilppulassa ja Mäntässä.

Haastattelujen kesto vaihteli neljästäkymmenestä viidestä (45) minuutista yhteen tuntiin ja kahteenkymmeneen viiteen minuuttiin (1h 25min). Haastattelupaikaksi järjestyi kaikissa tapauksissa rauhallinen huone. Nauhoitin tekemäni haastattelut. Ennen varsinaisen haastattelun alkua kertosin vielä tutkimukseni tarkoituksen ja käsiteltävien tietojen luotamuksellisuuden. Nauhoituksen aikana sattui muutama keskeytys, jolloin keskeytin haastattelun. Nauhoitusta kertyi yhteensä yhdeksän (9) tuntia. Purin tämän jälkeen nauhoitukset sanatarkasti ylös kuukauden kuluessa haastatteluista. Haastattelujen jälkeen tekemäni muistiinpanot helpottivat puheen kuulemista nauhalta ja palauttivat haastattelutapahtumat paremmin mieleeni. Nauhoituksista kertyi kirjoitettua tekstiaineistoa yhteensä 180 sivua.

3.1.2 SAS-työryhmän kokousten havainnointi

Haastattelujen jälkeen osallistuin kahteen Vilppulan SAS-työryhmän kokoukseen tarkkailijana. Havainnointia aineistonkeruumenetelmänä käytetään esimerkiksi etnografisessa tutkimuksessa joko yksinään tai täydentämään muita tiedonkeruumenetelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 37–39; Eskola & Suoranta 1999, 99–104). Havainnointi välittää tutkijalle kuvaa siitä, kuinka ihmiset toimivat ja mitä heidän välillään tapahtuu tietyssä tilanteessa (Baszanger & Dodier 2004, 24–28). Tutkija voi tehdä havaintojaan täysin ulkopuolisena, osittain osallistuvana tai täydellisesti osallistuvana tarkkailijana. Osallistumisen tavan ratkaisemiseksi tutkijan on tärkeää pohtia, mikä edellä mainituista tavoista tuottaa tutkimuksen kannalta riittävän luotettavaa informaatiota. Tilanteiden ainutkertaisuus tekee havainnoinnista vaativan tiedonkeruumenetelmän. (Eskola & Suoranta 1999, 99–104) Havainnoinnin luotettavuutta voidaan parantaa käyttämällä tiedon tallentamisessa esimerkiksi videointia (Metsämuuronen 2003, 190–192).

Haastattelujen perusteella minulle oli muodostunut eri henkilöiden välittämä kuva siitä, mitä Vilppulan SAS-työryhmän kokouksissa tapahtuu. Kokousten kuvaukset olivat tutkimuskysymysteni kannalta oleellisen tärkeitä. Haastattelujen aikana kerrotut kuvaukset SAS-kokouksista eivät välittyneet minulle aina riittävän konkreettisina. Tämän vuoksi halusin päästä seuraamaan SAS-työryhmän kokouksia ja sain siihen luvan työryhmän puheenjohtajalta. Päätös kokousten seuraamisesta ei kuulunut alkuperäiseen tutkimussuunnitelmaani, vaan syntyi haastattelujen kuluessa. Käytin havainnointiaineistoa tutkimuksessani SAS-työryhmän toiminnan kuvauksen ”apuvälineenä”.

Kokoukset, joita olin seuraamassa kesä- ja syyskuussa 2003, kestivät kumpikin kaksi tuntia. Ensimmäiseen kokoukseen osallistui seitsemän SAS-työryhmän jäsentä ja sihteeri. Kokouksen puheenjohtajana toimi kotipalveluohjaaja. Seuraavassa kokouksessa oli läsnä kahdeksan SAS-työryhmän jäsentä sekä sihteeri, ja puheenjohtajana toimi tuolloin vanhustyön johtaja. Hän on SAS-työryhmän vakituinen puheenjohtaja. Suurin osa kokouksiin osallistuvista oli ollut mukana haastatteluissani. Kaikkia työryhmän jäseniä en haastatellut, sillä valitsin eri ammattiryhmien edustajista yhden edustamaan omaa ammattikuntaansa. Kaikki läsnäolijat olivat tietoisia siitä, kuka olen ja miksi olen mukana seuraamassa SAS-työryhmän kokousta.

Olin kokouksissa passiivinen tapahtumien seuraaja, ja havaintojen tallentaminen tapahtui asiamuistiinpanoja tehden. Nauhuria en käyttänyt, sillä kokouksissa käsiteltiin yksittäisten asiakkaiden ja heidän perheidensä salassa pidettäviä, henkilökohtaisia asioita. Nauhurin käyttö olisi supistanut mahdollisesti myös keskustelujen sisältöä. Kokousten seuraamisen avulla sain konkreettisen käsityksen tapahtumista: mitkä asiat toistuvat, mitkä asiat ovat satunnaisesti esillä, mitä konkreettisesti tarkoittaa asioiden monimutkaisuus, miten ja millä perusteella päätökset syntyvät.

3.2 Tutkimuksen eettisyys

Kaikkeen tutkimukseen liittyy eettisiä kysymyksiä, joista tutkijan on hyvä olla tietoinen. Kun haastattelu tapahtuu välittömässä vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa, seu-

rauksena on eettisyyden näkökulmasta monitahoisia asioita. Tärkeinä periaatteina nostetaan lähdekirjallisuudessa esille esimerkiksi haastateltavien vapaaehtoinen suostumus haastatteluun sekä saatujen tietojen luottamuksellisuuden ja yksityisyyden turvaaminen. Suostumus perustuu siihen, että haastateltavat ovat riittävän hyvin tietoisia tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja asioiden käsittelyn luottamuksellisuudesta. Haastateltavilla tulee olla todellinen mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta olisi tärkeää kuvata haastateltavia mahdollisimman tarkasti. Kuitenkin eettiset periaatteet ja luottamuksellisuus edellyttävät, että haastateltavien henkilöllisyys ja mielipiteet eivät ole tutkimusraportissa tunnistettavissa. (Eskola & Suoranta 1999, 52–60; Hirsjärvi & Hurme 2001, 19–20; Silverman 2000, 200–202)

Tässä tutkimuksessa on erityisen tärkeää huolehtia haastateltavien anonyymiydestä, sillä haastattelu toteutettiin pienessä kunnassa. Sain luvan tutkimukseeni Vilppulan kunnanjohtajalta. Hänen mukaansa Vilppulan kunnan nimi voi olla esillä tutkimusraportissa edellytyksellä, että tutkimukseen osallistujien henkilöllisyys ei paljastu. Haastateltavia oli vähän ja suurin osa toimi SAS-työryhmässä ammattikuntansa ainoina edustajina. Yleinen raportointikäytäntö tutkimuksissa on, että tekstinäytteet lainataan haastateltavien puheesta autenttisina. Tässä tutkimuksessa olen kuitenkin muotoillut haastateltavien puheen kirjakieliseen muotoon tunnistamattomuuden turvaamiseksi. Olen laatinut tekstinäytteiden kooditunnisteet täysin sattumanvaraisesti. SAS-työryhmän kokoushavainnot kuvailen niin, että yksittäisten asiakkaiden asiat eivät tule ilmi tutkimusraportissa. Myöskään kokoukseen osallistujien henkilöllisyyttä ei voida tunnistaa.

Tutkimusaineistoa on kertynyt suhteellisen rajallinen määrä, joten minun on mahdollista käsitellä ja analysoida yksin kertynyt tutkimusaineisto. Tämä on lisännyt edellä kuvattujen toimien lisäksi tutkimuksen luottamuksellisuutta. Tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen tuhoan alkuperäisen tutkimusaineiston.

3.3 Tutkimusaineiston analysointi

Oman tutkimukseni luonteeseen kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu varsin hyvin (ks. Eskola & Suoranta 1999, 13–18; Metsämuuronen 2003, 167–168; Varto 1992, 24). Olen kiinnostunut siitä, mitä vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuu, minkälainen on pitkäaikaishoidon päätöksentekokäytäntö ja miten pitkäaikaishoidosta puhutaan.

Tutkimukseni tietoteoreettisena lähtökohtana on sosiaalinen konstruktivismi, jonka mukaan ihmisten tietämys maailmasta ja omasta itsestään on yksilöllistä, kontekstuaalista ja alati muuttuvaa. Kaikille yhteistä todellisuutta ei ole, vaan itse kukin konstruoi todellisuuttaan eri tavoin omassa mielessään ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Tietäminen on siten ihmisen rakentamaa aikaan, paikkaan ja sosiaaliseen kenttään sidottua tietämistä, ja näkemys asioista muuttaa muotoaan uusien kokemusten myötä. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan tutkimus kykenee tuottamaan autenttisen näkökulman todellisuuteen. (Burr 1995, 1–16; Heikkinen 2001, 119–120)

Tutkimuksen luotettavuuteen ihmistutkimuksessa liittyy aina subjektiivista merkitysten tulkintaa, eikä tutkija voi tavoittaa ehdotonta totuutta. Käsitys todellisuudesta syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tietynä ajankohtana ja tietyssä kulttuurissa. Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan sen tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan tapahtumaa, ymmärtää toimintaa tai antaa mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 16 – 19; Eskola & Suoranta 1999, 61)

Diskurssianalyttinen tutkimus (DA) on laaja ja heterogeeninen tutkimuksen alue, jonka määrittely kattavasti ei ole helppoa (Silverman 1993, 120–121). DA tutkii tekstiä, puhetta ja kielen käyttöä erilaisista näkökulmista tietyssä ajassa ja paikassa (Metsämuuronen 2003, 201; Wetherell & Potter 1988, 169–173). Lähtökohtana on, että kielen käyttö ei välitä ainoastaan kuvaa neutraalista, sosiaalisesta todellisuudesta, vaan sillä myös vaikutetaan sosiaaliseen todellisuuteen ja tuotetaan asiantiloja, asemia ja identiteettejä. Kieltä käytetään eri tavoin, kun pyritään saavuttamaan erilaisia päämääriä. Sen käyttö kuvaa, merkityksellistää, järjestää, rakentaa ja muuttaa sosiaalista maailmaa, jossa elämme. Sosiaalinen todellisuutemme hahmottuu useina rinnakkaisina tai keskenään

kilpailevina systeemeinä. (Alasuutari 1999, 178–185; Eskola & Suoranta 1999, 141–143; Jokinen, Juhila & Suoninen 2000, 18–24; Potter & Wetherell 1989, 33–35)

Diskurssianalyysissä tarkastellaan sitä, miten kulttuuriset merkitykset rakentuvat kielen avulla ja miten kielen avulla luodaan erilaisia sosiaalisia maailmoja. Analyysi kohdistuu puheen erilaisiin käytänteihin ja puhumisen tapoihin. Puheen totuudellisuus ei ole keskeinen kysymys, sillä erilaiset tarinat voivat myös vaikuttaa sosiaaliseen todellisuuteen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 16–19; Jokinen & Juhila 2002, 54–55; Potter & Wetherell 1989, 6–7)

Diskursiivisessa tutkimuksessa huomio kiinnittyy siihen, mitä kielen käyttäjä ilmaisulleen kulloinkin tekee ja tulee tuottaneeksi. Tällöin analyysissä keskitytään tarkastelemaan tilannekohtaisia kielellisiä funktioita. Aktualisoitunut kielenkäyttö rakentaa todellisuutta avaamalla ja rajoittamalla mahdollisuuksia. Kielen käytön ideologiset seuraukset liittyvät diskurssien ja vallan yhteen kietoutumiseen, kuten esimerkiksi alistussuhteiden legitimoiminen ja ylläpito. (Jokinen ym. 2000, 41–45)

Yksi diskurssianalyttisen tutkimuksen alue kohdistuu kielen käytön vaihtelevuuden analysoimiseen eri merkityssystemien avulla. Tällöin tulkitaan diskursseja tai repertuaareja, joihin toimija tukeutuu. Tulkinta kohdistetaan myös koko ajan muuntuviin vuorovaikutustilanteisiin, jolloin on välttämätöntä huomioida puheen konteksti. Merkityssystemit tulee tulkita siinä yhteydessä, missä ne tuotetaan. (Silverman 2001, 177–182; Suoninen 2000, 48–50)

Diskurssien ja vallan yhteen kietoutumisen analyysi voi kohdistua diskurssien välisiin suhteisiin eli diskurssien keskinäiseen hierarkisoitumiseen. Toinen tapa on tarkastella diskurssien valtasuhteita. Huomio kiinnittyy siihen, minkälaiset sosiaalisen todellisuuden jäsenystävät näyttävät dominoivan analysoitavaa aineistoa. Nämä hegemonisen aseman saavuttaneet diskurssit ovat vahvoja ja samantapaisina toistuvia. Ne ovat saavuttaneet puheessa itsestään selvän ja kyseenalaistamattoman aseman. Luonnollisiksi ja kyseenalaistamattomiksi totuudeksi muotoutuneet diskurssit vievät elintilaa muilta diskursseilta. Hegemonisten diskurssien analyysin tarkoituksena ei ole ottaa arvovärittei-

sesti kantaa käsiteltävään asiaan, vaan tehdä näkyväksi ja saattaa tietoisuuteen nämä itsestäänselvyyksiksi muotoutuneet diskurssit. (Jokinen 2002; Jokinen & Juhila 1996, 24–26; Jokinen & Juhila 2000, 75–96)

Retorinen diskurssianalyysi on eräs tapa analysoida sitä, miten haastateltavan puheessa itsestäänselvytykset ovat rakentuneet ja miten puheet voidaan saada vakuuttaviksi ja kannatettaviksi. Kielellisillä valinnoilla ja käytännöillä synnytetään todellisuutta, rajataan ratkaisuvaihtoehtoja ja luodaan sitoutumista tiettyihin ajatusmalleihin. Retoriikka-analyysin lähtökohtana on, että siinä ei pyritä tulkitsemaan asian olemusta sellaisenaan. Lähemmän tarkastelun kohteeksi nousee puheen argumentointi, vakuuttamisen keinot ja selontekojen tilanteet. Retorinen argumentaatio on sekä tietoista että tiedostamatonta. Se on kaiken kielen käytön oleellinen ominaisuus. Argumentoinnissa puhe on sekä puhetta jostakin, että ennen kaikkea puhetta jollekin. Analysoija ei ota tuomarin roolia ratkaisuksi, mikä versio on totuudellisempi. Huomio kohdistuu resursseihin, joita toimijat tilanteissa käyttävät ja näin rakentavat kuvauksista ”tosiasioita”. (Alasuutari 1999, 157–164; Jokinen 2002, 126 – 129; Jokinen & Juhila 1996, 39)

Retoriikka voi olla hyökkäävää, jolloin puhujan argumentoinnin tarkoituksena on vahingoittaa vasta-argumentointia. Puolustavan retoriikan avulla pyritään vahvistamaan ja vakuuttamaan omaa argumentointia, ja näin vastapuolen argumentaatio jää vähemmälle huomiolle. Vakuuttelevan ja puolustavan argumentoinnin keinoja on useita. Puhuja voi esimerkiksi yksinkertaistaa tai etäännyttää sanomaansa omista intresseistään. Hän voi vakuuttaa kuulijansa asiantuntija-asemallaan, vetoamalla konsensukseen ja tosiasioihin, nostamalla esiin yksityiskohtia ja määrällisiä argumentteja tai käyttämällä ääri-ilmaisuja ja metaforia. Liittoutumisen asteen vaihtelulla puhuja määrittelee oman asemansa suhteessa argumenttiinsa. Hän joko puhuu omista nimissään tai toimii vain neutraalina argumentin välittäjänä. (Jokinen 2002, 130–155; Jokinen & Juhila 2000, 89–96; Potter 1996, 106–108)

3.4 Tutkimuksen kulku

Tutustuin keräämääni tutkimusaineistoon lukemalla sitä lukuisia kertoja läpi. Vähitellen lukemisen myötä tutkimuskysymykset alkoivat hahmottua ja täsmentyä. Ne myös muutuivat jonkin verran siitä, mitä alussa olin ajatellut omana esioletukseni. Etukäteen kaavailemani haastatteluteemateemat olivat muotoutuneet tämän esioletukseni perusteella (Liite 2). Laadulliselle tutkimusaineistolle on tyypillistä, että se vastaa erilaisiin kysymyksiin, kuin tutkija on suunnitteluvaiheessaan hahmotellut (Alasuutari 1999, 217).

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen – millainen on vilppulalainen SAS-työryhmän päätöksentekokäytäntö – esitin muun muassa seuraavia tarkentavia kysymyksiä: miten SAS-työryhmä toimii, ja ketkä ovat työryhmän jäseniä? Miten asioita käsitellään SAS-työryhmän kokouksissa? Miten tieto vanhuksen tilanteesta välittyy SAS-työryhmän jäsenille? Mitkä tekijät ovat päätöksenteon yleisiä periaatteita?

Toiseen tutkimuskysymykseen – miten haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon käytäntöjä ja toimintaehtoja sekä vanhuksen ja omaisen asemaa pitkäaikaishoidon päätöksenteossa – esitin seuraavia lisäkysymyksiä: milloin vanhuksen pääsy pitkäaikaishoittoon on/ei ole mahdollista? Onko vanhuksella ja omaisella mahdollisuutta vaikuttaa pitkäaikaishoidon päätöksentekoon? Miten pitkäaikaishoidon päätöksiä perustellaan? Mitä seurauksia päätöksentekokäytännöstä on vanhukselle ja omaiselle?

Jo varhaisessa analyysivaiheessa tutkimusaineistosta hahmottui kolme erilaista näkökulmaa vanhusten pitkäaikaishoittoon. Haastateltavien kuvauksista erottuivat organisaation, työntekijän sekä vanhuksen ja omaisen näkökulmat. Painotukset eri näkökulmien välillä vaihtelivat sen mukaan, mikä oli haastateltavan asema ja tehtävä vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä. Jokainen haastateltava tarkasteli kuitenkin SAS-työryhmän päätöksentekoa ja pitkäaikaishoittoa useammasta kuin yhdestä näkökulmasta.

Seuraavassa vaiheessa etsin aineistosta tutkimuskysymyksiin sopivia asiakokonaisuuksia, kuten esimerkiksi asiakaskeskeisyys, puhuttelevat kuvaukset, päätöksenteko, jännit-

teet, esteet, yhteistyö, tilannearvio ja tiedonkulku. Löysin aineistosta monia asiakokonaisuuksia, jotka antoivat vastauksia mitä-kysymyksiini.

Tämän jälkeen piti ratkaista, mikä laadullinen analyysi parhaiten sopii kerättyyn tutkimusaineistoon. Alustavasti näytti siltä, että diskursiivinen tai narratiivinen lähestymistapa sopivat tähän parhaiten. Luin menetelmäkirjallisuutta ja tein vertailuja, miten saisin aineistosta irti syvällisempää tietoa. Tämä ”hakemisen” ja ”epätietoisuuden” vaihe vei aikaa melko paljon, ja ajoittain tuntui jopa siltä, että en löydä tietä ulos. Lopulta päädyin ratkaisuun, jossa tarkemman analyysin kohteeksi valitsin vanhusten pitkäaikaishoidon. Diskurssianalyttinen lähestymistapa sopii mielestäni parhaiten tähän tutkimusaineistoon.

Jokisen, Juhilan ja Suonisen (2000, 27) mukaan diskurssit ovat ”*verrattain eheitä säännönmukaisia merkityssuhteiden systeemejä, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta.*” Diskurssit sopivat tutkimuksiin, joissa painopiste on ilmiöiden historiallisuuden tarkastelussa, valtasuhteiden analyysissä tai institutionaalisissa käytännöissä (Jokinen ym. 2000, 24–29). Haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon päätöksentekokäytäntöjä, hoidon todellisuutta sekä vanhuspalvelujen asiakasta ja hänen omaistaan tässä todellisuudessa.

Diskursiivisen luennan tarkoituksena on nostaa haastatteluaineistosta esille useita eri näkökulmia. Huomiota kiinnitetään siihen, kuka on äänessä eli puhuuko kertoja itsestään vai jostakin toisesta, mihin kertoja puheessaan vetoaa, mitä vastaan hän mahdollisesti hyökkää ja kenen näkökulmasta kertomus on kuvattu. Analysoinnin kohteena ovat asiat, joihin kertoja samaistuu tai joita hän ei käsittele lainkaan. Analyysissä huomio kiinnittyy myös siihen, pysyykö kertoja tapahtumien ulkopuolella ja miten hän pyrkii vakuuttamaan kuulijansa. (Metsämuuronen 2003, 201–202) Tarkoitukseni on nostaa esiin kuva, joka haastateltavien puheen kautta välittyy vanhusten pitkäaikaishoidosta.

Aineistoa lukiessani jouduin kaiken aikaa tekemään tulkintaa siitä, mitä haastateltavat minulle kertoivat tai mitä jättivät kertomatta. Kontekstuaalisuuden huomioiminen tässä analyysin vaiheessa on tärkeää, sillä asiayhteydestä irrotettuna puhe voi saada aivan

erilaisen tulkinnan, kuin jos sitä tulkitsee yhteydessä kontekstiinsa. Tekstinäytteiden lyhyet osuudet ovat osa laajempaa kokonaisuutta. Tulkinnassani arvioin jatkuvasti, mihinkä keskustelun vaiheeseen asia liittyy ja mitä eri asioita haastateltava välitti minulle tietoisesti tai tiedostamattaan. Tulkintaa tehdessäni pyrin etäännyttämään itseni ”puheen ulkopuolelle”. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on minulle tuttu. Tästä on etuna, että ymmärrän varsin helposti, mitä todellisuutta haastateltavat minulle kuvaavat. Siitä on myös haittansa. Joudun jatkuvasti tarkkailemaan omaa tulkintaani: tulkitseanko haastateltavien puhetta sellaisena, kuin he sen minulle välittävät vai ”ymmärrätkö” heidän puhettaan ”liian paljon”?

Diskursiivisessa analyysin osuudessa (luku 5) nostan tarkemman analyysin kohteeksi vanhusten pitkäaikaishoidon; miten siitä puhutaan, mitä puheesta nousee esille ja mitä puheesta seuraa. Pitkäaikaishoito tarkoittaa tässä yhteydessä kaikkia vaihtoehtoja, jotka tulevat kotona toteutettavan hoidon jälkeen. Analyysia varten olen lukenut koko haastateluaineiston läpi useita kertoja ja poiminut puheesta pitkäaikaishoitoon suoraan tai välillisesti viittaavia lausumia.

Nostan raportin tässä osiossa pitkäaikaishoidon asioita tietoisesti esille kriittisestä näkökulmasta. En ota kantaa vanhustenhuoltoon arvoväritteisesti siten, että asiat ovat hyvin tai huonosti. Tarkoitukseni on nostaa lukijan tietoisuuteen, mitkä diskurssit aineistosta nousevat hegemoniseen asemaan, miten ne on tuotettu ja mitä seurauksia hegemonisilla diskursseilla on pitkäaikaishoidon päätöksenteossa. (esim. Jokinen & Juhila 2000; Jokinen 2002; Juhila 2000)

Seuraavassa luvussa esittelen Vilppulan seudun vanhustenhuollon kokonaisuuden ja Vilppulan SAS-työryhmän toimintakäytännöt. Kuvaan tässä tilannetta, joka vallitsi Vilppulan ja Mäntän alueella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tutkimusajankohtana.

4 Vilppulan vanhustenhuolto ja SAS-työryhmän toimintakäytännöt

4.1 Vilppulan seudun vanhustenhuolto

Olen kerännyt tutkimusaineiston keväällä 2003 Vilppulan kunnassa, joka sijaitsee Ylä-Pirkanmaan seutukunnassa. ”Vilppula – Walloittavien Wesien Warrella” - on ostovoimainen pientalovaltainen maaseutumainen kunta. Kunta kuuluu Euroopan Unionin tavoite 2-alueeseen. Vuosina 2002–2003 väestön määrä oli 5647, näistä yli 65-vuotiaiden osuus oli 25 prosenttia (N=1412). Vilppula on Pirkanmaan muuttotappiokuntia. Väestöennuste vuodelle 2010 on 5417 henkeä. (Vilppulan kunta 2003 a; Vilppulan kunta 2003 b)

Tutkimusajankohtaa edeltävänä vuonna Vilppulan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä organisoitiin uudella tavalla. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue aloitti toimintansa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin itsenäisenä tulosalueena vuoden 2002 alussa. Se muodostettiin yhdistämällä erikoissairaanhoidon osalta Mäntän aluesairaala ja perusterveydenhuollon osalta Mäntän kansanterveystyön kuntayhtymä. Lähes kaikki työyhteisöt kokivat suuria muutoksia, esimerkiksi perusterveydenhuollon vuodeosaston ja erikoissairaanhoidon sisätautien vuodeosaston työyhteisöt yhdistyivät. (Yli 70-vuotiaan palveluketju ... 2002; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004 b, 43–46)

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen tavoitteeksi on asetettu muun muassa terveydenhuollon päällekkäisten toimintojen karsiminen, asukaskohtaisten terveydenhoidon menojen pienentäminen, toimintojen mitoittaminen väestön tarpeiden mukaan ja henkilöstön mitoittaminen toiminnan edellyttämälle tasolle. Tutkimuksien avulla arvioidaan toteutunutta terveydenhuollon uudistusta kuntien, organisaation, väestön ja henkilöstön näkökulmista. (Junnila 2005)

Terveydenhuollon organisatoriset muutokset ovat vaikuttaneet siihen, että vanhustenhuollon toimintaympäristö, etenkin palvelun käyttäjän mutta myös yksittäisen työnteki-

jän näkökulmasta, saattaa näyttää hajanaiselta ja hahmottomattomalta. Vie useita vuosia, ennen kuin kahden eri toimintakulttuurin kehittämistoimet ja palvelurakenteet voivat olla osa sujuvaa alueellista vanhustenhuollon palvelujärjestelmää (Mäntän seudun ...2005).

Alueellinen yhteistyö Vilppulan ja Mäntän vanhustenhuollon pitkäaikaisessa laitoshoidossa on toteutunut tutkimusajankohtana siten, että keskimäärin seitsemän Mäntässä asuvaa vanhusta on hoidettu Vilppulan vanhainkodissa ja Vilppulassa asuvia dementiavanhuksia on hoidettu vastaava määrä Mäntän dementiakodissa. (Vilppulan kunta 2004)

Vanhustenhuollon avopalvelujen tavoitteena on tukea vanhusten toimintakykyä ja kotona asumista sekä toimia vanhuspalvelujen hoitoketjussa yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Vilppulassa vanhusten avohuolto koostuu koti-, tuki- ja asumispalveluista, omaishoidontuesta ja päivätoiminnasta. Kolhon ja Vilppulan ryhmäkodit tarjoavat vanhuksille hoitoa ympäri vuorokauden. (Vilppulan kunta 2004)

Vanhuspalvelujen asiakkaiden saamat kotisairaanhoidon palvelut ovat käynteinä mitattuna vähentyneet vuodesta 2002 vuoteen 2003 lähes 12 prosenttia (N=3631). Perusterveydenhuollon vuodeosaston hoitopäivät ovat vähentyneet samana ajanjaksona kolmekymmentä prosenttia (N=12697) ja sisätautien osaston hoitopäivien määrä on vähentynyt 11 prosenttia (N=7075). (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004 a, 9, 13)

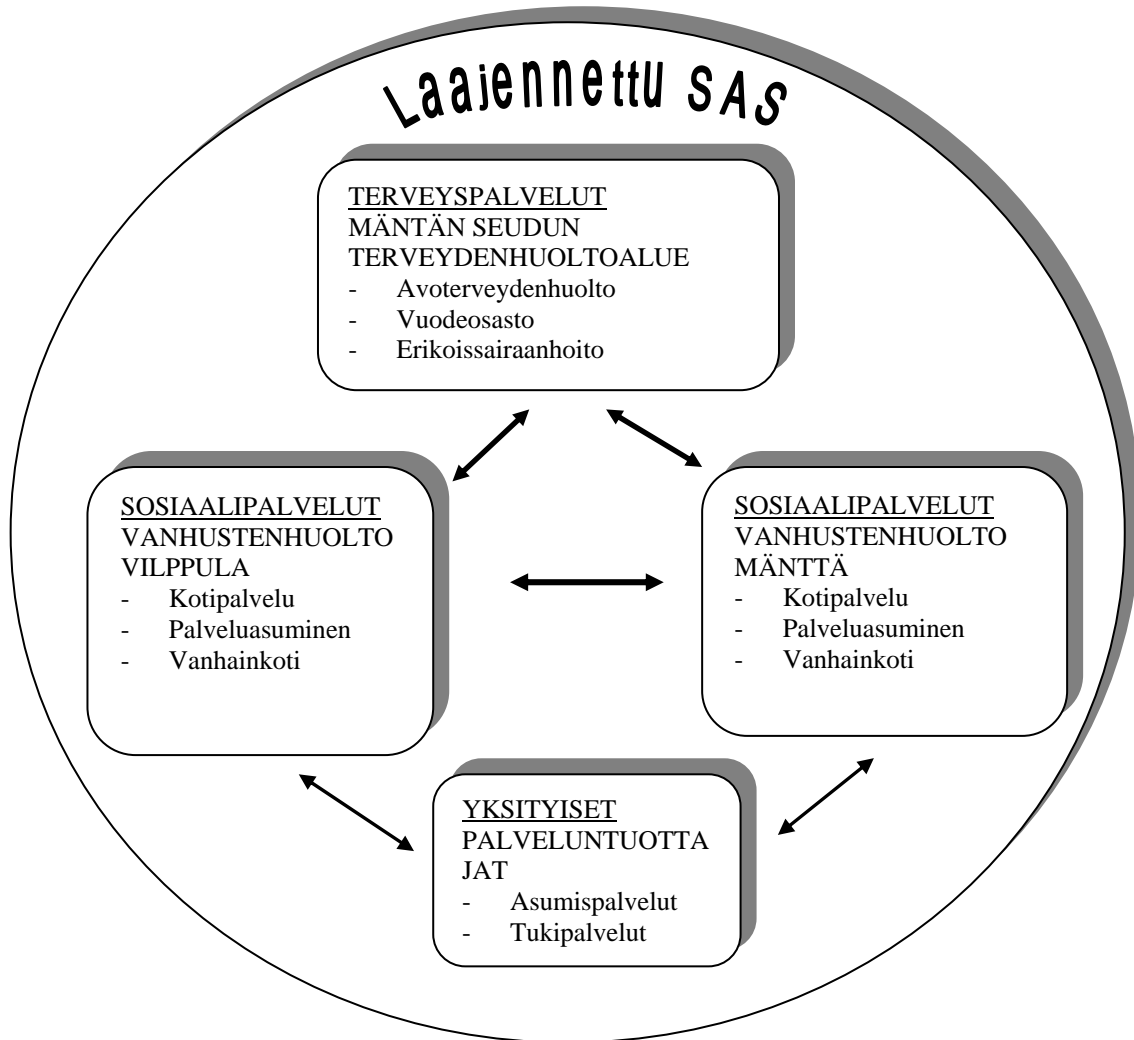
Laitospaikkoja on purettu Mäntän seudun terveydenhuoltoalueella huomattava osa. Vilppulan kunnassa toimii vanhainkoti Punatulkkku, jossa on 65 pitkäaikaishoitopaikkaa. Lyhytkestoista jaksohoitoa on tutkimusajankohtana voitu tarjota vain satunnaisesti. Vuonna 2003 vanhainkotipaikkojen käyttöaste on ollut sata prosenttia. (Vilppulan kunta 2004)

Vuodepaikkoja terveydenhuoltoalueen vuodeosastolla ja sisätautien osastolla Mäntän sairaalassa oli haastatteluhetkellä yhteensä 55. Kesän 2003 jälkeen vuodepaikat sijoitetaan Mäntän sairaalaan ja ne vähenevät neljäänkymmeneen (40). Vuodeosastolla hoide-

taan ja tutkitaan akuutisti sairastuneita potilaita. Vanhusten pitkäaikaishoito toteutetaan asumispalveluyksiköissä ja vanhainkodissa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004 b, 43–46; Vilppulan kunta 2004)

Vilppulalaisten vanhusten on mahdollista saada Mänttä – Vilppula -alueella yksityisiä asumis- ja tukipalveluja. Asumispalveluja tarjotaan sekä vanhuksille että eri ikäisille mielenterveyskuntoutujille. Asumispalvelupaikkoja yksityisellä puolella oli vuonna 2003 yhteensä kahdeksankymmentä. (Vanhustyön johtaja 2004)

Oheisessa kuviossa olen hahmottanut Vilppula–Mänttä-alueen vanhuspalvelujärjestelmän kokonaisuuden. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä Vilppula–Mänttä-alueella vuonna 2003

Vilppulan vanhustenhuollon asiakkaille tarjotaan julkisia sosiaalihuollon ja avoterveydenhuollon palveluja pääsääntöisesti vanhusten omassa kotikunnassa. Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen myötä lääkärin vastaanottopalvelut ovat keskittyneet Mänttään. Yksityisiä asumis- ja tukipalveluja on mahdollista saada sekä Mäntässä että Vilppulassa. Pitkäaikaishoitoa, asumispalveluja ja omaishoidon tukiasioita koordinoi ja suunnittelee Mänttä–Vilppula-alueen laajennettu SAS-työryhmä. Sen toiminta

käynnistyi vuoden 2003 alussa. Paikallisesti kokoontuvien SAS-työryhmien tarkoituksena on selvittää vanhuksen tilanne, arvioida jatkohoidon tarve ja päättää sen jälkeen, jatketaanko vanhuksen hoitoa kotona asumispalveluissa vai laitoksessa.

Seuraavassa tarkastelen Vilppulan SAS-työryhmän toimintaa. Kuvailen sitä, mitä SAS-työryhmässä tapahtuu, miten tieto vanhuksen tilanteesta välittyy SAS-työryhmään ja mitkä ovat päätöksenteon yleiset periaatteet. Tämän jälkeen analysoin sitä, miten haastateltavat kuvaavat vanhusten pitkäaikaishoidon toimintaehtoja ja käytäntöjä sekä vanhuksen ja omaisten asemaa pitkäaikaishoidon päätöksenteossa (luku 5). Tutkimuksen konteksti keskittyy pääosin Vilppulan vanhustenhuollon palvelujärjestelmään, mutta se on sidoksissa myös Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen palveluihin (ks. Kuvio 1).

4.2 Vilppulan SAS-työryhmän toimintakäytännöt

4.2.1 SAS-työryhmän kokoonpano ja tehtävät

Vanhusasiakkaan elämäntilanteiden arviointi ja hänen hoidostaan päättäminen tapahtuu kunnissa ja kaupungeissa eri tavalla. Melko yleisesti vanhustenhuollon palveluista ja pitkäaikaishoidon sijoituksista päättävät kunnissa ja kaupungeissa toimivat SAS-ryhmät (Nikander 2003, 279–280). Vilppulassa SAS-työryhmä on toiminut jo vuosien ajan, ja sen toimintatavat ovat vakiintuneet. SAS-työryhmän jäsenet ovat sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijatoimijoita. Siihen kuuluvat vanhustyön johtaja, kotipalveluohjaaja, kotisairaanhoidon terveydenhoitajat, sosiaalityöntekijät, vanhainkodin ja vuodeosaston osastonhoitajat, ryhmäkodin sairaanhoitaja ja kotiutushoitaja. Tutkimusajankohtana keskusteltiin siitä, mikä tulisi olla Vilppulan SAS-työryhmän kokoonpano. Käsitteet asiasta vaihtelivat.

Hva: --- Minun mielestäni se SAS-ryhmän kokoonpano on just hyvä, ett kun se on moniammatillinen, niin siitä tuodaan kotoa päin, terveydenhoitajat ja kotipalvelun ihmiset tuovat niitä asioita esille. Taas meidän näkökulmasta, on yksi paras puoli, että monipuolisesti näkee sitä asiaa. --- [1113]

Työryhmän jäsenet ovat taustaltaan erilaisia. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon edustajat lähestyvät asioita hieman eri puolilta, omasta näkökulmastaan (Nikander 2002, 56). Erilaisista toimintakulttuureista huolimatta on tärkeää, että vanhusten monimutkaisia asioita kyetään pohtimaan, ja päättämään niistä yhteisessä työryhmässä. Todellinen yhteistyö edellyttää, että kaikki hyväksyvät toiminnan päämäärät, sallivat avoimen keskustelun ja kunnioittavat kaikkia työryhmän osapuolia (Nikander 2003, 280–281; Tedre 1996, 106–112).

Hva: --- kyllä tällainen säännöllinen kokoontuminen on ensinnäkin tärkeä, ja sitten se, että pitkään sama kokoonpano on mahdollistanut sen, että ollaan niitä näkemyksiäkin hiottu samaan suuntaan --- [1277]

SAS-työryhmän jäsenet ovat olleet mukana eripituisia ajanjaksoja; osalla on vuosien kokemus, ja osa on tullut toimintaan mukaan vasta vuoden 2003 aikana. Pitkään työryhmässä mukana olleet ovat havainneet konkreettisesti muutokset, jotka ovat tapahtuneet vanhustenhuollon toimintakentässä.

Hva: --- kotiutushoitaja on aloittanut nyt tammikuussa, ja kotiutushoitajan rooli näissä SAS-työryhmissä on ilman muuta se, että hän valmistelee mahdollisimman laajasti niitä asioita, että meillä on sitten siihen päätöksentekoon aineksia eri puolilta. Että hänkin on uusi siinä roolissaan SAS-työryhmässä. Tässä on tapahtunut jo aika paljon semmoisia (muutoksia – lisäys ry) siihen entiseen ja ne nyt hakee lopullista muotoa --- [2377]

Yhteistyökumppaneita on tullut lisää, ja Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen toiminnan käynnistymisen jälkeen SAS-työryhmän työskentely on sovitettu tähän kokonaisuuteen.

SAS-työryhmän uudelle jäsenelle hahmottuu vasta vähitellen, mitkä tehtävät ja mikä merkitys kokonaisuutta ajatellen työryhmällä on.

Hva: --- silloin, kun uutena tulin siihen, niin mietin, ett mikä tämä foorumi yleensä edes on. --- täällä ratkaistaan ihmisten asioita, ja tuosta noin vaan sanotaan, että mihinkä kukin nyt menee. Minulla meni pitkän aikaa, ennen kuin ymmärsin, että mikä tämä koko SAS on. --- että nyt on vasta oppinut, kun on päässyt sisälle ja ollut tässä pitempään mukana, niin on alkanut näkemään tämän moninaisuuden. [9914]

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen uudelleen organisoinnin seurauksena on havaittu tarve suunnitella ja sopia yhteisistä vanhustenhuollon toimintalinjauksista. Laajennetun SAS-työryhmän tavoitteena on järkevöittää alueen vanhustenhuoltoa ja aikaansaada siitä johdonmukaista ja pitkäjänteistä, yhteisesti sovittua toimintaa. Laajennetussa SAS-työryhmässä jäseninä on joukko Mänttä – Vilppula-alueen vanhustenhuollossa mukana olevia ammattilaisia julkiselta ja yksityiseltä sektorilta. Toiminta on käynnistynyt vuoden 2003 alusta. Tässä tutkimuksessa en käsittele laajennetun SAS-työryhmän toimintaa, sillä työryhmän työskentely oli haastatteluhetkellä aivan alkuvaiheissa.

Hva: --- on haluttu kirkastaa sitä roolia, että kuntien pikku-SASsi käsittelee selkeästi näitä asiakasasioita ja sitten laajennettu SAS-työryhmä keskittyy seurantaan ja suunnitteluun. Eli saadaan sillä tavalla järkevämpää toimintaa ---[0277]

Laajennettu SAS-työryhmä keskittyy käsittelemään vanhustenhuollon toimintaan ja käytäntöihin liittyviä yleisiä asioita. Tällaisia ovat esimerkiksi vanhustenhuollon toimintastrategia, hoitoon sijoittamisten yleiset periaatteet ja kriteerit sekä eettiset periaatteet. Vilppulan ja Mäntän paikalliset SAS-työryhmät päättävät oman alueensa vanhusten hoitoon, asumisratkaisuihin ja omaishoidon tukeen liittyvistä asioista.

Seuraavassa haastateltava kuvaa, minkälaisena hän näkee SAS-työryhmän tehtävän vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä.

Hva: --- meillä on senhetkinen näkemys tästä meidän tilanteesta, ja me voimme sen mukaisesti taas toteuttaa sitä (hoitoa – lisäys ry) tuolla jossain Vilpun kodissa tai vanhainkodilla sitä arkityötä, taikka kotisairaanhoidossa. Me tiedetään se kokonaisuus. --- elikkä sillä tavalla se (SAS-työryhmä – lisäys ry) kyllä ohjaa ja koordinoi sitä hommaa. En voi ajatellakaan, ettei meillä SAS-työryhmä toimisi --- [1277]

Paikallisesti toimiva moniammatillinen työryhmä tuntee alueensa vanhustenhuollon tarjoamat mahdollisuudet. Haastateltavan mukaan työryhmän koordinoivan ja ohjaavan roolin merkitys monipolvisessa järjestelmässä on erittäin suuri.

4.2.2 SAS-työryhmän toiminta

Vilppulan SAS-työryhmä kokoontuu kuukausittain. Seuraava kokousaika sovitaan yleensä kokouksen viimeisenä asiana. Ryhmän puheenjohtajana toimii vanhustyön johtaja. Vanhainkodin kanslisti toimii kokouksen sihteerinä. Hän ei osallistu keskusteluun eikä päätöksentekoon. Työryhmän tavoitteena on selvittää yksittäisten asiakkaiden elämäntilannetta, arvioida heidän jatkohoitotarvettaan käytettävissä olevien tietojen pohjalta ja tehdä päätös siitä, miten hoitoa jatketaan. Haastateltavien mukaan päätöksenteon periaatteina ovat tasapuolisuus, eettisyys, hoidon jatkuvuus ja saumattomuus. SAS-työryhmässä käsitellään asumiseen, pitkäaikaishoitoon, kotihoitoon ja omaishoidon tukemiseen liittyviä asioita. Kokoukset kestävät kaksi tuntia kerrallaan.

Kokouksissa käsiteltäviä asioita on paljon. Monimutkaisia vanhusten hoitoon liittyviä asioita ei voida läheskään aina päättää yhdellä kerralla, vaan vanhusten elämäntilanteista ja hoidon tarpeista täytyy hankkia kokousten välillä lisätietoa.

Hva: --- ja sitten tulee niin sanotusti pöydältäkin asioita. Ja ne ovat yleensä ongelmallisia tilanteita jatkohoidon suunnittelun suhteen. --- erittäin paljon sitä aikaa joudutaan yleensä pohtimisiin käyttämään, koska sitä valinnan vapautta ei sillä tavalla ole --- saattaa sosiaalihoitaja tehdä työtä ja saattaa kotisairaanhoidaja mielenterveystoimiston kanssa (tehdä – lisäys ry) työtä --- [0477]

Pohdintoja aiheuttavat esimerkiksi tilanteet, joissa vanhus tai hänen omaisensa ei ole suostuvainen työryhmän tarjoamaan ratkaisuun. Samoin keskusteltavaa syntyy, kun työryhmässä mietitään, kuinka paljon on mahdollista tarjota kaukana asuvalle vanhukseksi kotihoidon palveluja. Pohdintoja aiheuttaa myös tilanne, jossa huonokuntoinen vanhus ei suostu vastaanottamaan palveluja kuin aivan rajoitetusti.

Hva: --- on kotiutettu sairaalasta vanhus, ei pääse itse sängystä kääntymään kyljelleen. Meidän hommien näkökulmasta hän tarvitsee kaikessa apua, hän ei ota vastaan kotiapua, ainoastaan kerran viikossa on ovi auki kotisairaanhoidajalle. --- kyllä me erittäin pitkälle vielä koetetaan luovia ja järjestellä niitä ratkaisuja, että se löytyisi se väylä niihin palveluihin. --- monestihan nämä asiat otetaan esille ja saatetaan kahdessa ja kolmessakin SAS-työryhmässä sitä asiaa pyöritellä, ja siitä halutaan lisäselvitystä --- että missä mennään siinä asiassa ja sitten johonkin päädytään lopullisesti. [0477]

Haastateltava kuvaa tilannetta, jolloin vanhus ei ole suostuvainen tarjottuihin ratkaisuihin. Ulkopuolisen silmin vanhus tarvitsee paljon apua. Vanhus on kuitenkin itse eri mieltä. Eri kokouksissa etsitään ja mietitään erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ja tarjotaan niitä vanhukselle. Yhteinen sopimus hänen kanssaan täytyy saavuttaa, sillä vanhus itse määrittelee, milloin työntekijälle on ovi auki.

Hva: Sitten on nämä sosiaaliset ongelmat. --- vanhus sinänsä voisi pärjätä (kotona – lisäys ry), mutta siihen liittyy sitten kaikkea, ihan väkivallasta lähtien ja sitten kaiken näköisiin kytköksiin. Nämä moninaiset sosiaaliset ongelmat liittyneenä siihen sairastamiseen ja vanhuuteen, niin ne ovat vaikeita tilanteita. [1877]

Vanhusten kotona asumista hankaloittavat monet sosiaaliset ongelmat. Väkivalta, mielenterveysongelmat ja taloudelliset hyväksikäytöt mutkistavat tilannetta, kun vanhuksen jatkohoitoa mietitään. Sosiaaliset ongelmat saattavat paljastua vasta vähitellen. Vanhuksen ei ole helppoa tuoda niitä esille. Hän voi hävetä niitä tai ei halua, että asiaan puututaan millään tavoin.

Päätös siirtyä tutusta kotiympäristöstä laitokseen tai asumispalveluihin saattaa olla vaikea vanhukselle itselleen mutta myös työntekijöille. Koko ikänsä kotimökissä asuneen vanhuksen on vaikea sopeutua laitospäristöön. Muistiongelmaiset tai ”erakoituneet” vanhukset ovat levottomia, karkailevat ja ikävöivät oudossa ympäristössä.

Hva: --- sitten on tällaisia, sanotaan erakoituneita, tällaisia erakkotyypin vanhuksia tuolta ovat sivusta --- he eivät tahdo sopeutua tänne niin sanotusti ”sivistyksen” pariin. Ensinnäkin se, että ei ole tottunut, että on ihmisiä ympärillä taikka että kauheasti ihmisiä käy täällä. Ja sitten siinä voi olla sellaista, että on sitä ikävää. Vanhus ei sopeudu siihen, koska koskaan ei ole semmoisessa elämänpiirissä ollut. Että ne on sillä lailla hankalia, koska siitä kärsii kaikki, kun näkee, että tämä vanhus ei ole tyytyväinen, hän ikävöi ja kaipaa ja on levoton. [1877]

Haastateltava kuvaa tilannetta, jossa vanhukselle on järjestynyt jatkohoitopaikka. Palvelujärjestelmän kannalta asiat ovat kunnossa. Vanhuksen omasta näkökulmasta tilanne on aivan toinen. Vanhalla iällä on vaikea sopeutua uuteen ympäristöön ja vieraisiin ihmisiin, kun on ikänsä asunut yksin kaukana muista ihmisistä.

4.2.3 SAS-työryhmän merkitys palvelujen kysynnän ja tarjonnan ristiaallokossa

SAS-työryhmän merkitys on tärkeä vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä useasta erisyystä (Ala-Nikkola 2003, 42–46). Sen tehtävänä on suunnata vanhustenhuollon palveluja kustannustehokkaasti niin, että asiakkaat saavat hoitoa tarpeisiinsa nähden oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Käytännössä tämä tarkoittaa tasapainotaiteilua taloudellisen niukkuuden, vanhuspalvelujen asiakkaiden erilaisten lähtökohtien ja tarpeiden sekä päätöksenteon kriteereiden ristipaineessa. Tavoitteena on tuottaa järjestelmän ja asiakkaan kannalta rationaalisia, tasapuolisia ja eettisesti oikeaan osuvia päätöksiä. (Nikander 2003, 288; Valokivi 2002, 102–103) Kestämättömäksi nykyisen tilanteen Vaaraman, Voutilaisen ja Kauppisen (2004, 41–56) mukaan tekee se, että kunnat eivät kykene tuottamaan vanhuksille suunnattuja kotihoidon palveluja tarvetta vastaavasti. Lainsäädännöstä alkaen korostetaan kuitenkin vanhuksien oikeutta asua kotona mahdollisimman kauan ja saada sinne riittävät palvelut. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; Sosiaalihuoltolaki 710/1982).

Seuraavassa haastateltava kuvaa pitkäaikaishoitoon sijoitusta ja sen monipolvisuutta.

Hva: --- että vaikka tämä (hoitoon sijoitus – lisäys ry) on näin pattitilanne, me olemme koettaneet nekin asiat (vanhusten toiveet - lisäys ry) huomioida niin, että sitten pitkässä juoksussa meillä on mahdollisuus sanoa, että nyt teillä olisi mahdollisuus (siirtyä toisesta - lisäys ry) ryhmäkodista (toiseen - lisäys ry) ryhmäkotiin, kun siellä vapautui paikka. Ja sitten taas joku, jolla ei ole väliä, että kumpi ryhmäkoti, niin hänet sijoitetaan sinne, missä vapautuu paikka. Että tämmöistä korttipeliä pidetään tässä --- [1677]

Julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajat tuottavat monipuolisesti vanhustenhuollon palveluja Vilppulan ja Mäntän alueilla (ks. Kuvio 1). Monimutkaisen palvelujärjestelmän ja toimintaympäristön tunteminen on välttämätöntä, kun tavoitteena on ohjata vanhukset relevanttien palvelujen piiriin. Alueella toteutettujen organisatoristen muutosten myötä kehittämistoimille on kuitenkin hyvät mahdollisuudet. Yksittäisen työntekijän kannalta toiminnan kokonaisuuden hahmottaminen on tärkeää. Yhteisten toimintalinjojen löytyminen vie myös oman aikansa (Mäntän seudun ...2005).

Hva: --- jos jäsenenä on sillä tavalla, että ei ole hoito- ja palveluverkostosta tietoa, ja tietoinen niistä mahdollisuuksista, niin sekin rajoittaa silloin sitä näkemystä ja mahdollisia ratkaisuvaihtoehtoja --- [0777]

Seuraavassa haastateltava kuvaa tilannetta, joka haastatteluhetkellä vallitsi. Monet suuret organisatoriset muutokset aiheuttavat sekavuutta työntekijän näkökulmasta tarkasteltuna. Vielä keväällä 2003 Mäntän ja Vilppulan vanhustenhuollon palvelujärjestelmän tarjoamat mahdollisuudet eivät olleet täysin hahmottuneet kaikille toimijoille.

Hva: --- nämä on niin uusiksi menneet nämä paikatkin täällä, ja ei ihan tiedetä tarkkaan, että mitä palvelua mikin taho tarjoaa. [4421]

Vanhukset ja heidän omaisensa ovat joutuneet samalla tavalla sopeutumaan näihin muutoksiin. Heidän näkökulmastaan toteutuneet muutokset ovat aiheuttaneet hämmennystä ja tunteen, että entiset palvelut eivät ole enää käytettävissä.

Hva: Nyt on saanut selitellä kyllä, että ei ole otettu pois mitään. Kun lääkärit lähtivät Mänttään tästä, niin se poiki ihan kummallisia (piirteitä – lisäys ry). --- Kun kotipalvelutyöntekijän sosiaalitila vaihtui (toiseen paikkaan - lisäys ry), niin siitä tuli minullekin soittoja, että otetaan kaikki pois. --- [6603]

Asiakkaiden saamat palvelut ovat sidoksissa alueen tarjoamiin mahdollisuuksiin. Ongelmallista on, kun tilanteet vanhuksen osalta muuttuvat nopeasti tai tarjotut palvelut eivät tyydytä vanhusta tai hänen omaisiaan.

4.2.4 Vanhusten pitkäaikaishoidon tarpeiden arviointi

Jotta SAS-työryhmässä voidaan tehdä kaikkien kannalta oikeita päätöksiä, tarvitaan etenkin monimutkaisista vanhusten asioista alustavaa suunnittelua ja valmistelutyötä. Tieto vanhuksen tilanteesta välittyy SAS-työryhmän jäsenille useita eri kanavia pitkin (ks. Nikander 2002, 56; Nikander 2003, 282). SAS-työryhmän kokouksissa vanhuksen asian esittelee esimerkiksi terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä, kotiutushoitaja tai sairaanhoitaja. Esittelijä tuntee vanhuksen olosuhteet ja voinnin kyseisellä hetkellä parhaiten. Vanhuksen omaiset ottavat myös yhteyttä kotipalvelutoimistoon ja kertovat muutuneesta kotitilanteesta ja lisääntyneestä hoidon tarpeesta. Toisinaan, vaikkakin har-

vemmin, vanhus toimii itse yhteydenottajana. Pienen paikkakunnan etuna on, että kuntalaiset tuntevat toisensa. Muuttunut tilanne kotona saattaa näin ollen välittyä viranomaisten tietoon myös naapureiden ja tuttavien välityksellä.

Hva: --- saattaa olla ihan omaisten yhteydenotto, yleensä se on kotipalvelu, ja jos on meidän valvotun kotisairaanhoidon asiakas, niin tottakai itsekin (vie tietoa – lisäksi ry), kun käy siellä. --- ja sitten tietenkkin, että jos tässä SAS-työryhmässä tulee joku tämmöinen epäselvä asia, niin pyydetään tekemään sitten selvitystä siitä kotitilanteesta ja mennään sitten vaikka kotipalvelun kanssa yhdessä sinne käymään. [9903]

Hoidon tarpeen arvioimista helpottaa kotikäynnin yhteydessä saatu tilannekuva, etenkin, jos vanhus ei ole juurikaan käyttänyt kotipalveluja. Näin vanhuksen tilannetta voidaan arvioida kotioloissa eli siellä, missä hän arkipäiväänsä viettää. Kotikäynnin tarve nousee esille tilanteissa, joissa viranomaisille välittyy tieto vanhuksen muuttuneista olosuhteista.

Mikäli lyhyen kotikäynnin aikana ei saada riittävästi tietoa vanhuksen toimintakyvystä ja kokonaisvoinnista, tilannetta voidaan arvioida muutaman vuorokauden ajan esimerkiksi vanhainkodin osastolla.

Hva: --- siis me saadaan vanhainkotiin joku asiakas arviointijaksolle, niin tai vuodeosastollekin, niin jos siellä nyt ollaan 24 tuntia, hoitajat seuraa, niin kyllä musta se tieto tulee hirveen hyvin. He katsovat sitten sitä pärjäämistä myöskin siltä kantilta. [6605]

Luotettava arviointi vanhuksen laitoshoidon tarpeesta ei ole helppoa. Siihen saattavat vaikuttaa monet eri tekijät samanaikaisesti. Vanhuuteen kuuluvat ilman muuta vaivat ja hankaluudet. Yllättävät muutokset voinnissa aiheuttavat päivystysluontoista hoitoon hakeutumista. Vanhuus saattaa muuttaa fyysisiä oireita ja vakavatkin häiriöt voivat naamioitua epämääräisiksi ja vähäisiksi oireiksi. Tällöin on tärkeää tehdä perusteellinen tilannearvio, jotta tarvittaessa voidaan aloittaa tehokas hoito ja kuntoutus ja kenties näin ehkäistä tai ainakin siirtää tuonnemmaksi pysyvämpi laitoshoidon tarve. (Kinnunen 1999; Valvanne & Noro 1999)

4.2.5 Palvelu- ja hoitosuunnitelma osana vanhusten tilannearvioita

Palvelu- ja hoitosuunnitelma (PAHOSU)¹ on asiakirja, jonka tarkoituksena on edistää vanhuksen kotona selviytymistä ja kehittää ja arvioida vanhustyön saumattomia palvelukokonaisuuksia. Jotta suunnitelmasta on mahdollista saada riittävä hyöty, sen toteutumista tulee arvioida säännöllisesti ja tehdä asiakkaan kannalta tarvittavat muutokset. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5–6) Lain mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle vanhukselle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä vanhuksen itsensä ja hänen omaisensa kanssa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000).

Mäntän seudun terveydenhuoltoalue on ollut mukana Pirkanmaan saumattomien hyvinvointipalvelujen kehittämishankkeessa (PIRKE). Kehittämisen kohteena oli yli 70-vuotiaan palveluketju ja siinä yhtenä kehittämisen painopistealueena palvelu- ja hoitosuunnitelma ja toimintakykyarviointi (Yli 70-vuotiaan palveluketju ... 2002). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon vanhuksille otettiin kevään 2003 aikana kokeilukäyttöön uudistettu palvelu- ja hoitosuunnitelmalomake². Sen avulla on tarkoitus arvioida vanhuksen palvelutarvetta ja selviytymistä kotona sekä määritellä palvelut ja niistä perittävät maksut.

Hva: --- nyt on tulossa myös PIRKE-hankkeen myötä toimintakykyarviomenetelmä ja hoito- ja palvelusuunnitelma työkaluksi. Eli millä perusteella me näitä päätöksiä tehdään. Meillä pitää olla myös dokumentti, että mihin ne (päätökset – lisäys ry) perustuvat ja mikä on (tilanne – lisäys ry) arvio. Ja meillähän on tarkoitus, että tämä toimintakykyarviomenetelmä olisi kattava, joka sitten olisi meidän kaikkien toimijoiden käytössä, niin laitoksen, kotipalvelun, kotisairaanhoidon kuin yksityisten palvelutuottajien kesken. --- [2277]

Palvelu- ja hoitosuunnitelman merkitys on toimia yhteisenä sopimuksena palvelujen tuottajien ja vastaanottajien välillä. Tieto hoidon tarpeista välittyy vanhuspalvelujen toimijoille sekä tieto saatavista palveluista ja niiden kustannuksista vanhuksille ja omai-

¹ Vilppula-Mänttä -alueella käytetään nimeä palvelu- ja hoitosuunnitelma (PAHOSU).

² Lomake tulee olemaan sähköisessä muodossa terveyden- ja sosiaalihuollon Mediatri Perustietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen.

sille. Jotta palvelu- ja hoitosuunnitelma palvelee vanhuksen hoidon seurannassa, sen päivitys ja saatavuus ovat tärkeitä.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman kautta vanhuksen tilanteesta saadaan reaaliaikaista, dokumentoitua tietoa. Tällöin vanhusten hoidon tarpeista ja elämäntilanteista voidaan saada täsmällistä tietoa SAS-työryhmän päätösten tueksi. Tilanne paranee vielä entisestään, kun PAHOSU saadaan sähköiseen muotoon Mediatri Perustietojärjestelmään.

4.2.6 SAS-työryhmän päätöksenteon yleiset periaatteet

SAS-työryhmässä käsiteltävät asiat ja tehtävät päätökset vaikuttavat konkreettisesti vanhuksen ja hänen omaisensa elämään. Viranomaisten toiminta perustuu olemassa oleviin säädöksiin ja kuntatason päätöksiin vanhustenhuollon toiminnan linjauksista. Lainsäädännön mukaan kotona tapahtuva hoito on ensisijaista laitoshoidon verrattuna. Päätöksiä tehtäessä on kuunneltava vanhuksen ja hänen omaistensa mielipidettä. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; Sosiaalihuoltoasetus 607/1983 Sosiaalihuoltolaki 710/1982; Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut 2001)

SAS-työryhmän toiminta on ollut Vilppulassa vakiintuneena useiden vuosien ajan. Vanhustenhuollon toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset ovat aiheuttaneet sen, että myös SAS-työryhmän jäsenten on sopeutettava toimintakäytäntönsä tähän uuteen tilanteeseen. Lainsäädäntö ja kunnalliset päätökset antavat päätöksenteolle reunaehdot. Tavoitteena on, että SAS-työryhmässä saadaan aikaan vanhusten kannalta eettisesti perusteltuja ja tasapuolisia päätöksiä. Tämä edellyttää tietoa vanhusten elämäntilanteista ja hoidon tarpeista sekä vanhustenhuollon tarjoamista mahdollisuuksista.

Hva: --- jos on tällöinen SAS-työryhmä taikka sen jäsenet omassa toiminnassaan, me kaikki yritetään lähteä näkökulmasta, että me palvelemme ihmistä. --- Mehän olemme tässä ihmisen elämänlaadussa, mitä hän tässä vanhuudessaan, minkälaista elämää hän viettää, niin meillä on aika suuri vastuu siinä. Ja meidän pitäisi tiedostaa ja meidän pitää pyrkiä siihen, että ainakin omalta osaltamme tehdään se, mikä meille kuuluu. Että tämä on nyt sitä eettistä ja moraalista puolta, mitä minä haluan, se pitää liittyä tähän. [2777]

Päätöksenteon tärkeä periaate on läpinäkyvyys ja tasapuolisuus. Tätä periaatetta vahvistaa yhteinen keskustelu kriteereistä, etiikasta ja arvoperustoista. Pelisäännöistä etukäteen sopiminen, etenkin erimielisyystilanteiden varalta, on tärkeää silloin, kun päätetään asiakkaan hoitoon ja elämäntilanteeseen liittyvistä aisoista (Nikander 2002, 68–70).

Ihanteellisessa tilanteessa päätöksenteko pohjautuu todelliseen, objektiivisesti arvioituun tietoon, jossa vanhuksen tarpeet voidaan ottaa päätöksenteon lähtökohdaksi. Kaikkien osapuolien näkemykset ovat yksimielisiä hoitoon sijoittumisen suhteen, ja hoitopaikkaan päästään optimaalisessa vaiheessa ilman suuria viivytyksiä.

Hva: -- No, ensinnäkin, että se (optimaalinen päätös – lisäys ry) pohjautuisi todelliseen tietoon. Siinä ei olisi ainakaan mitään henkilökohtaisia (mielipiteitä – lisäys ry) tai jotain muita vaikuttamassa, eli mitkään tällaiset kiireet eivät ainakaan loisi niitä ratkaisuja. Että ne olisivat todella harkittuja ja kerittäisiin niihin painutumaan --- [9916]

Pitkäaikaishoidon päätöksenteko tapahtuu virallisten määräysten, resurssien vähäisyyden ja kotihoitoa painottavan toimintakäytännön reunaehtojen vallitessa. Vanhusten tilanteet saattavat olla monimutkaisia ja ne voivat muuttua hyvinkin nopeasti. Vanhustenhuollon palvelujärjestelmän mahdollisuudet vastata moninaisiin tarpeisiin ovat rajalliset. Tässä kokonaisuudessa vanhusten ja heidän omaistensa tarpeet eivät aina tule kuulluksi.

Seuraavassa haastateltavat kertovat, minkälaisen toimintaehto- ja käytäntöjen vallitessa pitkäaikaishoidon päätöksiä tehdään sekä minkälaisena välittyy heidän puheestaan vanhuspalvelujen asiakkaan ja omaisen asema. Aluksi analysoin haastateltavien puheesta sitä, miten vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä vallitseva puhe resurssien niukkuudesta ja kotihoidon ensisijaisuudesta muodostuu ”totuudeksi”, joka peittää alleen muut äänet. Tämän jälkeen analyysisini kohdistuu hegemonisiin diskursseihin, joiden kautta haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon päätöksentekoa. Lopuksi nostan esille, minkälaisena tämän tutkimuksen mukaan vanhuspalvelujen asiakkaan ja hänen omaisensa asema näyttäytyvät.

5 Pitkäaikaishoidon päätöksenteon toimintaehdot ja niiden vaikutus

5.1 Itsestänselvyydet pitkäaikaishoidon päätöksenteossa

5.1.1 Itsestänselvyyksien rakentuminen

Tässä luvussa analysoin, miten viranomaispuheen itsestänselvyydet rakentuvat ja miten puheeseen saadaan vakuuttavuutta. Kielellisillä valinnoilla ja käytännöillä synnytetään todellisuutta, rajataan vaihtoehtoja ja luodaan sitoutumista tiettyihin ajatusmalleihin. Näin muodostuneita ”totuuksia” ei juurikaan aseteta kyseenalaiseksi. Retorisen diskurssianalyysin tarkoituksena on nostaa tietoisuuteen kielellisten valintojen seuraukset. Puolustavan argumentoinnin avulla puhuja saa kuulijansa ja itsensä vakuutettua oman asiansa ”oikeellisuudesta”. (Alasuutari 1999, 157–164; Jokinen 2002, 126–131)

”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” ovat aineistosta esiin nousseita hegeemonisia diskursseja. Ne ovat itsestänselviä tosiasioita, joilla on vanhustenpalvelujärjestelmässä omat seurauksensa (esim. Jokinen 2002; Jokinen & Juhila 2000, 76–96; Juhila 2000). Seuraavassa tarkastelen, miten haastateltavien puheessa esiin nousevat hegeemoniset diskurssit ovat rakentuneet itsestänselviksi totuuksiksi.

5.1.2 Yksinkertaistaminen

Yksinkertaistaminen on yksi tapa tuottaa hegeemonisia diskursseja, jolloin diskurssin moninaisuus, kompleksisuus ja ristiriitaisuus ovat väistyneet yksinkertaistamisen tieltä. Tiedot ja käytänteet alkavat näyttää itsestänselvyyksiltä, niiden alkuperä pimittyy ja niistä tulee kyseenalaistamattomia totuuksia. (Fairclough 1989, 84–86, 91–93, 107–108; Jokinen & Juhila 2000, 90–91)

Hva: --- yritetään tätä niukkuutta jakaa sillä tavalla, että kaikkein järkevin toteutuisi--- valinnan vapautta ei sillä tavalla ole. [0377]

Haastateltava toteaa resurssien niukkuuden, josta automaattisena seurauksena on valinnanvapauden vähäisyys. Resurssien niukkuus on itsestäänselvyys, jolle ei mahdeta mitään. Vallinnan vapauden olemassaolo tässä yhteydessä tarkoittaisi, että paikkoja olisi tarjolla useita. Päätöksentekoa hallitsee kuitenkin puhe resurssien niukkuudesta.

Hva: --- Se on minusta ihan onnistunutkin se tavoite, että tavallaan tehdään sillä tavalla pitkäjänteisesti, että ensin ihmistä autetaan näillä ja näillä keinoin ja seuraavaksi on tämä askel ja seuraavaksi tämä, ja tavallaan sitten he, jotka siinä ovat päättämässä, sitoutuvat siihen, että näin mennään, --- [6602]

Haastateltava viittaa selkeästi Kotihoidon ensisijaisuus -strategiaan ja siihen, miten hoidossa edetään portaalta toiselle. Kaikki SAS-työryhmän jäsenet ovat sitoutuneet tähän strategiaan.

5.1.3 Yhteinen käsitys

Varsin yleinen hegemonisoimisstrategia on yhteiseen hyväksyntään vetoaminen. Konsensusta rakennetaan viittaamalla useimpien ihmisten käsityksiin, tai sitten vedotaan riippumattomina pidettyjen asiantuntijoiden selontekoihin. Me-retoriikan käytöllä annetaan ymmärtää, että puhuja ei seiso yksin sanojensa takana, vaan hän esiintyy laajemman joukon nimissä. Näin saadaan myös instituution suoma selkänöja, kun asiaa pitää perustella eteenpäin asiakkaalle. (Jokinen 2002, 139; Jokinen & Juhila 2000, 93–94)

Hva: --- meillä on tapana hoitaa näitä asioita sillä tavalla, että käsittelemme nyt yhdessä. Siihen kuuluu tällaiset ja tällaiset jutut ja palataan sen jälkeen asiaan. Sitten, jos jotain tietoa halutaan, kysellään omaisilta ja selvitetään asia. Käy sosiaalityöntekijä, käy kotisairaanhoidaja, kotipalveluohjaaja siellä asiakkaan kotona. Sanotaan, että me hankimme sitä tietoa, että me voimme käsitellä tätä asiaa ja tehdä ratkaisu. [0677]

Haastateltava tuo vahvasti esille, että vanhuksen asiaa käsitellään yhdessä, tarvittaessa selvityksiä haetaan lisää ja tehdään päätös. Ammattilaisten asema on hyvin vahva suh-

teessa asiakkaaseen. Asian vakuuttavuutta vielä korostaa, että haastateltava erikseen mainitsee eri ammattiryhmien edustajat, jotka ovat mukana selvittämässä vanhuksen tilannetta.

Hva: --- se on yhdessä tehty se päätös ja käsitelty, niin se helpottaa kanssa, kun on vaikeassa tilanteessa. On laajempi tuki ja voi toisaalta jakaa sen, että tämä ongelma, ettei välttämättä hyvää ratkaisua ole, vaan tämän kanssa täytyy vaan nyt jotenkin päästä eteenpäin, mutta että se ei ole minusta johtuvaa --- omaiset ja asiakkaat ovat vaativia tänä päivänä, niin voi sanoa, että näin ollaan mietitty ja tämä on nyt tässä tilanteessa nimenomaan, se helpottaa. [4415]

Haastateltava viittaa tilanteeseen, jossa hän joutuu perustelemaan päätöstä vanhukselle, omaiselle ja itselleen. SAS-työryhmässä keskustellaan pitkäaikaishoidosta, mietitään sitä ja tehdään päätös. Tässä viitataan tosiasiaan, että jatkohoitoon ei aina ole mahdollisuutta tavalla, jota vanhukset ja hänen omaisensa toivovat.

5.1.4 Kulttuurisiin konventioihin vetoaminen

Jaettuihin kulttuurisiin konventioihin vetoaminen uusintaa tehokkaasti diskursseja. Eri-laiset perustelut ja rationaalisen järjen käyttö ovat esimerkiksi argumentteja, joihin on tehokasta vedota. Myös yleisesti tiedossa olevaan asiaan viittaaminen tukahduttaa tehokkaasti vaihtoehtoiset äänet. (Jokinen 2002, 139; Jokinen & Juhila 2000, 94–95; Wetherell & Potter 1992, 154)

Hja: Kuinka omaiset ymmärtää tämän näkökulman, tai ymmärtävätkö he?

Hva: No, kyllähän ne kaikki tietää tämän, ja ne jopa sanoo sen itse. Eihän se aina helppoa ole minun tietenkään ihan oman omaisen (vanhuksen – lisäys ry) kohdalla hyväksyä --- [4408]

Jatkohoitopaikkojen vähäisyys suhteessa tarpeeseen on niin yleisesti tiedossa, että siihen on tehokasta vedota tilanteessa kuin tilanteessa. Resurssien puutteeseen on niin totuttu, että kukaan ei aseta sitä lainkaan kyseenalaiseksi.

Hva: --- pääsääntöisesti ihmiset ovat aika tyytyväisiä, koska kuitenkin, kyllä me nyt aika nopeassa tahdissa pystytään menemään kotikäynnille, jos ei samana, niin seuraavana päivänä. Ja asiasta neuvotellaan, ja kyllä ihmiset kuitenkin ymmärtäkin, kun kertoo vaan ne mahdollisuudet, mitä on. [6603]

Haastateltava vetoaa tehokkaasti rationaaliseen järkeen. Ihmiset ovat järkeviä ja ymmärtävät mahdollisuudet, mitä on käytössä. Tilanne kotona voidaan selvittää nopeasti. Samalla hän kuitenkin viittaa siihen, että mahdollisuuksia kotoa siirtymiseen ei välttämättä ole, ei ainakaan välittömästi.

5.1.5 Määrällistäminen

Kvantifiointi eli määrällistäminen on keino, jolla puhuja vakuuttaa tehokkaasti kuulijansa hyväksymään esitetty argumentti. Luvuilla, määrällisillä kuvauksilla ja ääri-ilmaisuilla suuruus saadaan näyttämään suuremmalta ja pienuus vastaavasti pienemmältä. (Jokinen 2002, 146–147)

Seuraavassa haastateltava vakuuttaa tehokkaasti sanomaansa, jossa hän esittää yleisestä käytännöstä poikkeavan vasta-argumentin.

Hva: Kyllä minusta nämä ovat hirveän vaikeita just sitten, että kun nyt sitä kotihoitoa suositaan ja se on tottakai sitä, että suurin osa haluaa olla niin pitkälle kotona kuin mahdollista. Sitten tulee tälle asiakkaalle itselleen ajatus, että ei siellä kotona pärjää ja on selkeästi sairas, ja tämmöistä monennäköistä seurattavaa. Siellä jo käy paljon (hoitajia – lisäys ry), mutta kun ne ovat niitä lyhyitä käyntejä, joita ne kokevat, että se on vaan semmoinen, tullaan ja mennään. Siinä on vähän varaa vielä lisätä näitä julkisia palveluja. --- Ne täytyy olla ne julkiset (kotihoito – lisäys ry) palvelut testattu äärimmilleen, ennen kuin me uskotaan, että okei, ei tämä enää siellä kotona pärjää. [4410]

Haastateltava korostaa useissa kohdissa sanomaansa erilaisilla ääri-ilmaisuilla. On ilman muuta selvää, että suurin osa vanhuksista haluaa olla kotona mahdollisimman kauan. Tilanne kotona muuttuu, tulee monennäköistä seurattavaa ja kotona käy paljon hoitajia, mutta käynnit ovat lyhyitä. Lopuksi haastateltava vielä korostaa, että julkiset palvelut tulee olla ”äärimmilleen” testattuja. Puhuja painottaa määrällistämisen avulla sitä, että kaikissa tapauksissa kotihoito ei ole vanhuksen kannalta kuitenkaan optimaalisen vaihtoehto.

5.1.6 Sitoutuneisuuden aste

Puhujan sitoutuneisuuden aste välittää mielikuvaa siitä, kuinka vahvasti hän on argumenttinsa takana. ”Omissa nimissä” esitetystä argumentista kertoo se, että puhuja käyttää minä-muotoa. Esitetyt perustelut vielä vahvistavat argumentin vakuuttavuutta. Mikäli puhuja on asian neutraali välittäjä, hän etäännyttää itsensä käyttämällä passiivimuotoa. Tällöin hän ei ole selitysvelvollinen asian suhteen eikä ota asiaan henkilökohtaista kantaa. (Jokinen 2002, 137–138)

Hja: Sitten vielä näihin hoitopäätösasioihin, mitä siellä SASsakin tehdään. Onko se lääketieteellinen kunto, joka ratkaisee ensisijaisesti, mihinkä sijoitetaan, vai onko siinä vaikuttamassa kuinka paljon muut asiat?

Hva: Kyllä minun mielestäni siinä vaikuttavat muutkin. Tietysti se on yksi semmoinen --- kyllä meillä minusta on ihan hyvä keskustelu, sitten mietitään, että minkä tyyppisestä hoitopaikasta asiakas hyötyisi eniten. Missä on sen tyyppistä osaamista, missä on sen tyyppinen henkilökunta, muut asukkaat ja vähäsen persoonaa, ja tätä maailmaa, niin kun elämäkulkua mietitään, että se on sen tyyppinen, että mitenkään se sopeutuu siihen. On tottunut yksin olemaan tuolla peräkylillä, onkohan tämä nyt ihan varmasti oikea (päätös – lisäys ry). Sitten vasta ihan loppupäässä rupee enemmän vaikuttamaan se, tätä ei pystytä hoitamaan missään muualla. --- [1455]

Haastateltava tuo esille selkeästi oman mielipiteensä. Tämän lisäksi hän vielä perustelee laajemmin, mitkä kaikki tekijät vaikuttavat pitkäaikaishoidon päätöksenteossa.

Hva: --- Että sekin saattaa toisaalta vähän jarruttaa ainakin. Että ne (jatkohoitoon sijoittamiset – lisäys ry) eivät toteudukaan ihan niin, mikä voisi olla se optimaalinen tilanne. Että jos vaikka omaisilla olisi aivan täysin toisenlainen käsitys, niin he ei haluakaan näihin tällaisiin ratkaisuihin. [9910]

Haastateltava kuvaa neutraalisti tilannetta, jossa omaisten ja SAS-työryhmän jäsenten käsitys asiasta on erilainen. Otteesta voi päätellä, että omaisten vastustus jarruttaa päätöksentekoa. He eivät halua ratkaisuja, joita heille tarjotaan. Haastateltava ei ota kantaa asiaan, hän etäännyttää itsensä ja kertoo tilanteen sellaisenaan.

”Resurssien vähäisyys” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” -hegemonisten diskurssien tuottamisen ja vakuuttamisen analysointi havainnollistaa, miten eri tavoin kielenkäyttö ak-

tuaalisena toimintana rakentaa sosiaalista todellisuuttamme. Pitkäaikaishoidon päätöksenteon asioita ja tapahtumia normalisoidaan ja oikeutetaan näiden hegemonisten diskurssien välityksellä (esim. Jokinen 2002, 156–157).

Seuraavassa luvussa analysoin, miten haastateltavien puheesta välittyvät ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” -hegemoniseksi diskursseiksi. Vilppulan SAS-työryhmän pitkäaikaishoidon päätöksenteon kontekstia hallitsevat nämä hegemoniset diskurssit.

5.2 Resurssien puute -diskurssi

5.2.1 Resurssien puute haastattelujen keskiössä

Haastateltavat käsittelevät pitkäaikaishoitoon liittyviä asioita useasta eri näkökulmasta. Puhe tuo esille päätöksenteon, virkamiehen, hoidon järjestämisen, vanhuksen ja omaisten näkökulmat. Luettuani tiivistettyä haastatteluaineistoa läpi lukuisia kertoja, olen löytänyt kaksi hegemoniseen asemaan noussutta diskurssia. ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” -diskurssit kumpikin dominoivat pitkäaikaishoidon päätöksentekoa ja järjestämistä.

Resurssien puute -diskurssi on löydettävissä kaikkien haastateltavien puheesta muodossa tai toisessa. Siihen viitataan suoraan tai välillisesti. Sillä perustellaan nykyistä toimintaa, se hallitsee päätöksentekoa ja siihen vedotaan, kun vanhusten ja omaisten mielipidettä ei voida ottaa huomioon hoitopäätöksiä tehtäessä. Hoitopaikkojen vähäisyys on optimaalisen hoitoon sijoittamisen esteenä joko niin, että tarvittavia hoitopaikkoja ei ole vapaana, tai sitten hoitoon pääsyä joudutaan odottamaan kotona tai vuodeosastolla. Seuraavassa otteita haastateltavien puheista, joissa kaikissa tavalla tai toisella viitataan vähäisiin resursseihin.

Ei paikkoja:

Hva: --- Mutta kyllähän se ihan realiteetti sitten on, että kun paikkoja ei ole --- missä olisi mahdollinen lähin paikka, ja kyllähän se raha on tänä päivänä keskeinen asia, mitä se maksaa nykyisessä ja mitä olisi halvempi mahdollinen --- [4407]

”Pakkorako”:

Hva: --- yritetään tätä niukkuutta jakaa sillä tavalla, että kaikkein järkevin toteutuisi--- valinnan vapautta ei sillä tavalla ole. [0377]

”Sinne, mihin mahtuu”:

Hva: --- Sitten me joudutaan sijoittamaan sinne, mihin mahtuu. --- Mihin vaan se (vanhus – lisäys ry) saadaan, sekin on helpotus. [0555]

Jonot:

Hva: --- varsinkin ryhmäkoteihin on ollut jonoa, että ne on melkein sitten vuodeosastolta siirtynyt tänne meille (vanhainkotiin – lisäys ry) ja täältä sitten ryhmäkotiin, kun ei niitä varapaikkoja ole ---[1110]

Resurssien puute näkyy monessa kohtaa haastateltavien puheessa: ei ole vapaita paikkoja, päättäjät ovat ”pakkoraossa” jakaessaan niukkuutta, sijoitetaan sinne, mihin mahtuu tai vanhus joutuu odottamaan hänelle sopivaa hoitopaikkaa ”väärässä” paikassa.

5.2.2 Sopeutumisen pakkoja

Jo Palvelurakennetyöryhmän (1992, 9–15) muistiossa esitetään, että kuntien tulisi muuttaa palvelurakennettaan avohuolto- ja palveluasumispainotteiseksi. Suositus on toteutunut laitospaikkojen vähenemisen osalta, mutta avohuollon palveluja ei kaikissa kunnissa ole vielä riittävästi. Vanhuspalvelujen kysyntää on enemmän, kuin mitä voidaan tarjota. Kunnallisen kotipalvelun piirissä ovat vain kaikkein eniten apua tarvitsevat. (esim. Ala-Nikkola 2003, 48; Vaarama ym. 2004, 41–56; Voutilainen & Vaarama 2000, 109–113) Muut joutuvat turvautumaan omaisten, yksityisten tai kolmannen sektorin apuun. Hoito- ja hoivavastuuta on siirtynyt entistä enemmän omaisille, kun muuta apua ei ole saatavilla. Selvitykset ovat osoittaneet, että paikallisesti tehdään vanhusten hoidosta erilaisia

ratkaisuja. Hoidon tarpeiltaan samantasoisia hoidetaan tasoltaan eri tyyppisissä palveluissa. (Ala-Nikkola & Sipilä 1996,18–21; Kauppinen 2004; Kunelius & Renvall 2002, 105)

Vanhustyön johtajan (2006) mukaan Vilppulassa ei pitkäaikaiseen laitoshoitoon ole varsinaisia jonoja. Kunnassa noudatetaan periaatetta, että vanhus pääsee laitoshoitoon kahden päivän kuluessa tarpeen ilmaantumisesta. Vuonna 2003 SAS-työryhmässä on käsitelty 46 vanhuksen tilannetta, jotka olivat hoidettavana terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pitkäaikaishoidon päätöksiä on tehty asiakirjojen mukaan 21 ja yksityisten palveluntuottajien asumispalveluihin on hyväksytty 27 maksusitoumusta. (SAS-kokous 2003; Vanhustyön johtaja 2003) Käytettävissä olevista asiakirjoista ei saa täsmällistä kuvaa, kuinka paljon vanhuksia jonottaa seuraavaan hoitopaikkaan. Odottamista syntyy sen vuoksi, että vanhus ei ole vielä siirtokunnossa tai sitten sopivaa jatkohoitopaikkaa ei sillä hetkellä ole tarjolla. Haastatteluissa ja asiakirjoissa nousi esiin, että eräiden vanhuksien kohdalla heidän tilannettaan tarkastellaan useissa eri kokouksissa ja tehdään useita hoitopäätöksiä. (SAS-kokous 2003; Vanhustyön johtaja 2003)

Hja: Onko kuinka paljon sellaisia tilanteita, että joudutaan ikään kuin väliaikaisesti sijoittamaan johonkin paikkaan, jotta sitten kun se oikea, lopullinen paikka vapautuu, niin päästään sitten vähän mutkan kautta?

Hva: Kyllä semmoista on, että kyllä varsinkin ryhmäkoteihin on ollut jonoa, että ne on melkein sitten vuodeosastolta siirtynyt tänne meille ja täältä sitten ryhmäkotiin, että kun ei niitä varapaikkoja ole, mihin saisi äkkiä. Mutta se on aika vaarallista toisaalta, että laitos, niin kyllä siellä saattaa laitostuakin. [1110]

Haastateltava kuvaa tilannetta, jolloin vanhus on joutunut odottelemaan sopivaa jatkohoitopaikkaa. Asumispalveluihin kysyntä on suurempaa, kuin mitä kyetään tarjoamaan. Puheesta ilmenee nykytilanteen hankaluus. Vanhuksen toimintakyvyn säilymisen kannalta ei ole hyväksi, että esimerkiksi vanhainkotiin joudutaan turvautumaan väliaikaisesti silloin, kun vanhus odottaa asumispalvelupaikkaa. Liikkuminen jää laitoksessa vähäiseksi, ja seurauksena saattaa olla passivoituminen ja toimintakyvyn heikkeneminen. Pahimmassa tapauksessa vanhus ei kykenekään siirtymään asumispalveluihin, kun paikka siellä vapautuu.

Tilanteiden monimutkaisuus, kiireellisyys ja eri osapuolien erilaiset käsitykset yhdessä resurssipulan kanssa voivat tuottaa väliaikaisia tai ei-tydyttäviä ratkaisuja. Ne ovat harvoin vanhuksen tarpeiden kannalta ihanteellisia. Vanhuksen kannalta on stressaavaa, kun hän joutuu siirtymään paikasta toiseen (Mikkola 1997).

Hva: --- Jos ei ole suoraan sitä paikkaa, mikä näyttäisi, että hänelle olisi kaikkein paras, jos ei sitä suoraan sijoitusta ole, niin sitten mietitään, että miten päästään mutkan kautta sitten. Esimerkiksi tiedetään, että (vanhus – lisäys ry) kotiutetaan määrääjäksi, ja jos hän jotenkin pärjää meidän apujen turvin vielä jonkin aikaa kotona, mutta me koko ajan jo katsellaan esim. ryhmäkotiä. Taikka sitten niin, että hän tulee vanhainkotiin, koska tarvitsee ympärivuorokautista paikkaa, mutta lopullinen sijoituspaikka on ryhmäkoti.---[1677]

Seuraavassa haastateltava kuvaa tilannetta vanhuksen näkökulmasta. Jatkohoitoon sijoittuminen etenee vähitellen sijoituksesta toiseen. Vanhukselta ja omaiselta odotetaan tällöin joustavuutta, jota tuossa tilanteessa ei läheskään aina ole.

*Hva: --- että kun tulee tänä päivänä useampia sijoituksia, ettei semmoisia pitkäaikaisempia löydy, järjesty heti, että tavallaan mennään näitä portaita. Se on raskasta tietenkin vanhukselle ja omaisillekin.
Hja: Nii-in, se jatkuva tilanteen muuttuminen, ja miettiminen---
Hva: Miettiminen, ja epävarmuus. Ja sitten joskus ajattelee, että rauhoittakos se vanhuksen tilannetta, kun hänet saataisiin pikkuisen aikaisemmin johonkin tiettyyn hoitopaikkaan, eikä sitten pyöris tässä, koska se on aika tietty porukka, joka pyörii tässä. --- [4408]*

Kun palvelujen kysyntää on enemmän kuin tarjontaa, joudutaan turvautumaan väliaikaisiin ratkaisuihin. Asiakkaiden kannalta tilanne on raskas, mutta se on raskasta myös vanhuspalvelujen toimijoiden näkökulmasta. SAS-työryhmän kokouksissa joudutaan käsittelemään vanhuksen jatkohoitoon sijoittamista useita kertoja ja neuvottelemaan siitä aina uudelleen vanhuksen ja hänen omaisensa kanssa (SAS-kokous 2003).

Seuraavassa haastateltavat kuvaavat tilannetta, jolloin vanhuksen hoitoon sijoittaminen ei tapahdu vanhuksen tai hänen omaisensa toiveiden mukaisesti

Hva: Jos mä sanon ihan rehellisesti, kun niitä vuodeosastopaikkoja on vähennetty, niin että me ollaan aika pakon edessä, niin joskus ikävä kyllä on sekin, että

missä on tilaa. Eli ei se välttämättä aina se ideaalinen ratkaisu, mikä täällä sanelee, vaikka olisi niin ihana sanoa, että näin on ---[9907]

Hva: Eikä se sillä tavalla, että asiakkaan toiveitten mukaisesti voitaisiin toteuttaa, ei se ole mahdollista. Kyllähän tämä nyt aika kurja tilanne tällä hetkellä on. Niitä joutuu sitten, omaisten kanssa varsinkin, kun käy keskustelua, niitä joutuu käsittelemään ja avoimesti myös tästä rahasta puhumaan, niin eihän siitä pois pääse. [4408]

Näytteistä ilmenee, että päätös, joka on jouduttu tekemään hyvien periaatteiden vastaisesti, tuntuu työntekijästä vaikealta. Haastateltavat kuvailevat, kuinka he joutuvat kohtaamaan vanhusten ja omaisten taholta tulevat paineet ja pettymykset. Toisaalta haastateltavien puheesta on havaittavissa puolustelua. He kertovat ennen kaikkea itselleen mutta myös haastattelijalle, että muuhun ratkaisuun ei ole näissä olosuhteissa mahdollista päästä.

5.2.3 Liian jäykät palvelujärjestelmän rakenteet

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteissa ja toimintatavoissa on erilaisista kehittämistoimista huolimatta edelleen havaittavissa pirstaleisuutta ja kaavaisuutta (esim. Kinnunen 1990; Kokko 2002, 55–52; Lehto 2000, 33–36, 47–48). Hoitoon sijoittamispäätökset joudutaan tekemään vanhustenhuollon olemassa olevien palvelurakenteiden mukaan, ja tilapäiseksi aiottu ratkaisu saattaa jäädä pysyväksi. Joustavien ratkaisujen löytyminen ja ennakointi on vaikeaa ellei lähes mahdotonta tässä mosaikkimaisessa järjestelmässä.

Hva: Usein käy sillä tavalla, että kumminkin vaikka on kuinka hieno järjestelmä, kun siellä ei ole tällaista joustovaraa. Sitten me joudutaan sijoittamaan (vanhus – lisäys ry) sinne, mihin mahtuu. Hirveästi puhetta, että pitäisi sijoittaa oikealle hoitopaikalle, semmoiselle hoitopaikalle, missä voisi kuvitella, että se ihminen olisi mahdollisimman pitkään. Että tällä hetkellä se käy vähän toisella lailla. Mihin vaan se saadaan, sekin on helpotus --- Mutta kyllä se on hirveästi kiinni vaikka nyt yllättäen onkin, niin minkälaisia ovat nämä fyysiset rakenteet, miten ne on tehty. Että se kyllä sanelee, se rupeaa heti määräämään sitä jatkoa --- [1055]

Sektoroituneet ja hierarkkiset toimintakäytännöt ovat edelleen vahvoja. Terveystieteidenhuolto–sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoido, julkisen organisaation toimijat–yksityiset palveluntuottajat ovat esimerkkejä erilaisista toimintakulttuureista. Mäntän seudun terveydenhuoltoalue laajana toimintakokonaisuutena luo mahdollisuudet aiempaa joustavampaan käytäntöön. Tämä ei tapahdu kuitenkaan hetkessä. (Mäntän seudun ... 2005)

Jotta hoitoon sijoittamisissa jouduttaisiin mahdollisimman vähän yllättäviin hätäratkaisuihin, tarvitaan pitkän tähtäyksen tueksi ennakoitietoa alueen hoitotarpeesta. On olemassa runsaasti kuntakohtaista, alueellista ja valtakunnallista tietoa siitä, miten vanhusten hoidon tarve tulee seuraavien vuosikymmenien aikana muuttumaan (esim. Alueellinen tietotuotanto ... 1997; Evergreen 2000; Nylander 1996; SOTKA 2004; Vaarama ym. 2001, 38-40).

Kuntien päättävät tahot eivät hyödynnä saatavilla olevaa tietoa, vaikka siihen olisi mahdollisuus. Onko niin, että Suomessa julkisella sektorilla ei ole totuttu katsomaan riittävän etäälle tulevaisuuteen, kun tehdään konkreettisia kuntalaisia koskevia päätöksiä? Vai onko kyseessä vanhustenhuollon strategisten linjausten vähäisyys?

Hva: --- tässä on mietitty ja tiedetty, että mitä tulee ja meidänkin sosiaalipuolella on tehty hyviä arvioita, mitä pitäisi olla ja miltä tulevaisuus näyttää. Tarkkaan tiedetään, paljon vanhuksia on, mitä ne sairastaa ja paljonko ne kuluttaa sairaustaessaan ja mitä hoitopaikkaa tarvittaisiin --- [1355]

Ennakkoinnin vaikeus on havaittavissa ruohonjuuritasolla yksittäisen asiakkaan kohdalla. Vanhuksen voinnissa tapahtuvat muutokset ovat olleet havaittavissa vanhuksen kotioiloissa, mutta tieto siitä ei välity riittävästi, eikä sitä hyödynnetä. Joskus voi tapahtua niin, että toisen tekemään arviointiin ei luoteta.

Hva: --- Ja minun mielestäni voitaisiin vähän niin kuin ennakoiden, tavallaan ennakoitaisiin vähän ja laitetaan mietintämyssyyn. Eihän ihmistä voi niin (kohdella – lisäys ry), että tänä päivänä tämä tiedetään, ja hänet siirretään sitten tänä (sama – lisäys ry) päivänä tuosta tuonne. --- vähän ennakoivaa jo, koska meidän täällä todella nähdään ja me tiedetään, että meillä on ihmisiä, että se voi olla hyvinkin lähellä, että he tulevat tarvitsemaan sen paikan --- [2205]

Hoidon tarpeen riittävä ennakointi vähentää väliaikaisten ja vanhuksille levottomuutta aiheuttavien ratkaisujen tekoa. Tämä säästää myös vanhuspalvelujen henkilöstön voimavaroja sekä laitoksissa että SAS-työryhmässä.

5.2.4 ”Riittävän hyviä ratkaisuja”

Resurssien puutteeseen viitataan haastateltavien puheissa usealla eri tavalla: ”*minun mielestä se on se raha*”, ” *yritetään tätä niukkuutta jakaa*”, ”*realiteetti on, kun paikkoja ei ole*”, ”*joudutaan sijoittamaan sinne, mihin mahtuu*”. Tästä huolimatta pitkäaikaishoitoon sijoittamisessa löydetään asiakkaan kannalta hyviä ratkaisuja.

Julkisuudessa on keskusteltu runsaasti vanhustenhoidon tilanteesta ja paikkapulasta, joten kaikilla on tiedossa nykyiset olosuhteet. Jatkohoitoon sijoittaminen etenee hoitoportaalta toiselle.

Hva: --- vaikka tässä takutaan kauheasti ja tämä on tällaista yhtä kokoaikaista pelaamista, niin suhteellisen usein se osuu nappiin. Ei se ole niin, että kerran kuukaudessa, kyllä se viikoittain osuu. --- Ja kyllä sitä tyytyväisyyttä sitten ihan saa kuullakin. --- ihmiset ovat suhteellisen tyytyväisiä siihen sijoitukseensa ja hoitoonsa. Se voi mennä mutkan kautta, mutta meillä on mahdollisuus se lopullinen sijoitus sitten laittaa oikein, ja se on tärkeitä. [2677]

Haastateltava tuo vahvasti esille, että hoitoon sijoitukset kaikesta ”takkuiluista” huolimatta ovat kaikkien kannalta optimaalisia. Vanhuksen tilanteen muuttuessa hänelle voidaan osoittaa väliaikainen hoitopaikka. SAS-työryhmässä tiedetään, että tämän hetkinen hoitoon sijoitus ei ole se, mihin lopullisesti pyritään. Tällöin joudutaan tilanteeseen, että lopullista pitkäaikaishoidon päätöstä kohti edetään askel kerrallaan. Tyytyväisyys kertoo siitä, että vanhukselle itselleen ja hänen omaisilleen on helpottavaa, kun joku ratkaisu, vaikka väliaikainenkin löytyy. Mutkan kautta eteneminen kertoo puolestaan siitä, että vanhuspalvelujärjestelmä ei kykene vastaamaan ihanteellisella tavalla hoidon tarpeisiin.

5.3 Kotihoidon ensisijaisuus -diskurssi

5.3.1 Kotihoidon itsestäänselvyys

”Kotihoidon ensisijaisuus” on toinen haastatteluaineistosta löytämäni hegemoninen diskurssi. Kotihoidon (community care) ensisijaisuus ja sen tärkeys suhteessa laitoshoitoon tulevat laajasti esille sekä kotimaisessa että kansainvälisessä kirjallisuudessa (esim. Ala-Nikkola 2003; Biggs 2000; Hammar ym. 1999; Ikäihmisten hoitoa ...2001; Kraan ym. 1991; Means ym. 2003; Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992; Wærness 1990). Keskustelussa vanhusten hoidon vaihtoehdoista on havaittavissa hyvä – huono vastakainasettelua. Tämän asetelman mukaan hoito kotona on äärettömän paljon parempaa kuin hoito laitoksessa. (Peace 1998, 107)

”Kotihoidon ensisijaisuus” -diskurssi tulee haastateltavien puheessa esiin itsestään selvänä, strategisena valintana. Ensin vanhukselle tarjotaan kaikki mahdolliset palvelut kotiin. Tämän jälkeen, kun kotona ei enää apujen turvin selvitä tai asuinpaikka on liian etäällä, jotta tarvittavia palveluja kyetään tarjoamaan, aletaan miettiä asumispalveluihin sijoittamista. Viimeisenä vaihtoehtona on tämän jälkeen laitoshoido.

Hva: --- meillä eletään näin, että ensin kotiin kaikki ja sitten tullaan asumispalveluihin ja sitten vasta vanhainkotiin. [6610]

Kotihoidon ensisijaisuus on niin vahvaa, että sitä ei sellaisenaan aseteta kyseenalaiseksi. Keskustelu vaihtoehdoista alkaa vasta silloin, kun ”kotihoito-porras” on käyty läpi.

Hva: --- me pystytään hyvin syöttämään ja me pystytään antamaan lääkkeitä ja huolehtimaan kaikesta--- Mutta jos ei enää niillä avuilla siellä (kotona - lisäys ry) selviä, että mekin voidaan käydä neljä kertaa päivässä ja sitten vielä yöllä tarpeen mukaan, niin sitten senkin jälkeen jatkuvasti sairaalassa, menossa ja tulossa, tavallaan sitten luovutetaan --- [6613]

Haastateltavat kuvaavat toimintaa, joka on vallitsevan strategian mukaista. Ovatko nämä tilanteet vanhuksen ja omaisten näkökulmasta toivottavia? On aivan ilmeistä, että osa vanhuksista haluaa olla kaikesta huolimatta kotona. Kuitenkin kaikkein huonokuntoi-

simmille vanhuksille laitos on edelleen sekä inhimillisin että järkevin hoitopaikka. Kustannusten näkökulmasta tarkasteltuna vanhuksen hoitaminen on kallista, tapahtuu se sitten kotona tai laitoksessa. (Kinnunen 1999)

Seuraavassa otteessa haastateltava tarkastelee tilannetta vanhuksen näkökulmasta, jolloin kotihoidon ensisijaisuus näyttyy ei-toivottavana asiana.

Hva: --- kyllä musta se ajatus on kuitenkin, että hirveän pitkälle kokeillaan ensiksi kotona tänä päivänä, viimeiseen saakka. [4409]

Vanhuksen tilanne kotona on huono, mutta siitä huolimatta halutaan kokeilla vielä. Tässä voi olla kyse valitun strategisen linjauksen noudattamisesta tai resurssien puutteesta.

5.3.2 ”Vanhat ihmiset haluavat asua kotonaan”

Yleinen vallitseva käsitys ja useat tutkimukset osoittavat, että vanhuksat haluavat asua kotonaan niin kauan, kuin se suinkin on mahdollista (esim. Hammar ym. 1999; Hirvonen 1995, 32–39; Kolstela 2001, 64–65; Päivärinta 1997; Rapatti 2000,50–53).

Vanhuksella ja omaisella on sanansa sanottavana, kun työryhmässä mietitään, mikä hoitopaikka vanhuksen kannalta olisi tarkoituksenmukaisin: koti, asumispalvelut vai laitos. Virallisessa keskustelussa korostetaan vanhuksen omaa osuutta, toiveita ja tahtoa, kun hän pohtii omaa tulevaisuuttaan. Ikääntynyt palvelunkäyttäjä ja hänen omaisensa saattavat kuitenkin jäädä sivurooliin tai jopa kokonaan päätöksentekoprosessin ulkopuolelle. Realiteetti on, että vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä on paljon tekijöitä, jotka ovat omalta osaltaan vaikuttamassa siihen, mihin ratkaisuun päädytään itse kunkin vanhuksen kohdalla. (Kiikkala 1999; Päivärinta 1997; Sukula 2002, 19–20; Valokivi 2002,27–28)

Yhteisymmärrys ja myönteinen suhtautuminen tarjolla oleviin palveluihin ja niiden rajoituksiin helpottavat suuresti viranomaisten päätöksentekoa. Kun vanhus itse kykenee arvioimaan tilannettaan realistisesti ja ilmaisemaan sen riittävän selkeästi, tämä auttaa

päätöksenteossa. Mikäli näissä tilanteissa omaiset ovat eri mieltä vanhuksen kanssa, vanhuksen tahto on ratkaiseva.

Hva: --- helppo on sellainen, joka nyt ihan myönteisesti suhtautuu siihen, että jos me joudutaan esittämään, että hän ei saa mitään paikkaa vielä, että me koitetaan nyt sitten kotiin häntä auttaa, ja vaikka kuinka paljon. Tavallaan niin kun hän ihan kuunteleekin tai omaiset kuuntelee meitä --- [6610]

Kotihoitopalveluja voidaan tarjota vain silloin, kun vanhus suostuu niitä vastaanottamaan. Jos vanhus kieltäytyy hoidosta ja avusta siitäkin huolimatta, että hän sitä ulkopuolisen arvion mukaan tarvitsee, kunnioitetaan vanhuksen omaa tahtoa. SAS-työryhmässä joudutaan tällöin pohtimaan, onko kyse heitteillejätöstä vai itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta. Raja puuttumisen ja heitteillejätön välillä on toisinaan epäselvä (Valokivi 2002, 21–22). Tosiasia kuitenkin on, että asiakkaan kotiin mennään vain silloin, kun siihen saadaan lupa (Tedre 1999, 150).

Hva: --- Ja sitten on nämä hoidosta kieltäytyjät, jotka eivät missään tapauksessa (ota palveluja vastaan – lisäys ry). Että mihinkä asti sitten kannetaan yhteiskunnan taholta vastuuta – lisäys ry), että missä se viiva menee sen yksilön oman itsemääräämisoikeudenkin kanssa. Ja ettei me tavallaan huonoa omatuntoamme pysyttyä sitten rauhoittamaan, että ihminen saa tehdä niin, kun hän haluaa. [1977]

Seuraavassa aineistonäytteessä haastateltava kuvaa suhteellisen tavallista tilannetta, jossa vanhuksen omaiset eivät suostu tarjottuihin kotipalveluihin. He ilmaisevat ehdottomana näkemyksensä, että vanhukselle pitäisi järjestyä vanhainkotipaikka.

Hva: --- jos asiakas on menossa kotiin ja pystyy nyt liikkumaan vaikka apuvälinein, mutta omaiset on sitä mieltä, että ei, ei mitenkään (käy - lisäys ry), taikka sitten niin, että kotipalvelua ja muuta turvaa, vaikka kokeillen, niin ei. Sitäkin on aika paljon

Hja: Se vastustus, tulee se asiakkaan itsensä taholta vai omaisen?

Hva: Omaisten taholta

Hja: Asumatko ne omaiset yleensä silloin kaukana, vai onko myös sellaisia omaisia, jotka asuvat siinä lähellä?

Hva: Sekä että. Ja usein on niin, että asuu kuitenkin lähellä, ja käyvät päivittäin. Olen puhunut heidän kanssaan siitä, että jos tämmöistä kotipalvelua (kokeiltaisiiin – lisäys ry) --- sitä vastuuta tavallaan jakaa ja jaksamista edelleen. Mutta ne on aika vaikeita asioita. Että joko he hoitaa itse, ja mieluummin ei, vaan sitten vanhainkoti --- [0633]

Haastateltava kuvaa tilannetta, jossa vanhuksen omaiset määrittelevät sen, miten hoitoa jatketaan. Työntekijän näkökulmasta tilanne on hankala. Vanhus itse mahdollisesti haluaisi mennä kotiin, mutta hänen mielipidettään ei kysytä tai ei kuunnella.

Hja: --- aikaisemmin viittasit siihen, että omaisilla ja tällä vanhuksella itsellään saattaa olla hyvin erilainen käsitys siitä, mikä on hänen, sen vanhuksen hyväksi, niin tuleeko näistä tällaisia hankalia tilanteita?

Hva: Tulee. --- On ollut vanhus, joka oli hyvin huonokuntoinen, kun kotiutui, mutta kuntoutui siitä kuitenkin. Hän oli tehnyt selväksi, että hän haluaa olla kotona. Mutta hän sitten tukeutui omaisten apuun, ja omaiset taas eivät sitten jaksaneet. Niin tottakai siinä tulee se ristiriita. --- [9909]

Pulmallinen tilanne syntyy, jos paljon apua tarvitseva vanhus kieltäytyy lähtemästä kotiaan mihinkään laitokseen ja omaiset kieltäytyvät osallistumasta vanhuksen hoitoon. Tilanne mutkistuu työntekijän näkökulmasta, mikäli vanhus ja omaiset eivät kykene avoimeen keskusteluun ja mielipiteiden vaihtoon. Vanhus saattaa ilman muuta olettaa, että omaiset osallistuvat hänen hoitoonsa, mutta omaisilla ei siihen ole mahdollisuutta. Seurauksena saattaa olla omaisten tuntema syyllisyys. Yleinen käsitys on, että naispuolinen omainen, tytär, puoliso tai miniä, osallistuu ilman muuta vanhuksen hoitoon (Hicks 19881–6). Suomalaisessa yhteiskunnassa naisten työssä käynti on aiheuttanut, että vanhustenhoitoon osallistuu hoito- ja hoivatyön ammattilaisia (Henriksson 1998). Tedren (1999, 23–28) mukaan vanhusten hoiva- ja hoitoammateissa toimivat ovat pääasiassa naisia. Hoitaminen katsotaan yhteiskunnassa luonnostaan naisten tehtäväksi.

5.3.3 Vanhus, omainen ja ammattilainen yhteistyössä keskenään

Vanhukset ja omaiset ovat tiiviissä yhteistyössä vanhustenhuollon toimijoiden kanssa. Haastateltavat kertoivat, että yleensä yhteistyö asiakkaiden kanssa sujuu hyvin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että yhteisymmärrys on löydetty kaikkien osapuolien kesken.

Hva: --- helppo on sellainen, joka nyt ihan myönteisesti suhtautuu siihen, että jos me joudutaan esittämään, että hän ei saa mitään paikkaa vielä, että me koitetaan nyt sitten kotiin häntä auttaa, ja vaikka kuinka paljon. Tavallaan hän ihan kuunteleekin tai omaiset kuuntelee meitä --- [6610]

Haastateltavien puheessa tulee esille tyypillinen helppo tapaus. Tarkoitus on, että vanhuksen hoitoa jatketaan kotona, vaikka ”oikeampi” hoitopaikka olisi joku muu. Kuitenkaan muuta paikkaa ei ole tarjolla. Yhteisymmärrys ja myönteinen suhtautuminen tarjolla oleviin palveluihin helpottavat suuresti viranomaisten toimintaa.

Työntekijän näkökulmasta helppo yhteistyökumppani on myös vanhus, joka selkeästi ilmaisee käsityksensä siitä, mitä hän ajattelee oman hoitonsa suhteen, ja omaiset kunnioittavat tätä vanhuksen tahtoa.

Hva: --- Hän (vanhus – lisäys ry) on päättänyt, että hän haluaa esimerkiksi kuolla kotiinsa, ja hän haluaa, että hänet hoidetaan kotiin. Hän on myös sitten tämän ilmaissut hyvin selkeästi omaisille, ja omaisetkin on nähnyt, että hän on elänyt hyvän elämän ja kunnioittavat tätä asiakkaan päätöstä. --- silloin on hirveän helppo kunnioittaa tietenkin asiakkaan ja omaisten näkemyksiä --- [9908]

Persoonalliset ja rohkeat vanhukset ovat tottuneet sanomaan mielipiteensä suoraan. Heidän jyrkät mielipiteensä saattavat toisinaan aiheuttaa hämmennystä viranomaisten keskuudessa.

Hva: --- toisaalta nämähän ovat niitä tervaskantoja, että heidän selviytyy tällä omalla persoonallisella tavallaan ja ylipäätensä ovat erittäin iäkkäitä, ja selvinneet ilman palveluja tähänkin asti. He katsovat, että eivät niitä tarvitse nytkään. Se on semmoinen persoonallisuuskysymys --- [5577]

Selkeästi käsityksensä ilmaisevat vanhukset ja omaiset saatetaan kokea ”hankaliksi” yhteistyökumppaneiksi, etenkin silloin, kun heidän käsityksensä eroavat ammattilaisten mielipiteistä. Suomalaiset viranomaiset eivät välttämättä ole tottunut, että potilaat, vanhukset tai omaiset ilmaisevat selvästi olevansa eri mieltä ammattilaisten kanssa. Kun kuitenkin peruseriaatteena on pyrkiä vastaamaan vanhusten tarpeisiin, on hyvä, jos työntekijän ei tarvitse ”arvuutella”, mitä vanhus tai hänen omaisensa haluavat.

Vanhukset ja omaiset ilmaisevat tyytymättömyyttään, hätäänsä ja ahdistustaan monin eri tavoin. On tyypillistä ja ymmärrettävää, että omaiset haluavat parasta hoitoa läheiselleen mahdollisimman pian. Vaatimuksia esittävät sekä vanhukset omaisilleen että omai-

set hoitohenkilökunnalle. Tästä seuraa hämmennystä ja paineita hoitohenkilöstölle ja toisinaan myös vanhukselle itselleen.

Hja: Ja ilmeisesti sitten noin suuressa mittakaavassa omaisten ja asiakkaitten oma mielipide on aika saman suuntainen, vai onko siinä eroavaisuuksia?

Hva: Kyllä on eroavaisuuksia, kyllä on jääräpää äitejä ja isiä, että lapset ovat avuttomia eikä tiedä, mitä tekisi. Ja sitten on taas niitä kaukaa tulevia kesälomalaisia, jotka pistävät kaikki hyrskyn myrskyn, ja mummu on täysin ressaantunut, että kun kaikki myllätään. --- Meidän mummoa ei nyt hoideta, ja hän vaatii, että välttämättä pitää sitä ja sitä. Ja mummo on ihan rauhassa ja tyytyväinen siellä ja on aivan hädissään, miten tämä nyt näin meni. Me odotetaan sitten, että loma loppuu, niin sitten kaikki taas palaa ennalleen. [1777]

Ei liene tavatonta, että lapset tullessaan katsomaan vanhusta esittävät omia vaatimuksiaan ja hämmentävät samalla myös vanhuksen mieltä. Omaiset eivät ole riittävästi selvillä, mitä vanhukselle kuuluu. He olettavat, että vanhusta ei hoideta riittävän hyvin ja reagoivat voimakkaasti tilanteessa, jossa siihen ei ole vanhuksen mielestä aihetta.

Hva: Mutta sitten vaikea on semmoinen tilanne, että ei uskalleta puhua kotona niitä asioita julki, ja myös sitten, että siinä on muistamattomuutta. Omaiset on hirveän huolissaan, saattavat asua kaukana --- omaiset tottakai haluaisivat mieluummin tuonne osastolle, koska siellä he kokevat, että siellä on kuitenkin hoitohenkilökunta pitämässä silmällä --- [9908]

Haastateltava kertoo, kuinka vanhuksen toiveet ja omaisten vaatimukset voivat olla ristikkäisiä. Vanhuksen realistinen kuva omasta voinnistaan ja selviytymisestään on hämartyntä, tai vanhus saattaa olettaa, että joku omainen hoitaa ja huolehtii hänestä. Omaiset puolestaan ovat huolissaan vanhuksen selviytymisestä kotona. Heitä helpottaisi, jos vanhus pääsisi ”turvallisen silmälläpidon alle”.

Seuraavassa haastateltava kertoo tilanteesta, jossa vanhusten sijoittamisista ryhmäkotiin hoitajien ja etenkin omaisten käsitykset erosivat toisistaan.

Hja: --- esittävätkö vanhukset yleensä itse toiveita vai ovatko ne omaiset, jotka niitä toiveita esittävät?

Hva: Kyllä joskus itsekin esittävät, mutta omaiset enemmän --- kun sijoiteltiin ryhmäkotiin, hyvinkin ankaraa vastustusta tuli omaisilta, vaikka ajattelee, että he asuvat nyt tai aikaisemmin asuvat samalla paikkakunnalla --- olivat he (vanhukset – lisäksi ry) itsekin sitä vastaan, mutta omaiset erityisesti.

Hja: Mikä siinä oli perustana, he vastustivat sitä niin kovasti?

Hva: Heidän mielestään nämä vanhukset olivat niin paljon huonokuntoisia, että ei sillä ole mitään merkitystä --- [1108]

Omaiset esittävät vahvasti mielipiteenään, että vanhukselle ei enää ole merkitystä, asuu-ko hän tutussa ympäristössä vai ei. Vanhus itse myötäilee omaisten mielipidettä. Hän on jo luovuttamassa eikä enää jaksa olla kiinnostunut siitä, missä paikassa jatkohoito järjestyy.

Omaiset saattavat olla keskenään erimielisiä siitä, miten vanhuksen hoitoa jatkossa toteutetaan.

Hva: --- kyllähän nämä on sitten kanssa tosi hankalia nämä omaisten erilaiset näkemykset. ---

Hja: Kerrotko vähän tarkemmin, että minkä tyyppiseen ristiriitatilanteeseen siinä silloin joutuu

Hva: --- ei ole selkeästi sovittu, että jos (vanhus – lisäys ry) on esimerkiksi sairaalassa niin, kuka on se yhteyshenkilö omaisista. Kaikki ottaa yhteyttä ja asioi, ja tuo omalta kantiltaan sitä viestiä. --- Mutta sitten, (jos – lisäys ry) ei itse osaa arvioida siinä omaa tilannettaan ja päättää hoidostaan. Ketä siinä kuuntelee? --- jotkut omaiset tavallaan kaataa omat keskinäiset ongelmansa meille --- [4413]

Yhteenvetona voin todeta, että vanhusten, omaisten ammattilaisen välinen yhteistyö on helpoimmillaan yksinkertaista ja sujuvaa. Eri osapuolet kykenevät rakentamaan keskusteluun ja pääsevät yhteiseen sopimukseen vanhuksen tilanteesta. Vaikeimmillaan eri osapuolet ovat erimielisiä, ja työntekijät saattavat joutua erotuomareiksi tai puolustusasianajajiksi. Tällöin SAS-työryhmässä joudutaan miettimään, kenen näkökulma vanhuksen tilanteessa on merkittävin ja mihin ratkaisuun päädytään.

5.3.4 Vanhusten turvattomuuden kokemukset kotona

Vanhuksen kokema turvattomuus on tekijä, joka aiheuttaa levottomuutta ja ahdistusta. Turvattomuuden tunne voi syntyä siitä, että vanhuksen voinnissa tapahtuu muutoksia, hän pelkää olla yksin kotona tai omaisten pelko ja ahdistus siirtyvät vanhukseen. SAS-

työryhmän yksi jatkohoitoon sijoittamisen peruste on, että vanhus ei uskalla asua kotonaan, vaan on kaiken aikaa hakeutumassa lääkäriin tai sairaalaan.

Hja; Onko teillä tietoa, mistä se turvattomuus on peräisin, onko se siitä ympäristöstä johtuvaa vai onko se vanhuksen omassa mielessä vai pystytäänkö sitä tunnistamaan?

Hva: Harvoin se ihan niin selkeätä on. Sitten kun tulee jotakin sairautta tai muuta, niin sitten monet ovat heti lähdössä sairaalaan. Tai jos tulee jotakin rajoituksia toimikykyyn, niin sitten he saattavat tuntea, että he eivät enää pärjääkään. --- Mutta kyllä monet ovat ihan sillä tavalla, että heti, kun ovi laitetaan kiinni, niin sitten, jos he ovat itse kykeneviä, niin he tilaavat jo heti ambulanssin. Yritetään tehdä jotakin, mutta en minä osaa sanoa selvästi, mistä se tulee, mutta se vaan ylipäänsä vanhuuteen liittyy. Jos jotakin yllättäen tulee, joku uusi sairaus, niin saatetaan olla ihan hysterisiä, ettei enää kestä. [6612]

Haastateltava kuvaa, kuinka yksinäisyys, sairaudet ja vanhuus sinänsä aikaansaavat turvattomuutta ja ahdistusta. Vanhuksen vointi voi muuttua nopeasti. Muistihäiriöt, pelko tai mielenterveysongelmat ovat esimerkkejä tilanteista, jolloin vanhuksen turvattomuus nousee esille. Jatkuvat sairaalaan lähdöt viestittävät mahdollisesta turvattomuudesta ja ahdistuksesta, joita on vaikea hallita, kun ne kerran ovat tulleet mieleen. Turvattomuutta on myös vaikea saada pois vakuuttelulla.

Hva: --- päiväsaika vielä menee, mutta yöajan turvattomuus, niin kyllä minusta on aika vaikeaa saada sitä pois vakuutettua. [4409]

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käynnit kattavat pienen osan vuorokaudesta, joten suurimman osan ajasta kotona on selviydyttävä omin avuin. Yksinäisyys, vanhuksen omaisten huoli ja pelko aikaansaavat turvattomuuden tunnetta. Vanhuksen muistiongelmat, äkilliset sairastumiset tai omaisen uupuminen ja sairastuminen mutkistavat tilannetta edelleen.

Hva: --- Jos pelätään siellä, omaiset pelkää kaikki hätäntyy, hätiköi. Jos siellä käydään kolmekin käyntiä vuorokaudessa, puoli tuntia, tunti, niin yli kaksikymmentä tuntia sinä olet kuitenkin yksin.[0355]

Omaiset saattavat olla ahdistuneita, ja näin siirtävät oman pelkonsa vanhukseen. Jos luottamusta ei ole, että tarvittaessa saa apua, levottomuus ja varmuuden vuoksi tapahtuvat sairaalakäynnit lisääntyvät.

5.3.5 ”Hoitopaikasta toiseen”

Monet lyhytaikaiset sijoitukset auttavat toki tilannetta niin, että vanhus pääsee hoidon portaita hieman eteenpäin silloin, kun kotona ei enää selvitä. Monet sijoitukset aiheuttavat vanhuksessa kuitenkin levottomuutta ja ahdistusta. Vanhan ihmisen, ja etenkin muistihäiriöisen, on vaikea sopeutua jatkuvasti uusiin hoitopaikkoihin ja uusiin hoitajiin. Omaisten kannalta monet sijoitukset voivat toisaalta muodostua kestävämmiksi, mutta myös helpottaa hoitavan omaisen taakkaa.

Hva: Että nyt on se vaihe, että nyt jokainen pienikin ripaus jossain hoitotasossa alemmaksi, jos se tuo vähänkin säästöä, --- nyt meillä on jotenkin semmoinen (vaihe – lisäys ry), se ei rauhoitu ollenkaan. Heti katsotaan, että tämä on väärällä hoitopaikalla --- Sinä olet aina johonkin (menossa – lisäys ry), just kun tutustut johonkin, niin taas ne häviää. Kuinka vaikeaa vanhuksen on yleensä jo tutustua, kontaktoida, kertoa itsestään. [0255]

Ydinkysymys vanhuksen ja omaisten kannalta näyttää olevan, mikä on oikea ajankohta siirtyä kotoa asumispalveluihin ja/tai laitokseen. Tällä hetkellä haetaan mahdollisimman edullista hoitopaikkaa, tai sitten edetään vähitellen kohti lopullista sijoitusta. Kuinka paljon kustannuksia syntyy siitä, että vanhus siirtyy jatkuvasti hoitopaikasta toiseen tai kulkee koko ajan kodin ja sairaalan väliä?

Levollinen asettautuminen hoitopaikkaan ei ole mahdollista, jos koko ajan odotetaan siirtoa seuraavaan.

Hva: --- järjestelmä ei joustaa, vaan potilas joutuu, asiakas joustaa, että sitä pompo-tellaan. Hänen on pakko joustaa.

Hja: Pakko joustaa, kun ei muuta vaihtoehtoa ole.

Hva: Niin, kun muuta vaihtoehtoa ei ole. Mutta järjestelmä ei pyri kauhean hyvin joustamaan --- meidän henkilökuntaa ei pystytty siirtämään niin nopeasti ja välttämättä ei ole fyysisiä tilojakaan ihan, ehkei ymmärretä sitä potilaan näkökulmaa riittävän hyvin. Se ei sinun ratkaisuisiasi merkitse kumminkaan kovin paljon. [5505]

Tilanteen ennakointiin ei kyetä riittävästi, etenkin silloin, kun vanhus joutuu koti-laitos-koti-kierteeseen, joka saattaa kestää pitkän aikaa. Hoitopaikoilta toiseen siirtyminen

on toisinaan pakon sanelemaa, mutta samalla yksilö jää sivuun. Hänen tuntemuksiaan ei tunnisteta, ei kuunnella tai ei ole mahdollista kuulla. Oletuksena on, että ilman muuta vanhus joustaa tilanteessa – hänellä ei ole useinkaan muuta mahdollisuutta.

5.3.6 Kotihoidon taloudelliset perusteet

Vanhuspalvelujen erilaiset maksuperusteet aiheuttavat paineita laitospalveluihin. Lain-säädäntö asettaa vanhukset eriarvoiseen asemaan perittävien maksujen suhteen. Pitkäai-kaisessa laitoshoidossa olevalle vanhukselle tulee jäädä omaan käyttöön vähintään kak-sikymmentä prosenttia tuloista. Vanhainkodissa olevalta vanhukselta peritään hoito-maksu, joka sisältää kaikki hoidon kustannukset (Meriläinen, Perälä & Virta 1994, 241–242). Sen sijaan avohoidon maksuperusteet ovat toisenlaiset (Laki sosiaali- ja terveys-huollon asiakasmaksuista 1992). Kun vanhuksesta tulee pitkäaikaisen kotihoidon asia-kas, laaditaan hänen kanssaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tässä yhteydessä sovitaan myös vanhukselle tulevat palvelumaksut. Näiden kulujen lisäksi vanhus maksaa itse sairaanhoidon tutkimus- ja lääkekulut. (Lehto 1998 a, 418) Runsaasti palveluja käyttä-vän vanhuksen kohdalla voi käydä niin, että hänelle itselleen jää vähemmän käyttövaro-ja, kuin laitoksessa jäisi. Paineet vanhuspalvelujen maksukäytännön yhtenäistämiseksi ja luokittelemiseksi toteutuvien palvelujen mukaan ovat lisääntyneet (Kansallinen pro-jekti ... 2002 b, 11–13; Nylander 1996, 52; Palvelurakennetyöryhmä 1992, 13). Suunni-telmissa on, että maksujärjestelmä uudistetaan yhdeksi kokonaisuudeksi (STM 2005). Näin asiakkaan maksujen kannalta ei ole merkitystä, missä vanhuspalvelut toteutetaan.

Hja: Liittykö tämä mahdollinen eriarvoisuus siihen, missä paikassa sattuu asu-maan vai onko se kiinni jostakin muusta?

Hva: Minkälaiseen hoitopaikkaan, yksikköön vanhus sijoittuu. Palvelut ovat sa-mantasoisia periaatteessa, mutta ne on eri nimikkeen alla tai muuta, niin ne muo-dostuu ne kustannukset eri pohjalta --- [4421]

Haastatteliija viittaa siihen, että samantyyppisistä palveluista peritään maksut eri tavalla riippuen siitä, millä nimikkeellä palvelut tuotetaan. Vanhainkotihoidon maksut määräy-tyvät laitoshoidon mukaan, mutta kotihoitopalveluja käyttävien asiakkaiden maksut määräytyvät kotihoidon palvelumaksusäädösten mukaisesti.

Vanhukset itse saattavat kieltäytyvät tarjotuista kotihoidon palveluista niiden maksullisuuden vuoksi. Onko kyse siitä, että vanhukset pelkäävät eläkkeittensä riittämättömyyttä vai siitä, että halutaan säästää varmuuden vuoksi ”pahan päivän” varalle?

Hva: --- viime viikolla oli ihan semmoinen tapaus,(vanhus – lisäys ry) sanoi, että ei hän otakaan joka päivä sitä apua, vaikka hän oli tullut sairaalasta ja oli hyvin huonossa kunnossa. Kun se maksaa, että hän ei missään nimessä niin paljon rupea maksamaan. Hän joutui takaisin sairaalaan, ja taas eilen oli sitten sopinut meidän työntekijöitten kanssa, että ottaa joka päivä. --- [6611]

Myös vanhuksen omaisten näkemykset ovat toisinaan sellaisia, että he kieltäytyvät vanhuksille tarjotuista palveluista niiden maksullisuuden vuoksi.

Hva: --- Sitten on omaisten painostusta, että perikuntahan määrää, aika lailla voimakas tekijä myös. Nykyisin entistä enemmän vaaditaan sitä, että vanhus ei saa käyttää omia rahojaan, että jää perikunnalle jaettavaa. Tämä on aika raadollinen puoli, ja siihen törmää kyllä nykyisin lähes päivittäin. Pennilleen lasketaan näitä asioita. Ja täytyy sillä tavalla korostaa, että vanhuksella on oikeus kyllä hoitoon ihan omilla varoillaan. Ei niitä tarvitse säästää perikunnalle. [1977]

Haastateltava viittaa tosiasiaan, että vanhuksen omaisten esittämien toiveiden ja vaatimusten takana on kyse rahasta. Saattaa olla, että omaiset eivät luota mahdollisuuteen tarkistaa ja pienentää palvelumaksuja, jos vanhuksen vointi sen myöhemmin sallii. Vaikka palvelumaksujen pienentäminen on säädösten mukaan täysin mahdollista, voi olla, että todellisuudessa palvelutarpeen vähenemistä ei juurikaan tapahdu. Palvelumaksujen määräytyminen on monimutkaista, eivätkä vanhus tai omainen välttämättä ole tietoisia, mitä palvelut kokonaisuudessaan tulevat vanhukselle maksamaan (Lehto 1998 b, 119).

5.3.7 ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” -diskurssien sidoksellisuus

Sekä ”Resurssien puute” että ”Kotihoidon ensisijaisuus” -diskurssit ovat kietoutuneet vahvasti toisiinsa. Resurssien vähäisyys ja säästötavoitteet ovat osaltaan vaikuttamassa siihen, että kotihoidolla on vahva strateginen asema Vilppulan kunnan vanhustenhuollossa. Kotihoitoa korostaa myös valtakunnallisesti vallitseva puhetapa. Vanhustenhoi-

don tavoitteena on hoitaa huonokuntoisetkin vanhukset kotona ja lykätä laitoshoidon mahdollisimman pitkään. (Palvelurakennetyöryhmä 1992, 8–14)

Hva: Kun me kesäkuuhun päästään, niin me on neljäsosa laitospaikoista purettu vajaassa vuodessa, yhdeksässä kuukaudessa on pudonnut neljäsosa meidän Vilppulan ja Mäntän laitospaikoista ja lukumääränä se on 45 paikkaa. Ja missä ne ovat ne ihmiset, joita siellä on hoidettu. Me on keksitty niille jotain muuta. Eli silloin näkee, että ei ole ollut mahdollisuutta töpeksiä siinä kauaa näitten päätösten kanssa, että mitä me teemme, vaan siinä on ollut yksimielisyys sitten, poliittisillakin päätäjillä ---[1477]

Haastateltava viittaa tosiasiaan, että laitospaikkoja on vähennetty ja tullaan vähentämään lähitulevaisuudessakin huomattavan paljon. Muutokset ovat osittain kiristyneen kuntatalouden seurausta. Säästöä pitää saada aikaiseksi. Kotihoidon nostaminen tärkeimmäksi vanhuspalvelujen strategiaksi vastaa omalta osaltaan näihin säästötavoitteisiin.

5.4 Hegemonisten diskurssien eräs seuraus – vallan käyttö

Seuraavassa tarkastelen, mitä seurauksia vanhuspalvelujen asiakkaille, vanhuksille ja heidän omaisilleen, on siitä, että hegemoniset diskurssit ovat niin vahvasti mukana puheessa ja toiminnassa.

Vanhuspalvelujen toimijat ovat tietoisia, että he päätöksenteossaan ”käyttävät suurta valtaa ihmisten elämänhallintaan”. Varsinaista pakottamista tai alistamista ei tapahdu. Sen sijaan vallankäyttö on hienovaraista, suostuttelevaa, sivuuttavaa ja toteavaa. Tämä tapahtuu toisaalta ”olosuhteitten pakosta” ja toisaalta siksi, että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä toimijat ovat tottuneet käyttämään vahvaa asiantuntija-asemansa mukanaan tuomaa valtaa (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 22; Eriksson 2002). Ei liene myöskään harvinaista, että palvelujen käyttäjät, vanhukset ja omaiset, ”luovuttavat” päätösvallan asiantuntijoille.

Hva: --- Me ei määritellä eikä komennella eikä päätetä ihmisten tulevaisuudesta sillä tavalla, että me, vallan näkökulmasta vaan, että meidän pitää asettautua sen ihmisen rinnalle --- siitä tehdä niitä ratkaisuja --- [2777]

Tietoisuus vallan käytön mahdollisuudesta on viranomaisilla olemassa, samoin kuin sekin, että päätökset vanhuksen elämään liittyvissä asioissa tulee tehdä yhdessä neuvotellen kaikkien osapuolien kanssa. Pitkäaikaishoidon päätöksenteossa pyritään ratkaisuihin, joissa asiakkaan mielipidettä on kuunneltu.

Vanhuksen ja hänen omaisensa välillä on havaittavissa aika ajoin vallan käyttöä. Vanhus itse on ehdoton sen suhteen, mihin hän on suostuvainen, tai vanhuksen omaiset eivät piittaa vanhuksen mielipiteestä.

Hva: --- Kun yrittää niin kun omaiselle (sanoa – lisäys ry) sitä, että jos tämän avun kanssa menisi kotiin, ja (vanhus – lisäys ry) olisi itse ottanut niitä apuja, mitä tarvitsee, niin ei hyvänen aika. Sitä, että on tuttu ympäristö, siellä on ne kaikki rakkaat kuvat, ja eikö kuitenkin olisi ympäristönä mukavampi kuin joku vanhainkoti tai ryhmäkoti. Kun sitten on semmoisia ihmisiä, jotka eivät halua olla (toisten – lisäys ry) ihmisten kanssa. Kuitenkin täytyisi kuunnella sitä ihmistä enemmän. -- - meillä kotiutettiin vanhusta, ei ollut kyllä kauaa kotona, mutta haastattelin sen jälkeen häntä, niin hän sanoi, että voi että kun hän nautti olla kotona, että hän yöllä kahdentoista aikaan keitti kahvia, katseli niitä lastenlasten valokuvia --- Siinäkin oli tytär, että ei yhtään [0833]

Näytteestä ilmenee, kuinka vanhuksen omainen pyrkii määrittelemään ratkaisut vanhuksen ohi ja yli. Tämä kertoo myös siitä, miten vanhuuteen yleisesti ottaen suhtaudutaan. Ikääntyneeltä kielletään yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus (Jyrkämä 2001, 286). Hoitaja on näissä ristiriitatilanteissa ehdotusten tekijän, tukijan ja sovittelijan roolissa. Jatkoyhteistyön kannalta on tärkeää löytää ratkaisu, joka sopii kaikille.

Hienovaraista vallankäyttöä tapahtuu edelleenkin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmissä. Vallankäyttö ei ole tietoista. Asiantuntija- asemasta tapahtuva puhe luo toiselle osapuolelle helposti mielikuvan siitä, että ”minä asiantuntijana tiedän, mikä sinulle on parasta”.

Hva: --- Ammattinäkökulmasta voi olla, että näkee monenlaisia erilaisia asiakkaita ja huomaa, että tähän on ihan parhaimmasta päästä fyysiseltä terveydeltänsä ja muuta, mutta eihän niillä omaisilla ole näkökohtaa. [9908]

Omaisien arvio ja käsitys tilanteesta tapahtuu subjektiivisesta näkökulmasta käsin. Viranomaisen kokemus vanhusten hoidon todellisuudesta on erilainen kuin omaisen. Ammattilaisella on laajempi vertailukohta omaisiin verrattuna arvioitaessa vanhuksen kuntoa ja hänen selviytymistään kotiooloissa. Kuinka hyvin tai huonosti vanhus selviytyy kotiooloissa, on vaikea tehtävä arvioida luotettavasti. Omaiset tuntiessaan vanhuksen hyvin, osaavat kiinnittää huomiota ”hienovaraisempiin” muutoksiin. Kuullanko omaisen näkemyksiä vanhuksen voinnista riittävän herkällä korvalla vai tehdäänkö johtopäätökset tilanteesta liian pikaisesti?

Yhteistyö vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä edellyttää jatkuvaa keskustelua ammattilaisten, vanhusten ja heidän omaistensa välillä.

Hva: --- saattaa olla viikon, kahdenkin projekti, ennen kuin se on pehmitetty se porukka. Keskustele, ja taas pikku hiljaa yhtäältä, se on pitkän sitkeätä tämä homma joittenkin kohdalla. [1033]

Keskustelu ja suostuttelu on perusteltua tilanteessa, jossa on tarpeen kertoa laajemmin asioista ja erilaisista mahdollisuuksista vanhuksen hoidon suhteen. Vanhus tai omainen eivät aina voi tietää, mitä kaikkea vanhustenhuollon palvelujärjestelmä voi heidän olosuhteissaan tarjota. Kuitenkin tämä neuvottelu voi sisältää hienovaraista vallankäyttöä. Puhetta jatketaan niin kauan, kunnes toinen keskustelun osapuoli saadaan suostuvaiseksi. Vanhus ja omainen ovat näissä tilanteissa altavastajan asemassa.

Yhteiseen sopimukseen päätyminen ei välttämättä tarkoita, että keskustelutilanne olisi vapaa valtasuhteista (Jokinen ym. 1995, 22). Vanhusten huono kunto ja omaisten tottumattomuus tai arkuus esittää omia mielipiteitään, varsinkin mikäli ne eroavat ammattilaisen esityksestä, voivat aikaansaada hiljaisen suostumuksen. Tämä saatetaan tulkita hyväksymisen merkiksi. Hiljaisuus voi merkitä myös sitä, että viranomaisen esittämä vaihtoehto ei miellytä, mutta asiaan ei kuitenkaan puututa jostakin syystä. Tenkanen (1998, 105) kysyy, onko vanhuksen ainoa mahdollisuus viranomaisten suuntaan olla hiljaa, kun ei haluta menettää asiakassuhdetta tai esittää kritiikkiä.

Hva: --- järjestelmät ovat isoja ja siinä itse luulee, että tämä menee hyvin, kun kukaan ei valita ja jono kulkee. ---

Hja: Sitten yks kaks se jostakin tulee

Hva: Niin sitten se tulee ihan kertakaikkiaan, että nyt. Nyt me ei enää jakseta, nyt se riittää --- [1255]

Suomalaiset vanhusasiakkaat ovat hiljaa. Asiantuntijalle ei sanota vastaan kuin aivan viimeisessä tilanteessa. Ei ole lainkaan kummallista, että yksilön tuntemukset peittyvät huomaamattomiksi monimutkaisessa ja kiireisessä palvelujärjestelmässä.

5.5 Yhteenveto diskurssianalyysin tuloksista

Tässä luvussa olen analysoinut haastateltavien puhetta retorisen ja hegemonisen diskurssianalyysin menetelmin. Olen nostanut lukijan tietoisuuteen, miten vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksentekoon ja toimintaan saadaan erilaisin argumentein vakuuttavuutta. Resurssien puute ja kotihoidon ensisijaisuus ovat vahvasti mukana haastateltavien puheessa tavalla taikka toisella. Tästä seuraa, että kaikkien tiedossa oleva resurssien vähäisyys ja kotihoidon ensisijaisuus hallitsevat pitkäaikaishoidon päätöksentekoa. Vahvana esiintyvät hegemoniset diskurssit peittävät näin ollen helposti alleen muut vaihtoehdot ja äänet.

Nykyisessä tilanteessa vanhukset ja omaiset näyttävät olevan sekä tärkeitä yhteistyökumppaneita että tilanteeseen sopeutujia. Haastateltavat tiedostavat vallan käytön mahdollisuuden. Vallan käyttö ei rajoitu pelkästään ammattilaisen ja vanhuspalvelujen asiakkaan tai omaisen välille, sitä esiintyy kaikessa inhimillisessä vuorovaikutuksessa monin eri tavoin. ”Heikompi” osapuoli joutuu sopeutumaan tilanteeseen.

Haastateltavien puheesta välittyy kuva Vilppulan SAS-työryhmän pitkäaikaishoidon päätöksenteon todellisuudesta, joka näyttää olevan monipolvinen. Päätöksenteko tapahtuu tilanteissa, joissa on havaittavissa paljon reunaehtoja, lukuisia yhteistyökumppaneita ja monimutkaisia taustatekijöitä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

6.1.1 SAS-työryhmän päätöksenteko

Tutkimuksessani olen tarkastellut Vilppulan kunnan SAS-työryhmän päätöksentekokäytäntöjä vanhusten pitkäaikaishoidon näkökulmasta. Haastattelujen ja SAS-työryhmän kokousten havainnoinnin avulla etsin vastauksia tutkimuskysymyksiin, millaisia ovat vilppulalaisen SAS-työryhmän päätöksentekokäytännöt ja miten haastateltavat kuvaavat pitkäaikaishoidon päätöksenteon toimintaehtoja ja käytäntöjä sekä vanhuksen ja omaisen asemaa pitkäaikaishoidon päätöksenteossa. Olen poiminut aineistosta pitkäaikaishoidon päätöksenteon tarkemman diskursiivisen analyysin kohteeksi. Erityisesti olen tarkastellut sitä, miten haastateltavat puhuvat pitkäaikaishoidosta ja miten he kuvaavat sen piirteitä.

Pitkäaikaishoidon päätöksentekokäytännöt ja kriteerit vaihtelevat jonkin verran eri puolilla Suomea, mutta tavallista on, että päätöksen vanhuksen pitkäaikaishoidosta tekee moniammatillinen SAS-työryhmä (Ala-Nikkola 2003, 50–55; Ala-Nikkola & Valokivi 1997; Nikander 2002). Vilppulassa SAS-työryhmän toimintakäytännöt ovat olleet vakiintuneina jo useiden vuosien ajan. Työryhmän tehtävänä on muiden asioiden ohella päättää vanhusten pitkäaikaishoitoon liittyvistä asioista. Vilppulan vanhustalvelujärjestelmä toimintaympäristöineen on kokenut suuria muutoksia viimeisten vuosien aikana. Yksityisiä palvelun tuottajia on tullut asumispalvelurintamalle lisää sekä terveydenhuollon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnat ovat yhdistyneet Mäntän seudun terveydenhuoltoalueeksi. Vilppulan vanhustenhuollon organisointi on sovitettu tähän toimintaympäristöön.

Juuri toimintansa aloittaneen Mäntän ja Vilppulan yhteisen SAS-työryhmän päämääränä on sopia alueen vanhustenhuollon linjauksista ja periaatteista. Vilppulan paikallisessa SAS-työryhmässä tehdään yksittäisen vanhuksen pitkäaikaishoitoa koskevat päätökset. Työryhmällä on täten tärkeä merkitys vanhustenhuollon toiminnan ohjaajana. Pitkäaikaishoidon päätöksenteossa tulee huomioida asiakkaiden tarpeet, ja samanaikaisesti toimia käytettävissä olevien tiukkojen reunaehtojen puitteissa (Ala-Nikkola 2003, 92–93).

SAS-työryhmällä on käytössään laaja, moniammatillinen asiantuntemus, joka mahdollistaa monipuolisen keskustelun vanhusten tarpeista ja käytettävissä olevista mahdollisuuksista. Työryhmän jäsenet pitävät tärkeänä, että kokouksissa voidaan keskustella vanhusten tilanteista, hakea vaihtoehtoja ja hioa toisistaan poikkeavia käsityksiä. Työryhmän merkitys on suuri sekä mukana oleville toimijoille että vanhustenhuollon asiakkaille ja omaisille. Käsiteltäväksi tulevat asiat ovat usein niin monimutkaisia, että on välttämätöntä tarkastella niitä useasta eri näkökulmalta. Näin toimien tasapuolisuus ja objektiivisuus ovat mahdollisia säilyttää. Yhdessä tehty päätös antaa työntekijälle tukevan selkänöjan, kun vanhukselle ja omaiselle pitää perustella sitä, mitä SAS-työryhmässä on päätetty. (ks. Jokinen 2002, 139; Jokinen & Juhila 2000, 93–34)

Käsiteltävien asioiden runsaus ja monimutkaisuus aikaansaavat tilanteen, että vanhuksen asiaa saatetaan käsitellä useassa eri kokouksessa, ennen kuin päätöksentekoon on riittävästi aineksia. Jos asiaa ei ehditä valmistella, vaan se otetaan esille niin sanotusti pöydältä, ei ole lainkaan ihme, että sitä joudutaan käsittelemään vielä seuraavissakin kokouksissa. Valmistelemattomien asioiden käsittely on hankalaa myös sen tähden, että työryhmän jäsenillä ei ole mahdollisuutta tutustua vanhusasiakkaan tilanteeseen etukäteen. Kokouskäytäntöä saattaisi tehostaa asioiden mahdollisimman laaja etukäteisvalmistelu ja etukäteen jaettavat kokouksen esityslistat.

SAS-työryhmän päätökset edellyttävät monipuolista tilannearvioita. Jotta työryhmän jäsenillä on mahdollisuus optimaaliseen päätöksentekoon, heillä tulee olla riittävästi tietoa siitä, minkälaista erityisosaamista eri palvelujen tuottajat voivat tarjota ja mikä on kulloinkin hoitopaikkatilanne. Tämän tutkimuksen mukaan tieto eri palvelujen tuottaji-

en hoitopaikkatilanteesta välittyä riittävästi työryhmälle. Sen sijaan pohdin, miten saadaan vanhustenhuollon palvelujärjestelmän eri toimijoiden äänet riittävässä määrin esiin SAS-työryhmän kokouksissa. Kaikkien palveluntuottajien edustajat eivät ole mukana kokouksissa. Kuitenkin kaikkien osallistuminen keskusteluun, jossa pohditaan vanhuksen pitkäaikaishoitoon sijoittamista, mahdollistaisi erityisosaamisen ja käytettävissä olevien vaihtoehtojen riittävän esilletulon.

Haastateltavien näkemykset vaihtelevat siitä, kuinka hyvin tieto vanhusten elämäntilanteista välittyy SAS-työryhmän jäsenien tietoon. Toiset luottavat siihen, että nykyinen käytäntö on ihan hyvä ja riittävä. Ruohonjuuritason toimijoiden mielestä asia ei ole näin. Vanhuksen voinnissa tapahtuvat muutokset eivät välttämättä tule riittävästi esille lyhyiden kotikäyntien aikana. Ongelmallista on se, miten saada tieto arkipäivässä selviytymisestä välittymään tarvittavassa määrin SAS-työryhmän tietoon. Kotikäyntitilanteissa saattaa käydä niin, että vanhus ”terästyy” siksi aikaa, kun hoitaja on paikalla. Kaikki vanhukset eivät halua tai osaa tuoda esille arkipäivän vaikeuksiaan.

Tiedonkulun ja monipuolisen keskustelun turvaamiseksi lienee tarpeen pohtia Mediatri Perustietojärjestelmän ja PAHOSUn tehokasta hyödyntämistä. Haastatteluissa juurikaan ei sivuttu vanhuksia, jotka eivät ole säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä. Välittyykö heidän tilanteestaan säännöllisesti ja riittävästi tietoa vanhustenhuollon toimijoille?

SAS-työryhmän päätöksentekokäytännön haasteena tutkimukseni mukaan on, kuinka vanhusten erilaiset tilanteet ja tarpeet kyetään tunnistamaan ja ottamaan huomioon riittävästi ja riittävän ajoissa. Tilanteiden ennakointi antaisi todennäköisesti paremmat mahdollisuudet suunnitella toimintaa niin, että voitaisiin ainakin vähentää väliaikaisia sijoituspäätöksiä. Useat ja lyhytaikaiset hoitoon sijoittamiset ovat raskaita vanhuksille, heidän omaisilleen ja koko vanhustalvelujärjestelmälle.

6.1.2 Hegemoniset diskurssit

Hegemoniset diskurssit ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” ovat hallitsevia haastateltavien puheessa. He kuvaavat vanhustenhuollon palvelujärjestelmää toimintaympäristössä, jota luonnehtivat niukat resurssit ja kotihoidon ensisijaisuus. Lainsäädäntö, kunnan poliittinen päätöksenteko ja sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö asettavat omat tiukat reunaehdot, jonka puitteissa vanhustenhuollon palvelut tulee järjestää mahdollisimman taloudellisesti (Sosiaali- ja terveydenhuollon ... 2001). Vanhuspalvelujen asiakkailta on omat odotuksensa ja tarpeensa, joihin pystytään vastaamaan vaihtelevasti. Pitkäaikaishoidon laitospaikkojen vähentymisen myötä paineet ovat siirtyneet kotihoidon palveluihin ja asumispalveluihin. Kysyntä on edelleenkin suurempaa kuin mitä kunta pystyy tarjoamaan. Vastaavanlainen ilmiö on havaittavissa yleisesti koko Suomessa (esim. Ala-Nikkola 2003; Kauppinen 2004; Vaarama ym. 2002; Vaarama ym. 2004).

Hegemoniset diskurssit ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” ovat muodostuneet tässä tutkimuksessa itsestään selviksi tosiasioiksi. Haastateltavat pyrkivät vakuuttamaan kuulijansa monin eri tavoin. Retorisen diskurssianalyysin avulla olen nostanut näkyväksi argumentit, joihin puhujat vetoavat tarkoituksenaan saada kuulijat vakuuttaneeksi. Puolustava argumentaatio voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. Tämän seurauksena vasta-argumentteja ei juurikaan esiinny tai ne jäävät huomiotta. (Jokinen 2002, 126–155; Jokinen & Juhila 2000, 89–96; Potter 1996, 106–108)

Haastateltavien puhetta hallitsevat niukat resurssit ja tästä johtuvat seuraukset. Pitkäaikaishoidon päätöksenteossa optimaaliseen ratkaisuun on mahdollista päästä, mutta usein tapahtuu, että ratkaisua hoidon järjestämiseksi joudutaan hakemaan mutkan kautta. Resurssien vähäisyys on yleisesti kuntalaisten tiedossa. Itsestään selvässä tilanteessa juuri kukaan ei kyseenalaista toimintaa ja tehtyjä päätöksiä.

Kotihoidon ensisijaisuus on vallitseva käytäntö. Siihen velvoittavat lainsäädäntö ja kunnan strategiset linjaukset. Tutkimusten (esim. Hammar, Raatikainen & Perälä 1999; Kolstela 2001; Päivärinta 1997) mukaan suuri osa vanhuksista haluaa olla kotona mah-

dollisimman pitkään. Aina on kuitenkin niitä, joiden hoito kotona ei ole mahdollista tai inhimillisesti katsoen mielekäästä (Kinnunen 1999). Kotihoidon vahva asema on myös tässä tutkimuksessa selvästi havaittavissa. Vanhuksen hoitoa jatketaan kotona niin pitkään kuin mahdollista. Palveluja pyritään lisäämään, vaikka joku toinen ratkaisu saattaisi olla inhimillistä ja taloudellisestikin edullisempaa. Vanhuksen ja omaisten kannalta raskas vaihe on, kun vanhuksen vointi on heikentynyt niin, että joudutaan koti-laitos-koti-kierteeseen. Vanhus kotiutetaan sairaalasta heti, kun se on mahdollista, ja hetken päästä hän on jälleen sairaalassa. On monia syitä, miksi vanhus hakeutuu sairaalaan. Esimerkiksi fyysiset sairaudet, muistamattomuus, turvattomuus ja mielenterveysongelmat ovat kaikki sellaisia, että vanhukselle itselleen tai hänen omaiselleen tulee tarve hakeutua hoitoon. Huolellinen vanhuksen oireisiin paneutuminen ja lääketieteellisen hoidon suunnitelma auttavat arvioimaan, milloin laitoshoido on perusteltu vaihtoehto (Valvanne & Noro 1999).

6.1.3 Vanhus, omainen ja vanhustenhuollon toimija yhteistyössä keskenään

Vanhustenhuollon asiakas on tärkeä yhteistyökumppani, kun päätetään pitkäaikaishoidosta. Haastateltavien kuvauksissa kerrotaan esimerkkejä helpoista tilanteista ja yhteistyökumppaneista sekä optimaalisista hoitoon sijoituksista. Pitkäaikaishoidon päätös voidaan tehdä näissä tapauksissa ilman ”*väliin tulevia muuttujia*”. Vanhuksen oma tahto ja omaisen toive voidaan ottaa huomioon jatkohoitopäätöstä tehtäessä. Haastateltavat kuvaavat helpoksi vanhustenhuollon asiakkaaksi ja omaiseksi henkilöä, joka on yhteistyöhaluinen ja -kykyinen. Tämä tarkoittaa käytännön tasolla sitä, että SAS-työryhmässä on mahdollista saada aikaan pitkäaikaishoidon sijoittamispäätös, joka tyydyttää kaikkia osapuolia. Vanhus ja hänen omaisensa suostuvat ehdotettuun ratkaisuun joko niin, että hoitoa jatketaan apujen turvin kotona tai sitten vanhus siirtyy hänelle tarjottuun asumis-palveluun tai laitoshoidon.

Haastateltavien puheessa hankaliksi koetut tilanteet ovat moninaisia. Vanhus tai hänen omaisensa ovat eri mieltä tarjotuista palveluista joko niin, että niitä on liian vähän, niitä tarjotaan liikaa tai sitten jatkohoitopaikka ei ole sopiva. Vaikeaksi koetaan myös tilanne,

jossa vanhuksen ja hänen omaisensa käsitykset poikkeavat toisistaan tai omaiset ovat keskenään eri mieltä siitä, mitä tehdään. Väkivaltaisuutta perhepiirissä esiintyy myös. Vaikeissa ja monimutkaisissa tilanteissa ammattilainen joutuu miettimään, miten toimia tai kenen näkökulmaa tulee kuunnella ja kunnioittaa. Vanhustenhoidon maksuperusteiden erilaisuus tuo vielä omat hankaluutensa, kun asiakkaiden kanssa keskustellaan tarjolla olevista vaihtoehdoista; laitoshoidon saattaa näyttää houkuttelevammalta vaihtoehdolta kuin kotihoito.

Vanhuksen ja omaisen asema sekä pitkäaikaishoidon päätöksenteko näyttävät tässä tutkimuksessa erilaisina sen mukaan, mistä näkökulmasta haastateltava kulloinkin puhuu. Kun hän tarkastelee asiaa organisaation ja viranomaisen näkökulmasta, asiat ovat etupäässä hyvin. Päätökset kyetään kaikesta huolimatta tekemään kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla. Vanhusten pitkäaikaishoito kyetään toteuttamaan strategisten linjausten mukaisesti ja asiakkaat ovat tyytyväisiä.

Kun näkökulmana on yksittäinen vanhus ja hänen omaisensa, puheesta voi tunnistaa kriittisiä sävyjä. Sama haastateltava voi tuoda esille sekä tyytyväisen että kriittisen näkökulman. Niukat resurssit ja kotihoidon ensisijaisuus koetaan tällöin monella tavalla hankalana ja vaikeana asiana. Haastateltavien kuvauksissa voi tunnistaa, miten vaikeaa on kohdata vanhusten ja omaisten tyytymättömyys sekä pettymys kasvoista kasvoihin. Niissä on myös havaittavissa syyllisyyttä, sillä haastateltavat tietävät varsin hyvin, miten asioiden tulisi olla. Näissä puheenvuoroissa kuulija voi havaita puolustelua, koska joudutaan tekemään vanhuksen ja omaisen kannalta epämukavia päätöksiä. Tällöin pitkäaikaishoidon päätökset määrittyvät olemassa olevista toimintaehdoista käsin (Ala-Nikkola 2003, 92–94).

Asiantuntijaorganisaation vahva asema suhteessa vanhukseen ja omaiseen tulee esille monin tavoin. Vallankäyttö ei enää ole silmiinpistävän räikeää, vaan lähinnä huomattoman hienovaraista (Eriksson 2002; Jokinen ym. 1995). Haastateltavat tiedostavat, että heillä on mahdollisuus vallan käyttöön ja pyrkivät tunnistamaan tämän ja toimimaan eettisesti oikein. Kun liikkumavaraa hoitopäätöksiensä suhteen on vähän tai ei lain-

kaan, on puheesta havaittavissa viittauksia, joissa toiminta perustuu asiantuntijaorganisaation vahvaan valta-asemaan.

Hegemonisten diskurssien valta-asema puheessa ja päätöksenteossa peittää alleen muut vaihtoehdot ja mielipiteet. ”Järkevä ihminen”, vanhus, omainen tai työntekijä, ei näissä olosuhteissa aseta toimintaa ja tehtyjä päätöksiä kyseenalaiseksi. Suostuttelu ja neuvottelu saattavat muuttua alistamiseksi. Siinä on tarkoitus vakuuttaa kuulija tarjotun vaihtoehdon kelvollisuudesta, mutta vanhus ja omainen voivat kokea tämän aivan toisin. Alistamisen ja järkevän toiminnan sekä vaihtoehtojen perustelujen välillä vallitsee hiuksen hieno ero. Vanhuksen ja omaisen hiljaisuus voidaan tulkita suostumiseksi. Suomalainen, etenkin vanhus, ei ole tottunut esittämään eriäviä mielipiteitään tai tekemään omia ehdotuksiaan. On äärimmäisen vaikeaa toimia nykyisessä tilanteessa niin, että vanhukselle ja omaiselle syntyy tunne, että hänen mielipidettään halutaan kuunnella ja se halutaan ottaa huomioon.

Vallan käyttöä tapahtuu myös vanhusten ja heidän omaistensa keskuudessa. Tällöin vahvat persoonat ovat ehdottomia, eivätkä ole juurikaan halukkaita neuvottelemaan. He ovat tottuneet saamaan tahtonsa läpi. Omaisten vallan käyttö vanhuksiinsa nähden kertoo siitä, että vanhuksen mielipiteillä ei enää ole väliä. Omaiset määrittelevät, mitä tehdään ja mikä on vanhukselle parasta. Omaisten esittämät vaatimukset palvelujen suhteen voivat kuvastaa myös sitä, että he ovat huolestuneita ja hädissään läheisensä tilanteesta.

Vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon päätöksenteko tapahtuu tilanteessa, jossa liikkumavaraa näyttää olevan niukasti. Hektinen työtahti, monet organisatoriset muutokset, resurssien vähäisyys ja kotihoidon ensisijaisuus kapeuttavat käytettävissä olevia mahdollisuuksia. Diskursiivisella analyysillä olen pyrkinyt tarkastelemaan vanhusten pitkäaikaishoidon päätöksenteon todellisuutta. Hegemonisten diskurssien vahvuus on niin hallitsevaa, että muut mahdollisuudet jäävät helposti liian vähälle huomiolle. Kun hegemoniset diskurssit ovat muodostuneet itsestäänselvyyksiksi vakuuttamisen avulla, muut äänet peittyvät ja vanhustenhuollon asiakas ja omainen ovat tässä tilanteessa melko voimattomia.

6.2 Tutkimusaineiston laatu ja luotettavuus

6.2.1 Haastattelu

Vilppulan vanhustenhuollon toimijat ovat mukana kaikissa Vilppulan ja Mäntän alueen organisatorisissa muutoksissa ja kehittämishankkeissa, ja suuret organisatoriset muutokset kuvaavat vanhustenhuollon toimintaa tutkimusajankohtana. Suoritin kaikki haastattelut yhden kuukauden aikana, joten kertojat olivat tässä suhteessa samassa ajallisessa kehitysvaiheessa. Tämä olikin luotettavuuden kannalta tärkeä seikka

Haastattelun laatua parantaa, mikäli aineiston purkaminen tapahtuu mahdollisimman pian itse haastattelun jälkeen. Sen tarkkuudesta ei ole yksiselitteistä ohjetta. Sanasta sanaan kirjoittaminen on hidasta ja työlästä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 139–140, 185) Koska minulla ei ollut aikaisempaa kokemusta haastattelujen purkamisesta, kirjoitin varmuuden vuoksi kaikki haastattelut sanatarkasti seuraavan kuukauden aikana. Tällöin en joutunut vielä tulkitsemaan, mikä teksti analyysin kannalta on merkittävää ja mikä ei. Merkitsin aika ajoin nauhoituksen laskurilukeman kirjoitetun tekstin viereen. Tämä helpotti huomattavasti myöhemmin tekstin paikallistamista. Kirjoittamisen myötä sain ensimmäisen tuntuman tutkimusaineistoon (Hirsjärvi & Hurme 2001, 140).

Haastattelu tapahtui etukäteen valittujen teemojen mukaisesti suhteellisen väljästi. Kertojat itse määrittivät lopullisen haastattelun sisällön. Tiukasti teemoista kiinni pitäminen ei kaikkien kohdalla ollut mahdollista kiireisen aikataulun vuoksi eikä edes relevanttia, sillä haastateltavien toimintaympäristö ja toimenkuvat erosivat toisistaan suuresti. Teemat auttoivat kokematonhaastattelijaa pysymään aikataulussa ja muistuttivat haastattelun kuluessa, mistä kaikesta pitikään keskustella.

Pitkä kokemukseni sosiaali- ja terveydenhuollon toimintasektorilta auttoi minua ymmärtämään, mistä todellisuudesta haastateltavat puhuivat. Heidän kerrontaansa oli helppo seurata ja tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. Pystyin etenemään haastattelussa keskustelunomaisesti eikä minun tarvinnut ”ripustautua” jäykästi edeten teema-

paperiin. Minulle jäi vaikutelma, että haastateltavat kertoivat luontevasti asioista, joita he halusivat välittää haastattelijalle. Haastattelujen jälkeen tein lyhyesti muistiinpanot haastattelun kulusta ja siitä, mikä oli vaikutelmani haastattelun jälkeen.

6.2.2 SAS-kokousten havainnointi

Tässä tutkimuksessa SAS-kokousten havainnoinnilla oli omaa käsitystäni täydentävä merkitys. Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassani olin valinnut aineistonkeruumenetelmäksi yksinomaan haastattelun. Ajatus kokousten seuraamisesta nousi esille, kun keskustelin aineistonkeruusta ohjaajani kanssa. Kokousten havainnoinnin tarkoituksena oli täydentää kuvaa, jota haastateltavat kokouksista kertoessaan minulle välittivät. Havainnoinnin hyöty tutkimukseni kannalta on ollut, että näin sain konkreettisen kuvan SAS-työryhmän kokouksesta. Niiden seuraamisen hyöty minulle oli, että raportin SAS-työryhmän toimintaa kuvaavan osion (luku 4) kuvaus tuntui helpommalta laatia, kun olin itse seurannut, mitä kokouksissa tapahtuu. Haastateltavien viittaukset kokouksien tapahtumiin avautuivat minulle uudella tavalla. Varsinaista tutkimuksellista hyötyä havainnoinnilla ei tässä tutkimuksessa saatu, tosin se ei ollut lähtökohtakaan.

Passiivinen roolini kokousten seuraajana mahdollisti sen, että voin keskittyä yksinomaan siihen, mitä kokouksissa tapahtui ja miten asioita käsiteltiin. Istuin kokouksissa saman pöydän ympärillä yhdessä kokousohallistujien kanssa. Jälkeen päin ajatellen seuranta olisi onnistunut varsin hyvin myös vähän sivummalta. Keskustelun vilkkaudesta päätellen osallistumiseni ei suuresti häirinnyt kokousten kulkua. Kuitenkin jossakin vaiheessa olin tunnistavinani pientä hämmennystä tai arkuutta siitä, että ulkopuolinen henkilö oli mukana kokouksessa. Tulosten luotettavuuteen tällä seikalla ei ole vaikutusta, sillä kokoushavainnot eivät ole mukana tutkimuksen diskursiivisessa analyysiosassa (luku 5).

Triangulaatiota eli erilaisten aineistojen, teorioiden ja/tai menetelmien käyttämistä samassa tutkimuksessa perustellaan sillä, että näin tutkimuskohteesta on mahdollista saada kattavampi kuva (Eskola ja Suoranta 1999, 69–75). Tutkimuksessani en voi puhua

menetelmätriangulaatiosta, sillä sen käyttö olisi ollut otettava huomioon tutkimussuunnitelmasta lähtien. Myös havainnoinnin tulosten luotettava käyttö edellyttää aineiston tallentamista riittävän luotettavasti (Eskola ja Suoranta 1999, 99–104).

6.2.3 Tutkimustulosten luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on, että ei ole olemassa puolueetonta puhetta, joten päätelmiä tehdään aina tietystä tilanteesta käsin. Haastateltavat kertovat mielipiteitään ja ajatuksiaan juuri tietylle haastattelijalle. Jollekin toiselle haastattelijalle ja toisessa tilanteessa haastateltavat puhuvat eri tavalla. Haastattelija vaikuttaa aina haastateltavaan, ja näin ollen tutkija on myös tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Haastateltava päättää aina, mitä kertoo ja mitä jättää kertomatta. Tutkijan tehtävänä on yksinkertaisesti tehdä tulkintaa todellisuudesta, jota tutkittava hänelle välittää. (Alasuutari 1999, 144-149; Eskola & Suoranta 1999, 211; Miller & Glassner 2004)

Tutkimustulosten luotettavuuskysymykset rakentuvat laadullisessa ja määrällisessä tutkimuksessa eri tavalla. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset kohdistuvat mittauksen luotettavuuteen ja toistettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tietojen keruu- ja analyysivaiheessa tekemiään ratkaisujaan. Koska tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkija on keskeinen osa omaa tutkimustaan, hänen tulee olla tästä kaiken aikaa tietoinen. Tutkija vaikuttaa saatavaan tietoon keruuvaiheessa ja tutkimustuloksia tulkitessaan. Luotettavuuden arviointi kohdistuu ainutkertaisten tapahtumien selittämisen lisäksi itse tutkimusprosessin arviointiin. (Hirsjärvi ja Hurme 2001, 188– 189; Eskola & Suoranta 1999, 209–212)

Tutkimuksen luotettavuuteen ihmistutkimuksessa liittyy aina subjektiivista merkitysten tulkintaa, eikä tutkija voi tavoittaa ehdotonta totuutta. Käsitys todellisuudesta syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa tiettyinä ajankohtana ja tietyssä kulttuurissa. Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan sen tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan tapahtumaa, ymmärtää toimintaa tai antaa mielekäs tulkinta jostakin ilmiöstä. Tarkoituksena on yleistyksen sijaan laajentaa ja kyseenalaistaa vanhoja ajatusmalleja.

Alasuutari (1999, 234) toteaakin, että ”*tutkijan tulisi katsella itseäänselvyyksien horisontin taa*”. Tutkimuksessa haetaan selityksiä ainutkertaisille tapahtumille. (Alasuutari 1999, 231-235; Eskola & Suoranta 1999, 61; Hirsjärvi & Hurme 2001, 16 – 19)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa on kyse Eskolan ja Suorannan (1999, 211) mukaan tutkimusprosessin luotettavuudesta. Se tarkoittaa, että tutkimusprosessin eri vaiheet on kuvattu mahdollisimman tarkasti, jotta lukija saa käsityksen, mitä tutkimuksen aikana on tapahtunut ja miten tutkimustuloksiin on päädytty (Eskola & Suoranta 1999, 213–214; Tuomi & Sarajärvi 2002, 135–138). Luotettavuuden tarkastelut laadullisessa tutkimuksessa ovat erilaisia ja eri asioita painottavia kuin määrällisessä tutkimuksessa. Analyysitavat eroavat toisistaan myös kvalitatiivisen tutkimusperinteen sisällä, esimerkiksi keskusteluanalyysi, diskurssianalyysi ja narratiivinen tutkimus. Luotettavuuden arviointimenetelmät valitaan näin ollen analyysin mukaan. (Peräkylä 2004; Tuomi & Sarajärvi 2002, 131)

Olen pyrkinyt validiteettiin kertomalla tarkasti tutkimukseni kulun jokaisen vaiheen. Runsaat aineisto-otteet lisäävät myös validiteettia. Varsinkin hegemonisia diskursseja ”Resurssien puute” ja ”Kotihoidon ensisijaisuus” kuvaavien aineisto-otteiden määrä on runsas ja puhe esiintyy samansuuntaisena kaikkien haastateltavien kertomuksissa muodossa taikka toisessa. Tulkintani yhdenmukaisuus tässä tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että olen tulkinnut aineistoani aina uudestaan ja uudestaan pitkän ajan kuluessa. Olen tulkinnassani huomionut myös kaiken aikaan sen kontekstuaalisuuden. Vaikka aineisto-otteet ovat lyhyitä otteita haastateltavien puheesta, olen valinnut näytteet kaiken aikaa siten, että olen kiinnittänyt huomiota kontekstiin, missä puhe on tuotettu ja kenelle se on tuotettu. (esim. Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–190; Jokinen & Juhila 2002, 56–66; Metsämuuronen 2003, 162–168; Potter & Wetherell 1989)

Tutkimuksen luotettavuus koostuu monesta eri tekijästä aina tutkimuksen suunnittelu- vaiheesta tulosten tulkintaan ja raportointiin saakka. Olen tarkastellut laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymyksiä suhteellisen laajasti, sillä kyse luotettavuudesta tulee esille monissa eri vaiheissa. Tarkalla tutkimusprosessin kuvauksella olen pyrkinyt siihen, että lukija voi tehdä omat arvionsa tutkimuksesta ja tuloksista.

6.3 Tulevaisuuden haasteet ja jatkotutkimusaiheet

SAS-työryhmän kokoukset joutuvat ratkaisemaan vanhusten pitkäaikaishoidon kannalta merkittäviä asioita. Kokoukset ovat kiireisiä ja niissä käsitellään paljon asioita. Kiireisyydestä huolimatta tai juuri sen takia on syytä pohtia, miten asioiden käsittely saadaan sujumaan mahdollisimman joustavasti. Asioiden etukäteisvalmistelu ja tiedottaminen kokousta ennen työryhmän jäsenille antaa mahdollisuuden sujuvaan asioiden käsitteilyyn.

Tulevaisuuden haasteina ovat ennakointiin ja tilannearviointiin liittyvät kysymykset. Kuinka luodaan vanhustenhuollon järjestelmä, jossa hoidon tarpeet tulevat ajoissa esille ja niihin kyetään vastaamaan optimaalisella tavalla? Tämä tarkoittaisi vanhusten hoidon järjestymistä oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Ennakoinnin ansiosta vanhustenhuollon palvelujärjestelmän toiminta voidaan muuttaa reaktiivisesta ”palon sammuttamisesta” proaktiiviseen, ennakoivaan toimintaan, jolloin vanhusten pitkäaikaishoitoon sijoittaminen muuttuu pitkäjänteiseksi ja suunnitelmalliseksi. Tämä edellyttää ennakoivaa toimintaa kaikessa kunnallisessa päätöksenteossa. Tietoa siitä, miten alueen väestö käyttää vanhustenhuollon palveluja nyt ja miten käytön ennakoidaan tulevaisuudessa muuttuvan, on saatavilla riittävästi (esim. EVERGREEN; Junnila 2005; SOTKA 2004). Kaikkien iäkkäiden kuntalaisten elämäntilanteiden ja hoidon tarpeiden arviointi säännöllisesti palvelee samoin proaktiivista toimintatapaa.

Miten saada käsitys vanhusten kulkemista hoitopoluista? Paikallisesti tietojen systemaattinen kirjaaminen vanhusten siirtymisestä palvelujärjestelmän sisällä paikasta toiseen ja sopivamman hoitopaikan odottamisesta antavat luotettavaa kuvaa vanhusten todellisista jonotustilanteista (SAS-työryhmä 2003). Systemaattinen seuranta tekee myös näkyväksi eri sijoittamispäätökset ja mahdollisesti myös auttaa löytämään nopeammin vanhukselle sopivan hoitoratkaisun.

Vilppulan vanhustenhuollon palvelujärjestelmän monet muutokset ovat kysyneet sekä vanhustenhuollon toimijoiden että vanhusten ja omaisten voimavaroja. Realiteetti on, että tulevaisuudessa tulee olemaan SAS-työryhmän päätettävänä monimutkaisia ja vai-

keasti ratkaistavissa olevia pitkäaikaishoidon asioita. SAS-työryhmän toiminnan jatkuva reflektiivinen arviointi auttaa tunnistamaan ja edelleen kehittämään pitkäaikaishoidon päätöksentekoon liittyviä ”solmukohtia”.

Jatkotutkimusaiheina ehdotan seurantaä siitä, miten yksityisen vanhuksen hoitopolku etenee vanhustenhuollon palvelujärjestelmässä. Onko se mutkia täynnä vai eteneekö suoraviivaisesti? Hoitopolun näkyväksi tekeminen mahdollistaa erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen löytämisen. Toinen mielenkiintoinen tutkimusaihe mielestäni on verrata, millälaiset ovat nykyisen pitkäaikaishoidon päätöksentekokäytännön ja ennakoivan päätöksentekokäytännön todelliset kustannukset. Onko mahdollista, että näennäisesti halpa hoitoon sijoittaminen osoittautuukin lopulta kalliimmaksi kuin joku toinen?

Kirjallisuus

Ala-Nikkola, M. 2000. Vanhusasiakkaiden palveluketjut. Teoksessa Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 75–86.

Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Acta Universitatis Tamperensis 972. Tampere:Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto & Edita, 16–31.

Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja yksilökohtaista palveluohjausta (case management) koskeneesta tutkimuksesta Hämeenkyrössä ja Tampereella. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 215. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alueellinen tietotuotanto osana sektorirajat ylittävää alueellista yhteistyötä. 1997. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 1997:9. Helsinki.

Baszanger, I. & Dodier, N. 2004. Ethnography. Relating the part to the whole. In Silverman, D. (ed.) Qualitative Research. Theory. Method and Practice. 2nd edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd., 9–34.

Biggs S. 2000. User Voice, Interprofessionalism and Postmodernity. In Davies, C., Finlay, L. & Bullman, A. (eds.) Changing Practice in Health and Social Care. The Open University. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd, 366–376.

Burr, V. 1995. An Introduction to Social Constructionism. Routledge. London: Taylor & Francis Group.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Eriksson, S. 2002. Kommunikaatio, moraali ja valta modernissa asiantuntijuudessa. Teoksessa Pirttilä, I. & Eriksson, S. (toim.) Asiantuntijoiden areenat. SoPhi 66. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Paino Koipijyvä Oy, 167–174.

EVERGREEN 2000 <http://www.stakes.fi/palvelut/ikaantyneet/ikihankkeet.htm>. 23.10.2004

- Fairclough, N. 1989.** Language and Power. London and New York: Longman.
- Hammar, T., Raatikainen, R. & Perälä, M.-L. 1999.** Sosiaali- ja terveystalvet tulevaisuudessa: 60–65 -vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. Gerontologia 13(4): 189–199.
- Heikkinen, H. 2001.** Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 116–132.
- Henriksson, L. 1998.** Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. Tampereen yliopisto. STAKES Sosiaali- ja terveystalvet tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 88. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hervonen, A., Jylhä, M. & Oinonen, T. 1999.** Tervaskannot. Kuinka selvitä hengissä ensimmäiset 90 vuotta? Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hicks, C. 1988.** Who Cares: Looking after people at home. Reading, Berkshire: Cox and Wyman Ltd.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001.** Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirvonen, R. 1995.** ”Kuin köyhä hevonen, kaura-annokseen tyytyväne” Kotihoidon palveluja saavan vanhuksen arki. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystalvet huollon opettajan koulutusohjelma. Pro gradu -tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Hokenstad, M. C. & Johansson L. 1990.** Caregiving for the Elderly in Sweden. Program Challenges and Policy Initiatives. In Biegel, D.E. & Blum, A.(eds.) Aging and Caregiving. Theory, Research and Policy. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications Inc., 254–284.
- Hugman, R. 1994.** Ageing and the Care of Older People in Europe. New York: St. Martin`s Press.
- Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2001.** Sosiaali- ja terveystalvet ministeriön oppaita 2001:4. Sosiaali- ja terveystalvet ministeriö. Suomen Kuntaliitto, Helsinki: Oy Edita Ab.
- Jokinen, A. 2002.** Vakuuttelevan ja suostuttelevan retoriikan analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 126–159.
- Jokinen, A. & Juhila, K. 1996.** Merkitykset ja vuorovaikutus. Poimintoja asunnottomuuspuheiden kulttuurisesta virrasta. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol. 510, Tampere: Tampereen yliopisto.

- Jokinen, A. & Juhila, K. 2000.** Valtasuhteiden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysin aakkoset. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 75–108.
- Jokinen, A. & Juhila, K. 2002.** Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 54–97.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. 1995.** Tulkitseva sosiaalityö. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (toim.) Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktivistinen näkökulma. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 9–31.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 2000.** Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysin aakkoset. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 17–47.
- Juhila, K. 2000.** Miten asiasta tulee tosi: Faktuaalistamisstrategiat viranomaispuheessa. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysin aakkoset. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 151–188.
- Junnila, M. 2005.** Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen arviointiseminaari 14.6.2005. <http://www.pshp.fi/mantta/seminaari.htm>. 3.4.2006.
- Jyrkämä, J. 2001.** Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Sankari, A. & Jyrkämä, J. (toim.) Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 267–319.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002 a.** Johdanto. STM Työryhmämuistioita 2002:3. <http://www.vn.fi/stm/suomi/eho/julkaisut/terveysprojekti/luku4.htm> 7.10.2002.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002 b.** Rahoiruatyöryhmä. STM Työryhmämuistioita 2002:3. <http://www.stm/suomi/pao/thprojekti/terveys2.pdf> . 7.10.2002.
- Kansanterveyslaki 66/1972** 28.1.1972 FINLEX - © Edita Publishing Oy <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1972/19720066>. 20.1.2006.
- Karisto, A. & Takala, P. & Haapola, I. 1998.** Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Juva: WSOY.
- Kauppinen, S. 2004.** Ikäihmisistä yhä harvempi saa apua. Asiakkaiden määrä kasvaa nopeammin kuin hoitajien. Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen lehti. 1.2004, 8–9.
- Ketola, T. & Kokkonen, T. 1994.** Sosiaalialan työn lähtökohtia. Toinen uudistettu painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kiikkala, I. 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? Sairaanhoidtaja – Sjuksköterskan 3/99 vol 72, 6–10.

Kinnunen, J. 1990. Terveyskeskuksen organisaatiokulttuuri. Kuopion yliopiston julkaisu. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 4/1990. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kinnunen, K. 1999. Miten pitkälle avohoitoa voidaan ja kannattaa tehostaa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 115. vuosikerta. 15/1999, 1585–1590.

Kokko, S. 2002. Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 268. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 48–59.

Kolstela, K. 2001. Ikääntyvien (65-vuotiaiden) lahtelaisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kotihoito 2005. www.piramk.fi/palveluosasto/hankkeet/kotihoito2005/index.html, 20.10.2003.

Kraan, R. J., Baldock, J., Davies, B., Evers, A., Johansson, L., Knapen, M., Thorslund, M. & Tunissen, C. 1991. Care for the Elderly. Significant Innovations in three European Countries. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Campus/Westview. Germany: Druck Partner Rübelmann.

Kunelius, R. & Renvall, M. 2002. Terveyspalvelut: Julkisuus, politiikka ja kansalaiset. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) Terveystiedettä. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 89–120.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. 22.9.2000. FINLEX - © Edita Publishing Oy <http://tinyurl.com/fc7ec>.12.7.2004

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. 3.8.1992. FINLEX - © Edita Publishing Oy. <http://tinyurl.com/etnt>. 25.3.2006

Lehto, J. 1998 a. Muuttuuko pohjoismainen sosiaali- ja terveyspalvelumalli? Yhteiskuntapolitiikka 63 (1998): 5-6, 412–424.

Lehto, J. 1998 b. Asiakkaan omainen – asiakas, kumppani ja palvelutarpeen aiheuttaja Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala Irma (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 221. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 112 –120.

Lehto, J. 2000. Saumatonta palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 33–48.

Lehto, J. & Blomster, P. 2000. Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystalouselämyksessä. Teoksessa Uusitalo, H., Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy., 161–184.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Juva: WSOY.

Lehto, J. & Natunen, K. 2002. Johdanto. Teoksessa Lehto, J. & Natunen, K. (toim.) Vastamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveystalouselämyksessä sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Acta Nro 144. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 11–14.

Means, R., Morbey, H. & Smith, R. 2002. From Community Care to Market Care?. The development of welfare services older people. Great Britain, Southampton: The Policy Press.

Means, R., Richards, S. & Smith, R. 2003. Community Care. Policy and Practice. 3rd Edition. Great Britain: Palgrave Macmillan.

Meriläinen, P., Perälä, M-L. & Virta, K. 1994. Vanhuksen oikeudellinen asema ja itsemäärääminen laitoksessa. Teoksessa Uutela, A. & Ruth, J-E. (toim.) Muuttuva vanhuus. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino Oy, 237–250.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkola, T. 1997. Sairaalahoidon osana vanhusten palveluja. Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuslehti. 7.1997, 16

Miller, J. & Glassner, B. 2004. The "inside" and the "outside": finding realities in interviews. In Silverman, D. (ed.) Qualitative Research. Theory. Method and Practice. 2nd edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd., 125–139.

Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen arviointiseminaari 2005. Tiedote seminaarista 16.6.2005. <http://www.tays.fi/mantta/tiedote.htm>. 30.3.2006.

Nikander, P. 2002. Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) Terveystalouselämyksessä Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 55–70.

Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4/2003. 40.vuosikerta, 279–290.

Nylander, O. 1996. Palvelurakenteen solmukohtien tunnistaminen hoitoilmoitustietojen avulla. Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuslehti. 4–5.1996, 6.vuosikerta, 48–52.

Palvelurakennetyöryhmä 1992. Työryhmämuistio 1992: 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pajukoski, M. 2004. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 176–204.

Peace, S. M. 1998. Caring in Place. In Brechin, A., Walmsley, J., Katz, J. & Peace, S. (eds.) Care Matters. Concepts, Practice and Research in Health and Social Care. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 107–125.

Peräkylä, A. 2004 Reliability and validity in research based on naturally occurring social interaction. In Silverman, D. (ed.) Qualitative Research. Theory, Method and Practice. 2nd edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd., 283–304.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2004 a. Yhdessä terveyttä. 2003. Tilasto-osa. Tampere: Klingendahl Paino Oy.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2004 b. Yhdessä terveyttä. 2003. Toimintakertomus. Tampere: Klingendahl Paino Oy.

Pitkänen, K. 1994. Hylkäsivätkö perheet vanhuksensa laitoksiin? Suomalaisen laitoshoidon historiaa. Teoksessa Uutela, A. & Ruth, J-E. (toim.) Muuttuva vanhuus. Gaudeamus. Tampere: Tammer-Paino Oy, 221–236.

Potter, J. 1996. Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction. London: Sage Publications.

Potter, J. & Wetherell, M. 1989. Discourse and Social Psychology. London: Sage Publications.

Päivärinta, E. 1997. Portaan murentuvat – paranevatko palvelut? Vanhuspalvelut sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksessa. Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen lehti, 7.1997, 17–19.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 52. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Rajala, T., Lahtinen, Y. & Paunio, P. 2001. Suurten kaupunkien 2. RAVA-tutkimus. Vanhusten toimintakyky ja avun tarve. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Rapatti, H. 2000. Kuvaus yli 70-vuotiaiden vanhusten terveyden kokemuksista ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita koskevista käsityksistä sekä odotuksista kotihoidon suhteen. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Silverman, D. 1993. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing, Talk, Text and Interaction. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd.

Silverman, D. 2000. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications Ltd.

Silverman, D. 2001. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing, Talk, Text and Interaction. 2nd edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications Ltd.

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983. EDILEX-lakikanava: Työ- ja sosiaaioikeus <http://tinyurl.com/qfjwx>. 9.10.2002

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. EDILEX-lakikanava: Työ- ja sosiaaioikeus <http://tinyurl.com/zwm7d>. 9.10.2002

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2001:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

SOTKA. 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta. <http://www.stakes.fi/sotka/> 23.10.2004.

STM 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 450/2005 <http://tinyurl.com/fgaro> . 24.2.2006.

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas Teoksessa Torkkola, S. (toim.)Terveysviestintä. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–23.

Suoninen, E. 2000. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysin aakkoset. 2. painos. Tampere: Vastapaino, 48–74.

Tedre, S. 1996. Vanhusten kotipalvelu huolenpitoverkoston solmukohtana. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Soaiaalityöntekijäin Liitto r.y. Helsinki: Edita, 104–114.

Tedre, S. 1999. Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja Nro 40.

Tenkanen, R. 1998. Vanhuksen ja työntekijän kohtaaminen kotipalvelussa. Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 221. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 99–111.

Teperi, J. 2004. Kuka saa terveyspalveluja? Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 106–120.

Tilvis, R. 1999. Miksi vanhusten tautien diagnostiikka on vaikeaa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 115. vuosikerta. 15/1999, 1581–1584.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Katsaus vanhusväestön elinoloihin, palvelutarpeisiin ja sosiaali- ja terveystalouteen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 38. VAPK-kustannus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki.

Vaarama, M., Hakkarainen, A., Voutilainen, P. & Päivärinta, E. 2000. Vanhusten palvelut. Teoksessa Uusitalo, H., Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 250. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy., 75–98.

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A. & Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelujen kehittämiseen. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 259. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. 2002. Ikääntyneiden palvelut, Teoksessa Heikkilä, M. & Parpo, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 268. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 76–105.

Vaarama, M., Voutilainen, P. & Kauppinen, S. 2004. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2004. STAKES Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 36–59.

Wærness, K. 1990. Informal and formal care in old age: What is wrong with the new ideology in Scandinavia today? In Ungerson C. (ed.) Caring and Cared for. Work and Welfare in Britain and Scandinavia. New York, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Singapore: Harvester Wheatsheaf, 110–132.

Valokivi, H. 2002. Ikääntynyt kansalainen ja omainen sosiaali- ja terveystalouteen johdon kertomana. Teoksessa Lehto, J. & Natunen, K. (toim.) Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveystalouteen järjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Acta Nro 144. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 15–30.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. 2001. Julkaisu 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Valvanne, J. & Noro, A. 1999. Milloin laitoshoittoon? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 115. vuosikerta. Elokuu 15/1999, 1591–1599.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia Terveyden- ja sairaanhoidon kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.

Wetherell M. & Potter J. 1988. Discourse analysis and the identification of interpretive repertoires. In Antaki, C. (ed.) *Analysing Everyday Explanation. A Casebook of Methods.* London, Newbury Park, Beverly Hills, New Delhi: SAGE Publications, 168–183.

Wetherell M. & Potter J. 1992. *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legitimation of Exploitation.* New York: Columbia University Press.

Vilppulan kunta. 2003 a. www.vilppula.fi 6.8.2003.

Vilppulan kunta. 2003 b. Perusturvalautakunnan toimintakertomus 2002.

Vilppulan kunta. 2004. Sosiaalilautakunnan toimintakertomus 2003.

Wood, J. B. & Estes, C. L. 1985. Private nonprofit organizations and community-based long-term care. In Harrington, C., Newcomer, R. J., Estes, C. L. & Associates (eds.) *Long Term Care of the Elderly. Public Policy Issues. Volume 157, Sage Library of Social Research.* Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications Ltd., 213–231.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2000. Näyttöön perustuva päätöksenteko: esimerkkinä vanhuspalvelut. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2001. Näyttöön perustuva hoitotyö.* Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 108–119.

Yli 70-vuotiaan palveluketju Mäntän seudun terveydenhuoltoalueella. 2002. Tavoitetilan selvityksen loppuraportti. PIRKE Pirkanmaan saumattomien hyvinvointipalvelujen kehittämishanke. 30.8.2002.

Julkaisemattomat lähteet:

SAS-kokous 2003. Kokousmuistiot vuodelta 2003.

Vanhustyön johtaja 2003. Päätökset vuodelta 2003.

Vanhustyön johtaja 2004. Suullinen tiedonanto 18.10.2004.

Vanhustyön johtaja 2006. Suullinen tiedonanto 28.2.2006.

LIITTEET

Liite 1 Kirje haastateltaville

3.3.2003

Arvoisa vastaanottaja _____

Kiitos, että olet alustavasti lupautunut osallistumaan haastattelututkimukseeni maaliskuussa – huhtikuussa 2003.

Opiskelen Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella terveystieteiden maisterin koulutusohjelmassa pääaineena kansanterveystiede. Tutkintooni liittyvä pro gradu-tutkielma liittyy Pirkanmaan ammattikorkeakoulun organisoimaan Kotihoito 2005 hankkeeseen sekä Mäntän Seudun Terveystieteiden kehittämissuunnitelmiin. Vilppulan kunnanjohtaja Mauri Heinonen on myöntänyt tutkimusluvan 31.1.2003.

Kunnan SAS-työryhmä tekee vanhusten jatkohoidon järjestämisen suhteen päätöksiä, jotka ovat merkityksellisiä niin kunnan sosiaali- ja terveystoimen kuin yksittäisen asiakkaan, vanhuksenkin kannalta. Tutkimuksessa haen vastauksia siihen, mitä SAS-työryhmässä tapahtuu asiassa, joka liittyy vanhuksen jatkohoidon suunnitteluun, miten päätökset syntyvät ja millä perusteella päädytään asiakkaiden kohdalla ratkaisuihin.

Tutkimuksen alustavana työnimenä on: **Vanhusasiakkaan jatkohoitosuunnitelman päätöksenteko ja siihen vaikuttavat tekijät. Hoito- ja palvelusuunnitelma SAS-työryhmän toiminnan tukena**

Tutkimusaineisto kerätään haastatteleamalla Vilppulan ”pikku SAS”-työryhmän jäseniä, kotipalvelun työntekijää sekä yksityistä palvelun tuottajaa. Haastattelujen lisäksi tulen seuraamaan SAS-työryhmän kokousta. Koska tutkimukseen osallistuvien joukko on pieni, pidän huolta siitä, että kenenkään henkilöllisyyttä tai ammattia ei voi tunnistaa julkaistavassa tutkimusraportissa tai mahdollisesti julkaistavissa artikkeleissa. Nauhoitan kaikki haastattelut itse ja kirjoitan ne puhtaaksi. Kukaan muu ei ole tekemisissä nauhojen kanssa. Tutkimusaineiston analysoinnin ja raportoinnin jälkeen hävitän kaikki nauhat. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä missä tutkimuksen vaiheessa tahansa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, mitä ”pikku-SAS” -työryhmässä tapahtuu vanhusten jatkohoitoon sijoittamiseen liittyvissä asioissa ja miten päätökset tehdään.

Seuraavassa nostan esille teemoja, jotka voivat liittyä tutkimuskysymyksiin. Alla olevien teemojen lisäksi on mahdollista ja suotavaakin käsitellä aiheita, joita haastateltavat haluavat tuoda esille esitettyjen teemojen lisäksi.

- Työryhmän toiminnan tavoitteet
- Vanhusasiakkaan jatkohoitoon liittyvät käsiteltävät asiat
- Haastateltavan rooli päätöksentekijänä (mikä toiminnassa helppoa, mikä vaikeaa, oletko tyytyväinen)
- Miten asiakkaan mielipide ja tilanne kotona välittyvät työryhmän jäsenille
- Jatkohoitoon sijoittamisen päätöksentekoon vaikuttavat tekijät
- Mitä mahdollisia ”esteitä” on sille, että optimaalisin vaihtoehto ei toteudu
- Päätösten dokumentointi ja päätöksestä tiedottaminen
- Toiminnan kehittämistarpeet ja tulevaisuuden näkymät
- Jos Sinulla olisi mahdollisuus tehdä jatkohoitoon sijoittamisesta paras mahdollinen päätös, minkälainen se olisi?

Tutkimukseni ohjaajana toimii *Sosiaali- ja terveystieteiden assistentti Merja Al-Nikkola, Tampereen yliopisto Terveystieteiden laitos*

Kiitos yhteistyöstä!

Raili Ylinen
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden laitos
Puh. 050-568 5351
e-mail raili.ylinen@piramk.fi

Liite 2. Haastattelun teemat

1. Miten kuvailet omalta osaltasi SAS-työryhmän tavoitteita?
2. Kerro, minkälainen on oma roolisi työryhmässä.
3. Kuvaile mitä vanhuksen jatkohoitoon liittyviä asioita tulee SAS-työryhmän käsiteltäväksi.
4. Kuvaile tapauksia, miten eri tavoin saat tietoa vanhuksen tilanteesta kotona.
5. Mitkä tekijät ovat vaikuttamassa jatkohoitoon sijoittamisen päätöksenteossa?
6. Kerro esimerkki ”helposta” ja ”vaikeasta” tapauksesta.
7. Tekijät, jotka ovat estäneet optimaalisen vaihtoehdon toteutumisen.
8. Mitä etuja työryhmän toiminnassa olet havainnut ja miten toiminta on muuttunut viime aikoina?
9. Oletko tyytyväinen tämänhetkiseen tilanteeseen, kun ajatellaan ryhmän jäsenen mahdollisuuksia vaikuttaa ja vastuuta päätöksenteosta?
10. Miten päätökset kirjataan ja miten niistä tiedotetaan?
11. Vilppulan vanhusten huollossa on meneillään paljon erilaisia kehittämishankkeita. Kun mietit kehittämistarpeita SAS-työryhmän toiminnan näkökulmasta, mitä nousee mieleen.
12. Minkälaiset ovat tulevaisuuden näkökulmat?
13. Jos Sinulla on valta tehdä jatkohoidon sijoittamisen suhteen optimaalisin päätös, minkälainen se olisi.
14. Mitä muuta haluat sanoa?
15. Onko Sinulla jotain kysyttävää?