

**”EI TÄÄLLÄ PALJON KUUNNELLA IHMISTÄ”**

**Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana**

TUOMINEN SANNA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalityön pro gradu –tutkielma

Syyskuu 2006

Tampereen yliopisto  
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

TUOMINEN SANNA: ”EI TÄÄLLÄ PALJON KUUNNELLA IHMISTÄ”. Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana.

Pro gradu –tutkielma, 103 s., 3 liites.

Sosiaalityö

Syyskuu 2006

---

Tässä tutkielmassa tarkastellaan asiakaslähtöisyyttä geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tutkimuksen kohteena ovat geriatrisella sairaalaosastolla hoidossa olevat vanhuksset ja heidän kokemuksensa asiakaslähtöisyydestä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen, miten asiakaslähtöisyys toteutuu geriatrisella sairaalaosastolla sekä minkälaisia haasteita ja vaikeuksia sen toteuttamisessa on.

Tutkimuksen aineisto on kerätty teemahaastattelulla. Haastattelu tehtiin 10:lle vanhukseksi kolmella geriatrisella osastolla. Aineiston analysoinnin menetelmänä on sisällönanalyysi. Sekä teoreettisessa että empiirisessä osiossa tutkimuksen kehikon rakentavat asiakaslähtöisyyden pääulottuvuudet, jotka ovat itsemääräämisoikeus, oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen, tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus.

Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tai toteutumattomuuteen vaikuttavat sekä vanhuksesta itsestään, työntekijästä että sairaalaympäristöstä lähtöisin olevat tekijät. Vanhukseen liittyvistä tekijöistä ovat tarkastelun kohteena vanhuksen persoonallisuus, sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen, aikaisemmat kokemukset ja toimintakyky sekä tarpeet. Työntekijään liittyvistä tekijöistä perehdytään vanhuskäsitykseen, ammatilliseen asiantuntijuuteen ja työn organisatorisiin lähtökohtiin sekä ammattietiikkaan. Sairaalaympäristön kohdalla paneudutaan sairaalaan toimintaympäristönä, geriatrisen sairaalaosaston arkeen ja toimintaideaan sekä medikalisaation keskeisyyteen.

Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys ei geriatrisella osastolla toteudu. Vanhuksen itsemääräämisoikeudella ei ole juurikaan edellytyksiä toteutua, vanhuksen subjektiivinen asiantuntijuus ei pääse esille, vanhuksen mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa ovat puutteelliset, vanhuksen tiedonsaannissa sekä valinnan mahdollisuudessa on parantamisen varaa ja tasavertainen vuorovaikutus on vielä tavoite. Asiakaslähtöisyys on tällöin geriatrisella osastolla ideaalinen ja retorinen ilmiö.

Jotta asiakaslähtöisyys saataisiin osaksi sairaalan arkea, koko sairaalakulttuuria tulee muuttaa. Asiakaslähtöisyyden toteutumattomuus on asenteista kiinni oleva ilmiö. Sairaala on hierarkkinen, rutii-nomainen ja medikalisaatiopainotteinen terveydenhuoltoa toteuttava laitos. Sairaalakulttuuri tulee saada sellaiseksi, että vanhusta kunnioitetaan yksilönä, hänelle annetaan asiantuntijuutensa, hänen itsemääräämisoikeudelleen annetaan edellytykset toteutua, hän saa osallistua ja vaikuttaa asioihinsa, hänelle annetaan kaikki mahdollinen tieto ja vaihtoehtoja, joista valita, jolloin työskentely perustuu vanhuksen asettamiin tavoitteisiin toiminnan toteutuessa tasavertaisena vuorovaikutuksena.

Avainsanat: Vanhus ja vanhuus, asiakaslähtöisyys, tarpeet, toimintakyky, ammatillisuus, medikalisaatio.

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1 JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....</b>	<b>5</b>
<b>3 TUTKIMUKSEN PERUSKÄSITTEET.....</b>	<b>9</b>
3.1 Vanhus ja vanhuus.....	9
3.2 Asiakaslähtöisyys.....	10
3.2.1 Itsemääräämisoikeus.....	12
3.2.2 Oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus.....	14
3.2.3 Osallistuminen ja vaikuttaminen.....	15
3.2.4 Tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus.....	17
3.2.5 Tasavertainen vuorovaikutus.....	19
<b>4 VANHUSTEN KOKEMAAN ASIAKASLÄHTÖISYYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT.....</b>	<b>21</b>
4.1 Vanhukseen liittyvät tekijät.....	21
4.1.1 Vanhuksen persoonallisuus.....	21
4.1.2 Sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen.....	22
4.1.3 Aikaisemmat kokemukset ja toimintakyky.....	25
4.1.4 Tarpeet.....	27
4.2 Työntekijään liittyvät tekijät.....	29
4.2.1 Vanhuskäsitys.....	29
4.2.2 Ammatillinen asiantuntijuus ja työn organisatoriset lähtökohdat.....	32
4.2.3 Ammattietiikka.....	34
4.3 Sairaalaympäristöön liittyvät tekijät.....	36
4.3.1 Sairaala toimintaympäristönä.....	36
4.3.2 Geriatrisen sairaalaosaston arki ja toimintaidea.....	38
4.3.3 Medikalisaation keskeisyys.....	39
<b>5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....</b>	<b>42</b>
5.1 Tutkimusasetelma.....	42
5.2 Tutkimuksen teon eteneminen.....	45
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä.....	46
5.3.1 Vanhusten haastattelemisen erityisyys.....	48
5.3.2 Haastattelujen toteuttaminen.....	49
5.4 Sisällönanalyysi aineiston analysoinnin menetelmänä.....	50
<b>6 VANHUSTEN KOKEMUKSET SAIRAALASSA OLEMISESTA JA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ.....</b>	<b>54</b>
6.1 Vanhusten kokemukset sairaalassa olemisesta.....	54
6.2 Itsemääräämisoikeus: ” <i>Sitä on aikalailla toisten armoilla</i> ”.....	59
6.3 Oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus: ” <i>Tietysti se on niin, että mennään muiden tahdon mukaan</i> ”.....	62

6.4 Osallistuminen ja vaikuttaminen: ” <i>Olishan se mukava, kun joku joskus kysyis, mitä säähän haluaisit</i> ” .....	64
6.5 Tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus: ” <i>Tietoa ei just saa, paitsi jos itse kysyy</i> ” .....	69
6.6 Tasavertainen vuorovaikutus: ” <i>Ehkä ne hoitajat kuuntelee. Tavallaan hyvin vähän</i> ” .....	72

## **7 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN GERIATRISILLA OSASTOLLA.....76**

7.1 Itsemääräämisoikeudella ei ole juurikaan edellytyksiä toteutua.....	76
7.2 Subjektiivinen asiantuntijuus ei pääse valloilleen.....	77
7.3 Mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa ovat puutteelliset.....	79
7.4 Tiedonsaannissa ja valinnan mahdollisuudessa on parantamisen varaa.....	81
7.5 Tasavertainen vuorovaikutus on vielä tavoite.....	82
7.6 Asiakaslähtöisyys on geriatrisella osastolla ideaalinen ilmiö.....	84
7.7 Tutkimustulosten vertailua aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.....	86

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....90**

## **LÄHTEET.....94**

## **LIITTEET**

### **TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO**

Taulukko 1. Esimerkkejä aiemmista tutkimuksista poimituista asiakaslähtöisyyteen liittyvistä asioista.....	8
Taulukko 2. Haastateltujen vanhusten profiili.....	44
Kuvio 1. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet tiivistettynä.....	20
Kuvio 2. Vanhukseen liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen.....	29
Kuvio 3. Työntekijään liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen.....	36
Kuvio 4. Sairaalaympäristöön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen.....	41

# 1 JOHDANTO

Pro gradu –tutkielmassani tutkin asiakaslähtöisyyttä geriatrisella eli vanhusten sairaalaosastolla. Geriatria tarkoittaa tiedettä, jossa tutkitaan vanhusten sairauksien erityispiirteitä ja niiden hoitoa (Ylinen 1991, 157-158). Asiakaslähtöisyys on ilmiö, jota korostetaan vanhustenkin kanssa työskennellessä. Asiakaslähtöisyyden perusideana on, että työskentely vanhuksen kanssa lähtee vanhuksen ajatuksista, tarpeista ja toiveista. Siten vanhus on keskipisteessä, kun hänen elämänsä jatkoa suunnitellaan ja rakennetaan. Tällöin vanhuksen subjektiivinen ja yksilöllinen asiantuntijuus painottuvat.

Asiakaslähtöisyyden tutkiminen geriatrisella sairaalaosastolla on tärkeää monestakin syystä. Sairaala on medikalisaatiopainotteinen laitos. Sairaalan arki on myös kiireinen. Sairaala on toimintaympäristönä vanhukselle vieras, mikä voi heikentää vanhuksen kykyä toimia. Myös sairastaminen vaikuttaa jollakin tavalla, yleensä negatiivisesti, vanhuksen elämään. Vaikka asiakaslähtöisyyttä on tutkittu yhä enemmän, vanhusten parissa sitä ei juurikaan ole tutkimuskohteeksi nostettu. Asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ja kehittämisen tarpeista ei kuitenkaan voi saada tietoa, jos asioista ei kysy asianomaisilta itseltään. Gerontologisissa tutkimuksissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisissa suunnitelmissa painotetaan vanhenemisen lisäävän palvelujen tarvetta, vanhushuollon olevan riittämättömiä ja vanhusten tarpeisiin vastaamattomia. Kun tiedotusvälineissä puhutaan ikääntyneistä, niin näytetään kuvia terveyskeskuksen vuodeosastoilla makaavista vanhuksista ja kerrotaan, kuinka huonosti heidän asiansa ovat. Tutkimukseni antaa kosketuksen vanhusten arkeen sairaalassa ja tarkastelee sen todellisuutta.

Asiakaslähtöisyys on nykyisessä laatuun tähtäävässä työskentelyssä keskeisimpiä tavoitteita (Holma 1999, 23-24). Sairaalahoidossa hoitoajat ovat lyhentyneet voimakkaasti ja taitaa olla niin, että nykyään vanhus pääsee sairaalaan eikä niinkään joudu. Tutkin asiakaslähtöisyyttä vanhusten näkökulmasta nimenomaan siksi, koska asiakaslähtöisyyden ytimenä on vanhuksen tärkeiksi määrittelemät asiat. Jos työntekijä ei tiedä vanhuksen toiveita, odotuksia ja hänelle tärkeitä asioita, ei työntekijä voi toimia todella asiakaslähtöisesti, vaan työskentelyn lähtökohtana on silloin työntekijän oma käsitys asiakaslähtöisyydestä. Mielenkiintoni herättäjänä toimii käytännön työkokemus vanhussosiaalivyönteijöiden sijaisena geriatrisilla osastoilla, jolloin pyrin käyttämään omaa kokemusta ikään kuin todisteena, omakohtaisuuden tuojana (ks. Holliday 2002, 137-139).

Kun tarkastelen asiakaslähtöisyyttä vanhuksen näkökulmasta on tavoitteenani nostaa esiin, miten vanhusten kertomien perusteella asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet geriatrisella sairaalaosastolla

toteutuvat. Todellisuudessa en kuitenkaan voi vanhusten kertomasta suoraan päätellä, mitä asiakaslähtöisyys on ja kuinka se toteutuu, koska kyse on vanhusten subjektiivisista tulkinnoista niiden ollessa ”pala tutkittavaa maailmaa” (Alasuutari 1999, 87). Tietämys on aina subjektiivista enemmän kuin objektiivinen totuus (Marshall & Rossman 1999, 4). Monet tilanteet, jotka vaikuttavat vanhoihin ihmisiin, ovat juuri kokemuksen takana. Tämä luo monimutkaisuutta tunteiden ja uskomusten nimeämiseen. Siksi on tärkeää fokuoittaa sekä yksilöllisiin ajatuksiin ja tunteisiin että kontekstiin, jossa niitä esiintyy. (Phillipson 1998, 25-26.) Ei ole olemassa mitään yksiselitteistä todellisuutta, vaan tutkijana voin tavoittaa vain haastattelututkimukseen osallistuneiden vanhusten kokemuksia todellisuudesta ja tehdä tästä ”toisen asteen” tulkintoja. Todellisuus sisältää mysteereitä, joille tutkijan tulee antautua, eikä niiden suhteen voi tehdä muuta kuin tulkintoja. (Holliday 2002, 6-8.) Kokemuksen tutkiminen erityisesti on aina tulkintojen tekemistä (Latomaa 2005, 48). Toivon kuitenkin, että tutkimukseni herättäisi lukijansa pohtimaan, miten osaltaan voisi esimerkiksi työssään asiakaslähtöisyyttä toteuttaa ja kehittää.

Sosiaali- ja terveydenhuolto kuuluu vanhuspolitiikan osa-alueisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäminen sisältyy Suomen vanhuspolitiikan ja vanhustenhuollon keskeisiin tavoitteisiin. (Vaarama 1992, 20.) Kun asiakaslähtöisyys kuuluu kehitettäviin asioihin, tutkimuksen tuloksilla on jo siihen verraten käytännön arvoa. Tutkimukseni tarkoituksena on siis osaltaan kartoittaa yhden vanhuspalveluihin kuuluvan osa-alueen käytäntöä. Asiakkaan ja potilaan aseman ja toimintaedellytysten parantamista on tavoiteltu lainsäädäntöä myöten. Suomessa astui vuoden 2001 tammikuussa voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka sisältää mm. hoitoon ja kohteluun, itsemääräämisoikeuteen ja tietojen saannin oikeuteen liittyviä asioita (ks. Pahlman 2003, 42-47). Asiakaslähtöisyyden toimimisen selvittämisen myötä pystyy ainakin jossakin määrin tarkastelemaan, mikä on vanhuksen arvo palvelujärjestelmässä.

Väestö ikääntyy lähivuosikymmenien aikana. Kun vanhusasiakkaita ja –potilaita on yhä enemmän, on tarpeen paneutua heidän erityispiirteisiin ja tarpeisiin (Karjalainen 2004, 1). Terveydenhuollon merkitys onkin vanhustenhuollossa kasvanut (Rintala 2003, 209). Tulisi jo etukäteen ennakoida tulevaa ja keskittyä vanhusväestön erityispiirteiden mukanaan tuomiin haasteisiin. Kukaan ihmisistä ei voi tietää millaista on olla vanha, ennen kuin itsekkin elää vanhuutta. Ajassamme korostetaan yksilöllisyyttä, aktiivisuutta ja itsenäistä selviytymistä, mutta samalla tavalla oikeutettua ja normaaliin ihmiselämään kuuluvaa on aikanaan olla avuton ja riippuvainen muista (Levonen 2001, 27, 113.) Huolestuttavaa on kuitenkin se, että jo nyt vanhusten tarvitsemaa apua ja hoitoa on tarjolla liian vähän (Ala-Nikkola 2003, 64-68).

Uusia palvelu- ja hoitostrategioita kehitellään myös vanhuspalveluissa jatkuvasti. Niiden lähtökoh- tana on juuri laatu- ja palveluun pohjautuva asiakaslähtöisyys, eli asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä tarpeiden ja toiveiden kuuleminen, ja palvelujen tarjoaminen niihin vastaten (Paasivaara 2004, 31). Nähdään, että toimivissa palveluissa on lähtökoh- tana nimenomaan palve- luiden käyttäjä ja tarvitsija (Pahlman 2003, 113). Ihmissuhdealojen asiakastyössä onkin tapahtunut jonkinlainen vuorovaikutuskulttuurin muutos, kun ajan henki korostaa asiakaslähtöisyyttä ja tasa- arvoisuutta. Vanhuksen ongelmat on perinteisesti määritelty hänestä riippumatta, asiantuntijoiden toimesta (Ketola & Kevätsalo 1994, 18). Asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan oman elämän asiantun- tijuutta pyritään korostamaan erilaisissa hankkeissa ja suunnitelmissa entistä vahvemmin, mutta asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kentällä ei ole paljoakaan tietoa (Kokkola ym. 2002, 3). Asia- kaslähtöisyys saattaa näkyä enemmän ideaalien tasolla kuin käytäntöön siirtyen (Koskinen 1994, 70). Hoitolaitokset ovat edelleen kovin hierarkkisia ja byrokraattisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden odotetaan jatkossa kehittyvän mahdollisimman matalan hierarkian omaaviksi (Ke- tola & Kevätsalo 1994, 3). Ajankohtaisia kehittämiskohteita ovat myös potilaan kohtelun sekä tie- donsaannin parantaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Poikkimäki 2004, 1). Van- husten osuuden kasvu väestössä merkitsee ja on merkinnyt sosiaali- ja terveydenhuollolle uuden- laisia haasteita, sillä useimmat vanhuksista sairastavat paljon (Ahola 2002, 2). Ikääntymisen myötä lisääntyvä sairastavuus ja raihnaisuus aikaansaavat tavalla tai toisella avuntarvetta, mikä kuormittaa enenevässä määrin sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää (Heikkinen ym. 2003, 47). Jatkuvasti ki- ristyvät sairaanhoidon tehokkuuden ja nopeuden vaatimukset saattavat vaarantaa vanhuksen oikeu- den toipua sairauksistaan ajallaan ja omaa vauhtiaan.

Mielenkiintoni tutkia asiakaslähtöisyyttä juuri vanhusosastolla on herännyt reilun vuoden mittaisen työkokemuksen myötä, sillä olen tehnyt sosiaalityöntekijöiden viransijaisuuksia geriatrisissa sai- raaloissa. Olen työnteon lomassa monia kertoja miettinyt, minkälainen rooli vanhuksella on asioi- densa hoitamisessa sairaalassa, miten hän voi vaikuttaa asioihinsa, miten hänen näkemyksensä huo- mioidaan ja minkälaiset edellytykset hänen itsemääräämisoikeutensa toteutumiselle on. Näen asia- kaslähtöisyyden ideaalisena vanhusasiakkaan kohtaamiseen liittyvänä ilmiönä, jonka toteutumista on tärkeää tutkia, jotta asiakaslähtöisyyden muotoja voitaisiin jatkossa kehittää.

Tutkimuksessani tarkastelen asiakaslähtöisyyttä geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Kiin- nostuksen kohteeni on siinä, miten vanukset kokevat asiakaslähtöisyyden ja siihen liittyvät ilmiöt. Tutkimuksen tarkoituksena on hankkia tietoa vanhusten kokemasta asiakaslähtöisyydestä. Aineis- tonkeruun menetelmä käytän teemahaastattelua ja aineiston analysointimenetelmänä sisällönana-

lyysia. Tutkimuskysymykseni ovat seuraavanlaiset: Mitä on olla vanhuksena sairaalassa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta? Miten asiakaslähtöisyys toteutuu geriatrisella osastolla? Millaiset ovat vanhuksen paikka ja vaikutusmahdollisuudet sairaalassa? Mikä asiakaslähtöisyyden ideaalissa avaa mahdollisuuksia ja toisaalta luo haasteita geriatrisella osastolla?

Luvussa 2 tarkastelen tutkimuksessani käyttämiäni olennaisimpia aiemmin tehtyjä tutkimuksia. Tuon kuvion avulla esiin esimerkkejä siitä, minkälaisia tutkimukseni kannalta tärkeitä ilmiöitä olen eri teoksista poiminut. Luku 3 kertoo tutkimukseni peruskäsitteistä, jotka ovat vanhus ja vanhuus sekä asiakaslähtöisyys pääulottuvuuksineen. Luvussa 4 käsittelen tekijöitä, jotka vaikuttavat keskeisimmin vanhuksen kokemukseen asiakaslähtöisyydestä. Nämä tekijät ovat lähtöisin sekä vanhuksesta itsestään, työntekijästä että sairaalaympäristöstä. Luku 5 johdattaa lukijan tutkimukseni asetelmaan, menetelmiin ja tutkimuksen toteuttamiseen. Luvuissa 6 ja 7 esitän varsinaiset tutkimustulokset. Luku 8 sisältää tutkimuksen johtopäätökset.



## 2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tutkimukseni tekemisessä lähtökohtanani oli se, että löytäisin monipuolista aihealueeseen sisältyvää tietoa, joten en lähtenyt yksinomaan minkään alan huippunimen jalanjäljille, vaan pyrin lukemaan mahdollisimman paljon tutkimuksia ja poimimaan niistä asioita, jotka antoivat jotakin tärkeää omalle tutkimukselleni. Varsinaisesta asiakaslähtöisyydestä on tehty lukuisia tutkimuksia, mutta asiakaslähtöisyyttä nimenomaan vanhusten parissa ei juurikaan ole tutkimusaiheeksi nostettu. Koska väestö on lähivuosisikymmenien aikana ikääntymässä, on tärkeää paneutua asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiin myös vanhusten kohdalla. Vanhuudesta ja vanhenemisesta on olemassa monenlaisia tutkimuksia, joista poimin omaan tutkimukseeni olennaisimmat. En koe tässä yhteydessä kovin tärkeäksi sen tarkemmin selittää, millä tavalla esimerkeiksi nostamani tutkimukset on tehty, vaan olennaisempaa on kertoa niiden pääsisällöstä.

Latvalan (1998) väitöskirjassa tarkastelun keskipisteessä on potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Tutkimuksen tuloksien mukaan potilaan selviytyminen on yhteydessä siihen, miten hänen hoidon tarpeensa tulee määritellyksi, miten tavoitteet asetetaan sekä minkälaisia selviytymistä edesauttavia menetelmiä käytetään. Potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön edellytykseksi Latvala näkee potilaan omien voimavarojen löytymisen ja niiden käyttämisen mahdollistamisen. Tutkimuksessani tarkastelen osin juuri vanhuksen olemassa olevia voimavaroja ja niiden vahvistamista. Asiakaslähtöinen työskentelyote on keino vanhuksen voimavarojen etsimiseen ja niiden tukemiseen. Koska Latvalan tutkimus on tehty sairaalaympäristössä, se antaa tutkimukseeni taustatietoa siitä, mitä kaikkea ihmisen sairastuessa ja sairaalassa ollessa pitäisi osata ottaa huomioon, asiakaslähtöisyyttä ajatellen.

*Mitä sinä elämältäsi haluat?*, kysyvät Kokkola, Kiikkala, Immonen ja Sorsa (2002). He ovat kehittäneet asiakaslähtöisen mielenterveyttä edistävän toimintamallin. Tässä ovat keskeisinä tekijöinä asiakkaan ihmisarvo, asiakkaan kunnioittaminen ja hänestä välittäminen. Asiakaslähtöisen käytännön toteuttamisen esteinä ovat esim. vanhat asenteet, palvelukulttuurin organisaatiolähtöisyys, ongelmat tiedonkulussa ja yhteistyössä. Asiakassuhteessa tulisi tukea asiakkaan omia voimavaroja ja itsenäistä päätöksentekoa tekemättä asioita asiakkaan puolesta. Kokkolan ym. tutkimus on osaltaan tietynlainen asiakaslähtöisen toimintamallin perusteos, joka antaa arvokasta tietoa tutkimukselleni, mutta jonka sisältöä on kyettävä soveltamaan vanhusasiakkaisiin.

Tossavainen (1995) puolestaan on tutkinut asiakaslähtöistä kuntoutumista ja siihen etenemistä. Asiakaslähtöisessä kuntoutumisessa korostuvat mm. yksilöllinen kyky sietää ja ottaa vastaan asioita, elämänhallinta sekä kuntoutujan oma näkemys edellytyksistään kuntoutua. Olennaista on vaihtaa roolia potilaasta kuntoutujaksi. Tossavaisen teos on hyvä lähtökohta tutkimukselleni, sillä geriatrisen sairaalaosaston kantavana toimintaideana on kuntouttava hoitotyö, jossa omaan arvoonsa nousee juuri kuntoutuvan vanhuksen näkemykset edellytyksistään kuntoutua. Vanhustenkin kohdalla tulisi edetä tarpeista tavoitteisiin ja tavoitteista suunnitelmiin. Tällöin vanhus olisi alusta loppuun asti kuntoutumisprosessinsa ytimessä. Tossavaisen teos herättää miettimään, toteutuuko asiakaslähtöisyyden prosessimaisuus vanhusten parissa.

Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999) ovat kehittäneet asiakaslähtöisen hoidon laadun arvioinnin perustan. He tarkastelevat tutkimuksessaan pitkäaikaisesta terveysongelmasta kärsivien potilaiden näkemyksiä siitä, mitä sairastaminen heille merkitsee, miten he kokevat sairauttaan hallitsevansa ja miten työntekijänä voisi hallitsemista ammatillisesti tukea. Sairausten sisäinen hallinta osoittautuu keskeiseksi hoidon laadun arvioinnin perusteeksi, mikä merkitsee syvällisempää asiakaslähtöistä työskentelyä sekä asiakkaiden vastuuta terveydestään. Teos antaa hyvän pohjan tarkastella, miten vanhuksat kokevat sairastumisen sekä sairaalassa olemisen ja mikä merkitys näillä tekijöillä on asiakaslähtöisyydelle.

Pohjanheimo (1995) tarkastelee pro gradu –tutkielmassaan muissa tutkimuksissa aiemmin määritettyä potilaskeskeisyyden käsitettä ja luo tutkimuksensa lopuksi käsitteestä oman versionsa. Potilaskeskeisyyden pääosa-alueiksi muotoutuvat suhde potilaan ja hoitajan välillä, potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö, omasta itsestä lähtevä vaikuttaminen asioihinsa ja hoitoonsa sekä potilaiden keskinäinen oleminen. Pohjanheimon tutkimuksen lukemisen jälkeen mietin pitkään, otanko itsekini potilaslähtöisyyden tutkimukseni pääkäsitteeksi. Koska tutkimukseni kuuluu sosiaalityön piiriin, on osuvampaa puhua asiakkaista ja siten asiakaslähtöisyydestä. Omassa tutkimuksessani tarkastelen osaltani vanhuksen ja työntekijän välistä suhdetta, kuitenkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista käsin. Vanhuksen ja työntekijän välinen suhde on käytännössä se, missä asiakaslähtöisyyden edellytykset tai rajoitukset muotoutuvat.

Sorsan (2002) pro gradu –tutkimus käsittelee asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sorsa esittää tutkimuksessaan asiakaslähtöisyyden perusteiksi mm. laadun, palvelun ja yksittäisen asiakkaan elämäntilanteen. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiksi hän määrittelee yhteistyösuhteen, yhdenvertaisuuden, dialogisuuden, yhteistoiminnallisuuden ja voimaantumisen. Sorsan tutkimuksen

lähestymistavoista otan tutkimukseeni mukaan lähinnä dialogisuuden, kun muut ilmiöt jäävät vähemmälle. Dialogisuus eli tasavertainen vuorovaikutus on tutkimuksessani yksi asiakaslähtöisyyden pääulottuvuuksista. Kokonaisuudessaan Sorsan tutkimus antaa monipuolista perustietoa asiakaslähtöisyydestä tarkastellessaan asiakaslähtöisyyttä nimenomaan sosiaali- ja terveyspalveluiden kentällä. Itse kohdennan teemaa vanhuksiin.

Voutilainen ja Laaksonen (1994) ovat toimittaneet teoksen *Potilaskeskeinen hoitotyö*. Siinä nousevat esiin esim. potilaan oikeudet, hyvän hoitotyön ominaisuudet, todellisuuden ja hoitotyön uudelleen organisointi sekä potilaskeskeisen hoitotyön arviointi. Kirjoittajat näkevät potilaan osallistumisen esteiden ja edellytysten olevan sidoksissa sekä potilaaseen, hoidon antajiin ja hoitotyön organisointiin että hoitotyön päätöksiin. Ilmiö ei siis ole yksiselitteinen, joten tutkimus valaisee mukavasti asiakaslähtöisyyden lähtökohtia, todellisuutta ja niiden arviointia.

Holman toimittamassa teoksessa *Asiakaslähtöiset palveluprosessit* (1999) selvitetään asiakaslähtöisyyttä vanhusten kotihoidon ja asumispalveluiden sekä lastensuojelutyön perusteena. Teoksessa käsitellään asiakaslähtöisyyden perusteita, esteitä ja haasteita. Tässäkin asiakkaan yksilöllisyys, subjektiivinen osallistuminen ja laatutekijät korostuvat. Vanhuuden erityisyys ei kuitenkaan saa tutkimuksessa kovin paljoa painoarvoa.

Yksi vanhuutta ja erityisesti vanhuskuvia monipuolisimmin käsittelevä teos on tällä hetkellä Rintalan (2003) *Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle*. Tutkimuksessa painotetaan, että väestön ikääntyminen, palvelutarpeiden lisääntyminen ja vanhusmenojen kasvu ei ole tuore ilmiö, vaan juontaa juurensa viidenkymmenen vuoden takaa. Tutkimus on siis osin historiallinen katsaus siitä, minkälaisia avuntarpeita ja miten on kulloinkin pyritty ratkaisemaan. Tutkimus tarkastelee myös vanhustenhuollon medikalisoitumista, jota itsekin tutkimuksessani tuon esille, tosin asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Koskisen ym. (1998) teos *Vanhustyö* puolestaan on vanhustyötä tekevien ihmisten perusteos käsitellessään vanhustyöhön liittyviä ilmiöitä vanhuksista aina organisatorisiin tekijöihin.

Peruskäsityksen saamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollosta on hyvä lukea esim. Taipaleen ym. (1995) kirjoittama *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet* tai Lehdon ym. (2001) kirjoittama *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. Näihin perehtyminen on tärkeää, sillä sairaala kuuluu terveydenhuoltoon, joka taas kuuluu vanhustenhuollon osa-alueisiin. Tehtäessä tutkimusta asiakaslähtöisyydestä

geriatrisella sairaalaosastolla on tunnettava sosiaali- ja terveydenhuollon perusasiat, jotta kykenee kytkemään tutkimuksen aiheen laajempaan kokonaisuuteen.

Lopuksi esitän vielä taulukon, johon olen esimerkinomaisesti valinnut asiakaslähtöisyyttä käsitteleviä tai siihen kiinteästi liittyviä tutkimuksia. Jätin pois tutkimukset, joita edellä jo esittelin.

Taulukko 1. Esimerkkejä aiemmista tutkimuksista poimituista asiakaslähtöisyyteen liittyvistä asioista

<b>Wiili-Peltola (2005)</b>	Sairaalan toimintaympäristön muutos ja siihen vaikuttaneet tekijät, tämän päivän sairaalaympäristö.
<b>Pahlman (2003)</b>	Itsemääräämisoikeuden ulottuvuudet ja sisältö.
<b>Heikkinen &amp; Marin (2002)</b>	Vanhuusiän voimavarat ja palvelujärjestelmän rooli niiden tukemisessa.
<b>Voutilainen ym. (2002)</b>	Mitä on ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu.
<b>Särkelä (2001)</b>	Välittämisen merkitys auttamistyön arjessa, hyvän asiakas-suhteen elementit.
<b>Haverinen ym. (1998)</b>	Muutos potilaasta kumppaniksi, toimintaan osallisuus.
<b>Kokko (2003)</b>	Asiakkaan rooli institutionaalisessa työskentelyssä.
<b>Salmela (1997)</b>	Ymmärrys vanhoista ihmisistä sosiaalipalvelujen asiakkaina.
<b>Sidell (1995)</b>	Sairauden ja sairastamisen merkitys vanhukselle.
<b>Tuomainen ym. (1999)</b>	Medikalisaatio ilmiönä ja sairaalan toiminta-arjen perustana.
<b>Marin &amp; Hakonen (2003)</b>	Seniори- ja vanhustyö arjen ilmiönä, sisältö ja merkitykset.
<b>Vilén ym. (2002)</b>	Asiakassuhteen vuorovaikutuksellisuus asiakaslähtöisyyden perustana.
<b>Lindqvist (1986)</b>	Auttajan ja autettavan näkökulma, kun ammattina on ihminen.
<b>Rauhala (2005)</b>	Ihmiskäsityksen sisältö ja merkitys asiakaslähtöisyydessä.
<b>Helin (2000)</b>	Toimintakyvyn sisältö, toimintakyky vanhuudessa.
<b>Ketola ym. (1995)</b>	Sairastamiseen ja sairaalaympäristöön liittyvät ilmiöt.
<b>Holma (1999)</b>	Mitä tarkoittaa asiakaslähtöinen palveluprosessi.
<b>Backman ym. (2002)</b>	Esimerkkejä vanhustyypeistä.
<b>Kankare &amp; Lintula toim. (2004)</b>	Vanhuksen äänen kuulemisen merkitys ja käytännön todellisuus. Vanhenemisen merkitys.
<b>Molander &amp; Multanen toim. (2002)</b>	Vanhuspalveluiden kehittyminen ja muutos, mitä on onnistunut vanhustyö.

### 3 TUTKIMUKSEN PERUSKÄSITTEET

Tässä luvussa tarkastelen tutkimukseni peruskäsitteitä, koska peruskäsitteiden määrittelyminen ja kuvaaminen tuo esiin tutkimuksen teoreettisen ytimen. Tutkimukseni peruskäsitteet ovat vanhus ja vanhuus, asiakaslähtöisyys sekä asiakaslähtöisyyden pääulottuvuudet, jotka ovat itsemääräämisoikeus, subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen, tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus.

#### 3.1 Vanhus ja vanhuus

Vanhuksia voidaan luokitella monin tavoin. Yksi malli on puhua nuorista vanhoista (65-74-vuotiaat), keskivanhoista (75-84-vuotiaat) ja vanhoista vanhoista (yli 85-vuotiaat) (Naleppa & Reid 2003, 3). Tavallisesti vanhuus liitetään ikään, eläkeläisyyteen ja toimintakykyyn (Koskinen 1994, 19). Vanheneva ihminen kohtaa elämässään muutoksia, kuten menetyksiä, luopumisia sekä sairauksia (Tahvanainen 2004, 137). Vanhuuteen kuuluvat muutokset alkavat lisääntyä 75. ikävuoden jälkeen, kun taas 85. ikävuoden jälkeen avuntarve kasvaa selkeämmin (Koskinen ym. 1998, 16-18). Näin ollen vanhuudesta tulisi nykyään puhua vasta 75. ikävuodesta alkaen, mutta on muistettava vanhenemisen yksilöllisyys ja kokemuksellisuus. Porion ja Porion (1995, 15) mukaan ihmistä voi kutsua vanhukseksi vasta silloin, kun hänen arkinen elämänsä ja toimintakykynsä heikkenee iän lisääntymisen mukanaan tuomien muutosten vuoksi ja kun hän alkaa tarvita toistuvasti toisten ihmisten apua. Siten vanhuudella ei ole selkeää alkamisikärajaa, vaan vanhuuden alkaminen määrittyy tunnetilan perusteella yksilöllisesti (Tuorila 2004, 36). Ihminen joko tuntee itsensä vanhaksi tai ei, iällä asiassa ei niinkään ole merkitystä.

Tuorila (2004, 36) kuitenkin katsoo yli 80-vuotiaiden olevan vanhuksia, kun taas alle 80-vuotiaat ovat senioreja. Vasta 75-80 ikävuoden tienoilla vanhenemismuutokset alkavat vaikuttaa toimintakykyyn siten, että jokapäiväinen elämä voi jossakin määrin vaikeutua (Jylhä 1990, 168). Varsinaisen vanhuuden alkamiseen liittyy siis olennaisella tavalla se, että sairauksien aiheuttamat rajoitukset pakottavat vanhuksen luopumaan itselleen tärkeistä toimista niihin tarvittavan toimintakyvyn puuttuessa, jolloin elämä rajautuu enenevässä määrin kotona selviämiseen ja itsensä hoitamiseen. Yksi vanhuuden keskeisistä merkeistä on se, että yksilö ei enää kykene entiseen tapaan sopeutumaan ikääntymisen myötä tuleviin muospaineisiin (Helin 2002, 39, 339). Toisaalta katsotaan, että vanhana kuuluukin olla heikko, hauras ja puhua hiljaa (Airaksinen 2002, 91). Voisi sanoa, että vanheneminen on pääpiirteittäin kaksijakoinen ilmiö, joka toisaalta sisältää elämäkokemusta, viisautta ja

uudenlaista vapautta, mutta samalla myös toimintakyvyn alenemista, raihnaisuutta ja ihmissuh-  
teiden menetystä (Vaarama 2006, 9). Vanhukseksi nimityksenä pitää sisällään negatiivi-  
sen arvotuksen liittäessään vanhuuden raihnaisuuteen ja riippuvuuteen (Tuorila 2004, 37).

Rintala (1999, 93-96) jakaa vanhuuden teoreettisen lähestymistavan kolmeen osaan, jotka ovat ir-  
taantumisteoria, aktiivisuusteoria ja jatkuvuusteoria. Irtaantumisteorian lähtökohtana on ajatus kuo-  
lemaan valmistautumisesta sekä yhteisöstä ja yksilöistä irtaantumisesta. Tällöin vanhuksen sosiaa-  
listen roolien määrä vähenee ja vuorovaikutussuhteiden laatu muuttuu alistumiseksi itsenäisyyden ja  
riippumattomuuden menetyksen myötä. Aktiivisuusteorian ytimessä on vanhuksen aktiivinen toi-  
minta muiden ihmisten kanssa, jolloin vanhuus nähdään omatoimisuudeksi ja toimintakykyisyy-  
deksi. Jatkuvuusteorian mukaan onnistunut vanhuus sisältää elämäntyylin muuttumattomuuden  
ihanteen, joten vanhus nähdään aktiiviseksi ja vastavuoroiseksi toimijaksi. Irtaantumisteoriassa ko-  
rostuu vanhuuden menetykset, mikä luo kielteisen käsityksen vanhuudesta. Aktiivisuusteoriassa  
painottuu vanhuksen toiminnallisuus, jolloin kyseessä on irtaantumisteoriaa positiivisempi vanhuus-  
käsitys. Jatkuvuusteoriassa vanhuus nähdään keski-ikänsä jatkumoksi, jolloin vanhuudelle annetaan  
myönteisiä odotuksia. (Rintala 1999, 98.) Psykologisesti vanhuutta voi ajatella luopumiseksi, sure-  
miseksi ja sopeutumiseksi, mutta toisaalta se on myös tyytyväisyyttä, muistoja ja elämäkerralli-  
suutta. Sosiaalisesti ikääntyminen aikaansaa roolimutoksia.

Käsite vanhus tarkoittaa tässä tutkimuksessa sairaalassa hoidettavana olevaa iäkästä ihmistä, joka  
on jossakin muodossa menettänyt terveystensä. Vanhuuteen sisältyy tutkimuksessani sairastaminen,  
toimintakyvyn heikentyminen, geriatrisella sairaalaosastolla oleminen ja se, että henkilö on vä-  
hintään 65-vuotias. Asetin ikärajan perinteiseen eläkeikään, sillä geriatriselle sairaalaosastolle hoi-  
toon ottamiseen ei ole olemassa selkeää ikärajaa.

### 3.2 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyyden perustana on ajatus siitä, että kukin asiakas on oman elämänsä paras asi-  
antuntija, jolloin työskentelyn tulee lähteä juuri asiakkaan asiantuntijuudesta. Asiakkaan tarpeiden  
arviointi ja muuttuvien tilanteiden tarkastelu muodostavat asiakslähtöisyyden ytimen. (Pärssinen  
2003, 73.) Asiakslähtöisyys pohjautuu siten asiakkaan yksilöllisten näkemysten ja toimintojen  
kunnioittamiseen (Sorsa 2002, 3). Asiakslähtöisyys voidaan nähdä toiminnan arvoperustana, näke-  
myksenä asiakkaasta, näkemysnä hoitotoiminnan luonteesta sekä työntekijään kohdistuvana nä-  
kemyksenä (ks. Kiikkala 2000a, 116-119). Asiakslähtöisyyttä voidaan tarkastella myös yhteistyö-

suhteena, prosessina, dialogisena vuorovaikutusorientaationa ja merkityksellisenä osallisuuden kokemuksena (ks. Ristiniemi 2005, 27-36). Ristiniemen (2005) mukaan asiakaslähtöisyyden idean kehittymisessä on ollut kolme aaltoa, joista ensimmäinen ilmeni 1960-luvulla huomion kohdistuessa tahdonvastaisiin instituutioihin. Toinen aalto asettui 1980-luvun alkuun, jolloin puheenaiheena oli vaihtoehtoinen sosiaalipolitiikka. Tällöin alkoi nousta esiin myös yksilön aseman nostaminen ja yksilön arjen tutkiminen. Kolmannen aallon aikana, eli 1990-luvulla, alkoi korostua asiakas- ja potilaslähtöisyyden uudenlainen keskustelu, mikä painottui asiakasnäkökulmaan. Tällä hetkellä eletään asiakaslähtöisyyden idean kehittymisessä oikeastaan jo neljättä aaltoa, kun keskusteluun on noussut mukaan asiakkaan oikeussubjektius. (Ristiniemi 2005, 13.)

**Asiakaskeskeisyys** on yksi asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteistä. Se sisältää pyrkimyksen hoitaa sairaalassa olevaa ihmistä siten, että lähtökohtana on asiakkaan yksilöllinen terveys ja hyvä vointi (Pohjanheimo 1995, 18). Asiakaskeskeisyudessa nähdään, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien (Kiikkala 2000a, 115). **Potilaslähtöisyys** puolestaan kuvaa laitoksessa tapahtuvaa asiakaslähtöistä työskentelyä (Kokkola ym. 2002, 17). Potilaslähtöisyys koostuu kolmesta ulottuvuudesta, jotka ovat muutokset terveydentilassa, sairauksien omakohtainen haltuunotto sekä tyytyväisyys (Leino-Kilpi ym. 1999, 17). Potilaslähtöisessä työskentelytavassa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoitoonsa suunnittelusta arviointiin saakka, jolloin potilas on hoidon lähtökohtana rajoituksineen ja edellytyksineen. (Latvala 1998, 26.) **Potilaskeskeisyys** tarkoittaa sitä, että hoitotoiminta on inhimillistä, yksilöllistä ja asiakkaiden arvostamiseen pohjautuvaa tavoitteellista ja tarkoitusperäistä tekemistä (Pohjanheimo 1995, 18). Potilaskeskeinen työskentely voidaan ymmärtää ammatilliseksi potilaan tarpeisiin vastaamiseksi, jolloin korostetaan sitä, mitä työntekijät pitävät potilaan kannalta tärkeänä (Latvala 1998, 26). Potilaskeskeisessä toimintatavassa on taustalla yksilöllisyyttä ja eheyttä korostavia arvoja, kun taas esimerkiksi tehtäväkeskeisyudessa painottuu tehokkuus (Partanen 1994, 15). **Yksilövastuisuus** tarkoittaa potilaan yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua hoitoa, mutta **ihmiskeskeisyudessa** painottuu asiakkaiden tarpeista lähtevä työskentely. Ihmiskeskeisyys sisältää avoimen ja joustavan toiminnan potilaan edun mukaisesti. (Pohjanheimo 1995, 18.)

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa tutkimuksessani vanhuksen yksilöllisistä lähtökohdista, tarpeista ja toiveista käsin toimimista niin, että vanhusasiakas osallistuu voimavarojensa ja edellytyksiensä mukaisesti asioidensa hoitoon, hänen itsemääräämisoikeutensa pääsee toteutumaan ja hän voi vaikuttaa asioidensa kulkuun. Tutkimuksessani tarkastelen asiakaslähtöisyyden viittä ulottuvuutta, jotka ovat itsemääräämisoikeus, oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus, osallistuminen ja vaikuttaminen,

tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus sekä tasavertainen vuorovaikutus. Asiakaslähtöisyyttä käsitteleviin teoksiin perehtymisen myötä katson kyseisten ulottuvuuksien muodostavan asiakaslähtöisyyden ytimen.

### 3.2.1 Itsemääräämisoikeus

Autonomia eli itsemääräämisoikeus tarkoittaa ihmisen oikeutta toimia itsenäisesti (Hautamäki 1997, 97). Autonomia erotellaan kahteen puoleen, sisäiseen ja ulkoiseen. Autonomian sisäinen puoli käsittää kyvyn itsenäisiin ja järkeviin valintoihin, kun taas ulkoinen puoli kohdentuu toiminnan vapautteen. Sisäinen autonomia ei toteudu silloin, jos vanhus ei tiedä tekoonsa vaikuttavista asioista. Ulkoisen autonomian toteutuminen puolestaan hankaloituu silloin, kun joku asettaa toiminnalle esteen. (Sajama 1995, 88-98.) Asiakaslähtöisyyden perustana on vanhuksen ihmisarvo ja hänen arvostamisensa. Asiakaslähtöisessä työskentelyotteessa vanhuksen itsemääräämisoikeudella on keskeinen asema. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on sairaalahoidossa tärkeä tekijä sekä kuntoutumisessa että elämänlaadun kohentamisessa (Latvala 1998, 16). Autonomiassa voidaan pitää olennaisena henkilökohtaisen itsen ja omien asioiden hallintaa, jolloin tuntee kykenevänsä määrittelemään tarpeensa sekä omaa riittävästi edellytyksiä niiden toteuttamiseksi (Tedre 2003, 68). Asiakkaalle ei kuitenkaan synny oikeutta saada palveluita ja etuuksia juuri itse haluamallaan tavalla. Autonomiaan ja osallistumiseen sisältyvä problematiikka tulee esiin erityisesti silloin, kun sairastumisen myötä ei enää kykene olemaan aktiivisesti mukana arjen kulussa tai vaikuttamaan hoitoaan koskeviin päätöksiin (Aaltonen 2004, 176). Itsemääräämisoikeuden vaatimus voi olla ylivoimainen vanhuksille, jotka tarvitsevat erityistä huolenpitoa heikentyneen terveydentilan vuoksi.

Itsemääräämisoikeus voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen. Ajattelun autonomiassa on kyse ihmisen kyvystä harkita ja vertailla asioita sekä ymmärtää toimintansa seurauksia. Tahdon autonomia tarkoittaa kykyä muodostaa omia mieltymyksiä ja haluja, sekä kykyä arvioida niitä. Toiminnan autonomia on sitä, että ihminen kykenee toteuttamaan uskomuksiansa ja halujensa pohjalta laatimiinsa suunnitelmia. (Heikkinen 1997, 161-162; Pahlman 2003, 172-174.) Itsemääräämisoikeus ei toteudu ilman, että vanhuksen tarpeita ja toiveita kuullaan, hänet otetaan mukaan asioidensa käsitteelyyn ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa niihin koko prosessin ajan (Kokkola ym. 2002, 18). Itsemääräämisoikeuden edellytyksenä on kykenevyyden ja pätevyyden lisäksi valta, mutta monet asiat ovat ulkoisista olosuhteista riippuvaisia, mikä vähentää vaikutusmahdollisuuksia (Heikkinen 1997, 160). Valokiven (2002, 25-26) mukaan vanhusten rooli varsinkin palveluiden suunnittelussa ja neuvotteluissa jää usein kovin mitättömäksi vanhuksen tullessa mukaan vasta prosessin loppu-



vaiheessa. Voi myös käydä niin, että vanhusta kuullaan vain sairaalaan tulon alkuvaiheessa, jonka jälkeen moniammatillinen tiimi järjestää resurssien mukaisella tavalla vanhukselle oikeanlaisiksi katsomansa palvelut. Vanhuksen omat näkemykset saattavat sairaalassa olemisen myötä muuttua, joten jo senkin vuoksi vanhuksen mielipidettä pitäisi tiedustella toistuvasti. Työntekijä on kuitenkin yleensä se, joka tekee varsinaisen arvioinnin ja miettimisen työn, jolloin vanhukselle tarjotaan joka tapauksessa karsittua tietoa. Monesti vanhuksen oikeuksia määrittelevätkin muut kuin vanhus itse (Jääskeläinen 2004, 84). Voidaan vedota siihen, että vanhus ei ymmärrä tilannettaan eikä parastaan. Pajukosken (2004, 190-191) mukaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että vanhus ymmärtää erilaiset vaihtoehdot ja osaa myös punnita niiden seurauksia ja kykenee tekemään itsensä kannalta oikeanlaisen päätöksen.

Autonomian uhkina ovat lähinnä toimintakyvyn mahdolliset vajavuudet, koska ne aikaansaavat usein avuntarvetta (Tedre 2003, 68). Ongelmaksi aiheutuu myös paternalistinen toimintatapa, jonka mukaan toimiessaan työntekijä on hyvää tahtova ja vanhuksen parasta ajatteleva, mutta päättää asioista vanhuksen puolesta. Autonomiia rajoittavat herkästi sairaus, kipu ja pelko sekä toimintakyvyn puute, mutta myös ympäristötekijöillä on merkityksensä. (Harju & Salonen 1995, 75-77.) Muutokset saattavat koetella vanhuksen sopeutumiskykyä ja uhata autonomiaa, kun hän kokee heikkenevän kehon myötä elämän kokonaisuudessaan rajoittuvan. Tämä voi johtaa pelottavaan ja hämmentävään riippuvuuteen muista. (Heikkinen 1997, 162.) Tämä myös lisää sairaalahoitoon ja laitoksiin joutuvien vanhusten määrää. Autonomian edellytyksiä ovat siten vaihtoehtojen kirjo sekä kyky tehdä niistä valintoja omiin arvoihin pohjautuen (Hautamäki 1997, 107). Vanhuksen itsemääräämisoikeus on hoitotilanteessa riippuvainen siitä tiedosta, jonka hän työntekijöiltä saa.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tavoittelee osaltaan asiakkaiden itsemääräämisoikeuden lisäämistä ja kohtelun parantamista sisältäen sekä asiakkaan osallistumiseen, kohteluun että oikeusturvaan liittyviä oikeudellisia periaatteita (ks. Jouttimäki 2000, 334-349). Kyseisen lain tarkoituksena on, että sosiaalihuollon asiakkaan kohtelussa toteutettaisiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta ottamalla mahdollisimman hyvin huomioon asiakkaan sellaisenaan esittämät tarpeet, toiveet ja mielipiteet (Sosiaalihuollon asiakkaan... 2001, 17). Terveystieteiden tutkimuksissa potilaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen saattaa vaarantua kiireen ja rutiinien vuoksi (ks. Partanen ym. 1998, 121-133). Jos vanhukselle ei anneta kaikkea mahdollista tietoa tilanteestaan, hänen itsemääräämisoikeutensa ei saa relevanttia mahdollisuutta toteutuakseen (Koskinen 1994, 155). Tämä vaientaa vanhuksen ääntä johtuen osin vanhuksen omista käsittämisen ja viestinnän rajoitteista. Tilannetta voitaisiin kuitenkin korjata antamalla vanhukselle tarpeeksi aikaa. (Jääskeläinen 2004, 90.)

Ja koska vanhuksen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, myös asiakaslähtöisyys jäisi tällöin toteutumatta. Sormusen (1999, 72-74) mukaan saattaa käydä epäselväksi, kuka on missäkin tilanteessa asiantuntija, sillä vanhuksella on elämänsä asiantuntijuus ja työntekijällä on ammatillinen asiantuntijuus ja mahdollisesti myös kokemuksellinen asiantuntijuus esim. vanhempiensa kautta.

### 3.2.2 Oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus

Subjektius tarkoittaa sitä, että päätökset ovat yksilön itsensä tekemiä (Pahlman 2003, 121). Subjektina oleminen kuuluu jokaisen ihmisen perustarpeisiin (Särkelä 1993, 19). Vanhukselle tulisikin luoda laajat osallistumismahdollisuudet, jolloin asioita ei tehdä vanhuksen puolesta, vaan hänen voimavarojaan yritetään aktivoita. Tällöin vanhus kohdataan ainutlaatuisena yksilönä. (Kokkola ym. 2002, 20-23.) Sosiaali- ja terveystalveluiden toimintakehykset vaikuttavat keskeisesti siihen, minkälainen rooli vanhuksille palvelujärjestelmässä rakennetaan (Kananoja 1997, 110). Vanhuksen todellisiin vaikutusmahdollisuuksiin vaikuttavat vanhuksen oma asennoituminen tilanteeseensa sekä vanhuksen edellytykset toimia, kuten terveyteen, tahtoon ja omaisiin liittyvät tekijät (Partanen ym. 1998, 124-125). Varsinkin yksilöllisten tavoitteiden asettaminen on pitkälle riippuvainen vanhuksen henkilökohtaisesta asennoitumisesta, yrittämishalusta ja omatoimisuudesta. Vanhuksen käsitys tilanteestaan ja siitä kumpuavat tarpeet tulisi kyetä yhdistämään hänen toimintamahdollisuuksiinsa, mikä osaltaan vaikuttaa mahdollisuuden valita ja lisää itsemääräämisoikeutta (Särkelä 2001, 75-90.) Kun vanhuksen elämän lähitulevaisuus ja mahdollisesti koko loppuelämä on puntarissa, subjektina oleminen objektiivisuuden sijaan vahvistaa vanhuksen omanarvontuntoa ja itsekunnioitusta (Vikström 2004, 17). Tässä ympäristöllä on merkittävä rooli vanhuksen kohtelun nimissä.

Koskinen ym. (1998, 40-42, 55-72) näkevät vanhustyön ideaalina vanhuksen yksilöllisyyden huomioimisen ja sitä vastaavien yksilöllisten palveluiden tarjoamisen. Tällöin vanhusta arvostetaan yksilönä ja ollaan aidosti kiinnostuneita hänen asioistaan (Latvala 1998, 17). Asiakaslähtöisyyteen sisältyykin ajatus henkilökohtaisesta palvelusta kulloistenkin tarpeiden ja tilanteiden perusteella (Tenkanen 1998, 100). Koska tänä päivänä on vanhuspalveluista kaiken kaikkiaan huutava pula, niiden yksilöllinen järjestäminen tuntuu kaukaiselta ajatukselta, mutta siihen kuitenkin pyritään. Vanhustyön ylimpänä tavoitteena on edesauttaa vanhusten autonomisuutta, hyvinvointia ja elämäntalvintaa, jota asiakaslähtöinen työskentelyotekin tavoittelee. Tärkeäksi päämääräksi tulisi nähdä myös se, että vanhus kokisi tilanteessa kuin tilanteessa itsensä arvokkaaksi ja hyväksytyksi sekä elämänsä merkitykselliseksi. Tässä pyritään hyödyntämään nimenomaan vanhuksen omia voimavaroja. Vanhuksen voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen on edellytyksenä sille, että vanhus sel-

viytyy jokapäiväisessä elämässä (Latvala 1998, 22-24). Vanhusten voimavaroja ei kuitenkaan saa korostaa liikaa, sillä siten saatetaan huomaamatta syyllistää sairaat ja muut iäkkäät ihmiset, joilla ei ole syystä tai toisesta paljoa voimavaroja, eivätkä he kykene olemaan vahvoja. Tällaisten vanhusten kohdalla vanheneminen ei olekaan elämän parasta aikaa. Asiakaslähtöisyyden ytimenä on vanhuksen kuuleminen sekä hänen näkemyksiensä ja resurssiensa ottaminen työskentelyn lähtökohdaksi, jolloin pyritään vanhuksen kattavaan osallisuuteen häntä koskevien asioiden käsittelyssä (Sormunen 1999, 66). Jos vanhus ei tule kuulluksi eikä nähdyksi, se käsitetään osaksi vanhuksen kaltoin kohtelua, mikä liittyy vaikutusmahdollisuuksien vähäisyyteen tai niiden puuttumiseen (Uuttu-Riski 2004, 112).

### 3.2.3 Osallistuminen ja vaikuttaminen

Vanhuksella on oikeus sekä ainutlaatuisena yksilönä että yhteisönsä jäsenenä osallistua edellytyksiensä mukaisesti terveydenhuollossa tapahtuvaan päätöksentekoon, suunnitteluun ja toteuttamiseen (Vuori 1993, 62). Tätä painottaa myös vuoden 2001 tammikuun alussa voimaan tullut laki (812/2000) potilaan asemasta ja oikeuksista (Sosiaalihuollon asiakkaan... 2001, 13). Osallistuminen ja vaikuttaminen ovat vanhusasiakkaan subjektiivisuuden perusta (Ristiniemi 2005, 111-114). Saikku (1999a, 48-50) esittää asiakkaan osallisuuden eri vaiheet, jotka ovat asiakirjojen kautta mukana olo, konkreettisesti tilanteessa mukana oleminen ja varsinainen osallistuminen, jonka jälkeen tulee asiakkaan määrittämävaihe ja vasta viimeisenä asiakas nähdään kumppaniksi.

Vanhuksen vaikuttava osallistuminen mahdollistuu siten, että hänen tavoitteensa ja olemassaolonsa tehdään näkyviksi (Karvinen 1993, 82). Omaan hoitoon osallistuminen ja elämänsä kontrolloiminen ovat sekä selviytymisen että kuntoutumisen kannalta eduksi. Vanhuksen yksilöllinen osallistuminen asioidensa hoitoon resurssineen ja rajoituksineen on keskeinen edellytys asiakaslähtöiselle yhteistyölle vanhuksen ja työntekijän kesken (Latvala 1998, 15, 29-30.) Mietittäessä vanhuksen mahdollisuuksia toimia tulee esiin huomio, että vastuu ja aloite asiasta on pääasiassa vanhuksella itsellään (Ketola & Suominen 1995, 10). Vanhuksen osallistumisen ja vaikuttamisen suhteen työntekijän tulisi muistaa informoida ja kuunnella vanhusta sekä antaa vanhukselle edes jonkinlainen osallisuus päätöksentekoon (Banks 2006, 118). Vanhuksen mahdollisuuksiin vaikuttaa asioihinsa vaikuttavat sekä vanhuksen oma asennoituminen tilanteeseensa että työntekijöiden asennoituminen ja toimintatavat. Vaikutusmahdollisuuksia voivat vaikeuttaa mm. palvelujärjestelmän pirstaleisuus, monimuotoisuus ja erillisyys, tiedonsaannin vaikeus, palveluiden järjestäjien erilaiset ja toisistaan poikkeavat kriteerit, vanhuksen asiantuntijuuden hyödyntämättömyys sekä se, että vanhusasiakas ei edes

tiedä, mistä tietoa saa (Ruotsalainen 2003, 128). Tietynlainen jatkuvuus vanhuksen ja työntekijän suhteessa olisi tärkeää jo luottamuksen syntymisen kannalta (Kane & Kane 2001, 406-407). Olisi myös tärkeää, että vanhus-työntekijä –suhde myötävaikuttaisi vanhuksen kykyyn kontrolloida asioitaan (Metteri & Nieminen 2005, 223).

Jotta vanhus omaisi vaikutusmahdollisuuden edellytykset, hänen tulee saada tarpeeksi tietoa tilanteestaan ja hänellä pitää olla valinnan mahdollisuuksia jokapäiväisten toimintojen kohdalla. Lisäksi hänen on saatava rohkaisua ja kannustusta (Voutilainen ym. 2002, 115.) On myös tärkeää, että vanhus ymmärtää sen mitä hänelle sanotaan (Pohjola 1993, 80). Asiakaslähtöisyydessä on olennaisista asettaa tavoitteet yhdessä vanhuksen kanssa, mikä mahdollistaa aktiivisen suuntautumisen tulevaisuuteen ja lisää elämän mielekkyyttä. Saarenheimon (2003, 82) mukaan juuri tulevaisuuteen suuntautuminen ja toivon ylläpitäminen ovat vanhukselle elämää ylläpitäviä voimavaroja. Menneisyyteen takertuminen saattaa passivoida varsinkin sellaisen vanhuksen, jonka elämä on ollut raskas ja vaikea. Ikääntyvälle ihmiselle on kuitenkin usein vaikeaa tehdä elämäänsä koskien suuria päätöksiä tai yleensäkin muutoksia elämäänsä (Siira 2003, 17).

Pohjola (1993, 53-89) tarkastelee asiakasta työskentelyn määrittäjän roolissa. Hänen mukaansa työntekijän on kyettävä ymmärtämään vanhuksen kokonaisvaltainen elämäntilanne, jolloin on huomioitava vanhuksen tarpeita hänestä lähtien. Vanhus ei ole sairaalassakaan asiakaslähtöisyyden idealissa enää vain työn kohde, vaan kanssatoimija, resurssiensa mukaisesti aktiivinen osallistuja (Jokinen ym. 2003, 162). Tällöin työntekijä ei voi toimia suunnannäyttäjänä, vaan toiminnan tavoitteiden on oltava vanhuksen itsensä asettamia. Työntekijöillä on keskeinen asema siinä, minkälaisiksi vanhuksen osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet rakennetaan (Ketola & Suominen 1995, 10). Osallistumiseen ja vaikuttamiseen tarvitaan tietoa, ohjausta, kannustusta ja avunantoa erityisesti silloin, kun vanhus itse ei uskalla tai osaa pyytää apua (Pohjanheimo 1995, 49). Asiakaslähtöisyyden ydinkysymys on, mikä on vanhuksen osallistumisen rooli kussakin asiassa käsittelevä vaiheessa. Sairauksien ja hämmennyksen keskellä vanhus saattaa jäädä heikompaan asemaan suhteessa ammatillisen asiantuntijuuden omaavaan työntekijään.

Huomioitava on, että toisinaan vanhus ei pysty olemaan muuta kuin vastaanottajana, kohteena, kun hän ei jaksakaan osallistua lainkaan esim. sairauten uupumisen vuoksi (Väänänen 1993, 143). Mitä huonommassa kunnossa vanhus on, sitä aktiivisemmässä roolissa työntekijä on (Viljaranta 1992, 15). Mutta heti, kun vanhuksen kuntoisuus sen sallii, tulisi oman elämän asiantuntijuus sekä päätösvaltaa siirtää hänelle takaisin (Lyytinen ym. 2000, 6). Ilmeisesti haluamme olla toisissa asioissa it-

senäisiä subjekteja, kun taas jossakin muussa asiassa emme haluaisi tehdä omakohtaisia valintoja. Kaikista suurin merkitys on sillä, millaisiksi vanhusasiakas itse näkee mahdollisuutensa ja minkä hän kokee tilanteessaan olevan tarpeellista (Tossavainen 1995, 75). Voimaannuttaminen voidaan nähdä keskeiseksi työntekijän käyttämäksi menetelmäksi silloin, kun tavoitellaan vanhuksen osallisuuden lisäämistä (Ylinen & Rissanen 2004, 203). Kuunteleminen puolestaan on hyvä keino löytää sopivia auttamiskäytäntöjä, sillä kuunteleminen antaa mahdollisuuden vanhuksen voimavarojen esiin nostamiseen (Metteri ym. 2000, 127). Vanhukselle on kuitenkin yleensä varattu rajallinen mahdollisuus osallistua keskusteluihin, jolloin hän saattaakin vain tulla kuulemaan suunniteltuja ehdotuksia (Kokko 2003, 22). Vanhuksen tulisi voida osallistua asioidensa käsittelyyn resurssiensa mukaisesti. Erityisen tärkeään rooliin nousee tarvittavan tiedon saaminen.

### 3.2.4 Tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus

Tiedonsaanti on vanhuksen subjektiivisuuden perusta. Tietoa tarvitaan, jotta voi toimia, päättää asioista ja ratkaista asioita. Tiedonsaanti on edellytys vanhuksen aktiiviselle osallisuudelle. Tieto auttaa vanhusta ymmärtämään ja jäsentämään elämänsä kokonaisuutta. Myös laki potilaan oikeuksista (1992/784) määrittelee, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja hoidostaan. Usein tiedonsaanti koetaan puutteelliseksi, potilaat eivät ole tyytyväisiä hoidon aikana saamaansa tietoon. (Ristiniemi 2005, 108-111.) Esimerkiksi vanhus ei aina saa työntekijöiltä riittävästi tietoa tilanteestaan, vaan siitä joutuisi ottamaan itse selvää (Enemmän kohteena kuin subjektina 1987, 15). Toisinaan esim. hoitajilta ja lääkäriltä saatu tieto on ristiriitaista, mikä hämmentää vanhusta (Lyytinen ym. 2000, 4). Erityisen vaikeana vanhus kokee sen, kun hän ei tiedä, mitä keneltäkin voi kysyä (Pohjanheimo 1995, 46). Koska vanhus ei halua olla vaivaksi, hän jättää asioita kysymättä ja jää vaille tarvittavaa tietoa. Sairaalaosastolla vuorovaikutus tapahtuu yleensä työntekijän aloitteesta, joka hyvin pitkälle määrittelee myös kanssakäymisen keston ja sisällön (Lyytinen ym. 2000, 5).

Tapamme käyttää kieltä vaikuttaa siihen, vahvistammeko vai heikennämmekö vanhuksen voimavaroja (Seppänen 2003, 54). Asiakaslähtöisyydessä tuleekin keskittyä tekemisen ja sanomisen lisäksi siihen, miten tehdään ja sanotaan. Tällä on merkityksensä myös vanhuksen itsearvostukselle ja kykyihinsä uskomiselle. Vanhuksen kanssa asioitaessa on kyettävä vastaamaan varsinaisten ilmi tuotujen tarpeiden ohella myös ei-kielellisiin tarpeisiin, joita vanhus ei suoranaisesti ota puheeksi, vaan työntekijän tulee havaita niiden olemassaolo (Borgman 1998, 119). Työntekijän huomaamattaankin käyttämä professionaalinen kieli, jota vanhuksen on vaikea ymmärtää, korostaa herkästi työntekijän ja vanhuksen välistä hierarkkista asemaa (mm. Ahola 2002, 31-32). Asiat voivat olla vanhukselle

monimutkaisia ja niistä on vaikea hahmottaa eheää kokonaisuutta (Kokko 1999, 104). Vanhuksen tulisi saada sairauteensa liittyvä tieto sellaisessa muodossa, että hän sen ymmärtää. Työntekijän on muistettava, että vanhuksen kognitiiviset taidot saattavat olla sairauden vuoksi heikentyneet. (Latvala 1998, 17.) Työntekijä ei kuitenkaan saisi automaattisesti olettaa, että vanhuksen kognitiiviset taidot ovat alentuneet. Hakosen (2003, 116) mukaan asiantuntijan ja asiakkaan kielen on kohdattava toisensa. Yhteisen kielen merkitys onkin suuri, sillä toisinaan vanhus ei ymmärrä mitä työntekijä hänelle kertoo, eikä hän välttämättä uskalla kysyä uudestaan (Lehtonen 1998, 98). Kommunikoinnissa voi syntyä vaikeuksia, jos vanhuksen aistit ovat heikentyneet (Ahola 2002, 60-63).

Vanhuksen tulisi olla vapaa valitsemaan erilaisista vaihtoehdoista. Yleensäkin hänelle tulee tarjota vaihtoehtoja, joista valita. Matilaisen (1994, 43) mukaan on tärkeää tietää, että ylipäänsä on olemassa mahdollisuus valita, vaikka sitä ei hyödyntäisikään. Terveystieteiden ylläpitäminen saattaa kaventaa yksilön valinnan mahdollisuutta. Asiakaslähtöisen palvelujärjestelmän tarkoituksena on tuottaa yksilöllisesti räätälöityjä palveluvaihtoehtoja, mutta kuitenkin juuri vaihtoehtottomuus on vanhustenhuollon suurimpia ongelmia (Seppänen 1996, 144). Jos esimerkiksi ajatellaan vanhusta sairaalassa, hänellä ei ole jatkohoitopaikkansa suhteen paljoa sanomista, koska resurssit ovat rajoitetut ja vaihtoehdot vähissä. Resurssien vähyys onkin merkittävimpiä vanhuksen vaikutusmahdollisuuksia kaventavia tekijöitä (Ala-Nikkola 2003, 82).

Monesti vanhuksen mahdollisuus tehdä valintoja on rajoittunut (Lehtonen 1998, 6). Vanhus saattaa voida valita, mutta vain tiettyjen valmiiden vaihtoehtojen välillä (Matilainen 1994, 9). Valintaan mahdollisesti vaikuttavia vaihtoehtoja tulee selvittää vanhukselle, mutta ratkaisuihin ohjailun sijaan valinnan tulee lopulta olla vanhuksen (Borgman 1998, 118). Keskeisimpiä vanhuksen asiantuntijuuden käyttämisen esteitä ovat terveyteen liittyvät ongelmat, haluttomuus olla vaivaksi ja puute tarpeellisesta tiedosta. Vanhukset saatetaan nähdä ihmisiksi, joista on tullut voimattomia ja riippuvaisia (Featherstone & Hepworth 1998, 320). Ammattilaisen osuus painottuu vanhuksen tilanteeseen paneutumisessa vanhuksen omaamien pelkojen ja rajoittuneiden arviointikykyjen vuoksi (Jääskeläinen 2004, 91). Monesti vanhus joutuu palvelujärjestelmän pirstaleisuuden keskelle tilanteessa, jossa hän ei tiedä mistään mitään ja tietoa saadakseen on itse osattava kysyä kaikkea silloin, kun omat voimavarat ovat lopussa (Ruotsalainen 2003, 112). Tiedon saaminen omasta terveydentilasta ja sen haitoista olisi omiaan rauhoittamaan vanhuksen mieltä (Tossavainen 1995, 87). Tietämys sekä kyvyt ja asenteet vaikuttavat myös selviytymisstrategioiden muotoiluun (Suutama 1995, 16).

### 3.2.5 Tasavertainen vuorovaikutus

Yleisimmät konfliktit potilaiden ja terveydenhuollon järjestelmien välillä liittyvät ongelmiin, joita potilaat tuntevat henkilökunnalta saamassaan kohtelussa (Metteri & Nieminen 2006, 221). Tasavertainen vuorovaikutus eli dialogi on edellytys asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Tasavertaisen vuorovaikutuksen keinoin vanhuksen osallistumista edesautetaan, häneen suhtaudutaan elämänsä asiantuntijana kokonaisvaltaisesti ja kunnioittaen. Vanhuksen kanssa yhdessä asetetaan työskentelylle tavoitteet ja hänelle tarjotaan valinnan mahdollisuuksia (Lehtonen 1998, 8-9.) Kohdatessamme asiakkaan on hyvin tärkeää paneutua hänen näkemyksiinsä, siihen, miten hän asiansa näkee ja kokee. Asiakas nimittäin on yleensä valmis vastaanottamaan työntekijän ideoita vasta sen jälkeen, kun hän kokee ajatuksiensa tulleen ymmärretyiksi ja jaetuiksi. (Särkelä 2001, 29-30.) Vanhus saattaa toisinaan tuntea, että hän on esim. kykenemätön vakuuttamaan kipujensa olevan todellisia (Metteri & Nieminen 2005, 224). Auttamistyö pohjautuu usein ongelman olemassaoloon ja sen määrittelyyn. Tasavertaisuus tarkoittaisi sitä, että vanhuksella olisi mahdollisuus itse määritellä ongelmansa ja sen ratkaisuun tarvittavat toimenpiteet. (Särkelä 2001, 12.) Mutta useinkaan asiakkuuteen sisältyvä tieto ei siirry asiakkaalta työntekijällä, vaan työntekijältä työntekijälle (Matilainen 1994, 21). Varsinkin rajoitusten lisääntyessä vanhus saattaa jäädä vuorovaikutuksen ulkopuolelle (Featherstone & Hepworth 1998, 315).

Ahonen (1992, 15-27) korostaa, että asiakaslähtöisyys on auttamistyön avainsana. Koska vanhuksetkin ovat asiakkaina yksilöitä, on tärkeää tuntea heidän elämäntilannettaan ja palvelujen tarvettaan. Tässä on keskeisenä keinona nimenomaan dialoginen vuorovaikutus vanhuksen kanssa koko auttamisprosessin ajan, jolloin vanhuksen omat tulkinnat elämästään ja odotuksistaan ovat työskentelyn lähtökohtana parempaa elämänhallintaa tavoiteltaessa. Asiakaslähtöisyys on vuorovaikutuksen rakentamista yhdessä (Vilén ym. 2002, 31-32). Dialogisen vuorovaikutuksen ytimenä on herkkyyks keskustelukumppanin lähtökohdille (Lehtonen 1998, 15). Todellinen ja aito tieto vanhuksen maailmasta tarpeineen ja toiveineen välittyy käytännössä vain vanhuksen ja työntekijän välisessä kohtaamisessa (Ketola & Kevätsalo 1994, 134). Olisi elintärkeää kunnioittaa vanhuksen asiantuntijuutta elämästään ja vahvistaa hänen kokemustaan sairaudestaan (Metteri & Nieminen 2005, 221).

Särkelä (1993, 14-17) esittelee uudenlaiseen muotoon kehitetyn sosiaalitoimen ihmiskuvan. Siinä asiakkaan oikeudet ja aktiivinen rooli korostuvat, asiakas nähdään subjektiksi ja elämänsä asiantuntijaksi. Vanhuksen vastuu ja kyky päätösten tekemiseen mahdollistuu silloin, jos hän saa asioidensa hoitamisessa tukea (Vilén ym. 2002, 34). Tasavertainen vuorovaikutus on edellytys sille, että van-

hus voi osallistua ja tulla huomioiduksi yksilönä (Sorsa 2002, 44). Jo työntekijöiden puheille pääseminen on kuitenkin monesti kaikkea muuta kuin itsestäänselvyys, kun ajan löytäminen keskustelulle on vaikeaa (Vanhala 2005, 222). Asiakaslähtöistä työskentelyotetta edellytetään vanhusten yhdenvertaisen kohtelun ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi vanhuksen ollessa aktiivinen osallistuja ja yhteistyökumppani tilanteensa selvittelyssä vuorovaikutuksen tapahtuessa dialogisena (Kokkola ym. 2002, 7, 20). Riikosen ja Smithin (1998, 118) mukaan dialogissa on keskeistä se, että rakennamme keskustelukumppanimme identiteettiä osin sen perusteella, miten häneen suhtaudumme ja miten häntä kuulemme. Vanhukset eivät ole välttämättä poikkeavia suhteessa muihin asiakasryhmiin, mutta ikä ja terveydelliset ongelmat asettavat erityistarpeita vanhusten huomioimiselle. Niitä ovat mm. ajan ja pitkäjänteisyyden tarve. (Ahola 2002, 58.) Ihmistä on helppo määrittellä kromologisen iän pohjalta, mikä voi johtaa siihen, että vanhukset nähdään vanhoina eikä ensisijaisesti ihmisinä (Lumme-Sandt 2005, 143).

Lopuksi esitän kuvion muodossa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien ydinasiat. Kuvion tarkoituksena on selkeyttää asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien hahmottamista.

Kuvio 1. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet tiivistettynä

### **ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS**

- itsenäinen toiminta
- henkilökohtaisen itsen ja asioiden hallinta
- mahdollisuus puhua ja tulla kuulluksi
- kykenevyys, pätevyys, valta
- toiminnan vapaus

### **SUBJEKTIIVINEN ASiantuntijuus**

- ainutlaatuinen yksilö, yksilölliset tavoitteet
- voimavarojen etsiminen ja aktivointi
- päätökset itse tehtyjä
- arvostus ja aito kiinnostus
- asennoituminen ja edellytykset toimia

### **OSALLISTUMINEN JA VAIKUTTAMINEN**

- kuunteleminen, voimaannuttaminen
- ohjaus, rohkaisu, avunanto
- tavoitteet vanhuksen asettamia
- resurssit, edellytykset ja rajoitukset
- tavoitteet ja olemassaolo näkyviksi

### **ASIAKASLÄHTÖISYYS**



### **TASAVERTAINEN VUOROVAIKUTUS**

- kokonaisvaltaisuus ja kunnioitus
- herkkyys toisen lähtökohdille
- tavoitteet asetetaan yhdessä
- vanhuksen tulkinnat lähtökohtana
- vanhuksella aktiivinen rooli

### **TIEDONSAANTI JA VALINNAN MAHDOLLISUUS**

- tiedonsaannin puutteellisuus
- tieto edellytys toimimiselle
- resurssien vähäisyys vaikeutena
- vaihtoehtojen olemassaolo
- valinnan vapaus



## **4 VANHUKSEN KOKEMAAN ASIAKASLÄHTÖISYYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT**

Tässä luvussa tarkastelen tekijöitä, jotka vaikuttavat keskeisellä tavalla vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Nämä tekijät ovat lähtöisin sekä vanhuksesta itsestään että työntekijästä ja sairaalasta toimintaympäristönä.

### **4.1 Vanhukseen liittyvät tekijät**

Monet vanhuksesta lähtöisin olevat tekijät vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Kukin vanhus kokee omalla tavallaan ulkopuolelta tulevat ärsykkeet. Käsittelen seuraavaksi merkittävimpiä vanhukseen liittyviä tekijöitä vanhuksen kokemaa asiakaslähtöisyyttä ajatellen. Nämä tekijät ovat vanhuksen persoonallisuus, sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen, aikaisemmat kokemukset ja toimintakyky sekä tarpeet.

#### **4.1.1 Vanhuksen persoonallisuus**

Vanhuksen persoonallisuus on otettava huomioon, koska persoonallisuus vaikuttaa olennaisella tavalla siihen, miten vanhus tulkitsee elämäntilannettaan (Sarvimäki 1998, 19). Esimerkiksi alhainen itsetunto tai itseluottamus voi aikaansaada sen, että vanhus näkee tilanteensa hyvinkin stressaavana ja mahdottomana hallita (Suutama 1995, 19). Backman ym. (2002, 21-25) esittävät kolme vanhustyyppeä, jotka ovat omavastuinen, ulkoapäin ohjautuva ja omapäinen. Omavastuinen vanhus omaa paljon voimavaroja ja hän on aktiivinen toimija. Ulkoapäin ohjautuville vanhuksille on tavanomaisista kiitollisuus avusta ilman perustelujen tarvetta, jolloin heidän näkemystensä esiin saaminen on työntekijälle vaativampaa. Omapäinen vanhus puolestaan epäilee kaikkea mahdollista eikä ota juurikaan vastaan tarvitsemaansa apua. Koskisen ym. (1998, 55) mukaan hyvän vanhuuden edellytyksiin kuuluu, että ihminen hallitsee elämäänsä ja tuntee olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Työntekijän tulee siten luoda toiminnalle edellytykset, joita hyväkseen käyttäen vanhukselle tekevät varsinaiset suoritukset. Toiminnan tavoitteena on luoda mahdollisuudet vanhuksen osallistumiselle lähtökohtiensa ja voimavarojensa mukaisesti (Partanen ym. 1998, 123.)

Vanhus voi olla luonteeltaan ääripäitä ajatellen joko aktiivinen tai hän saattaa itsekin edesauttaa toiminnan kohteena olemista haluamalla olla passiivinen valmista apua odottaen (Suutama 1995, 17). Esimerkiksi kuulluksi tuleminen on katsottu olevan suorassa yhteydessä vanhuksen omaan aktiivi-

suuteen (Pohjanheimo 1995, 49). Vanhukset voivat olla oikeuksistaan tietoisia ja niihin perustuen vaativia, aktiivisia palveluiden käyttäjiä tai alamaiskansalaisia, jolloin vanhuksille on ominaista arkuus, tietämättömyys sekä neuvottomuus (ks. Valokivi 2004b, 217-222). Vanhusasiakas voi olla vaatimaton, jolloin hänelle kelpaa oikeastaan mikä tahansa hänelle tarjottu vaihtoehto. Pelokas vanhus jännittää itse tilanteissa, mutta saattaa jälkikäteen arvostella niitä voimakkaasti. Kriittinen vanhus on valistunut ja pyrkii tuomaan tietämisensä julki. Asiallinen vanhus on tarkkailija, asioista kyselevä ja hyvin käyttäytyvä. Ihmiskeskeiselle vanhukselle on ominaista pidettynä oleminen, mutta ns. perusmiestyyppi yrittää olla itse pärjäävä ja vähän apua vaativa. (Lahti 1996, 16-17.)

Vanhukset ovat yleisesti ottaen varsin vaatimattomia, he ovat monesti tyytyväisiä kovin vähään. Sotien ja pula-ajan selviytyjät ovat tottuneet sopeutumaan ja tyytymään huonompiin oloihin ja etsimään asioista hyviä puolia. Vanhus haluaa pärjätä omin avuin niin kauan kuin mahdollista, sillä avun pyytäminen kertoo voimien heikentymisestä (Ahola 2002, 51, 59-60). Toki on muistettava, että kaikkeen tyytymättömiä vanhuksiakin on. Osa vanhuksista löytää elämälleen sisältöä vaikeisakin olosuhteissa, kun taas osa tarvitsee tukea (Vaarama 1992, 62). Toisinaan vanhuksella on taipumus vakuuttavasti sanoa pärjäävänsä, vaikka olemus kertoo ihan muuta (Ylinen & Rissanen 2004, 203). Yleensä vanhus odottaa, että työntekijä selvittää hänelle eri toimintavaihtoehdot ja sen jälkeen asioista sovitaan yhdessä (Tenkanen 1998, 102).

#### 4.1.2 Sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen

Sairaus on jotakin ihmisen kontrollin ulkopuolella olevaa (Sidell 1995, 25). Sairaus ja sairastaminen ymmärretään terveyden vastakohtaksi, jolloin terveys on sairauden puuttumista (Jylhä 1990, 162). Terveys määritellään tasapainotilaksi yksilön resurssien, tavoitteiden ja ympäristön välillä (Heikkinen ym. 2003, 58). Terveys voidaan nähdä sairaudesta vapautena, voimana vastustaa sairautta tai kapasiteettina toimia jokapäiväisessä elämässä (Sidell 1995, 29). Iäkkäiden ihmisten kohdalla terveys on varsin muuttuva ja kontekstisidonnainen käsite. Mitä kroonisesti sairaampi vanhus on, sitä enemmän painottuu psyykkissosiaalinen hyvinvointi sairauden puuttumisen sijaan.

Sairaalaan tullaan tutkimuksiin ja hoitoon, mikä saattaa päättää pitkän ja kivuliaankin odottamisen, mahdollisen epävarmuuden sekä yksinäisyyden tunteen (Gothoni 1994, 243). Sairaalaan pääseminen tai joutuminen muuttaa aina vanhuksen tavanomaisia tapoja elää (Poikkimäki 2004, 14). Sairastaminen ja sairaalassa oleminen aikaansaa herkästi kokemuksen siitä, että on kykenemätön kytkeytymään ympäröivään maailmaan tavanomaisella tavalla, jolloin kokemus siitä muuttuu (Toombs

1992, 62-67). Kun vanhus joutuu pois normaalista ja tutusta elinympäristöstään sairaalan vieraaseen ja pelottavaankin maailmaan, hän saattaa tulla aiempaa herkemmäksi vastaanottamaan asiantuntijoilta tulevaa tietoa (Kovasin 1995, 27). Sairaalaosastolla vuorovaikutuksen on kaiken lisäksi todettu olevan keskustelemaan sijaan ohjaavaa, kun työntekijä asettuu alusta alkaen aktiiviseen ja vanhus passiiviseen rooliin (mm. Lyytinen ym. 2000, 1, 3). Sairaalaan tultaessa koko vanhuksen elämän kontekstiyhteys muuttuu. Kontekstin vaihtuessa eivät vaihdu ainoastaan vain jotkut arkipäiväiset merkitykset, vaan käytännössä koko olemisen kulttuuri (Eskola & Suoranta 1998, 51). Olisi tärkeää, että vanhus voisi vieraassakin ympäristössä tuntea olonsa mukavaksi, sillä kyseessä voi olla vanhuksen ensimmäinen kontakti ammatillisiin auttajiin (Naleppa & Reid 2003, 77).

Sairaalassa vanhus on potilas, jolla on terveydentilaan liittyviä ongelmia, ja potilaana hän on yleensä sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon asiakas (Kokkola ym. 2002, 16). Potilaalla tarkoitetaan terveys- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää henkilöä (potilaslaki, 2§), kun taas asiakaslain mukaan (asiakaslaki, 3§) asiakkaaksi määritellään sosiaalihuoltoa käyttävä henkilö (Pajukoski 2004, 185). Vanhuksen potilaaksi määrittely saattaa olla ongelmallista, koska määrittely heijastelee perinteistä valta-asetelmaa, jossa potilaan asema suhteessa palvelujärjestelmän toimijoihin on alisteinen. Potilaan rooli sidotaan kaikkein vaivattomimmin ylhäältä alaspäin suuntautuvaan asioiden tulkitintaan, kun taas asiakas tietää tilanteen vaatimusten ohella olemassa olevat voimavaransa (Taipale 1998, 16-20.) Asiakas –käsite sisältääkin latauksen itseohjautuvammasta ja aktiivisemmasta ihmisestä (Asiakkaan asema... 1998, 6). Terveydenhuollon puolella potilas –käsitteestä luopuminen on kuitenkin nähty vaikeaksi (Sormunen 1999, 65). Kun käsitteiden muuttaminen on vaikeaa, ainakin niiden sisältöön ja arvolataukseen tulisi paneutua. Silloin vanhuksen rooliksi voi ajatella aktiivisen osallisuuden, jolloin vanhuksen oma päätöksenteko ja itsehoito korostuvat. Päätöksentekoon ja itsehoitoon vanhus tarvitsee sekä motivaatiota että taitoja (Kane & Kane 2001, 407).

Sairauden ja terveyden kokemiseen vaikuttavat omat tunteet ja käyttäytyminen, saatu tieto sekä aiemmat kokemukset, kuten myös oma luontainen käsitys asioista (Jylhä 1990, 178-179). Sairaala on vanhukselle vieras paikka ja hän saattaa olla hyvin sairas ja kykenemätön huolehtimaan itsestään (Harju & Salonen 1995, 83). Isossa sairaalassa vanhus voi tuntea itseänsä tavanomaista pienemmäksi ja avuttomammaksi pelon ja epävarmuuden kalvaessa mieltä (Ahola 2002, 2). Kiireisissä ja oudoissa tilanteissa vanhus saattaa hämmentyä ja jopa unohtaa jokapäiväisiä asioita. Tämän seurauksena vanhus voi kokea itsensä entistä huonommaksi ja vajavaisemmaksi, vaikka hän normaaleissa olosuhteissa selviytyisikin sujuvasti asioidensa hoitamisesta. Pärjäämisen ja kykeneväisyyden taust-

talla on monesti se, että vanhus saa keskittyä ajallaan vaadittavien tehtävien tekemiseen omia tapojaan noudattaen. (Helin 2003, 341-342.)

Kun on kyse sairaudesta, vanhus on elämässään tietyllä tavalla tienhaarassa (Palomäki 2004, 34). Sängyn pohjalla sairaalassa maatessa asiat saattavat näyttää tavallista synkemmiltä, jolloin halu kiinnostua omasta elämästä voi menettää merkitystään asioiden saadessa jopa ylisuuret mittasuhteet (Ahola 2002, 2-3, 49). Sairauteen suhtautumiseen liittyvät osaltaan Helinin (2000, 62-63) esittämät selviytymisen rajoitukset. Mikäli sairaus ei aikaansaa merkittäviä selviytymisen muutoksia elämäkin jatkuu yleensä entisellään. Mutta alkavat ja mahdollisesti joissakin yksittäisissä toiminnoissa haittaavat toiminnanrajoitteet vaativat jo alustavasti ainakin toimintojen määrän rajaamista. Toiminnan rajoitteet voivat olla myös sellaisia, että niiden kanssa pärjää saadessaan jonkin verran ulkopuolista apua, mutta tällöin haitat rajoittavat jo selkeämmin jokapäiväistä elämää. Säännöllistä ulkopuolista apua edellyttävät toiminnanvajeet rajaavat elämää välttämättömistä toiminnoista suoriutumiseen. Sidelin (1995, 30-31) mukaan sairaus saattaa esiintyä jatkuvana taisteluna, vaihtoehtoisena elämäntapana, pystymisen menettämisenä, vapautena ponnistamiselle tai sairautta voidaan kontrolloida totuttua elämää eläen. Suutama (1995, 74) puolestaan esittää, että sairauteen voidaan alistua tai sen hallinnassa epäonnistutaan, mutta mahdollisia toimintamenetelmiä ovat myös passiivinen tai aktiivinen sopeutuminen, passiivinen hyväksyminen tai optimistinen toiminta. Sairaus saattaa täyttää koko elämän tai sitten se ei juurikaan edes tunnu, kun taas välimuodoissa sairaus vaikuttaa elämään tai häiritsee sitä (Lillkrank & Seppälä 2000, 112). Erityisesti vakavan sairastumisen kohdalla minätunne hajoaa sitä enemmän, mitä vähemmän sairastunut saa sairauttaan koskevaa tietoa ja tukea.

Vanhuusiän sairaudet voidaan jakaa akuutteihin terveysongelmiin ja kroonisiin sairauksiin (Sidell 1995, 41). Yllättävä lyhytaikainen sairaus on tilapäinen keskeytys päivittäiseen elämään, kun taas pitkäaikainen sairaus saa aikaan pysyviä muutoksia. Molemmissa tapauksissa terveys pettää, mikä saattaa aiheuttaa merkittäviäkin muutoksia koko vanhuksen toimintajärjestelmään, kun sairaus rajoittaa olennaisella tavalla sekä vanhuksen toiminnallisuutta että sosiaalista elämää (Niemelä 1985, 38-39). Vanhuus tuo mukanaan usein moninaista toimintakyvyn heikkenemistä, jolloin iäkkäimmät vanukset ovat vähintään jonkinlaisen avun tarpeessa (Forss ym. 1995, 55). Monet rajoituksista ovat suoraan yhteydessä sairauksiin, mutta kaikki terveysongelmat eivät kuitenkaan johda rajoituksiin (Naleppa & Reid 2003, 9). Rajoituksien kanssa on tultava toimeen, mutta aina se ei ole helppoa, sillä vanhus saattaa kieltää sekä vointinsa heikkenemisen että avuntarpeensa, mikä osaltaan vaikeuttaa työntekijän mahdollisuuksia olla vanhukselle avuksi (Ahola 2002, 14). Toisaalta

työntekijä saattaa pitää sairastamista itsestään selvänä ja luonnollisena seurauksena iän myötä aiheutuvalle biologiselle rappeutumiselle (Latimer 1997, 143).

Vanhuuteen mukautuminen sairauksineen ja muine muutoksineen on varsin yksilöllistä. Lillkrank ja Seppälä (2000) esittävät artikkelissaan kolme sairauteen suhtautumisen tyyppiä. Hajottavassa suhtautumisessa sairaalla on pelko sosiaalisen roolinsa menettämisestä. Kun kokee sairauden vapauteena, niin osaa ottaa hyödyn siitä, että ei tarvitse kantaa jokapäiväisen elämän huolia. Sairauden kokeminen ammattina tarkoittaa puolestaan sitä, että potilaan tehtävänä tai työnä on taistella sairautta vastaan. (Lillkrank & Seppälä 2000, 109.) Asiakaslähtöisyyden kannalta on huomattava, että yhteistyökykyiset, mukavat ja kiitolliset vanhukset saavat paremmin palveluita ja parempaa kohtelua kuin ns. vaikeat vanhukset (Ala-Nikkola 2003, 84).

Ihmisen sairastuessa on tyypillistä jonkin asteinen taantuminen, itsenäisyyden menettäminen ja auttajista riippuvaiseksi tuleminen (Lindqvist 1986, 89). Sairaus esittääkin syvällisen uhkan yksilön persoonalliselle ja sosiaaliselle olemassaololle (Sidell 1995, 57). Vanhus on yksisuuntaisessa riippuvuussuhteessa työntekijään (Lindqvist 1990, 18). Tämä riippuvuus voi aikaansaada sen, että jos tuo julki kielteisiä asioita tyytymättömyytenä, vaarantaa silloin mahdollisuutensa apuun ja palveluihin (Viljaranta 1992, 15). Vanhus voi pelätä myös sitä, että jos hän kovasti valittaa ääneen huolistaan ja pelkää selviytymisensä vuoksi, häntä ei päästetä enää kotiin. Toki on sellaisiakin vanhuksia, jotka tekevät kaikkensa, että kotiin ei tarvitsisi palata. Sairaudet voivat heikentää vanhuksen kykyä selviytyä palvelujärjestelmässä asioinnista (Helin 2002, 63). Toiminta tapahtuu aina kulloisesakin kontekstissa, joka voi sekä rajoittaa että mahdollistaa toimintaa (Heikkinen 2002, 27). Vanhuksella saattaa olla ylipositiiviset käsitykset selviytymisestään. Toisaalta käsitys omasta pärjäämisestä voi olla myös liian kielteinen. (Ahola 2002, 60.) Esimerkiksi vanhus voi sairaalassa olla toimintakyvyssään huomattavasti heikommalla tasolla kuin hänelle tutussa kotiympäristössä. Tulisikin aina miettiä, mikä vaikutus sairaalalla on paikkana vanhuksen toimintakyvylle.

#### 4.1.3 Aikaisemmat kokemukset ja toimintakyky

Vanhuksella on palveluyksikköön saapuessaan yleensä olemassa odotuksia, joita säätelevät sekä toiveet että aiemmat kokemukset (Lahti 1996, 16). Vanhuksen tyytyväisyyteen vaikuttaa pääasiassa kaksi tekijää, jotka ovat hoitoon kohdistuvat ennakko-odotukset sekä varsinaiset hoidon aikaiset kokemukset (Vuori 1993, 66). Ennen kaikkea tyytyväisyyteen vaikuttaa hyvä suhde vanhuksen ja henkilökunnan välillä (Metteri & Nieminen 2005, 223). Vanhuksen käsitys palvelun laadusta syn-

tyy aikaisemmista kokemuksista, mutta myös tarpeiden ja kuulopuheiden perusteella (Sorsa 2002, 30). Kokemuksia on olemassa monenlaisia, kuten havaintoaistimuksia, tunteita, mielikuvia, ajatuksia ja arvostuksia (Latomaa 2005, 28).

Laadun sekä asiakaslähtöisyyden mahdollistumisen suhteen luottamus on merkittävä asia. Luottamus edellyttää pidempikestoista toisen ihmisen ja toimintaympäristön tuntemista, mikä voi jäädä sairaalan hektisessä elämässä puutteelliseksi. (Rantala & Saario 1999, 35.) Jo suomalaiseen perusluonteeseen kuuluu, että vieraita ihmisiä ei mieluusti kohdata eikä omista asioista kerrota (Metteri ym. 2000, 122). Yleensä vanhus odottaa työntekijästä ihmistä, joka kuuntelee, jakaa tunteet ja ymmärtää (Lahti 1996, 1, 25.) Kun aikaa kuuntelemiseen on monesti vähän ja keskustelukerrat harvassa voi olla, että vanhus ei rohkene avautua siihen varatulla ajalla, joten hänen asiansa jää kertomatta. Oman elämäntilanteen esiin nostaminen ja siitä avautuminen on aina vaikea tehtävä. (Saikku 1999b, 87.)

Toimintakyky tarkoittaa vanhuksen mahdollisuuksia ja edellytyksiä suoriutua päivittäisistä tehtävistä. Toimintakyky nähdään vanhuudessa keskeisenä pärjäämisen selittäjänä, sillä se sisältää toimintojen resurssit ja kyvyn selviytyä rooleista (Jylhä 1990, 173). Toimintakyvyssä on sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen ulottuvuus. Fyysinen toimintakyky on kykyä suoriutua fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä, sosiaalisessa toimintakyvyssä on kyse kyvystä solmia sosiaalisia kontakteja, kun taas psyykinen toimintakyky sisältää sekä kognitiiviset toiminnat että persoonallisuuden. Sairaudet kertovat vanhuuteen liittyvästä fyysisestä ja kognitiivisesta laskemisesta (Featherstone & Hepworth 1998, 316). Vanhuuteen kytkeytyvät näkemykset sairauskeskeisyydestä ja voimien heikkenemisestä, mitä kutsutaan toiminnanvajavuudeksi. Toiminnanvajavuus tarkoittaa toimintakyvyn mitä tahansa rajoitetta tai puutetta, joka estää vanhusta suoriutumasta hänelle tavanomaisella tavalla. Sairaus saattaa aiheuttaa jonkinlaisen vaurion, joka aikaansaa haittaa tekevän toiminnanvajavuuden. (Ks. Helin 2000, 15-20.) Sairaudet ja normaalit vanhenemismuutokset ovatkin oleellimmat vanhuksen toimintakykyä alentavat tekijät (Koskinen ym. 1998, 98). On kuitenkin muistettava, että vaikka vanhuksen kyky suorittaa yksinkertaisia asioita saattaa olla alentunut, voi hän silti kyetä tekemään päätöksiä (Naleppa & Reid 2003, 201). Käytännössä olisi hyvä muistaa, että toimintakyky ei ole vain yksilön omaamaa kyvykkyyttä, vaan se on myös osaamisen ja haluumisen kysymys. Lisäksi toimijuuteen vaikuttaa se, mitä kaikkea ympäristö vanhukselta edellyttää. Liian suuret vaatimukset saattavat johtaa selviytymättömyyden tunteeseen ja kielteiseen asenteeseen, kun taas liian pienet vaatimukset voivat alentaa vanhuksen jo olemassa olevaa toimintakykyä sen käyttämättömyyden vuoksi.

Toiminnanrajoitteiden ilmaantumisesta alkavat kertoa vanhuksen riippuvuus muista, monet samanaikaiset terveysongelmat, vanhuksen oma-aloitteisuuden estävä motivaation puute sekä äkillinen muutos (kuten sairastuminen) suhteessa hitaasti tulevaan muutokseen, mikä voi heikentää vanhuksen kykyä ratkoa vaikeuksiaan (Helin 2000, 102). Toimintakyky on tärkeä mittari kertoossaan miten vanhus jaksaa (Porio & Porio 1995, 66). Toimintakyvyn heikkeneminen on tekijä, joka useimmiten käynnistää vanhuksen palveluprosessin sekä saattaa johtaa toistuviin sairaalajaksoihin (Kangasmäki 1999, 67). Kun toimintakyky heikentyy iän myötä tarkoittaa se sitä, että kaikkein vanhimmat vanukset ovat yleensä jonkinlaisen avun tarpeessa. Tämä on kuitenkin yksilöllistä; jotkut vanukset tarvitsevat apua vain joissakin asioissa, toiset sen sijaan useammassa. (Forss ym. 1995, 55, 81.) Aina toimintakyvyn muutoksia ei edes tiedosteta, koska vanhana on enemmän aikaa tehdä hitaamminkin (Helin 2002, 40). Mutta mikäli vanhuksen toimintakyky on alentunut eikä siten salli täysin itsenäistä toimintaa, hänet tulisi silti oikeuttaa niin suureen osallisuuteen kuin mahdollista (Koskinen ym. 1998, 68-72). Usein on kuitenkin niin, että toimintakyvyltään heikkojen vanhusten äänen kuulemisessa turvaudutaan heidän lähellään olevien ihmisten, kuten omaisten, kertomaan (Valokivi 2002, 28).

#### 4.1.4 Tarpeet

Asiakaslähtöinen työskentelyote liittyy asiakkaan tarpeiden selvittämiseen, niiden huomioimiseen ja niihin vastaamiseen, jolloin asiakkaan tarpeet ovat työskentelyn ytimessä. Tarpeet voidaan nähdä sisäisiksi jännitystiloiksi, jotka saavat alkunsa esim. halusta tai toiveesta. Tarpeet ilmenevät sekä biologisista että kortikaalisista motiiveista. Biologiset motiivit ilmenevät lähinnä ehdottomien refleksien välityksellä, kun taas kortikaaliset motiivit ilmenevät oppimisen kautta. Tarpeen tyydytyksen tarkoituksena on tasapainottaa ihmistä ja ylläpitää hyvinvointia. Allardtin mukaan hyvinvointi on tila, jossa ihminen saa olennaiset tarpeensa tyydytetyiksi. Nämä tarpeet Allardt jaottelee elintason ("having"), yhteisyysuhteisiin ("loving") ja itsensä toteuttamiseen ("being"). (Raitasalo 1995, 15-22, 56.)

Vilén ym. (2002, 39) luokittelevat ihmisen tarpeet kolmeen osa-alueeseen: leivän nälkään, rakkauten nälkään ja luomisen nälkään. Leivän nälässä on kyse fysiologisista tarpeista ja terveydestä, rakkauten nälkä sisältää elämyksellisyyteen liittyvät tarpeet ja onnellisuuden, kun taas luomisen nälkä kohdentuu toiminnallisiin tarpeisiin sekä hyvinvointiin. Ihminen tarvitsee monia eri asioita, jotka voivat heijastua tunteissa, ajatuksissa tai käyttäytymisessä. Siten ihmisen tarpeet kohdistuvat esimerkiksi toiseen ihmiseen ja läheisyyteen, kuulluksi tulemiseen ja keskinäiseen yhteyteen,

turvallisuuteen, kunnioittamiseen, tukemiseen, tilaan olla ja kasvaa omalla tavallaan ja omaa vauhtiaan, johonkin kuulumiseen, uskoon ja toivoon sekä mahdollisuuteen olla tarpeellinen. (Ks. Vilén ym. 2002, 43-56.)

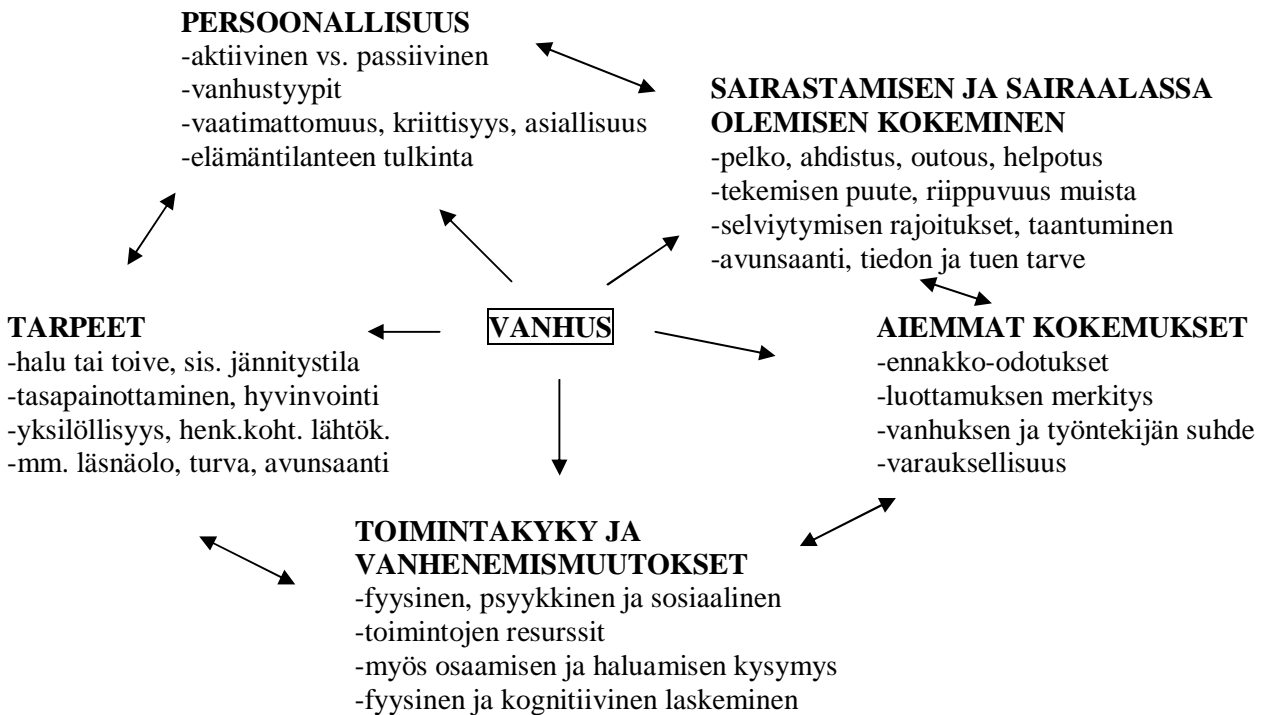
Palvelutarpeet ovat vahvasti sidoksissa kulloisiinkin yhteiskunnallisiin oloihin ja tarpeisiin. Tarve on siten riippuvainen siitä, mitä kaikkea pidetään mahdollisena hoitaa ja mihin myös löytyy rahoitus. (Lehto ym. 2001, 14-15.) Tarpeet sekä kertovat että määrittävät, tuotammeko vain terveystalveluita vai hoidammeko todella potilaita (Vuori 1993, 66). Vanhojen ihmisten avuntarpeet ilmentävät osaltaan sitä, miten me kulloinkin näemme vanhuuden ja vanhenemisen prosessin (Rintala 2003, 27). Toisinaan voi käydä niin, että tarpeet, joita ei voida kohdata, jäävät huomiotta (Banks 2006, 119). Vanhusasiakkaiden tarpeet ja tilanteet vaihtelevat usein esim. sairauksien vuoksi. Vanhuksella saattaa olla palvelutarpeita, joihin hän ei saa mielestään apua tai sitten kyseiset asiat pelottavat häntä tulevaisuutta ajatellen varsinkin silloin, kun voimat ja jaksaminen alkavat heikentyä (Valokivi 2004a, 21). Kunkin vanhuksen perustarve on oikeastaan se, että hän tulisi nähdyksi ja ymmärretyksi ja että hän saisi osakseen aitoa välittämistä. Erityisesti ikääntyvien ihmisten kohdalla sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluiden tarve määräytyy yksilössä vanhenemisen myötä tapahtuvista muutoksista sekä yhteiskunnallisista, sosiaalisista ja elinympäristön luomista olosuhteista (Lehto ym. 2001, 97). Tehokkaassa ja toimivassa vanhustenhuollossa vanhusten tarpeet ovat kaiken suunnittelun perustana palvelujärjestelmän toimiessa tarpeiden tyydyttämiseksi. Tämän päivän palvelujärjestelmä ei kuitenkaan kokonaisuudessaan vastaa vanhusten tarpeisiin. (Vaarama 1992, 196-197.) Vanhustyössä syrjäytetään herkästi varsinkin vanhuksen kasvutarpeet ja subjektiivinen hyvinvointi (Koskinen 1994, 46).

Tarveteoreettinen näkökulma pohjautuu ajatukseen, että ihmisillä on olemassa erilaisia tarpeita, joi- ta he pyrkivät toiminnallaan tyydyttämään. Tällöin hyvinvoinnissa esiintyvät puutteet ja ongelmat korostuvat, jolloin kielteiseksi tulkittavat avuntarpeesta lähtöisin olevat ominaisuudet painottuvat. (Rintala 2003, 169.) Mitä enemmän muutokset aiheuttavat heikentymistä perusturvallisuudessa, it- setunnossa ja perustarpeiden tyydyttämisessä, sitä vaikeampi ihmisen on sopeutua uuteen tilantee- seen (Raitasalo 1995, 29). Siksi vanhusasiakkaiden tarpeisiin vastaaminen edellyttääkin työnteki- jältä gerontologista erityisasiantuntijuutta, eli tietoa vanhenemiseen ja vanhuuteen liittyvistä ilmi- öistä. Tällöin korostuvat vanhuuden vaikutukset ihmisen toimintakyvylle. Vanhusten kanssa toimi- essa tulee kiinnittää huomiota vanhusasiakkaiden sanallisten tarpeiden ohella myös heidän olemuk- sensa puhumiin tarpeisiin. (Ylinen & Rissanen 2004, 200-202.)



Monet vanhuksesta lähtöisin olevat tekijät vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen, mitkä oheinen kuvio esittää tiivistettynä. Kuviossa kaikki tekijät vaikuttavat toisiinsa.

Kuvio 2. Vanhukseen liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen



#### 4.2 Työntekijään liittyvät tekijät

Myös työntekijään liittyvät tekijät vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Nämä tekijät ovat työntekijän omaama vanhuskäsitys, ammatillinen asiantuntijuus ja työn organisatoriset lähtökohdat sekä ammattietiikkaa, joita tarkastelen seuraavaksi.

##### 4.2.1 Vanhuskäsitys

Ihmiskäsitys tarkoittaa kulloisenkin tietämyksemme ja kokemuksemme muokkaamaa kuvaa ihmisestä, perusasennoitumistamme ihmiseen (Rauhala 2005, 17-19). Ihmiskäsitys perustuu yksilön tai useamman yksilön yhteisesti jakamiin arvoihin ja ideologioihin. Esimerkiksi vanhuksiin liitetty piirteet heijastelevat sitä, millä tavalla kuvaamme vanhuksia. (Rintala 2003, 25-27.) Vanhuskäsityksen voi ajatella pohjautuvan ajatuksiin siitä, minkälaisena vanheneminen, vanhuus ja vanha ihminen nähdään, kuvataan ja määritellään. Koskisen (1994, 45) mukaan vanhuuden erityisyys muodostuu

siitä, että vanhuus nähdään uniikkina elämänvaiheena ja siinä on omat kehitystehtävänsä. Vanheneminen tulee tämän lisäksi ymmärtää fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena prosessina.

Vanhustyöntekijä ei voi väistää kysymystä siitä, minkälaisen vanhuskuvan pohjalta hän työtään tekee, koska tämä vaikuttaa siihen, miten hän itse kokee vanhuuden ja suhtautuu vanhuuteen (Vaarama 2002, 13). Rintala (2003) esittelee tutkimuksessaan tarkemmin eri aikakausina vallinneita vanhuskuvia. Vanhuskäsitys toimii tietyllä tapaa ajan henkenä vanhustyön sisällön taustalla. Esimerkiksi palveluiden järjestämisessä on ohjaavana tekijänä tulkinta siitä, mistä vanhenemisessä oikeastaan onkaan kysymys (Seppänen 2006, 33). Tulkinnalla on merkittävä rooli myös auttamisessa sinällään, sillä avuntarpeesta lähteminen tapahtuu vasta silloin, kun tilanteen tulkinta laukaisee teon. Tapa hahmottaa terveyttä ja sairautta kytkeytyy aina jollakin tavalla ihmiskuvaamme (Niemelä 1985, 5). Näkemyksemme potilaasta eli potilaskuva riippuukin siitä, minkälaisena terveyden ja sairauden näemme. Vanhuuteen ja vanhuksiin suhtautuminen vaikuttaa olennaisesti mm. siihen, sallitaanko vanhuksen itse määrittellä elämänsä kulkua, vai asettavatko työntekijät hänen elämänsä tavoitteet.

Määräytyykö ihmisen olemus enemmän ulkoapäin vai sisältäpäin (Särkelä 1993, 11)? Asiakasta ja hänen todellisuuttaan katsotaan monesti ylhäältä alaspäin, jolloin asiakas on lenkin viimeisenä (Pohjola 1993, 59). Määrittelyihin ja diagnooseihin perustuvat diskurssit rajoittavat muutoksen ja toisin tekemisen mahdollisuuden asiantuntijoiden valmiiksi luomiin tulkintakehikoihin (Matilainen 1994, 47). Muutos on toki mahdollinen, mutta vain tiettyyn suuntaan. Kunkin työntekijän käsitys vanhuudesta ja vanhenemisestä vaikuttaa sekä vanhuksen kohtaamiseen että häneen suhtautumiseen (Ylinen & Rissanen 2004, 200). Määritellesään vanhuksen olemusta työntekijä luo samalla kehikon, joka ohjaa jatkossa vanhukseen suhtautumista. Esimerkiksi mekanistinen ja tautiorientoitunut terveystieteiden maailma väistämättä negatiivista kuvaa vanhuusiän terveysnäköistä voimien heikentymisenä ja kyvykkyyden alenemisena (Sidell 1995, 4). Tapamme ymmärtää asiakasta tilanteessaan vaikuttaa olennaisesti siihen, mistä suunnista alamme etsiä ongelmiin ratkaisuja (Särkelä 2001, 15). Ihmiskäsitys vaikuttaa näkemyksiimme ja asenteisiimme. Auttamistilanteessa juuri vanhuksen ihmisarvo on se tekijä, joka ohjaa vuorovaikutustapahtuman kulkua (Ahonen 1992, 18).

Rauhala (2005) pyrkii teoksessaan *Ihmiskäsitys ihmistyössä* antamaan omanlaisensa vastauksen siihen, mitä ihminen on. Vanhustyöntekijä puolestaan miettii, mitä vanhus ja vanhuus on. Käsittelemme ihmisestä kuvastavat perusolettamuksemme hänestä, tässä vanhuksesta, joten vanhuskäsitteksen voi nähdä olevan perusasentoitumistamme vanhukseen (Rauhala 2005, 17-23). Ihmisen olemassaolon perusmuodoiksi voidaan määrittellä tajunnallinen, kehollinen ja situationaalinen. Ta-

Junta käsittää ihmisen inhimillisen kokemuksen kokonaiskuvan, mielen avulla kykenemme ymmärtämään asioita, kun taas elämäntilanteemme kautta olemme osana todellisuutta. (Ks. Rauhala 2005, 31-47.) ”Potilas on fyysis-psykkis-sosiaalinen kokonaisuus sairaalassakin, mitään osa-aluetta ei voi laiminlyödä kokonaisuuden kärsimättä”, kiteyttää Niemelä (1985, 157). Työntekijän lähestymistapa vanhusasiakkaaseensa tulee olla sellainen, että vanhusta kohdellaan kokonaisena ihmisenä, jolloin otetaan huomioon kaikki hänen tarpeensa (Banks 2006, 93). Jotta työntekijä toteuttaisi holistisuuden eli kokonaisvaltaisuuden ideaa, hänen tulisi tarkastella vanhusta näiden jokaisen perusulottuvuuden kautta. Varsin pitkälle viety erikoistuminen on kuitenkin tehnyt lähes mahdottomaksi kokonaisvaltaisen hoidon.

Määriteltäessä käsitystä vanhuudesta määritellään samalla sitä, mitä tarkoittaa toivottava ja tavoiteltava elämänlaatu (Koskinen 1994, 47). Vanhuskäsityksemme kehyksenä toimivat omaksumamme arvot, eettiset tekijät sekä vanhuudelle antamamme merkitykset. Nämä vaikuttavat tapaamme nähdä hyvä elämä ja vanhuus. Lähtökohtana tulisi olla se, miten vanhus itse hyvän vanhuuden määrittelee, mutta helposti saattaa käydä niin, että omainen tai vanhustyöntekijä määrittelee hyvän vanhuuden vanhuksen puolesta. Määritellessämme vanhuksen olemusta luomme samalla normiston (Lindqvist 1986, 74). Tämä normisto voi johtaa siihen, että vanhuksia yritetään väkisin sulloa yhteen ja samaan muottiin, jolloin yksilöllisyydelle ei löydy tilaa.

Käsityksemme ihmisestä vaikuttavat ennakoasenteiden tavoin sekä tapaamme kuunnella häntä ja että suhtautua häneen (Riikonen ja Smith 1998, 119-120). Käyttäytymisellämme voimme välittää arvostusta tai vähättelyä, jolla on omat vaikutuksensa vuorovaikutuksen etenemiseen. Näkemys vanhuksesta potilaana on riippuvainen siitä, minkälaisena sekä terveys että sairaus nähdään, kun taas terveyden ja sairauden näkeminen kuvastaa käsitystä vanhuudesta (Niemelä 1985, 5-7, 32). Vanhuuden erityisyys syntyy niistä tekijöistä, joita vanhusten kanssa työskentely tuo mukanaan. Ensinnäkin, vanhuus on nähtävä omana erityisenä elämänvaiheenaan, joka raihastumisen ohella sisältää omanlaisiaan kehitystehtäviä, kuten kyvyn sopeutua ja luopua. Ja toiseksi vanhuus tulee siis nähdä kokonaisuutena, joka muodostuu biologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista osa-alueista. (Koskinen 1994, 29-30, 45.) Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelyn perustana tulisi olla moniulotteinen ihmiskäsitys (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1989, 3). Työn lähtökohdaksi tulisi siten nähdä vanhuksen tilanne ja ajatukset, voimavarat sekä käytettävissä olevat resurssit (Helin 2002, 36-39). Auttamistyö on aina tietoista tai tiedostamatonta ihmiskäsityksen työstämistä (Lindqvist 1990, 64). Ihmiskäsityksen testaaminen on keino etsiä vastauksia kysymyksiin, jotka liittyvät vanhuksen arvoon,

päämäärään ja merkitykseen, eli toisin sanoen, minkä näemme olevan vanhuksen elämän idea (Lindqvist 1986, 69).

#### 4.2.2 Ammatillinen asiantuntijuus ja työn organisatoriset lähtökohdat

Työntekijän kannalta asiakaslähtöisyyden avainkysymykset ovat ”miten puutun, millä oikeudella ja kuinka paljon” (Kokkola ym. 2002, 84)? Työtä ohjaavia tekijöitä ovat mm. työntekijän omaama vanhuskäsitys, organisatoriset tekijät, perinteet sekä arvot ja etiikka (Sosiaalityö terveydenhuollossa 1989, 10). Organisaatio luo edellytykset käytännön työlle. Edellytykset voivat olla sekä rajoittavia että mahdollistavia. (Tenkanen 1998, 101.) Ammatillisessa toiminnassa ovat merkityksellisessä roolissa myös työntekijän omat tavat suhtautua asioihin ja reagoida niihin (Karvinen 1996, 16-17). Auttamistyö pohjautuu aina tietoisesti otettuihin ja määriteltyihin rooleihin perinteiden ohjatessa työskentelyä (Lindqvist 1990, 18). Mönkkönen (1996, 58) muistuttaa, että tarkasteltava ilmiö määrittyy pitkälti työntekijän tavasta jäsentää ja tulkita tilanteita. Työntekijä on kuitenkin toisinaan ristiriitaisissakin lojaaliussuhteissa useisiin osapuoliin. Työntekijöiden työtä määrittävät varsin pitkälle kirjoitetut ja kirjoittamattomat normit, joita harvoin kyseenalaistetaan (Metteri ym. 2000, 109). Kaavamainen toiminta saattaa johtaa siihen, että vanhuksen tarpeisiin ei kyetä vastaamaan kokonaisvaltaisesti. Rutinoituminen vallankäytön yhtenä muotona johtaa herkästi vanhuksen puolesta tekemiseen ja hänen ohi puhumiseen (Lehtonen 1998, 15). Esimerkiksi päätöksenteossa painoarvo on nykyisin ammattilaisten tekemissä oikeutuksissa (Kane & Kane 2001, 408). Valta voikin ilmetä sekä negatiivisuutena, rajoittavana että toimintamahdollisuuksia kaventavana ilmiönä (Pohjola 1993, 83). Siis, vaikka kukin ihminen on toimintansa subjekti, toiminnan ja tekemisen puitteita ei voi täysin vapaasti valita (Rauhala 1994, 61). Alistussuhteen estäminen on työntekijälle vaativa ja huomiota kaipaava tehtävä (Väänänen 1993, 140).

Työntekijän ammatillisuus sisältää monia ulottuvuuksia, kuten alansa asiantuntijuuden, roolit ja persoonallisuuden, tiedon ja taidon, empatian ja dialogisuuden (ks. Vilén ym. 2002, 57-68). Asiakastyössä on hyvin keskeistä se, miten kulloisetkin ongelmat määritellään ja millainen identiteetti vanhukselle määrittelyn pohjalta luodaan (ks. Suomi 2003, 122-129). Kukin työntekijä tulkitsee vanhuksen tilannetta oman tulkintakehyksensä ehdoilla, mikä vaikuttaa siihen, millä tavalla vanhus tulee kohdatuksi. Erilaiset vastaukset ja ajattelutavat johtavat erilaisiin työskentelymenetelmiin (Särkelä 2001, 11-13.) Työntekijän tekemä geriatrinen arviointi johtaa kategorioiden tuottamiseen (Lattimer 1997, 149). Käsityksemme vanhuksesta ja vanhuudesta ohjaa paljon valintojamme. Vanhuus ja asiakkuus saattavat saada erilaisia merkityksiä riippuen siitä, kenen näkökulmasta niitä tarkastellaan

(Tenkanen 1998, 102). Näkökulmien eroavaisuus tulisi nähdä asiakaspalvelun kriittisenä kohtana. Niin ei saa käydä, että työntekijä tekisi asiakkaan tilanteesta tulkintoja, joiden paikkansapitävyyttä hän ei selvittäisi asiakkaalta itseltään (Kokko 2003, 111).

Borgman (1998) nostaa esiin sisäisen tarinan käsitteen, joka muotoutuu sosiaalisen tarinavarannon välityksellä. Sisäisessä tarinassa ovat keskeisinä tekijöinä tarinalliset mallit, jotka ohjaavat sekä työntekijän että vanhuksen tekoja ja valintoja (Borgman 1998, 79-80). Asiakastilanteen osapuolten kokemustieto on kyettävä yhdistämään sekä kliiniseen että teoreettiseen tietoon, ilman sitä ei voida ymmärtää sairauden todellista merkitystä vanhuksen elämässä (Metteri 2003, 49). Tulee muistaa, että vanhuksen kokemus tilanteestaan on aina todellinen riippumatta siitä, miten työntekijä tilanteen näkee (Helin 2002, 63). Ongelmia kuitenkin syntyy lähes aina, jos vanhuksen ja työntekijän tulkinnat vanhuksen tilanteesta eivät kohtaakaan toisiaan. Tällöin vanhuksen ongelmat tulkitaan ammatillisesti uudelleen, jolloin hän ei tule kuulluksi omilla ehdoillaan. (Matilainen 1994, 31.) Asiakaslähtöisyyden ideaalin toteuttaminen on sairaalassa työskentelevälle haasteellinen tehtävä, sillä hän joutuu huomioimaan ja sovittelemaan toimivaksi kokonaisuudeksi vanhuksen kertoman ohella mm. muiden ammattiryhmien edustajien, omaisten, organisaatioiden ja yhteistyökumppaneiden näkemyksiä (Holma 1999, 28-29). Työntekijän tulee huomioida organisatoriset rajat ja toimia niitä noudattaen, mutta kuitenkin asiakaslähtöisesti (Lindén 1999, 97). Työntekijä ei voi läheskään aina tehdä työtään kuten parhaaksi näkee, vaan organisatoriset tekijät rajaavat sitä (Jokinen ym. 2003, 160). Jokaisella osapuolella on omanlaiset intressinsä ja etunsa sekä niiden pohjalta muodostuneet käsitykset vanhuksen parhaasta (Jääskeläinen 2004, 86). Organisatoristen sääntöjen noudattaminen saa työntekijän tuntemaan itsensä pieneksi osaseksi isossa järjestelmässä ja työntekijän omat ratkaisumallit saattavat jäädä virallisten mallien jalkoihin. Valtasuhde asiakkaaseen on monesti tärkeä ja keskeinen osa itse professiota (Ketola & Kevätsalo 1994, 75). Rutiineja pidetään usein niin itsesäänselvyyksinä, että omassa toiminnassa ei edes osata kyseenalaistaa tilanteita, jotka tosiasiaassa aikaansaavat vanhuksille tarkoituksettomia hankaluuksia (Metteri 2003, 102).

Todellisuutemme rakentuu sosiaalisesti, eli siihen vaikuttavat varsin voimakkaasti yhteisössä vallalla olevat ”merkitystulkinnat ja tulkintasäännöt”, joiden pohjalta työhönkin perehdytään (Alasuutari 1999, 60). Olisi suotavaa miettiä, kenen tarpeet ja ehdot tämän päivän palvelujärjestelmän rakentavat (Paasivaara 2004, 21). Vielä tänäkin päivänä on niin, että työntekijän omaama asiantuntijan tietotaitoa ei juuri koskaan kyseenalaisteta, jolloin esimerkiksi laitoshoittoa koskevat päätökset tehdään kokouksissa, joissa vanhukset itse eivät ole paikalla (Ala-Nikkola 2003, 51). Kokouksen jälkeen vanhus kuulee työntekijältä tiedon päätöksestä, jonka työntekijä kertoo ja perustelee par-

haaksi katsomallaan tavalla. Asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta keskeisiä tekijöitä ovatkin varsinaiset asiakastyön käytännöt ja niissä erityisesti vanhuksen mahdollisuus osallisuuteen ja omista asioistaan päättämiseen (Karvinen 1996, 67). Tärkeää olisi luopua ammatillisesta asiantuntijavalasta (Mönkkönen 1996, 53). Työntekijän tulisi päästä irti ammatillisesta roolistaan, sillä mitä enemmän työntekijä on auttaja, sitä enemmän vanhus asettuu passiiviseen autettavan asemaan (Ahonen 1992, 52-54). Peräkylän (2000, 77-79) mukaan terveydenhuollon auttamistyön vuorovai-  
kutuksessa voidaan erottaa potilaskeskeinen ja työntekijäkeskeinen lähestymistapa. Työntekijäkes-  
keisyydessä painottuu lääketieteen ääni, joka on objektivoiva, mittaamisella perusteleva ja kausaali-  
suhteisiin suuntautuva. Potilaskeskeisyydessä painottuu elämismaailman ääni, joka nojaa potilaan  
oman elämän kokemiseen. Lääketieteen äänellä on usein yliote suhteessa elämismaailman ääneen.

#### 4.2.3 Ammattietiikka

Ammattieettisiin sääntöihin sitoutuminen on profesioille autonomiaa ja asiakassuhteisiin liittyvää vapausastetta tukeva ilmiö. Tällöin professionaalinen ammattietiikka voi olla toiminnan ohjaajana arvoihin perustuen. Siten toteutetaan esim. vain sellaisia muutoksia, jotka eivät vaaranna vallitsevaa järjestelmää, tai vaarantavat sitä ainakin mahdollisimman vähän. (Wiili-Peltola 2005, 44-45.) Ammattietiikka pohjautuu lähtökohdiltaan arvoihin. Arvot ovat voimakkaita uskomuksia ja oikeutuksia, joita voidaan ilmaista tunteiden ja käyttäytymisen välityksellä. Arvot ovat vaikuttamassa käyttäytymisemme taustalla. Sosiaalialan ammatillisissa arvoissa painottuvat mm. yksilön autonomian kunnioittaminen, arvokkuuden ylläpitäminen ja sosiaalisten oikeuksien vaaliminen. (Ain 2005, 30-31.) Myös vanhusten kanssa työskennellessä keskeisimmät arvot ovat yksilöllisyys ja sen kunnioitus, oikeus sekä luottamukseen että yksityisyyteen ja asiakkaan mahdollisuus valita (Banks 2006, 44). Arvot luovat perustan ammatilliselle tunteukselle, suunnittelulle ja eksperttitydelle. Ammatilliset arvot ja koodit tarjoavat työlle käytännön standardit. (Ain 2005, 27-31.) Asiakaslähtöisyyden arvoperustana korostuu pyrkimys asiantuntijuuden muutokseen, jolloin tarkoituksena on siirtyä ammattilaisen asiantuntijuudesta kohti asiakkaan asiantuntijuutta. Tällöin hyödynnetään asiakkaiden voimavaroja vikojen etsimisen sijaan (Ristiniemi 2005, 19-20).

Työntekijän ammattietiikka vaikuttaa vanhuksen kohtaamiseen. Ammattietiikan ytimenä on ammatin kannalta eettisesti hyväksyttävän ja suositeltavan toiminnan pohtiminen. (Räikkä ym. 1995, 14-18, 27.) Työssä pyritään aina kulkemaan kohti hyvää ja oikeaa, mutta niiden määrittelyssä saattaa tulla vaikeuksia (Tulppo 1991, 56). Hyvää ei voi koskaan määrittellä kattavasti tai lopullisesti, vaan pikemminkin sitä voidaan selventää joistakin näkökulmista. Ammattietikalle on luonteenomaista,

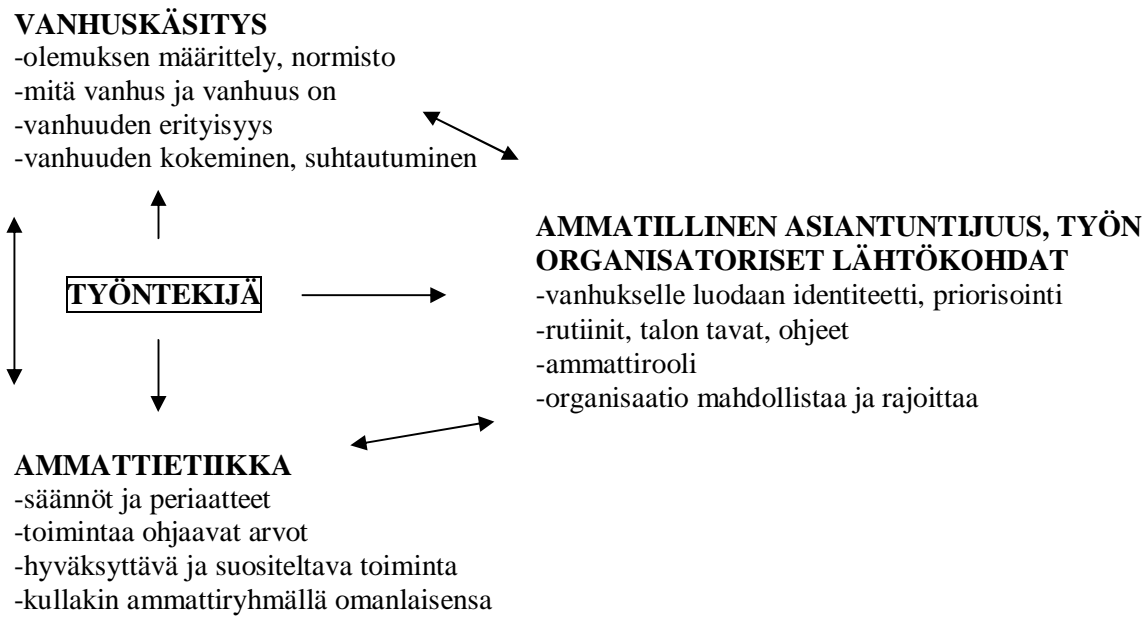
että se koostuu joukosta sääntöjä, jotka voivat olla eettisen harkinnan apuvälineitä, ammattia määrittäviä periaatteita tai ne voivat sisältää poliittisen tehtävän (Sajama 1995, 20). Ammatillinen viitekehys luo kokonaisuudessaan ammatillista asiantuntijuutta (Hakonen 2003, 111). Ammatillisuus puolestaan muodostuu ammatin sisältämistä tavoista ajatella, perustella ja toimia. Asiakaslähtöisyys tulisi nähdä eettisenä velvollisuutena, kun tarkoituksena on kohdata asiakas omanlaisenaan yksilönä, kokonaisvaltaisesti ja arvostaen (Ristiniemi 2005, 20-23). Työn puitteet kuitenkin määrittelevät paljon sitä, minkälaiset mahdollisuudet työntekijällä on ammatitaitoiseen toimintaan ja minkälaiseen ajatteluun työnteko pohjautuu.

Hyvä on aina tulkinnanvaraista ja riippuu siten määrittelijästä. Jokaisella ihmisellä on toimintansa taustalla omanlaisensa näkökulma, joka on oikea hänelle itselleen. (Karvinen 1996, 21, 33, 53.) Se mitä hyvä elämä on ja sisältää vaihtelee yksilöittäin. Joskus työntekijän henkilökohtaiset arvot saattavat klikkiytyä ammatillisten arvojen kanssa (Ain 2005, 31). Ammatilaisen arvostuksien ohella myös jokaisella vanhuksella on arvostuksen kohteensa, joiden tulisi olla työn lähtökohtana, mutta välillä vanhuksen ja työntekijän arvot törmäävät toisiinsa. Toisinaan työntekijä pyrkii johdattelemaan vanhusta tiettyyn suuntaan, joka saattaa poiketa vanhuksen näkemyksistä (Tulppo 1991, 57). Toimintojen taustalla on olemassa päämäärä, joka sisältää uskomuksia tavoiteltavasta asiasta. Nämä uskomukset ovat arvioijan mielestä arvokkaita. (Räikkä ym. 1995, 45-47.) Jokaisen yksilön näkökulma on aina oikea hänelle itselleen.

Sosiaalialan ammattieettiset periaatteet perustuvat asiakkaansa ihmisarvoon ja oikeudenmukaisuuteen, itsenäisyyteen ja elämänhallintaan, syrjäytymisen ehkäisemiseen ja osallisuuden edistämiseen, syrjinnän ja väkivallan vastustamiseen, itsemääräämisoikeuteen sekä yksityisyyteen. Tällöin työntekijän tulee kunnioittaa ihmisarvon loukkaamattomuutta ja edistää kykyjensä mukaisesti yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Työntekijän on myös arvostettava vanhuksen itsenäisyyttä ja elämänhallintaa, huolehdittava heikommassa asemassa olevan oikeuksien toteutumisesta ja edistettävä vanhuksen kykyä itsenäiseen elämään ja täysivaltaisuuteen. Itsemääräämisoikeus eettisenä periaatteena tarkoittaa sitä, että työntekijä toimii yhteistyössä vanhuksen kanssa, edistää hänen valinnan mahdollisuuksiaan ja varmistaa, että myös vanhusta kuullaan. (Sosiaalialan ammatilaisen eettiset ohjeet 2005, 7-16.) Sosiaalialan ammattieettinen ohjeistus kokonaisuudessaan edellyttää asiakaslähtöistä työskentelyotetta.

Oheinen kuvio esittää tiivistettynä työntekijään liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Kaikki kuvion tekijät vaikuttavat toisiinsa.

Kuvio 3. Työntekijään liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen



#### 4.3 Sairaalaympäristöön liittyvät tekijät

Vanhuksen itsensä ja työntekijän lisäksi myös sairaalaympäristössä on tekijöitä, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Kyseisistä tekijöistä olennaisimmat ovat sairaala toimintaympäristönä, geriatrisen sairaalaosaston arki ja toimintaidea sekä medikalisaatio.

##### 4.3.1 Sairaala toimintaympäristönä

Ihmisen toiminta tapahtuu aina jossakin tietyssä ympäristössä, jossa vaikuttavat mm. aineelliset ominaisuudet, muut ihmiset sekä arvot, normit ja tottumukset. Ihmisen toiminta riippuu paljolti siitä, minkälaisia edellytyksiä ympäristö tarjoaa ja toisaalta, minkälaisia käyttäytymistäipumuksia ihmisellä kulloinkin on. (Pietilä 1976, 8-10.) Sairaala on terveydenhuollon toimintaa toteuttava laitos. Terveydenhuolto sisältää mm. terveystalvveluja ja niihin liittyviä toimintoja (Taipale ym. 1995, 25). Monesti laitoksiin kohdistuu negatiivisia ennakkoluuloja, kuten itsemääräämisoikeuden kaventuminen, valinnanvapauden rajallisuus, rutiineihin perustuva arki sekä passivoituminen (Vanhala 2005, 221). Sairaalaympäristö herättää usein vanhuksessa sairauteen ja kuolemaan liittyviä epämiellyttäviä tunteita, jotka voivat vaikuttaa haitallisella tavalla itse paranemisprosessiin (Achté 1994, 148).



Sairaala on organisaationa ollut viime vuosien aikana muutosten ristipaineessa. Tämä on johtunut lähinnä siitä, että sairaalaan on kohdistunut paineita toiminnan tehostamiseksi, kustannuksien rajoittamiseksi ja hoitoon sisältyvän läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Nämä tekijät ovat koetelleet perinteisiä sairaalan toimintamalleja saaden aikaan mm. ristiriitoja ja epävarmuutta eri ammattikuntien jäsenten keskuudessa. Sairaalat ovat tänäkin päivänä varsin normatiivisia ja funktionaalisia organisaatioita, kuten myös ammatillisia byrokraatioita. Terveystieteidenhuollossa päättäjät ja toteuttajat näyttävät tulkitsevan asioita vain omista lähtökohdistaan, jolloin yhteinen tavoite jää taka-alalle. (Wiili-Peltola 2005, 17-26.) Sosiaali- ja terveystieteiden rakennemuutoksessa korostetaan asenne- ja arvoilmapiirin merkitystä. Palvelujen rakennemuutoksen myötä painotetaan asiakkaan omatoimista pärjäämistä ja itsenäistä suoriutumista. Vaatimukset palveluiden yksilöllisyydestä, laadusta ja taloudellisuudesta ovat aiheuttaneet lisävaatimuksia sosiaali- ja terveystieteiden toteuttamiselle. (Sepänen 1996, 142-144.)

Sairaala on toimintaympäristönä moniammatillinen. Tämä johtuu siitä, että eri ammattikuntien tehtävät perustuvat sairauden myötä ilmeneviin eri ulottuvuuksiin. Yhteistä ammattiryhmille on, että hoidon ja työskentelyn ytimenä on sairauskeskeisen potilaan hoito (Lindén 1999, 99, 115). Instituutioiden hallintakäytäntöihin liittyy keskeisinä elementteinä työntekijöiden asiantuntijuus, valta ja tieto. Institutionaaliset toimintakäytännöt rajoittavat herkästi aktiivisenkin vanhuksen toimintaedellytyksiä (Kokko 2003, 25-28.) Vaikka yksilöt ovatkin subjekteja, niin subjektit rakennetaan tietynlaisissa institutionaalisissa ja diskursiivisissa käytännöissä (Latimer 1997, 146). Institutionaalisen todellisuuden ylläpitäminen sisältää sairaalassakin työskentelyn ja toimintakäytäntöjen rutiinimaisuuden (Vanhala 2005, 27). Laitos voidaan nähdä paikaksi, joka hyvinkin voimakkaasti heikentää fyysisine, sosiaalisine ja oikeudellisine rajoitteineen vanhuksen toimintamahdollisuuksia. Jo laitokseen tuleminen syy viittaa jonkinlaiseen rajoitukseen, kuten sairastumiseen, selviytymisen ongelmiin tai vanhuuteen (Kempainen 1992, 6).

Vanhusten sairaala- ja laitoshoido ovat sektoreina hyvin herkkiä ja herättävät monenlaisia tunteita, koska niihin liittyy yleensä vakava sairastuminen, toimintakyvyn aleneminen ja elämänhallinnan menettäminen myös kuoleman kummitellessa taustalla (Lyytikäinen 2002, 25). Sairaala sairauslähtöisenä, segmentoituneena ja hierarkkisena terveydenhuollon instituutiona ei juurikaan anna tilaa vanhuksen omille arvoille, valinnoille tai toiveille (Kiikkala 2000b, 55). Sairaalassa on isona organisaationa lähes kaikki ohjeet, ammattiroolit ja tehtävät etukäteen valmiiksi saneltu (Lindqvist 1986, 124). Sairaalan hierarkia-asteikossa vanhuksen asemana on olla kaikkein alhaisimmalla tasolla (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 102). Sairaalassakin tulisi pyrkiä järjestämään vanhukselle

turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä tarjoava ympäristö, joka antaisi siten mahdollisuuden jopa yksityisyyteen ja edistäisi osaltaan vanhuksen kuntoutumista ja toimintakykyä (Vaarama 1992, 27). Jo sosiaali- ja terveystalveluiden peruspyrkimyksenkin mukaan palveluiden tulisi tukea asiakkaidensa omaa aktiivisuutta ja selviämistä (Taipale ym. 2005, 79-80).

#### 4.3.2 Geriatrisen sairaalaosaston arki ja toimintaidea

Kontekstitieto eli asiayhteyttä kuvaava tieto on tärkeää tuoda esiin, koska se helpottaa ymmärtämään tietyn tapahtuman tai ilmiön laajempaa sosiaalista yhteyttä ja merkitystä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 146). Ihmisen elämän merkitys on aina tavalla tai toisella sidoksissa siihen toimintaympäristöön, jossa hän kulloinkin on; erilaisissa konteksteissa ja tilanteissa myös elämä saa erilaisen merkityksen (Saarenheimo 2003, 45). Toiminta tapahtuu aina jossakin kontekstissa, joka voi sekä helpottaa toimintaa että rajoittaa sitä. Vanhuksista käytetyt käsitteet, kuten avun tarvitsija ja palvelujen saaja ylläpitävät käsitystä vanhusten passiivisuudesta (Valokivi 2004b, 216).

Ihmisen toiminnan ja elämän ymmärtämiseksi on tunnettava se maailma, jossa hän elää. Kun vanhus saapuu sairaalan osastolle, hän tulee nopeasti tietoiseksi kulloisistakin osaston säännöistä ja arvoasetelmasta, mikä sisältää sen hyväksymisen, että osa päätösvallasta siirtyy osaston työntekijöille (Lyytinen ym. 2000, 2). Laitokseen joutuminen tai pääseminen tarkoittaa käytännössä identiteetin vaihtumista. Sairaala on ympäristönä monesti vanhukselle vieras ja äkillinen sairastuminen voi heikentää vanhuksen toimintakykyä huomattavastikin. Pelot, vieraus ja hämmennys aiheutuvat sekä omasta sairastumisesta että kaikista mahdollisista muista vanhuksen kokemista menetyksistä ja muutoksista (Tahvanainen 2004, 137). Sairaalassa vanhuksen roolina on olla potilas, mikä enemmän tai vähemmän vaikuttaa siihen, millaisin lähtökohdin häneen suhtaudutaan (Meriläinen ym. 1994, 248). Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että vanhus saa itse mahdollisuuksiensa mukaan kertoa elämästään, toimintakyvystään ja kodistaan. Tietoja voi tarvittaessa kysyä myös omaisilta, mutta toisinaan vanhuksen ja omaisen näkemykset poikkeavat kovasti toisistaan.

Laitoksessa, kuten sairaalassa, päivärytmi noudattaa hoitojen, pesujen, ruokailun ja siivouksen aikataulua, jolloin vanhus ihmisenä saattaa jäädä ”pakollisten” tehtävien sijaan toisarvoiseksi. Monet institutionaaliset käytännöt sekä luovat että vahvistavat vanhuksen riippuvuutta. Vanhukset laitostuvatkin helposti sairaalan sääntöihin ja rutiineihin. (Sinervo 2001, 33.) Laitostunut vanhus ei useimmiten halua eikä edes koe osaavansa toimia yksilöllisten toiveiden mukaisesti, jolloin hän on näennäisen helppo ja tyytyväinen asiakas (Gothi 1994, 242). Osaston rutiinomaisen päiväohjelman

rytmittäessä vanhuksen päivän kulkua on kanssakäyminen työntekijöiden kanssa vähäistä. Aika kuulu toimeettomana ruoan, hoitotoimenpiteiden, lääkärintähtien ja vieraiden käymisen odottamiseen. (Lyytinen ym. 2000, 1.)

Geriatrisella osastolla on keskeisellä sijalla kuntouttavan hoitotyön idea, jolloin tarkoituksena on, että vanhus tekisi mahdollisimman paljon asioita itse ja hoitaja auttaa vain tarvittaessa ja vain sen verran, kun todella tarvitaan. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on vanhuksen aktivointi. Mikäli vanhuksen puolesta tehtäisiin liikaa asioita, hänen omatoimisuutensa kärsisi ja lopulta hän ei pystyisi tekemään mitään.

#### 4.3.3 Medikalisaation keskeisyys

Työskenneltäessä vanhusten parissa sairaalassa nousee keskeiseksi terveyden ja sairauden ongelma. Terveydenhuollon instituutio määrittelee työntekijänsä toiminnan olevan sairauspainottunutta vanhuksen hoitamista (Lindén 1999, 99). Sairauslähtöisyys ylläpitää pessimististä asennetta vanhuuteen (Heikkinen 2002, 23). Siitä huolimatta ilmiöitä määritellään yhä useammin terveyden ja sairauden käsittein (Metteri 1996, 151). Lindqvist (1986, 70) esittääkin sekä terveyden että sairauden olevan lopulta sidoksissa ihmiskäsitykseen. Kun sairaudet ja vaivat ovat jokapäiväisiä ja aiheuttavat riippuvuutta palvelujärjestelmiin, saattaa vanhus kokea olevansa altavastaajan ja anojan roolissa (Metteri 2003, 31). Tämän vuoksi tulisi myös sairaalassa kiinnittää huomiota sairauden mukanaan tuomien ongelmien sijaan vanhuksen voimavaroihin ja hänen tarvitsemaansa tukeen (Hakonen 2003, 112).

Medikalisoituminen käsitteenä tarkoittaa sitä, että poikkeavuuksia tai elämäntapahtumia lääketieteellistetään, eli lääketieteestä haetaan yhä useammin ratkaisuja mitä erilaisimpiin elämän ongelmiin, jolloin käyttäytyminen alistetaan lääketieteen kontrollin alle (Tuomainen ym. 1999, 15-18). Sairaaloista on tullut teknologian keskuksia (Kane & Kane 2001, 413). Potilaan arki sairaalassa saattaa rakentua täysin lääketieteellisen diagnoosin ympärille. Diagnoosia seuraa usein rutiininomaiset hoitomuodot. (Harju & Salonen 1995, 83.) Esimerkiksi sosiaalisia ongelmia tulkitaan tänä päivänä hyvinkin oirekeskeisesti. Vanhusasiakkaan tilanteen arviointi ei kuitenkaan saisi olla vain diagnosointia, vaan sen pitäisi sisältää sekä vahvuuksien että heikkouksien tarkastelun (Naleppa & Reid 2003, 75). Todellisuudessa kukin vanhus elää kuitenkin omanlaistaan elämäntilannetta. Lääketieteellisesti painottuneessa arjessa vanhuksen kokemukset eivät välttämättä saa kovinkaan suurta arvoa ja lääketieteellinen diagnosointi saatetaan selittää korkean iän perusteella (Latimer 1997,

151). Olisi kuitenkin tärkeää ymmärtää ihmisen elämisen kokonaisuus, eikä vain jotakin puolta siitä (Pohjola 1993, 53).

Medikalisaation keskeisenä ajatuksena vanhuuden suhteen on, että toimintakyvyn menetykset otetaan hoidettavina sairauksina, jolloin terveydenhuollon painopisteeksi muotoutuu sairauksien hoitaminen vanhenemisen ollessa medikaalinen ongelma. Osittain tästä johtuen vanhukset ovat toisinaan hyvinkin riippuvaisia sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemyksistä siitä, mikä heille on oikein ja parasta, jolloin vanhukset oppivat tulkitsemaan ongelmiaan lääkärit välineinään. (Phillipson 1998, 33-34.) Tämänkin päivän vanhuuteen suhtautumista kehystää ajatus vanhuudesta sairautena, mikä pohjautuu osin siihen tosiasiaan, että ikääntymisen myötä sairastavuus yleensä lisääntyy (Heikkinen 2002, 15-17). Vanheneminen tarkoittaa medikalisaation näkemyksestä sitä, että terveyden säilymistä pidetään keskeisenä edellytyksenä onnistuneelle vanhenemiselle (Rintala 2003, 29).

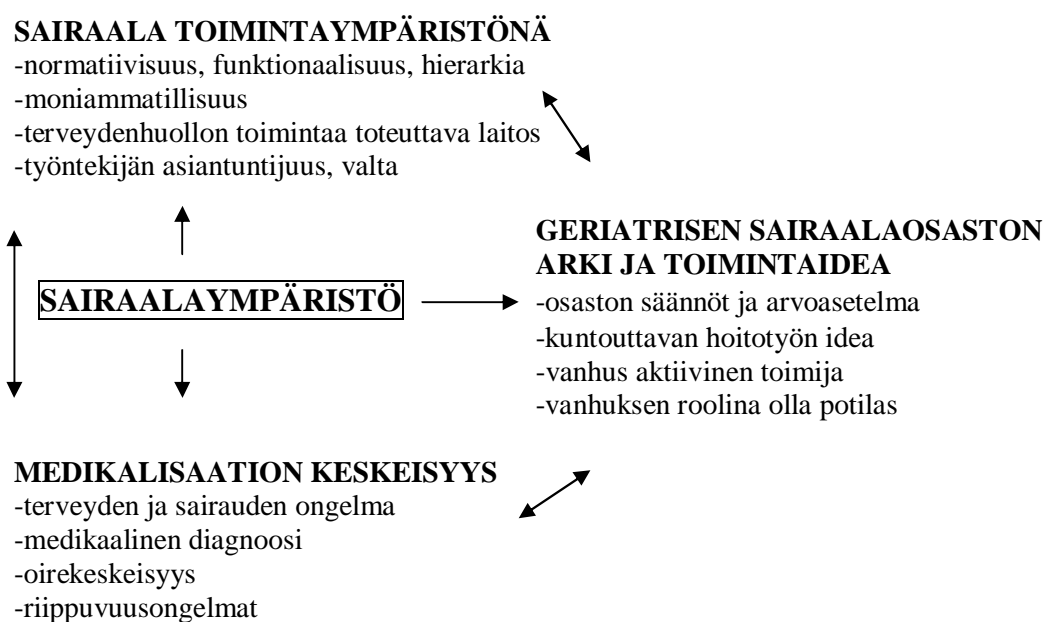
Biolääketieteen nousun myötä lääketieteeseen ja lääkärin kyvykkyyteen uskomisen on voimakasta (Phillipson 1998, 33). Lääketieteen ääni hiljentää vanhuksen elämismailman äänen. On jopa niin, että vasta sitten, kun palvelutarpeille löydetään lääketieteelliset perusteet, vanhusten palvelutarpeet otetaan todesta (Ala-Nikkola 2003, 20). Vanhenemisen katsotaan liittyvän heikkouteen, riippuvaisuuteen ja itsenäisyyden menettämiseen (Tietäväinen 2003, 22-25). Nähdään, että vanhukset ovat riippuvaisia nimenomaan asiantuntijoiden näkemyksistä siitä, mikä vanhuksille on parasta. Lääkärit kuitenkin kuvailevat ongelmia ennen kaikkea lääketieteellisen näkemyksen tavoitteissa, mikä sisältää diagnoosin, hoidon ja ennusteen. Vanhuspotilas sen sijaan tavoittelee selitystä, hoitoa, parantumista ja ennustetta, kun suhde sairauden ilmiöihin on hänellä välitön. (Toombs 1992, 18.)

Kun lääketieteelliset lähtökohdat ovat vallitsevia sairaalan arjessa aina asioiden suunnittelusta päätöksentekoon asti, saattavat vanhuksen sosiaaliset tarpeet ja oman elämän asiantuntijuus tulla sivuutetuiksi (Ala-Nikkola 2003, 59). Kun iäkäs ihminen nähdään hoidettavana sairautena, hänet sijoitetaan hoitojärjestelmän osaksi (Tietäväinen 2003, 22). Terveydenhuollon palvelut aiheuttavatkin potilailleen enemmän tai vähemmän riippuvuusongelmia (Tuomainen ym. 1999, 7-8, 49.) Vanhuuden alistaminen lääketieteelle ja diagnosoinnille saa aikaan vanhuuden korostamisen raihnaisuutena, sairaalloisuutena ja toimintakyvyttömyytenä (Koskinen 1997, 37). Lääketieteen painottaminen johtaa herkästi myös siihen, että palvelut kohdistuvat huonokuntoisimmille ja kiireellisimmille apua tarvitseville. Nämä potilaat ovat valitettavan usein muita kuin vanhuksia.

Vaikka sairaalassa yhä enemmän korostetaankin hoidon kokonaisvaltaisuutta, niin silti lääketieteen sairaudeksi määrittelyminen on hoidon ensiarvoisena lähtökohtana (Matilainen 1994, 37). Esimerkiksi monet etuudet ja palvelut ovat kytköksissä lääketieteelliseen arvioon potilaan terveydentilasta. Lääketieteeseen pohjautuva työ on tarkkaan rajattua eikä lääketieteellisten faktojen ohi mielellään kävellä. Lääketieteen puolella toiminta perustuu diagnooseihin. Diagnoosit sisältävät negatiivisen arvolatauksen ja saattavat siten passivoida vanhuksen, sillä niiden lähtökohtana on syiden etsintä (Rajavaara 1986, 60-61.) Tällöin vanhuksen kohtaaminen voi jäädä pinnalliseksi ja autoritaariseksi. Lääkäriin kokemus vanhuksen sairaudesta on yleensä merkittäväällä tavalla erilainen kuin vanhuksen eletty kokemus sairaudesta, joten vanhuspotilaan eletyn kokemuksen ymmärtämisen tärkeyttä ei tulisi aliarvioida. Eletty kokemus kuitenkin edustaa vanhukselle hänen sairautensa todellisuutta. (Toombs 1992, 26-27.)

Oheinen kuvio kokoaa tiivistettynä yhteen sairaalaympäristöstä lähtöisin olevat tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen. Kaikki kuvion tekijät vaikuttavat toisiinsa.

Kuvio 4. Sairaalaympäristöön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvaan tutkimukseni tekemisen kulkua aina suunnittelusta toteuttamiseen. Luvussa perehdytään tutkimuksen asetelmaan sekä aineiston keruuseen teemahaastattelulla. Lisäksi tarkastelen sisällönanalyysejä aineiston analysoinnin menetelmänä. Kuvaan myös tutkimuksen tekemisen etenemistä.

### 5.1 Tutkimusasetelma

Tutkimusotteeni on kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullinen tutkimusote soveltuu silloin, kun tarkoituksena on selvittää käyttäytymisen merkityksiä ja sen kontekstia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 27). Laadullisen tutkimuksen kohteena ovat luonnolliset olosuhteet. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan jokapäiväistä elämää tietyissä sosiaalisissa asetelmissa. (Holliday 2002 24-25, 69.) Tutkimuksen fokus on tutkittavien yksilöllisessä elämäkokemuksessa. Tutkija näkee ilmiön kokonaisvaltaisesti ja hän pyrkii pääsemään selville sen yksityiskohdista ja lainalaisuuksista. (Marshall & Rossman 1999, 3.) Laadullisessa tutkimuksessa kohteena on tutkittavien elämissä maailma, jolloin laatuun ymmärtäminen on mahdollista vain sellaisissa konteksteissa, joissa niillä on merkitystä. Tästä syystä koen tärkeäksi kerätä aineiston vanhusten ollessa sairaalassa, kun asiat ovat ajankohtaisia. Toisaalta vanhusten haastatteleminen sairaalassa voi aikaansaada epätodellisia vastauksia, mikäli vanhukselle pelkäävät vastauksiensa vaikuttavan hoitoonsa.

Tutkimukseni perustana on sekä aineistolähtöisyys että teoriasidonnaisuus. Puhtaasta aineistolähtöisyydestä tutkimuksessani ei ole kyse, koska aineistolähtöisessä tutkimusotteessa ei aiemmilla havainnoilla ja tiedoilla pitäisi olla mitään merkitystä, vaan koko tutkimus perustuu kerättyyn aineistoon. Tällöin on luonnollisempaa nojautua teoriasidonnaiseen analyysiin, jossa teoria toimii analyysin etenemisessä apuna, kun aiempi tieto ohjaa jossakin määrin analyysin tekoa. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2003, 97-98.) Tutkimuskohteen kuvaaminen on teoreettinen prosessi, sillä se on kohteen käsitteellistä jäsentämistä. Kun halutaan tutkimuskohteesta käsitteellisesti hyvin jäsentynyt kuvaus, se edellyttää tutkimuskohteen monipuolista ja tarkkaa määrittämistä. (Mäkelä 1990, 43.) Tutkimuskohteemme ja tapamme ymmärtää tutkimuksen lopputulokset liittyvät aina jollakin tavalla omaan elämäämme (Varto 1992, 16). Grönforsin (1982, 40) mukaan yksi tärkeimmistä tutkimusongelman valintaan liittyvistä tekijöistä on tutkijan omaa henkilökohtainen mielenkiinto ja uteliaisuus johonkin tiettyyn ilmiöön tai kohderyhmään. Siksi tämäkin tutkimus pohjautuu työelämässä herän-

neisiin ajatuksiin ja ihmetyksen aiheisiin, kun olen toiminut sosiaalityöntekijöiden sijaisena geriatrisilla sairaalaosastoilla. Pysin tutkimuksessani selittämään yhtä tärkeää ilmiötä tietyssä kontekstissa, enkä oleta sen välttämättä edustavan sinällään mitään varsinaista yleistä lainalaisuutta (ks. Alasuutari 1999, 39).

Tutkimukseni kohderyhmänä ovat vanhukset. Pysin valikoimaan vanhuksista monenlaisia haastateltavia, sillä tavoittelen mieluummin erilaisuutta kuin samanlaisuutta. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että aineistoa ei pyritä rajaamaan ennakkoon kovin tarkkaan. Tarkoitukseni oli katsoa, miten haastateltavat valikoituvat ja millaisia sairaalahoidon kokemuksia ja sairaalahoitoasiakkuuksia saan haastateltavaksi. Esimerkiksi puhtaasti iän perusteella ei haastateltavien valintaa kannata tehdä. Toki korkea ikä lisää sairaalahoidon tarpeen todennäköisyyttä, mutta eiköhän taustalla ole ainakin sairaalahoidon kohdalla lääketieteellisesti todetun sairaalahoidon tarve. Mielenkiintoista oli haastatella sekä naisia että miehiä, vaikka sukupuoli ei tutkimuksessani saakaan suurta painoarvoa. Haastateltavien valinnassa pidin kriteereinä seuraavia ominaisuuksia: vanhuksella tuli olla riittävästi liikuntakykyä (jotta pääsimme rauhalliseen tilaan kahden kesken keskustelemaan), vanhuksella ei saanut olla vaikeita puheen tuottamisen tai ymmärtämisen häiriöitä ja hän oli ollut sairaalassa yhtämittäisesti vähintään kaksi viikkoa.

Haastattelin kaikkiaan 10 vanhusta, joista kahdeksan oli naisia ja kaksi miestä. Kaksi vanhusta kieltäytyi haastattelusta. Iäkkäin haastateltava oli 90-vuotias ja nuorin 68-vuotias. Haastateltavien keski-ikä oli 83 vuotta. Haastatteluista lyhin kesti 25 minuuttia ja pisin 45 minuuttia, kun keskiarvo oli 34 minuuttia. Litteroitua tekstiä haastatteluista tuli yhteensä 53 sivua ja keskimäärin 5.3 sivua, kun tekstin riviväli oli 1. Haastateltavien sairaalassaoloaika jakautui niin, että lyhimmän aikaa ollut henkilö oli ollut haastatteluajankohtaan mennessä sairaalassa yhtämittäisesti kolme viikkoa pisimmän sairaalahoidon ajan ollessa kahdeksan kuukautta. Keskimääräinen sairaalassaoloaika muodostui aineistossani reiluksi neljäksi kuukaudeksi. Tein haastattelut kolmella eri osastolla, koska osastot ovat kuitenkin hieman erilaisia, joten näin ajattelin tavoittavani paremmin myös erilaisia kokemuksia. Haastateltavien sairauskirjo oli laaja, kun sairauksina oli mm. Alzheimerin tauti, verenpaine-tauti, sydämen vajaatoiminta, sydäninfarkti, koronaaritauti, sepelvaltimotauti, aorttaläppäongelmat, epilepsia, aivoinfarkti, raajan murtuma, reuma, keuhkohtaumatauti, diabetes ja kilpirauhasen vajaatoiminta. Haastateltavien liikkumiskyvyssä oli myös vaihtelua: osa liikkui ilman apuvälinettä, osa rollaattorin turvin ja osa pyörätuolilla. Myös toimintakyvyssä oli vaihtelua, sillä osa haastateltavista ei kokenut tarvitsevansa juurikaan hoitajien apua, kun taas joidenkin kohdalla avun tarve oli suhteellisen runsas. Osa haastateltavista oli ollut kyseisessä sairaalassa aiemminkin, kun taas joillekin

kerta oli ensimmäinen. Kaikki haastateltavat olivat tulleet kyseiseen sairaalaan jonkun toisen sairaalan kautta. Seitsemän haastateltavan kohdalla oli tavoitteena mennä kotiin, kun taas kolme odotti pitkäaikaishoitopaikkaa vanhainkodista. Seuraavassa taulukossa on tarkempi kuvaus haastateltavien vanhuksista.

Taulukko 2. Haastateltujen vanhusten profiili

Vanhuksen ominaisuudet	Haastateltavan vanhuksen nro									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sairaalassa olo kaikkineen	8kk	5kk	8kk	1kk	2kk	6kk	1kk	3vko	3vko	6kk
Ko. sairaalassa	6kk	3vko	5kk	3vko	2vko	3vko	3vko	1vko	1vko	3kk
Ko. sairaalassa aiemminkin		x	x		x			x		
Ei ko. sairaalassa aiemmin	x			x		x	x		x	x
Ollut sairaalassa paljon					x				x	x
Ollut sairaalassa vähän	x	x	x	x		x	x	x		
Avuntarve suuri	x		x					x		
Avuntarve pieni		x		x	x	x	x		x	x
On menossa kotiin		x		x	x	x	x	x	x	
Odottaa pitkäaikaispaikkaa	x		x							x
Edes jkv aktiiviset omaiset		x	x			x			x	x
Ei aktiivisia omaisia	x			x			x	x		
Ei halua omaisten osallistuvan					x					
Liikkuu ilman apuvälineitä		x		x			x	x		
Liikkuu rollaattorin turvin	x		x						x	x
Liikkuu pyörätuolilla					x	x				
Muisti normaali tai lähes		x			x	x			x	x
Muisti jkv alentunut				x			x			
Muisti huomattavasti alent.	x		x					x		

Tutkimukseni hypoteesit pohjautuvat hyvin pitkälle käytännön työkokemukseeni sosiaalityöntekijöiden sijaisena geriatrisilla sairaalaosastoilla, kun olen pohdiskellut asiakaslähtöisyyden sisältöä ja toteutumista geriatrisen osaston arjessa. Yksi hypoteeseistani on, että asiakaslähtöisyys ei geriatrisella osastolla omaa kovinkaan hyviä edellytyksiä toteutua, erityisesti organisatorisista tekijöistä sekä sairaalan arjesta johtuen. Toinen hypoteesini sisältää olettamuksen, että vanhuksen äänen kuulemisessa on vaikeuksia mm. kiireen ja työskentelytapojen vuoksi. Kolmas hypoteesini on se, että näen vanhuksen aseman sairaalassa olevan varsin alisteinen suhteessa ammatillisiin toimijoihin, jolloin vanhuksella ei ole paljoakaan mahdollisuuksia vaikuttaa asioihinsa. Katson toki, että edellä mainitut asiat ovat hyvin pitkälle riippuvaisia myös vanhuksesta itsestään sekä työntekijästä. Uskon, että asiakaslähtöisyydelle luo haasteita ennen kaikkea vaikeus muuttaa nykyistä sairaalakulttuuria ja pinttyneitä toimintatapoja, vaikka asiakaslähtöisyyttä ideaalisesti tavoiteltaisiinkin.



Myös työntekijät ovat varmasti sisäistäneet asiakaslähtöisyyden idean, mutta käytäntö ei anna sille riittävästi edellytyksiä toteutua.

Asiakaslähtöisyydestä aiemmin tehdyt tutkimukset tukevat myös työelämässä heränneitä hypoteesejani. Yleisesti ottaen asiakaslähtöisyyttä käsittelevä kirjallisuus osoittaa asiakaslähtöisyyden jäävän ideaaliseksi ilmiöksi. Asiakaslähtöisyys nähdään tärkeäksi ja tavoiteltavaksi asiaksi, mutta monet tekijät rajoittavat asiakaslähtöisyyden mahdollisuuksia toteutua. Rajoituksia aiheutuu vanhuksen ja työntekijän tavasta toimia sekä sairaalaympäristöön liittyvistä tekijöistä. Aiempien tutkimuksien mukaan asiakaslähtöisyyden toteutuminen käytännössä edellyttäisi muutosta koko sairaalaorganisaation kulttuurissa. Kun potilas on peruslähdekohtaisesti alisteisessa asemassa suhteessa työntekijään, ei asiakaslähtöisyydellä ole edellytyksiä toteutua. Hypoteesini ovat pääosin varsin kriittisiä, mutta en kuitenkaan anna niiden vaikuttaa kaventavasti tutkimusaineistojen tai aiempien tutkimusten tarkasteluun, vaan katson avoimin mielin, millaisia tulkintoja tutkimukseni edessä kustakin ilmiöstä alkaa kehittyä.

## 5.2 Tutkimuksen teon eteneminen

Tutkimukseni tekemisessä alkuun pääseminen oli hidasta puurtamista. Luin paljon aihealueeseen liittyviä aiemmin tehtyjä tutkimuksia, mutta tarkan tutkimusaiheen rajaaminen oli vaikeaa. Erityisesti tutkimuskysymysten tekeminen tuotti paljon päänvaivaa. Asiakaslähtöisyys oli pääkäsitteenä minulle itsestäänselvyys alusta alkaen, sillä tein myös aineopintojen kohdalla tutkimusprojektiointojen työni asiakaslähtöisyydestä vanhusten sairaalaosastolla. Kyseisessä tutkimuksessa mielenkiintoni kohteena olivat vanhussosiaalityöntekijöiden näkemykset asiakaslähtöisyydestä geriatriisella sairaalaosastolla. Jo tuolloin ajattelin, että pro gradussa tulisin keräämään tutkimusaineiston vanhuksia haastatellen. Oksien kasvattaminen rungon ympärille oli kuitenkin varsin rönsyilevää. Pikkuhiljaa tutkimuksen ydin alkoi onneksi hahmottua.

Aloitin pro graduni teon asiakaslähtöisyyteen liittyviä tutkimuksia lukien. Tein kirjoista tarkkoja muistiinpanoja. Samanaikaisesti tein miellekarttaa ja yritin siten hahmottaa kokonaiskuvaa asiakaslähtöisyydestä. Ajatusten ja ideoiden rönsyily johti siihen, että vaihdoin tutkimukseni pääideaan useaan otteeseen, kunnes palasin takaisin alkuperäiseen, kun huomasin, että uudet ideat eivät saaneetkaan ajatuksissani riittävästi tuulta alleen. Lähdekirjallisuuden lukemisen myötä päätin valita teemahaastattelun vanhusaineiston keruun muodoksi ja sisällönanalyysin analysoinnin välineeksi. Vähitellen aloin miettiä teemahaastatteluun sopivia teemoja ja mahdollisia kysymyksiä, mutta

niiden tuottaminen osoittautui varsin haastavaksi tehtäväksi. Ajan myötä oivalsin, miten tärkeää on kytkeä kysymykset konkreettiseen käytäntöön ja tulkita sitä kautta asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet muodostavat teemahaastattelun ohella koko tutkimukseni rungon.

Aiemmin tehtyjen tutkimusten lukemisen, miellekarttojen tekemisen, tutkimuskysymysten ja teemahaastattelun kysymysten ohella aloin kirjoittaa tutkimukseeni sisältyviä asioita. Aluksi kirjoitin asioita otsikoiden alle, jotka olivat esim. asiakaslähtöisyys, medikalisaatio, sairaalassa oleminen, itsemääräämisoikeus jne.. Tämä menettely auttoi minua hahmottamaan, mitkä asiat liittyivät miinkin osa-alueeseen. Kului pitkä aika ennen kuin pääsin ajatuksissani siihen, että asiakaslähtöisyyden pääulottuvuudet muodostavat tutkimukseni perusrungon, sekä teoreettisen että empiirisen.

Vähitellen aloin miettiä sitä, missä haastattelut toteutan ja millä tavalla. Puhuin alustavasti tutkimukseni tekemisestä kyseisen sairaalan ylihoitajalle. Koska sairaala, jossa haastattelut tein on minulle tuttu, pystyin suhteellisen hyvin suunnittelemaan etukäteen haastattelujen paikan, ajankohdan jne. tietäen mm. osastojen arkirytmien, ruokailujen ja vierailujen ajankohdan sekä fyysiset puitteet. Kun sain tutkimussuunnitelman hyväksytyksi, hain kyseisen sairaalan ylihoitajalta lupaa haastatteluiden tekemiseen. Tutkimussuunnitelmani hyväksymisen jälkeen sain nopeasti tutkimusluvan ja kolmen viikon kuluttua luvan saamisesta olin kerännyt aineistoni. Tämän jälkeen litteroin nauhoittamani haastattelut ja aloin analysoida niitä.

### 5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruun menetelmänä

Keräsin tutkimukseni aineiston vanhuksia haastatellen. Käyttämäni haastattelumenetelmä oli teemahaastattelu. Keräsin aineiston vanhuksia haastatellen, sillä kun haluaa saada tietoa siitä, miksi ihminen toimii niin kuin toimii ja miksi hän ajattelee niin kuin ajattelee, on luonnollisinta kysyä asiaa häneltä itseltään. Haastattelujen pyrkimyksenä on selvittää, miten vanhukset eri asiantilat kokevat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48-49.) Mielestäni haastattelun tekeminen on vanhusten kohdalla esimerkiksi kyselyä luontevampi valinta, sillä haastattelu antaa mahdollisuuden kasvokkaiseen vuorovaikutukseen, se on menetelmänä joustava, kun haastattelijana voin tarvittaessa toistaa kysymykseni, oikaista mahdollisia väärinkäsityksiä, selventää tarkoittamaani sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2003, 75). Ja koska asiakaslähtöisyyden ideaan sisältyy ajatus vanhuksen aktiivisuudesta ja subjektiudesta, on tarpeen käyttää sellaista aineistonkeruumenetelmää, jossa ne mahdollistuvat (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Haastattelun tärkeänä etuna on myös se,

että kysymysten ohella haastattelija voi tehdä havaintoja haastateltavasta, jolloin muistiin voi kirjata sen lisäksi mitä sanotaan myös sen, miten sanotaan (Hirsjärvi & Hurme 1995, 48). Toisaalta haastattelussa tutkija joutuu vääjäämättä kohtaamaan aineiston hankkimiseen ja käsittelyyn liittyvät tulkintaongelmat (Mäkelä 1990, 45).

Teemahaastattelussa haastattelurungon rakentaminen edellyttää vähintään perustietämystä tutkittavasta kohteesta, sillä esiyymmärrys aihealueesta ohjaa teemojen muodostumista (Eskola & Suoranta 1998, 79). Tämän vuoksi luin paljon aihealueeseen liittyviä tutkimuksia ennen kuin aloin miettiä, mitkä teemat mahdollisesti voisivat sisältyä omaan tutkimukseeni. Teemahaastattelun perusideana on edetä etukäteen määriteltyjen teemojen sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten pohjalta, joten aihepiirit ja teema-alueet ovat etukäteen määriteltyjä, mutta ne ovat kuitenkin luonteeltaan väljiä. Tällöin haastattelijan tehtävänä on lähinnä varmistaa, että etukäteen määritellyt teemat tulevat läpikäydyiksi, mutta teemojen järjestys ja niiden sisällön laajuus vaihtelevat haastateltavien mielenkiinnon ja kokemusten mukaisesti. (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Haastattelija tietää haastateltavien olevan tietynlaisessa tilanteessa ja läpikäyneen tietynlaisia asioita, jolloin haastattelu suunnataan haastateltavien subjektiivisiin kokemuksiin kyseisessä tilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47). Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen, eli asioihin, joita ilmiöstä jo tiedetään.

Teemahaastattelun myötä minulla on tarkoituksena avata haastateltavien vanhusten ajatuksia ja kokemuksia teemoihin liittyen (Hirsjärvi & Hurme 1995, 40). Teemahaastattelun perusideana on, että kaikki kysymykset ovat enemmän tai vähemmän avonaisia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 106). Teemahaastattelussa on tärkeää selvittää haastateltavien ominaisuuksia ja aikaisempia kokemuksia, koska niillä on taipumus määrätä ilmiöille annettavia merkityksiä. Se, millä tavalla jokin ilmiö tai teema konkretisoituu haastateltavan elämässä ja ajatuksissa riippuu hyvin paljon siitä, millaisia hänen aikaisemmat kokemuksensa ovat ja millainen hänen nykyinen elämäntilanteensa on. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36-41.) Teemahaastattelussa korostuvat nimenomaan haastateltavien omat tulkinnat asioistaan, heidän asioilleen antamat merkitykset sekä miten merkityksenannot syntyvät vuorovaikutuksen edetessä (Tuomi & Sarajärvi 2003, 77-78). Pyrin olemaan sitoutumatta liikaa teemoihin antaen asiakaslähtöisyydelle tilaa, jotta teemat eivät olisi ohjanneet paljoa haastattelun kulkua, vaan vanhus näkemyksineen ja mielipiteineen oli haastattelun keskiössä. Vanhukset saivat haastattelutilanteessa puhua mahdollisimman vapaasti. Haastateltavien kokemusten teemoista ja niihin liittyvistä asioista tulee avautua nimenomaan haastateltavien omien näkemyksien kautta, ei tutkijan, vaikka kirjallisuus ja tutkijan käsitykset havainnollistavatkin teemojen taustalla olevia oletuksia

(Marshall & Rossman 1999, 43, 108-110). Katson, että vanhukset ilmaisevat omissa vastauksissaan ja omaa kokemusta kuvatessaan, mitä kerrotut asiat heille merkitsevät.

### 5.3.1 Vanhusten haastattelemisen erityisyys

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 133) mukaan vanhukset ovat mukavimpia ryhmiä haastatella, sillä heillä on yleensä aikaa ja monet heistä ovat ilahuneita, kun joku on kiinnostunut heidän ajatuksistaan. Vanhusten haastattelussa on kuitenkin olemassa se riski, että joko vastaukset ovat hyvin pitkiä ja sisältö hyppii asiasta toiseen tai sitten hyvin niukkoja, eli haastattelut eivät yksinkertaisesti vain toimi. Aineistossani oli kaksi sellaista haastattelua, jossa en millään tahtonut saada kuin muutamman sanan vastauksia. Muistamaton vanhus puolestaan saattoi kertoa jonkin verran ihan jotakin muuta kuin mitä kysyin tai mikä aiheeseen liittyi. Osa haastateltavista kertoi varsin avoimesti kokemuksistaan selventävin esimerkein. Lumme-Sandtin (2005, 133) mukaan yksi yleisimmistä vanhusten haastattelua koskevista ennakkoluuloista on se, että vanhukset väsyvät nopeasti, jolloin tulee välttää pitkiä ja raskaita haastatteluja. Yleensä tämä ei pidä paikkansa, vaan haastattelija saattaa väsyä haastateltavaa nopeammin. Mutta joissakin olosuhteissa, kuten sairaalassa, vanhoille ihmisille tyypillinen muisteluhalukkuus ei välttämättä tule esiin. Vanhukset eivät suinkaan tuota aina ja kaikkialla muistelupuhetta. Tutkimuksessani vanhuksen väsyminen tuli ottaa tarkkaan huomioon, sillä haastattelemiini vanhukset olivat sairaita ja todella väsyivät nopeasti. Haastattelu ei tietenkään saanut vaikuttaa negatiivisesti vanhuksen jaksamiseen, joten oli tärkeää havainnoida, koska vanhus alkoi väsyä. Haastattelujen lyhytaikaisuus aikaansai mielenkiintoisen haasteen, sillä lyhyessä ajassa oli kuitenkin pyrittävä mahdollisimman kattavaan aihealueen käsittelyyn. Olen kaikkineen tyytyväinen haastattelujen kokonaisuuteen, sillä tavoitteeni siitä, että saisin haastateltavaksi toimintakyvyltään erilaisia vanhuksia ja kirjavia kokemuksia toteutui mukavasti.

Kohdistamme vanhuksiin aina jonkinlaisia ennakkoluuloja, jotka vaikuttavat tapaamme haastatella heitä. Ennakkoluulot aiheutuvat erityisesti siitä, että vanhuus on nuoremmille vieras alue ja siten hyvä kasvupohja ennakkoluuloille (Lumme-Sandt 2005, 128-129). Onkin tärkeää miettiä, miten haastattelijan on mahdollista ymmärtää haastateltavaa (Tuomi & Sarajärvi 2003, 70). Itse olen tutkijana ja haastattelijana nuori, kun taas haastateltavana oli pitkän elämäntaipaleen kulkenut vanhus. Tällöin minun tuli tehdä tarkennuksia asioista, jotta en tehnyt niistä vääränlaisia johtopäätöksiä. Minun piti myös kyetä asettamaan asioita vanhuksen elämän kontekstiin, mikä oli haastavaa. Yritin olla asettamatta ennakkoluuloja vanhuksiin kohdistuen, jolloin pyrin lähestymään vanhusta mahdollisimman avoimesti ja hänen haastattelussa antamastaan tiedosta uteliaana. Minulla oli polttava halu

saada kuulla, millaisia kokemuksia haastatteluni teemat vanhuksissa herättävät. Omien oletuksien tiedostaminen oli tärkeää, sillä asiakaslähtöisyyttä ajatellen ennakkokäsitykseni oli työkokemuksen ja aiempien tutkimuksien lukemisen myötä se, että geriatrisella sairaalaosastolla asiakaslähtöisyys ei oikein toteudu. Oletukseni ja ennakkokäsitykseni tiedostaen yritin olla johdattelematta keskustelun kulkua omien näkemysieni mukaisesti, mikä korostui ennen kaikkea kysymyksiä muotoilussa. (Ks. Lumme-Sandt 2005, 133-134.) Haastatteluja litteroidessani huomasin, että joissakin kohdin saatoin jonkin verran vaikuttaa omilla sanavalinnoilla vanhuksen vastaukseen, jonka kuitenkin paikasin tuonnetuilla kysymällä samaa asiaa toisella tavalla.

Vanhuksilla saattaa olla tekijöitä, jotka haittaavat haastattelua, kuten heikentynyt kuulo ja näkö (Hirsjärvi & Hurme 2000, 134). Haastateltavistani kahdella vanhuksella oli varsin huono kuulo, mutta tarkennuksin ja voimakasta ääntä käyttäen saimme keskustelun sujumaan. Vanhus saattaa myös havainnoida asioita valikoiden, hänen ongelmanratkaisukykynsä voi olla alentunut kuten tiedonkäsittelykykykin (Naleppa & Reid 2003, 39). Kyseisten tekijöiden huomioiminen jo etukäteen on tärkeää, jotta haastattelutilanne olisi mahdollisimman miellyttävä molemmille puolille ja aineistoltaan hedelmällinen. Varsinkin muistamattomien vanhusten kohdalla huomasin, että he saattoivat puhua asioista, jotka olivat tapahtuneet jo vuosikymmeniä sitten, mutta joiden he olettivat kuuluvan tähän päivään.

### 5.3.2 Haastattelujen toteuttaminen

Tein haastattelut kolmella geriatrisella sairaalaosastolla. Joitakin tunteja ennen haastattelua pyysin haastateltavilta kirjallisen luvan haastatteluun ja selvitin heille tutkimuksen sisältöä ja sen tekemiseen liittyviä asioita. Koin tärkeäksi, että kysyin vanhuksilta suostumusta haastatteluun samana päivänä, jolle haastattelua olin suunnitellut, sillä näin välttyin siltä, että haastateltavat olisivat hermostuneet asiasta tai alkaneet miettiä sitä liikaa. Haastateltavien valinnassa käytin apunani kyseisten osastojen osastonhoitajia. Jonkin verran tutustuin haastateltaviin etukäteen potilastietojen kautta, jotta sain selvitettyä mm. toimintakykyyn liittyviä asioita. Haastateltavilla tuli olla motivaatiota haastatteluun osallistumiseen sekä myös riittävät edellytykset, kuten kyky puhua, ymmärtää ja muistaa (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 46-47).

Haastattelut tapahtuivat arkipäivinä, joko ennen päivällistä tai heti sen jälkeen. Katsoin, että kyseisen ajankohta on hyvä haastateltavien vireystilaa ajatellen. Myös vierailijat käyvät yleensä vasta iltasella ja osaston arkikin on rauhallisinta juuri tuohon aikaan päivästä, kun aamupäivän askareet ovat

takana ja iltatouhujen alkamista odotellaan. Järjestin haastatteluille rauhallisen paikan, jossa ei häiritty. Haastatteluympäristönä oli sekä osastonlääkärin että osastonhoitajan huone, jotka olivat ulkoisesti varsin neutraaleja. Viihtyisämpää ja kodikkaampaa paikkaa ei ollut mahdollista nyt järjestää, sillä halusin kuitenkin tehdä haastattelut asianomaisilla osastoilla, koska haastateltavien vieminen osastolta ulos olisi saattanut sekoittaa heidän ajatuksensa. Haastattelut etenivät kukin omia polkujaan, kun teema-alueet kysymyssarjoineen tulivat esiin kulloisessakin haastattelutilanteessa sopivimmalla tavalla (ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 86-87). Teemahaastattelussa kysymysten muoto on kaikille suurin piirtein sama, mutta haastattelija voi muuttaa kysymysten järjestystä tarkoituksenmukaisella tavalla (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47). Koska haastatteluiden perustana on henkilökohtainen vuorovaikutus, jo haastattelurunkoa laatiessa tulee huomioida, että haastateltavat eivät välttämättä halua jakaa kaikkea tutkijaa kiinnostavaa tietoa (Marshall & Rossman 1999, 108-110). Mahdollinen häpeä tms. voi johtaa koko haastattelutilanteen lukkiutumiseen. Haastatteluissani ei kertaakaan näin käynyt, mutta yksi haastateltavista pyysi minua laittamaan nauhurin pois päältä, kun hän kertoi erään arkaluontoisen kokemuksensa.

#### 5.4 Sisällönanalyysi aineiston analysoinnin menetelmänä

Sisällön erittelyyn perustuva sisällönanalyysi on kätevä tutkimustekniikka silloin, kun tavoitteena on aineiston objektiivinen ja systemaattinen kuvailu ja analysointi (Pietilä 1976, 51). Sisällönanalyysissa on tarkoituksena järjestää aineistoa tiiviimpään muotoon kadottamatta kuitenkaan sen informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2003, 110). Tällöin tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi, kun tutkittavien ilmiöiden keskinäiset suhteet saadaan mahdollisimman selkeinä esille (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Sisällönanalyysin ideana on saada kerätty aineisto sellaiseen muotoon, että johtopäätöksien teko mahdollistuu. Itse pohdinta tapahtuu tutkijan järjellisen ajattelun kautta, johon sisällönanalyysin keinoin tuotetaan raaka-aineet. Sisällönanalyysillä voidaan tuottaa onnistuneimmillaankin vain kuvailevaa tietoa. (Grönfors 1982, 160-161.) Sisällönanalyysin tekoa ohjaavat käsitteet, jotka on havaittu jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa keskeisiksi, sekä myös tutkimuksen aihepiiriin liittyvät ennako-oletukset eli hypoteesit (Hirsjärvi & Hurme 1995, 115). Sisällönanalyysin avulla etsin tekstistä vanhusten asioille antamia merkityksiä, jotka perustuvat heidän kokemuksiinsa. Olennaista prosessissa on erottaa aineistosta sekä samanlaisuuksia että erilaisuuksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Aineistoon lähestymistapani on osin abduktiivinen, sillä minulla on olemassa joitakin teoreettisia avainideoita, joita pyrin saattamaan todeksi kerätyn aineiston avulla (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136). Nämä teoreettiset avainideat pohjautuvat erityisesti asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiin. Tavallaan liikun

myös induktiivisen ja deduktiivisen lähestymistavan välillä, kun siirryn aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen ja kuitenkin tarkastelen teoreettisten käsitteiden ilmenemistä konkreettisessa käytännössä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24). Toki annan aineistolle mahdollisuuden tuottaa uusia avainideoita ja syventää entisiä.

Aineiston sisällön tarkastelun tarkoituksena on tehdä sitä koskevia päätelmiä, kun aineiston sisältöä selitetään osin jo tiedetyn avulla ja toisaalta jo tiedettyä pyritään sekä syventämään että tarkastelemaan kriittisesti aineiston sisällön avulla (Pietilä 1976, 4). Sisällönanalyysissä pureudutaan aineistossa ilmeneviin merkityksiin, tarkoituksiin, ja aikomuksiin, kuten myös seurauksiin ja yhteyksiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23). Sisällönanalyysin menetelmät ovat luokittelu, teemoittelu ja tyypittely. Aineiston luokittelu antaa pohjan haastatteluaineiston tulkitsemiselle, yksinkertaistamiselle ja tiivistämiselle (Hirsjärvi & Hurme 2000, 177). Luokittelu on aineiston analyysimenetelmistä yksinkertaisin. Teemoittelussa puolestaan painottuu, mitä kustakin teemasta sanotaan. Tyypittelyssä aineistoa ryhmitetään tyypeiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 95.) Tämän tutkimuksen aineiston käsittely perustuu teemoitteluun luokittelun ja tyypittelyn sijaan. Koin teemoittelun parhaaksi vaihtoehdoksi, koska silloin saatoinkin käyttää lähtökohtanani asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia, joihin hain aineistosta viittauksia ja uudenlaista sisältöä.

Teemoittelu tarkoittaa sitä, että aineistoa analysoitaessa tarkastellaan aineistosta esiin nousevia piirteitä, jotka toistuvat useamman haastateltavan vastauksissa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173). Tematisoinnissa pyritään tutkimuskohteen jonkin osa-alueen laadun tunnistamiseen oikeassa yhteydessään, jolloin edetään vähitellen tulkinnan kautta ymmärtämiseen (Varto 1992, 73). Tarkastelen aineistoa pääosin aineistolähtöisesti, mutta kuitenkin osin teoriasidonnaisesti. Teoriasidonnaisuus kertoo aineistossani lähinnä siitä, että asiakaslähtöisyyden pääulottuvuudet ovat aineiston analysoinnissakin ajatuksen kulun kehikkona. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi Tuomea ja Sarajärveä (2003, 111-112) mukaillen tarkoittaa haastattelujen tekemistä, niiden purkamista kuunnellen ja litteroiden sana sanalta, kirjoitetun tekstin lukemista ja sen sisältöön paneutumista, pelkistettyjen ilmausten etsimistä, merkitsemistä ja listaamista, samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien etsimistä sekä sopivien ala- ja yläluokkien kehitlemistä. Omassa tutkimuksessani litteroin vanhusaineiston sanatarkasti, mutta esim. äännähdyksiä ja taukoja en erikseen merkinnyt, sillä en katsonut niillä olevan tässä tutkimuksessa merkitystä. Toki huomioin ne haastattelutilanteessa, kun näin, että jostakin asiasta haastateltava ei mielellään kertonut tai että jokin asia herätti haastateltavassa voimakkaitakin tunteita (lähinnä suru). Käyttämäni sisällönanalyysia voisi kutsua teoriaohjaavaksi, sillä tuon teoreettiset käsitteet esille valmiina, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyinä asioina (Tuomi & Sarajärvi

2003, 116). Tutkimuksessani teoreettiset käsitteet kumpuavat nimenomaan asiakaslähtöisyyttä käsittelevästä kirjallisuudesta.

Kun sain vanhusten haastattelut ja litteroinnin valmiiksi, aloin tutkimusaineiston abstrahoinnin prosessin eli aineiston järjestelemisen sellaiseksi, että johtopäätökset voidaan irrottaa aineiston ihmisistä ja tapahtumista yleisemmälle tasolle. Analysointi sisältää aineiston jakamisen käsitteellisiin osiin sekä sen uudenlaisen kokoamisen kuvauksina, yleistyksinä tai johtopäätöksinä. (Grönfors 1982, 145.) Aineiston organisointivaihe sisältää aineiston lukemista aina uudelleen ja uudelleen, huomioiden listaamista ja merkintöjen tekoa. Kaiken taustalla on pyrkimys tuottaa aineiston pohjalta mahdollisimman hyvin aineistoa kuvaavia luokkia ja teemoja. (Ks. Marshall & Rossman 1999, 153-155.) Aineiston pelkistämisen tein niin, että etsin litteroidusta aineistosta tutkimusongelmaa ja siten teemoja kuvaavia ilmauksia. Sisällönanalyysin tein siis teoriaohjaavasti, joka pääsääntöisesti kuitenkin eteni aineiston ehdoilla

Teoriaohjaavuus tarkoittaa aineistoni lähestymistavassa sitä, että asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet toimivat analysoinnin runkona. Aluksi kuuntelin haastattelut litteroinnin jälkeen kokonaisuutena ja merkitsin samalla ylös haastattelujen keston. Sitten kuuntelin haastattelut uudelleen kokonaisuutena, ilman merkintöjä, pyrkien saamaan kokonaiskuvan nauhojen sisällöstä. Vasta sen jälkeen aloin lukea aineistoa litteroidussa muodossa, ensiksi myös kokonaisuutena. Sitten kirjoitin kunkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuuden otsikoksi omalle paperilleen ja aloin kerätä otsikoiden alle aineistosta löytyneitä ilmauksia, viittauksia ja huomioita. Ensin poimin aineistosta selkeimmät otsikoiden alle liittyneet asiat ja vasta uudelleen lukemisten myötä aloin tarkemmin tulkita, mikä ilmaus mihinkin ulottuvuuteen liittyi. Välillä muistutin mieleeni asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien sisältöä luki-  
malla jo kirjoittamaani teoriaosuutta niistä. Ilmauksia, sanoja ja muita viittauksia poimiessani huomasin nopeasti, että moni niistä olisi sopinut useampaankin ulottuvuuteen. Tällöin vasta ymmärsin, miten monisyinen ilmiö asiakaslähtöisyys onkaan. Aina, kun siirsin litteroidusta aineistosta jonkun sanan tai ilmauksen erilliselle paperille, alleviivasin sen alkuperäiseen versioon, jotta en poimisi samaa kohtaa uudelleen. Kun sain kahlattua aineistoni tällä tavalla läpi, jätin sen joksikin aikaa syrjään ja jatkoin analysointia poimimillani asioilla. Tämän tein siksi, että nyt pystyin keskittymään kaikista olennaisimpiin asioihin, kun olin karsinut ylimääräiset asiat pois. Linkitin asioita yhteen, etsin eroavaisuuksia ja samanlaisuuksia. Mietin, mikä johtuu mistäkin ja mikä kytkeytyy mihinkin. Yritin kyetä ymmärtämään, mitä vanhusten esille nostamat asiat kertovat asiakaslähtöisyydestä, mitä elementtejä vanhukset siinä painottavat, mistä huonoista ja hyvistä asioista he kertovat ja mikä merkitys sillä kaikella on asiakaslähtöisyydelle. Tarkastelin myös, millaisia työntekijään ja



sairaalaympäristöön liittyviä tekijöitä aineistosta löytyy. Olin aineiston sisällölle kriittinen ottamatta mitään itsestäänselvytenä, vaan etsin asioille syitä ja seurauksia. Koko ajan pysyin kuitenkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista tehtyjen otsikoiden alla. Ajan myötä palasin uudelleen varsinaiseen litteroituun aineistoon ja aloin poimia sopivia lainauksia tutkimustuloksien tueksi. Pyrin etsimään lainauksia, jotka toisivat mahdollisimman hyvin vanhusten näkemykset ja kokemukset esiin.

## 6 VANHUSTEN KOKEMUKSET SAIRAALASSA OLEMISESTA JA ASIAKASLÄHTÖISYYDESTÄ

Tässä luvussa esitän vanhusten kokemuksia sekä sairaalassa olemisesta että asiakaslähtöisyydestä. Tuon mahdollisimman paljon esiin lainauksia vanhusten haastatteluista. Aluksi tarkastelen vanhusten kokemuksia sairaalassa olemisesta yleensä, jonka jälkeen siirryn asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiin. Se millaiseksi vanhus kokee sairaalassa olemisen vaikuttaa osaltaan myös siihen, miten hän kokee asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien sisältämät ilmiötkin. Kunkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuus –luvun alussa muistutan lyhyesti mieleen keskeisimpiä asioita, joita kirjoitin kyseisestä ulottuvuudesta teoriaosuuteen.

### 6.1 Vanhusten kokemukset sairaalassa olemisesta

Sairaalaan tullaan tutkimuksiin ja hoitoon. Nimenomaan sairastuminen ja siitä aiheutuva sairaalahoidon tarve sekä kotona pärjäämättömyys olivat kaikilla haastattelemillani vanhuksilla sairaalaan tulon syynä: *”Olen sairaalassa nyt verenpaineen ja pyörtyilyn takia”. ”Siskon tyttö ja hänen miehensä sattuivat käymään luonani ja löysivät minut lattialta, niin ne sitten veivät minut ensiapuun”. ”Kaatusin kotona. En tiedä mistä se johtuu. Mutta kun laitoin yöpukua valmiiksi illalla, niin yhtäkkiä mä lyhistryin ja jalat meni alta. Siitä en sitten päässyt mihinkään. Kuin jalkoja ei ollutkaan. Onneksi mulla oli se turvapuhelin niin sain soittaa siitä sitten.” ”Epilepsian takia minä tänne jouduin”.*

Vanhukset kokivat sairaalassa olemisen sekä hyväksi että huonoksi asiaksi. *”Ruoka on hyvää ja kaikki on hyvin. Hoitajat on kovin mukavia, auttavaisia ja ystävällisiä”*, yksi vanhuksista kertoo. Toinen vanhus kokee vaikeaksi sairaalassa olemisen myötä tulevan riippuvuuden: *”Ei tähän koskaan oikein totu. Sitä on niin kuin toisten avun varassa. Niin se on niin vaikeeta, kun on aina totunut pitämään itsestä huolta, ja toisista.”* Sairaalassa ollessa on ajan kulumisen kanssa vaikeuksia: *”Tietysti aika on vähän pitkää, mutta onneksi mulla on semmoiset omaiset, jotka käy aika usein katsomassa”.* Mutta, jos omaisia ei kävisi, niin sitten aika olisi pitkää. Joillakin vanhuksilla aika toki kuluu, jopa yllättävänkin hyvin: *”Ei se aika aina pitkäksi käy, mutta joskus käy. Että saisi mennä aika nopeamminkin. Mutta kyllä täällä aika kuluu. En mä ymmärrä, mikä sen saakin kulumaan.”* Tekemistä kuitenkin voisi olla enemmän, josta löytyi selvät suosikit: *”Askartelua olisi hyvä olla. Ja sitten semmoisia keskustelujuttuja ja kysymysjuttuja. Ja kuntoutusta ennen kaikkea.*

*Fysioterapiaa saisi olla.” ”Sairaalassa olo ei pelota, kun ei ole leikkauksia”, eräs vanhuksista sanoo. Mutta kotia ei kuitenkaan voita mikään: ”Olen minä ihan tykännyt olla. Tää on ihan hyvä sairaala. Mutta tietysti kotiin on aina ikävä.” Sairaalassa olemisen hyvyys saatetaan perustella sillä, että ”jos ei pysty olemaan kotona, niin saa ainakin apua”. Vanhus näyttääkin odottavan sairaalassa olemiselta parannusta tilaansa ja toimimista sen eteen, mutta aina asiat eivät mene omien ajatuksien mukaisesti, kuten vanhus kertoo: ”Ei kai täällä muuta hyvää ole kuin että saa syödä ja maata. Niin mää olen sanonut lääkärillekin, että mitä mää täällä teen, kun mulla olis paljon korjaamista itsessäni, mutta ei mitään. Sen kuin syö ja makaa. En mää tykkää semmoisesta. Mää tykkään, kun sairaalassa on, niin kyllä pitäis jotain tapahtua. Mutta, kun mitään ei tapahdu. Muuta, kun on vaan. Ja se mua kyllästyttää. Kun olis kerran korjattavaa. Se olis eri asia, jos ei olis.”*

*Erään vanhuksen mukaan sairaalassa on ”ajoittain mukavaa, ajoittain ei. Nää jotkut potilaskaverit on vähän hankalia. Siellä on niin monenlaista sakkia.” Kyseisen vanhuksen kohdalla tyytymättömyys liittyi ennen kaikkea rauhattomaan huonekaveriin. Myös muista huoneista voi tulla vierailijoita omaan huoneeseen, mikä aikaansaa tyytymättömyyttä, kun omaa rauhaa ei löydy lainkaan: ”Toi mun huone on vähän semmoinen levoton. Sinne tulee...ykskin yö, kuinka mää siihen heräsin, kun mun rollaattoria oltiin viemässä. Siinä oli semmoinen aika iäkäs rouva, meinas mennä mun rollaattorin kanssa. Mää sanoin sille, että kuule, et sinä ole tästä huoneesta. Ja se on minun rollaattori, että mene nyt kysymään tuolta käytävältä hoitajilta, että missä sinun huoneesi on. Ja yks toinen nainen kävelee ja kulkee aina öisin. Se saattaa seistä tuossa vieressäkin ja tuijottaa. Se on aika kolkkoa ja ikävää.” Sairaalassa olemisen voi kokea ikävänä myös siksi, kun ei pääse osallistumaan yhteiskunnan tapahtumiin: ”Tää on hyvin ikävää tämä sairaalassa oleminen. Tää on niin kuin koko yhteiskunnan ulkopuolella. Onneksi elämäkumppani käy lukemassa edes lehdet, niin pysyy jotenkin rytmi asioissa.”*

*Sairaalan rutiininomaisen päiväohjelman vanhukset kokevat sekä hyväksi että huonoksi. Sairaalaosaston arki on useimmiten virikkeetön, jolloin aika ei tahdo kulua. Mutta silloin, kun rutiinit käydään läpi, niin ”ohjelmaa on niin, että hyvä kun perässä pysyy. On ruoka ja aamupesut. Aamullakin kysytään, joko sää oot käyny pylly pesemässä, ja jos et oo niin nyt mentiin. Että kaikki käy sillai.” Haastattelemani vanhukset olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että sairaalan arki on rutiineineenkin sittenkin hyvä asia, vaikka ”paljon voisi tehdä toisinkin”. Sairaalan rutiininomainen päivä ”on jotenkin määräävä, mutta ei se sillai ole. Kyllä se oikeastaan hyvä on, että on semmoinen rytmi, minä mukaan elämä menee.” Yhden vanhuksen mukaan ”ennen kaikkea ne rutiinit on ne, jotka tavallaan tekee sen, että ihmisellä on siihen pysyvyyteen tietty luottamus. Että kun mää tiedän, että*

*hoitajilla on tietyt systeemit ja ne sitä aika johdonmukaisesti noudattaa, niin se helpottaa myöskin hoidettavien olotilaa.”*

Tarpeet ja tarpeisiin vastaaminen on sairaalassa tärkeää asiakaslähtöisyyttä ajatellen. Vanhusten tarpeet ovat ilmiöitä, jotka työntekijän tulisi kyetä huomaamaan ja ymmärtämään sekä vastaamaan niihin. Haastattelemillani vanhuksilla tarpeet pohjautuivat ensisijaisesti avunsaantiin. Jotkut vanhuksista toivoivat ennen kaikkea läsnäoloa ja turvaa, kuten eräs vanhuksista kertoo: *”Kyllä mä nouseen juuri pääsen, mutta sitten mä en tahdo pysyä pystyssä. Ja se on ilkeä tunne. Että olis kiva, kun siinä joku vaikka katselisi vieressä. Olisi turvana. Kyllähän mulla tämä rollaattori on. Sittenkin toivoo enemmän ihmisiltä apua.”*

Tarpeet näyttävät osittain heijastuvan siihen, mitä vanhus työntekijältä odottaa. Vanhukselle tärkeitä asioita ovat aito läsnäolo ja kuunteleminen: *”No hyvä hoitaja on vähän semmoinen, että ymmärtää ja vähän kuuntelee ja vähän auttaa. Sitä varten heidän täällä pitäisi olla. Hyvä hoitaja on sellainen kohtelias ja kuuntelee, kun potilas pyytää jotain.”* Kyseinen vanhuksen kommentti osoittaa sen, miten asioiden pitäisi olla, mutta miten ne eivät todellisuudessa aina ole. Tärkeäksi vanhukset kokevat myös sen, että työntekijä *”on ystävällinen ja ottaa huomioon, jos potilas jotain kysyy tai pyytää tuoda taikka jotain, että ottaa huomioon ja tuo ja tekee sen”*. Painoarvoa saa osaltaan se, että työntekijä *”on sympaattinen, mukautuvainen ja ottaa huomioon kaikkien valitukset ja tarpeet”*. Myös se, että saa puhua jollekin huoliaan ja kerrata mennyttä elämää on vanhukselle monesti tärkeää. Kaikki vanhukset eivät kuitenkaan halua puhua huolistaan tai vaivoistaan. Yksi vanhuksista kertoo siitä, että pitää enemmän huonon olon sisällään ja on ns. helppo potilas: *”Mää oon luonteeltani vähän semmoinen, että olen niin kuin mukava potilas. Kyllä mä huumorilla paljon voitan. Ja pidän asiat monesti sisälläni, vaikka aina sitten harmittaakin.”* Lempeys ja ystävällisyys voivatkin toimia vanhuksella todellisen tilanteensa peitevälineenä.

Yhdellä vanhuksista oli konkreettinen tarve päästä suihkuun mahdollisimman usein: *”Ihan riittävän usein täällä suihkuun pääsee. Ja se on mulle suuri nautinto, että mä pääsen kunnan aamupesuuun. Aamupesuu kuuluu vakiokalustoon ja sitten, kun pääsee kunnolla aamupesulle niin sanotaanko, että päivä on pelastettu.”* Aina ei tosin suihkussa käyminenäkään tapahdu riittävän usein: *”Kerran viikossa pääsee suihkuun. Ei ihan sitäkään. Kyllä yhteen aikaan meni niin pitkään, että mä rupesin ihan haiseen”*, eräs vanhuksista kertoo. Kaiken lisäksi *”se suihkussa käyntikin on sellaista veden heittoa vaan. Se ei ole oikein semmoista niin kuin tarttis pestä.”* Toisen vanhuksen kohdalla konkreettinen tarve kohdistui hammaslääkäriin pääseminen: *”Nytkin on semmoinen tilan-*

*ne, ettei mun pysy alahampaat paikallaan ollenkaan, niin tarviis välttämättä saada hammaslääkäri. Mutta ei ainakaan vielä ole tehty mitään sen eteen. Alahampaat on sopimattomat ja ne ei tahdo pysyä suussa ja ne on poikkipäin siellä välillä kuinka sattuu.”* Kyseisen vanhuksen kohdalla hänen tarpeeseensa ei oltu vastattu, mikä aikaansai esim. vaikeuksia syömisessä ja tuntui osittain alentavan vanhuksen elämänlaatua. Tarpeeksi voi nähdä myös sen, että lääkärin toivotaan olevan enemmän paikalla, lääkärin näkemistä odotetaan ja jos lääkäri ei tulekaan, aiheuttaa se pettymyksen: *”Joskus aina olisi tarvetta jutella lääkärin kanssa, jos se olisi paikalla. Ykskin päivä mää nyt hiljakkoin, mää just varta vasten, kun mää ajattelin, että se tulee siinä kahdentoista ja yhden välissä, niin mää tuln tonne omaan huoneeseen ja vartosin, että se lääkäri tulisi, että saisi jotain sen kanssa keskustella. Mutta ei mitään kuulunut. Se oli nyt just hiljakkoin, kun mää ajattelin sitä kotiin pääsyä. Se oli aika noloo.”* Toisinaan lääkäritarpeeseenkin vastataan, kuten toinen vanhus kertoo: *”Kyllä lääkäri aika hyvin tavoitettavissa on. Kerrankin, kun mää putosin sängystä pää edellä lattialle, niin lääkäri oli heti paikalla neulomassa reikiä kiinni.”* Näkyvään ja hoidollista apua edellyttävään tarpeeseen näytetään vastaavan paremmin kuin näkymättömään ei-hoidolliseen tarpeeseen.

Kyseisessä sairaalassa aiemminkin olleet vanhukset olivat kyseisessä sairaalassa ensikertaa oleviin vanhuksiin nähden mielipiteissään itsevarmempia. Sairaalaan tuleminen oli helppoa, kun kaikki olivat entuudestaan tuttuja. Asioista uskalletaan kertoa, mikäli kerrottavaa on, vaikka ennemmin sitä kuitenkin on mukava ja hiljainen potilas. Asioista saa kertoa, mikäli jotakin haluaa kertoa. Henkilökunnan kanssa ei tarvitse ujustella, joten voimakkaatkin mielipiteet voi tuoda julki. Koetaan, että potilaankin ääni tulee kuuluviin. Toisaalta on myös havaittu, että vanhoja ihmisiä katsellaan vähän niin ja näin, heistä luodaan ennakkokuvia ennen kuin ollaan edes keskusteltu. Kyseisessä sairaalassa ensikertaa olevat olivat aikaisempia kokemuksia omaaviin vanhuksiin nähden arempia ja mielipiteissään neutraalimpia. He vaikuttavat olevan hiljaa, kun kaikki on ihan hyvin. Toisaalta asioita haudotaan omissa ajatuksissa uskaltamatta tuoda niitä julki. On mukavaa, että on kavereita ympärillä, sillä yksin ei oikein rohkenisikaan tehdä mitään. Aktiivisten omaisten rooli on ensikertalaisille merkittävämpi kuin aiemminkin kyseisessä sairaalassa olleille. Tyytyväisyyteen aiemmat kokemukset eivät sinällään näyttäneet vaikuttaneen.

Vanhukset, jotka olivat olleet elämänsä aikana paljon sairaalassa, kokivat epävarmuutta kohtalostaan. He eivät juurikaan halunneet ottaa aktiivista roolia elämässään, vaan tyytyivät siihen, mitä olemassa on. Toisaalta he eivät halunneet olla toisten harmina, mutta kuitenkin toisten avun varassa olemisenkin tuntui vaikealta. Vanhus haluaisi määrätä elämästään, mutta ei osaa vaatia, eikä siihen ole oikein mahdollisuuksiakaan. Paljon sairaalassa olleen vanhuksen mielestä potilaan roolia ei ym-

märretä. Laitostuminen näyttää sairaaloissa kiertämisen myötä pureen vanhuksiin, kun he kokevat, että on toisaalta mukavaakin, kun tehdään kaikki puolesta valmiiksi. Vanhukset, jotka olivat olleet vähän sairaalassa vaikuttavat olevan arempia ja vailla vahvoja mielipiteitä. He ovat hämillään ja ulkopuolella kaikesta. He kokevat, että kaikki pitää vaan ottaa vastaan. Aktiivisten omaisten rooli on tällöin suurempi.

Vanhukset, jotka olivat haastatteluhetkellä olleet pitkään sairaalassa kokivat, että on mukavaa, kun on muita ihmisiä ympärillä. Aktiivisesta roolista ei tosin ole tietoaakaan, kun eletään sairaalanormia ja ollaan potilaana muiden joukossa. Vanhukset kokivat mukavaksi, kun apua saa kaikkeen; kuka edes haluaisikaan tehdä asioita yksin? Sairaalassa ollaan toisten armoilla, mielipiteisiin ei oteta kantaa eikä vanhusta oteta keskusteluihin mukaan aktiivisena jäsenenä. Omaisten rooli on merkittävä erityisesti ajan kuluttajina. Laitostumisen piirteistä kertoo se, että vanhus sanoo tottuvansa kaikkeen. Sitä vaan ollaan ja mennään muiden mukana. Vanhukset, jotka olivat haastatteluhetkellä olleet lyhyen aikaa sairaalassa kokivat suurempaa ikävää kotiin. Heidän mielipiteensä olivat neutraalimpia. Toisaalta he olivat ajatuksissaan enemmän tohkeissaan, kun kaikilla on niin kiire, vanhusta ei kuunnella eikä apuakaan saa. Osaston lääkäristä tai osaston muustakaan elämästä vanhukset eivät oikein tienneet, jolloin oltiin osaston elämän ulkopuolella. Vanhus ei näyttänyt tietävän, mitä pitäisi tehdä tai mitä pitäisi osata odottaa.

Vanhukset, joiden avuntarve oli pieni olivat enemmän apua tarvitseviin vanhuksiin nähden myönteisempiä sairaalassa olemisen kokemuksissaan. Kuitenkin molemmista ryhmistä löytyi sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä. Pitkäaikaishoitopaikkaa odottavat vanhukset puolestaan olivat kotiin meneviä vanhuksia tyytyväisempiä. Tämä selittyy osittain sillä, että pitkäaikaishoitopaikkaa odottavat vanhukset olivat huomattavan muistamattomia. Heillä oli kaikki hyvin, kun oli olemassa paikka, jossa olla. He eivät esim. osanneet erikoisemmin ikävöidä kotiinsa, kun he eivät edes muistaneet, millainen heidän kotinsa on. Kokemuksien ja arjen kulun kriittinen tarkastelu oli myös heille vaikeampaa kuin ns. normaalin tai lähes normaalin muistin omanneille vanhuksille. Vanhukset, joilla oli aktiivisia omaisia olivat sairaalassa olemiseen hieman tyytyväisempiä kuin vanhukset, joilla ei ollut aktiivisia omaisia. Aktiivisten omaisten myötä vanhukset kokivat voivansa osallistua ja vaikuttaa asioihinsa edes jonkin verran. Omaisten puuttuessa vanhus joutuu kohtaamaan kaikkia asiat yksin, ilman tukihenkilöitä. Yksi vanhuksista ei halunnutkaan omaisten olevan aktiivisessa roolissa asioissaan. Hänen kohdallaan sairaalassa oleminen herätti sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä. Hyvällä toimintakyvyllään ja aktiivisuudellaan hän kykeni itse ottamaan kantaa asioihinsa ja jossakin määrin myös vaikuttamaan niihin. Hän koki omaisten olevan enemmän haittana.

Vanhukset olivat tulleet sairaalaan sairastumisen vuoksi. Sairaalassa oleminen sisältää vanhusten mukaan sekä hyviä että huonoja puolia. Tärkein asia on se, että sairaalassa ollessa saa apua, kun on sairas tai kun kotona ei pärjää. Sairaalassa on toisaalta hyvä olla, mutta kotiin on ikävä. Työntekijät ovat pääosin mukavia ja ystävällisiä, mutta riippuvuus heistä tuntuu pahalta. Sairaalassa ollessa aika tahtoo käydä pitkäksi, kun kaikilla ei ole aktiivisia omaisia, jotka käyvät katsomassa. Tekemisen puute vaivaa monia vanhuksia. Vanhukset olisivat halunneet ajan kuluksi mm. askartelua ja kuntoutusta. Mutta, kun rutiineja toteutetaan on tekemistä niin, että ei tahdo perässä pysyä. Rutiinit ovat hyvä asia, on hyvä, että asioilla on rytmensä. Osa vanhuksista kokee, että he ovat sairaalassa turhaan, kun ollaan vaan eikä mitään tapahdu. Myös levottomat huonekaverit aikaansaavat vanhuksessa tyytymättömyyttä. Yhteiskunnan ulkopuolella oleminen on vaikeaa. Sairaalassa ollessa vanhukset kokevat, että heidän tarpeisiinsa vastataan joskus, mutta ei aina. Vanhusten tarpeet kohdistuvat lähinnä avunsaantiin, erikoislääkärille pääsemiseen, lääkärin tavoitettavuuteen ja suihkuun pääsemiseen. Työntekijöiltä vanhukset odottavat turvana ja vierellä olemista, kuuntelemista, ymmärtämistä, auttamista ja ystävällisyyttä.

## 6.2 Itsemääräämisoikeus: *”Sitä on aikalailla toisten armoilla”*

Teoriaosuudessa itsemääräämisoikeudessa painottui vanhuksen oikeus ja kyky toimia itsenäisesti sekä toiminnan vapaus. Itsemääräämisoikeudessa nousee keskeiselle sijalle mahdollisuus määritellä itse toiveensa ja tarpeensa sekä myös toteuttaa niitä. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen esteiksi nähdään mm. tiedon puute, rutiinit, vanhuksen käsittämiskyvyn rajoitteet sekä työntekijöiden kiire. Itsemääräämisoikeus on oikeastaan koko asiakaslähtöisyyden tukijalka, jonka ympärille muut ulottuvuudet rakentuvat.

Vanhusten haastatteluaineistossa nousi varsin selkeästi esiin se, että sairaalassa oleminen on hyvin pitkälle toisten armoilla olemista. Esimerkiksi ajatuksen kotiin menosta tuo monesti esiin lääkäri, asiaa ei ole kysytty vanhukselta itseltään ja vaihtoehtojakaan ei ole esitetty: *”No lääkäri sitä kotiin menoakin ehdotti. Että nytkin, kun hän kävi tänään, niin hän ehdotti sitä, että kotiin pääsisi viikonlopun jälkeen.”* Vanhuksella itsellään oli kuitenkin toisenlaisia ajatuksia, joihin lääkäri ei ottanut kantaa: *”Mää sanoin hänelle, että mä haluaisin jonnekin muualle ensin, mutta ei hän ottanut siihen kantaa. Haluaisin jonnekin, missä saisi vähän kuntoutua ja sitten vähän autettais, kun mä tarvitsen. Että joku vähän seuraisi touhua.”* Vanhus toi siis tarpeensa ja toiveensa esiin, mutta lääkärin näkemys sai vahvemman sijan ja vanhus meni kotiin viikonlopun jälkeen. Tämä kertoo siitä,

että itsemääräämisoikeuden toteutumiselle ei läheskään aina näytä olevan ulkoisia edellytyksiä. Vanhusta voidaan kuulla ja hänen huoliaan voidaan jakaa, mutta vain tiettyyn rajaan asti.

Toisten armoilla oleminen kuvastaa tilannetta, jossa työntekijät määrittelevät käytännön asioita ja vanhuksen elämän tavoitteita. Työntekijöistä on kiinni se, mitä tehdään ja koska tehdään. Esim. vanhus kertoo siitä, kuinka vanhainkotipaikkaa on haettu hänestä riippumatta: *”Ei se kyseiseen vanhainkotiin meno ole ollut minun oma toiveeni. Sen on määrännyt noi, jotka on mua hoitaneet, niin ne ei pärjää mun kanssa enää. Mulla on ollut semmoinen kumppani siellä, joka on hoitanut mua. Se mun kumppani on sosiaalityöntekijän kanssa puhunut. Multa ei ole kysytty missään vaiheessa, mitä minä haluan. Mää olisin ajatellut itse jotain yksityisempää laitosta.”* Kyseinen toimintatapa on herättänyt vanhuksessa ikäviä tunteita, sillä onhan kuitenkin kyseessä hänen asuinpaikkansa jatkossa. Vanhuksen elämää rakennetaan asiantuntijoista tai omaisista lähtien, jolloin vanhus on keskipisteenä olemisen sijaan tarpeineen ja toiveineen yleensä asioidensa suunnittelussa ja käsittelyssä ulkopuolisena. Vanhus haluaisi kuitenkin vaikuttaa asioihinsa, sillä *”ei se hirveen hyvältä tunnu, kun ei itse pääse päättämään asioistaan”*.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen tai yleensäkin edellytykset siihen ovat selkeästi riippuvaisia sekä vanhuksesta itsestään että työntekijästä. Henkilökunta ei välttämättä osoita kovinkaan aktiivisesti kiinnostusta vanhuksen ajatuksiin, sillä vanhuksen mukaan *”mitään ei kysytä, sitä eletään sitä sairaalanormia”*. Vanhus näyttää tiedostaneen, että sairaalassa on omanlaisensa maailma, johon hän viittaa normi –käsitteellä. Toisaalta vanhuskin voi omalla käyttäytymisellään edesauttaa sitä, että työntekijä ei kysy asioista, kun *”kyllä sitä sitten kumminkin on semmoinen minä itse, että ei sitä kaikkea sillain puhu eikä sano”*. Tällä tavalla toimien vanhus kuitenkin kykenee omalla tavallaan ylläpitämään itsemääräämistään päättäen itse, mitä kaikkea hän muille kertoo ja mitä ei. Samoin on toisenkin vanhuksen kohdalla: *”Yleensä kerron vain sen, mikä ihan pakko on kertoa”*. Toisaalta työntekijälle voisi olla tärkeää tietää asioista, joista vanhus ei hänelle kerro ja vanhus voi siten omalla menettelytavallaan jäädä tahattomastikin joidenkin palveluiden ja etuuksien ulkopuolelle. Vanhuksen kohtaamisen tulisi lähteä vanhuksen arkipäivän elämästä ja hänen elämälleen antamista yksilöllisistä merkityksistä. Käytännössä näyttää kuitenkin olevan niin, että työntekijä ei läheskään aina kysy vanhuksen mielipiteitä eikä vanhus kerro kaikista asioistaan työntekijöille ja toisaalta myös työntekijöiden vanhukselle antama tieto on rajallista.

*”Sairaalassa on muuten hyvä olla, mutta kun sitä apua ei tahdo koskaan saada sillai, kun tarttis”*, vanhus kertoo. Toinen vanhus sanoo, että *”avun saantiin voi mennä toista tuntia, ennen kuin se tu-*



lee”. Aineistoni vanhuksilla vaikutti olevan hyvin yleisesti se kokemus, että apua ei saa, kun sille tarvetta olisi. Tämä johtaa siihen, että on toisten armoilla, kun ei pääse esim. vessaan silloin, kun hätä todella on. Yhdelle vanhuksista apu vessareissulle olikin tullut liian myöhään, jolloin hän joutui vain nolona toteamaan, että *”se on housuissa nyt”*. Kun apua ei tarvittaessa saa, aikaansaa se herkästi riippuvuuden tunteen ja muutenkin negatiivisia tunteita. Voi myös olla, että apua ei enää jatkossa edes pyydä. Silloin tavallaan toimii itsemääräytyvästi, mutta se ei ole omaehtoista, vaan pakon sanelemaa ja huonoon kokemukseen liittyvää. Avunsaanti ei saisi olla, kuten seuraavassa: *”Kyllä apua hädän tullen saa. Kun laittaa kaikki pillit pyöriin.”* Tämä aikaansaa ikäviä seuraamuksia sekä vanhukselle että työntekijälle. Aineistossani näytti kuitenkin valitettavan usein toistuvan kokemus siitä, että *”ei tietenkään apu tule silloin, kun sitä haluaa”*. Yksi vanhuksista sentään koki avun tulevan, kun sitä tarvitsee: *”Ei apua yleensä kauaa joudu odottamaan. Kyllä se aika nopeasti tulee.”* Monesti vanhus laittaa muiden tarpeet omien tarpeiden edelle: *”Jos mää totean, että on semmoisia, jotka tarvitsee apua ja hoitajat on kiireisiä, niin mää koitan olla häiritsemättä heidän työrytmiään”*.

Avunsaanti on siis tärkeä osa itsemääräämisoikeuden toteutumista. Toisaalta itsemääräämisoikeudesta kertoo myös se, että apua ei tarvitse ottaa vastaan, mikäli vanhus ei koe siihen tarvetta. Yksi vanhuksista kertoo, että *”yksin mää pääsen suihkuun ihan hyvin. Ja enkä mää tykkäisikään, että toinen tulisi, mää tykkään yksin olla.”* Näin ollen itsemääräämisoikeus toteutuu kyseisen vanhuksen kohdalla ainakin suihkussa käynnin yhteydessä. Hän kokee pärjäävänsä yksin, haluaa mennä yksin ja myöskin saa mennä yksin. Toki hänen kohdallaan on huomioitava se, että hän todella pärjää yksin suihkussa, joten itsemääräämisoikeuden toteutumisessa on kyse myös riittävästä toimintakyvystä. Mikäli riittävää toimintakykyä ei ole, on hoitajan apu välttämätöntä, vaikka vanhus ei sitä mahdollisesti haluaisikaan, sillä muuten suihkussa käyminenkin olisi mahdotonta. On myös muistettava, että passaaminen ja asioiden saaminen valmiina voi toki tuntua mukavaltakin, kuten vanhus tuo julki: *”No onhan se toisaalta mukavaakin, kun kaikki tehdään eteen, ruoka ja lääkkeet, kaikki saa. Kun ei ole tottunut semmoiseen.”* *”Saisihan suihkuunkin mennä yksin. Jos haluaa. Mutta kuka oikeastaan haluaisikaan”*, toinen vanhus jatkaa. Sairaalaosaston arki voi siis passivoida vanhusta, mikä saattaa ajan myötä johtaa laitostumiseen.

Erään vanhuksen mielestä hänen vaikuttamismahdollisuutensa ovat ikääntymisen myötä kadonneet, sillä hän kertoo, että *”kyllä se asioiden hoitaminen menee sille puolelle, että ne muut määrää. On mun valtani jo loppunut.”* Tähän voisi alistua, mutta vanhus kuitenkin pyrkii säilyttämään edes rippeitä itsemääräämisoikeudestaan: *”Mutta kyllä mää oon ajatellut, että kyllä mää tästä vielä nousen,*

*että kyllä tämä kaikki vielä järjestyy*”. Itsemääräämisen säilyttäminen edellyttää siis omaa tahtoa, aloitetta ja tarmoa. Ilman omaa jämäkkyyttä ja oma-aloitteista mielipiteiden julkituomista voi olla vaikeaa saada ääntään kuuluville. Esimerkiksi yksi vanhuksista sanoo kertoneensa selkeästi kantansa hoitoneuvottelun järjestämiseen: *”Hoitoneuvottelua ei ole ollut, eikä myöskään tule. Kun minä menen kotiin niin minä menen. Ei siinä sen kummempia tarvitse.*” Ja koska kyseisen osaston osastonhoitaja oli ymmärtänyt asian, vanhus sai tahtonsa läpi ja pystyi siten toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan. Todennäköisesti ilman oman tahdon oma-aloitteista esille tuomista olisi kyseisenkin vanhuksen asioissa hoitoneuvottelu pidetty, sillä hoitoneuvottelu kuuluu kyseessä olevan osaston kohdalla enemmän sääntöön kuin poikkeukseen.

Vanhuksen ja henkilökunnan ohella itsemääräämisoikeuteen liittyy keskeisellä tavalla sairaalaosaston arki, sairaalan sisäinen maailma tai kulttuuri ja tapa suhtautua vanhusasiakkaisiin. *”Hoitoala on niin mahdottoman suojattu ala. Että siihen ei...parempi, kun on monta kertaa hiljaa. Paljon se kohtelu on entisistä ajoista muuttunut. Kyllä vieläkin on semmoista, ja varsinkin vanhojen ihmisten kohdalla...niin he ei saisi tietää mitään, he ei saisi ymmärtää mitään ja he ei saisi muistaa mitään. Sitten ne varmaan olisi hyviä potilaita*”, vanhus kertoo. Lainaus kertoo siitä, kuinka itsemääräämisoikeuden toteuttamiselta viedään pohja, kun vanhus ei voi tuoda julki oikeita mielipiteitään tai hän saa kohdalleen jälkiseuraamuksia. On siis parempi vain olla hiljaa, vaikka jokin asia kuinka harmittaisi tai painaisi mieltä. Kyseisen vanhuksen mielestä vanhuksista on luotu stereotyyppinen käsitys, jossa vanhuksen tulisi olla mahdollisimman passiivinen ja tietämätön, siis tavallaan potilaana helppo ja mukautuvainen. Tällöin vanhuksella ei ole itsemääräämisoikeutta, vaan työntekijät tekevät, suunnittelevat ja päättävät asioista hänen puolestaan. Vanhuksen tulee olla hiljaa ja kaikkeen tyytyväinen. *”Siihenhän se tietysti menee, että mummuilla ja vaareilla on hyvä olla, kun niiden elämä oikein järjestetään*”, vanhus huomauttaa. Vanhuksen elämän järjestämisen keskipisteessä tulisi olla vanhuksen itse, olipa hän sitten hyväkuntoinen tai toimintakyvyltään rajoittunut.

### 6.3 Oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus: *”Tietysti se on niin, että mennään muiden tahdon mukaan”*

Ihmisen perustarve on olla subjekti, yksilö, jolloin päätökset ovat yksilön itsensä tekemiä. Tämä edellyttää sitä, että vanhuksella on laajat osallistumismahdollisuudet asioidensa hoitoon, johon hänen voimavarojaan aktivoidaan. Vanhuksen subjektiivisen asiantuntijuuden mahdollistaminen edesauttaa vanhuksen oikeuksien ylläpitämistä. Subjektiivisen asiantuntijuuden toteuttaminen on riippu-

vainen sekä vanhuksen henkilökohtaisista ominaisuuksista että henkilökunnan kyvystä arvostaa vanhusta, huomioida hänet yksilönä ja ottaa vanhuksen resurssit työskentelyn lähtökohdaksi.

Subjektiiivinen asiantuntijuus ei ole sitä, että asioissa edetään toisten ihmisten tahdon mukaisesti, vaan sitä, että vanhus on todella oman elämänsä asiantuntija. Vanhuksen asiantuntijuutta ei saada selville kysymättä asioista häneltä itseltään tai kuuntelematta, mitä vanhus oma-aloitteisesti kertoo. Vanhuksen mukaan on kuitenkin niin, että *”ei täällä paljon kuunnella ihmistä. Toiveita tai mielipiteitä ei kysytä. Itse pitää sanoa.”* Esimerkiksi kukaan ei näyttänyt olevan kiinnostunut vanhuksen ajatuksista mahdollisesta kotiin menosta: *”No ei sitä kotiin menoa kukaan ole varta vasten kysynyt, mutta mää olen kyllä sanonut sen itse”*. Toisinaan vanhuksen aloitetta ei edes kuulla, kuten eräs vanhuksista kertoo: *”Kun se lääkäri kävelee tosta ohi ja mulla on justiin asiaa, että hei, mää siis sanon jotain, niin se menee vaan ohitte. Mun mielestä se ei ole oikein. Kyllä lääkärin pitäis napata potilas henkilökohtaisesti.”* Ja, jos vanhus on esimerkiksi suhteellisen hyväkuntoinen ja toimintakykyinen, hän saa monesti olla omissa oloissaan: *”Jos ne huomaa sen, ettei ole kauheen sairas, niin ei ne niin kauheesti sitä katto eikä tutki. Taikka ne menee sen ohitte.”* Mutta, *”kyllä sitten autetaan, kun nähdään, että ihminen on tosissaan kipeä”*. Mikäli vanhus ei itse ota toiveitaan ja mielipiteitään puheeksi, ei niitä juuri häneltä kysytäkään. Aina ei riitä sekään, että vanhus tuo ajatuksensa julki, sillä *”oma mielipide voi mennä pelkällä huomautuksella. Ei oteta kantaa.”* Jos vanhuksen ajatuksia ei kuunnella, hänen subjektiiivinen asiantuntijuutensa ei saa tilaa, vaan se hukkuu ammatillisten asiantuntijoiden näkemyksien alle. Aineistossani toistuu hyvin yleisesti se, että vanhus on sairaalassa ajatuksineen ja toiveineen yksin, kun *”muut sanoo mitä tehdään ja miten tehdään. Ja se tuntuu pahalta. On mukauduttava. Mutta mihinkäs tästä menet, kun olet tähän joutunut.”* Esimerkiksi kuntoutuksen suhteen vanhuksella ei ole paljoakaan sanavaltaa ollut, kun vanhus ei ole saanut tilaisuutta kertoa toiveistaan, vaan *”kyllä se on tämän asiantuntijan (fysioterapeutin) varassa. Asiantuntijat yleensäkin sanoo, mitä tehdään ja miten tehdään.”* Olipa siis kyse jumpasta, suihkuun menosta tai lääkärinkierrosta, niin työntekijä sanoo, milloin ja miten asioissa edetään.

Subjektiiivinen asiantuntijuus ei omaa toteutumisedellytyksiäkään, mikäli vanhus ei edes tiedä, millaiset hänen jatkosuunnitelmansa ovat: *”Kyllä varmaan niillä jotain suunnitelmia on. En mää nyt oikein tiedä, mitä ne on meinannut.”* Vanhuksen roolina on siis odottaa, kun muut miettivät asioita ja jossakin vaiheessa kertovat, missä mennään ja minne edetään. *”Ei sitä haluaisikaan olla toisten harmina”*, vanhus kertoo. Kun vanhus kokee osallistuessaan olevansa toisten harmina, hän jää takuulla mieluummin sivusta katsojan asemaan kuin että ottaisi aktiivisen roolin. Potilaan roolihan on tunnetusti alisteinen suhteessa professionaaliseen asiantuntijaan. Mitä enemmän työntekijä mieltää

itsensä auttajaksi ja toimii sen mukaisesti, sitä enemmän on autettavalla tarvetta passiiviseen autettavan rooliin. Vanhuksen kohtalona on usein se, että *”kaikki pitää vaan ottaa vastaan”*. Vanhuksen mielestä *”on tyydyttävä siihen mitä on. Se on vähän niin kuin pakon sanelemaa.”* Vanhus ei välttämättä uskalla tuoda näkemyksiään esille, vaikka selkeästi haluaisikin esim. päästä kotiin, vaan hän odottaa asiantuntijoiden ratkaisua: *”Kyllä kai ne sitten päättävät, pääsenkö mää kotiin vai en. Se on mulle kaikkein tärkeintä. Se kotiin pääseminen.”* Toisaalta vanhus myös ymmärtää sen, että hän ei voikaan tietää kaikkea, jolloin tulee luottaa asiantuntijan viisauteen. Tärkeää kuitenkin on, että on mahdollisuus kertoa omakin mielipiteensä, mikäli sen haluaa kertoa. *”Kyllä täytyy ymmärtää, että semmoiset asiat, mitkä joku toinen ymmärtää paremmin, että mennään niitten mukaan. Mutta kyllä mun mielestäni aina itsekin voi sanoa mielipiteensä. Ja aika pitkälle sitä huomioidaankin.”* On siis hyvin tärkeää, että vaikka ammatti-ihminen tietää ammattiinsa sisältyviä asioita vanhusta paremmin, on päätösvalta kuitenkin vanhuksella itsellään, jolloin työntekijä kertoo näkemyksensä ja esittelee vaihtoehdot, mutta vanhus loppujen lopulta tekee valinnan. Subjektiivinen asiantuntijuus ei pääse toteutumaan silloin, jos mennään täysin sen ammatti-ihmisen mukaan asioissa eteenpäin, jolla on enemmän teoreettista ja työn kautta tullutta tietoa asioista. Vanhuksen itse, tarpeineen ja toiveineen, tulisi olla työskentelyn lähtökohtana.

Vanhukset eivät juurikaan koe, että heitä kohdeltaisiin sairaalassa yksilöinä. Asia ei kuitenkaan ole yksiselitteinen: *”Se, olenko yksilö vai potilas muiden joukossa on vähän henkilöstä riippuvainen. Joidenkin kanssa mää koen olevani yksilö. Siis sanotaan, pelkästään kommunikointitapa on joskus semmoinen, että mää koen sen, että mää olen potilas muiden joukossa. Ja sitten joskus on taas sitten semmoinen tilanne, että mua käsitellään niin kuin yksilönä.”* Vanhusten joukosta löytyi onneksi myös kokemus siitä, että vanhuksenkin ajatukset huomioidaan: *”Kyllä se potilaan äänikin tulee kuuluviin”*. Mutta pääasiassa vanhusten kokemus oli se, että heitä ei ole huomioitu yksilöinä, eikä potilaanakaan ole erikoisemmin huomiota saanut: *”Kyllä mää täällä olen potilas tietysti, en yksilö. Mutta, kun ei täällä niitä sitten huomioida kumminkaan.”* Vanhus näyttääkin kaipaavan mahdollisuutta olla oman elämänsä herrana: *”Olis se kiva, kun saisi itse sanoa edes jonkin sanan. Omasta elämästään vähän itse päättää.”*

6.4 Osallistuminen ja vaikuttaminen: *”Olis tietysti mukava, kun joku joskus kysyis, mitä sää haluaisit”*

Asiakaslähtöisyyden ideaalin mukaan vanhuksen tulee voida osallistua resurssiensa mukaisesti asioidensa hoitoon. Vanhukselle tulee myös tarjota edellytykset vaikuttaa asioihinsa. Sekä osallistu-

misessa että vaikuttamisessa on keskeistä riittävä tiedonsaanti, valinnan mahdollisuus ja vanhuksen rohkaiseminen. Osallistuminen ja vaikuttaminen ovat tärkeitä tekijöitä vanhuksen kuntoutumista ja oman elämän hallintaa ajatellen.

Monesti vanhuksen osallistuminen ja vaikuttaminen on kiinni siitä, onko vanhus itse aktiivinen. Oma-aloitteisuus ja tarmokkuus onkin tärkeää, sillä *”eihän tässä muuten touhuun tulisi ollenkaan”*. Haastattelemieni vanhusten mukaan osastolla ei paljoakaan kysyttyä, mitä vanhus missäkin yhteydessä haluaisi. Sairaalan arki näyttääkin ainakin jossakin määrin estävän vanhuksen mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa asioihinsa: *”No, on se sillä lailla, että mennään, kun hoitaja sanoo, koska mennään ja koska ei”*. Vanhuksen mielestä omaa mielipidettä ei juurikaan kannata sanoa, sillä *”hoitajien kanssa tulee paremmin toimeen, kun ei paljoa kysele eikä huomauttele”*. Vanhuksen mukaan *”ei omista asioista kertominen vaikeaa ole. Kun vaan kertoo. Mutta kun ei kellään ole aikaa kuunnella. Eikä ne välitäkään.”* Toisaalta vanhus ei monesti kuitenkaan omaa riittävää rohkeutta ottaa asioitaan puheeksi tai pyytää apua, kuten vanhus myöntää: *”Mää oon aika arka, etten mää heti mee pyytään mitään apua. Mulla on vähän semmoinen luonne. Mää oon vähän liiankin arka.”*

Mutta pelkästään henkilökunnan kiireestä ja mahdollisesta välinpitämättömyydestä ei vanhuksen osallistumisessa ja vaikuttamisessa kuitenkaan ole kyse. Kertomisen mahdollisuus on olemassa, mikäli sitä haluaa käyttää: *”Kyllä mulla sellainen käsitys on, että aina saa kertoa, jos haluaa jotakin kertoa”*. Ongelmaksi voi toki aiheutua se, että *”mitään ei kerkiä kysymään, jos ei juuri sinä hetkenä se kysymys tule. Sitten, kun miettii, että mitäköhän mun piti kysyä, niin ei enää ole ketään, keneltä kysyy. Kun täytyy niiden hoitajienkin mennä niin äkkiä, ettei kerkii mitään kysymäänkään, mitä olis kysyttävää. Eikä tossa ihan äkkiä muista, mitä piti kysyä.”* Asioistaan ei myöskään välttämättä lähde helposti puhumaan silloin, kun kokee, että *”ei lääkäri ota sillai kantaa”*. Lääkäriin tapa olla ottamatta kantaa tuntuu vanhuksesta pahalta, koska hän pitää lääkäriä arvokkaana ja tärkeänä ihmisenä. Oma halukkuutta osallistua ja vaikuttaa voi heikentää myös se, että apua ei ole saanut sitä pyytessään: *”Kyllä mää alkuunsa pyysin apua, mutta kun sanottiin, että tee itse”*. Ja toisinaan kysymyksen esittäminen ei johda toivottuun lopputulokseenkaan: *”Olen minä lääkkeistäkin joskus kysynyt, että mitä ne on, mutta ei siihen aina tule vastausta”*, vanhus toteaa. Vanhus kuitenkin toivoo mielessään, että hänestä oltaisiin aidosti kiinnostuneita: *”Kyllä se kivempi olis, kun joku vähän kysyis ja puhuis. Mutta, kun hoitajillakin on aina kiire. Aina kamala kiire. Nytkin mää sanoin, että mun kynnet on niin kamalan pitkät, niin ensinnäkään mää en saanut mitään vastausta ja sitten joskus ne menee vaan äkkiä pois.”* Jotta vanhus saisi mahdollisuuden puhua ja tulla kuulluksi tarvitsee hän kuuntelijan, jolla on aikaa. Vanhuksen uskaltamisesta asioista kertominen ei aina ole kiinni. *”Kyllä*

*mää uskallan kertoa, jos mulla jotain kertomista on”, vanhus sanoo. Avun saaminen, mikä on yksi edellytys osallistumiseen ja vaikuttamiseenkin, edellyttää monesti oma-aloitteisen pyynnön esittämistä. Aina apua ei sittenkään tule, mutta vanhuksen mukaan asiaan saa kuitenkin selityksen. ”Sen mää oon oppinut kyllä, että varsinkin sitten, kun hoitajat ovat kiireisiä, niin se pyyntö avusta täytyy sitten esittää. Mutta apua saa. Ja sitten saa perustelun, jos on jokin syy, jos hänellä on esim. joku toinen hoidettava tai muu, niin hän sanoo, että nyt mää en ehdi”, vanhus kertoo. Perustelun saaminen tuntuu olevan vanhukselle hyvin tärkeää.*

Sairaalan arjessa vanhuksen osallistuminen ja vaikuttaminen tuntuu jossakin määrin ontuvan. Vanhukselta ei aina edes kysytä, haluaako hän kotiin vai ei. Ja kun vanhukselle kerrotaan, että järjestetään hoitoneuvottelu, saatetaan unohtaa selittää, mikä se on ja miksi sellainen järjestetään. Vanhus ei välttämättä edes tiedä, millaiset hänen jatkosuunnitelmansa ovat, vaikka hän on ollut sairaalassa jo kuukausia juuri sen vuoksi, että hän ei pärjää enää kotona ja siksi hän odottaa vanhainkotipaikkaa osastolla: *”En mää muista, mistä sitä pitkäaikaispaikkaa on haettu, mutta kyllä sitä on haettu. Nää, jotka tuntee mut.”* Lainausta sisältää oivallisesti sen tosiasian, että vanhus ei ole päässyt osallistumaan jatkohoitonsa suunnitteluun, vaan sen ovat tehneet ihmiset, jotka tietävät hänen asiansa häntä paremmin. Yksi vanhuksista kokee, että hänen kykynsä osallistua on heikentynyt liikkumisen huononemisen myötä: *”Kyllä mää ennen olen pystynyt osallistumaan asioitteni hoitoon, mutta nyt on mennyt vähän pieleen. Kun ei pysty edes liikkumaan mihinkään.”* Tavallaan osallistumiseen ja vaikuttamiseen on siis oltava riittävästi toimintakykyä, mutta myös rohkeutta tarvitaan.

Suurin osa haastattelemistani vanhuksista oli luonteeltaan joko arkoja tai ujoja, mikä esti heitä pyytämästä apua silloin, kun sitä olisi tarvinnut: *”Mää oon vähän semmoinen arka. En mää oikein edes tiedä, missä ne avun hälyttämispöydät on tai kuinka ne toimii.”* *”En ole asioista oikeastaan kysynyt. Kyllä mää jotain, mutta en mää oikein sillä lailla. Mää oon vähän semmoinen ujo, että mää en meinaa saada sitä alkua.”* Vanhus saattaa ajatella niinkin, että kun ei ole erikoisemmin sairas, ei oikein kuulu kysyäkään mitään: *”En mää yleensä kysy juuri mitään. Kun ei mulla ole ollut sillain niin. Kun en mää ole ollut niin kauheen sairas.”* Ja toisaalta, apua pyydetään vain pakon edessä: *”En mää kovin helpolla apua pyydä. Paitsi silloin, kun mää todella tarvitsisin. Ja, kun mää olen todellakin, tämä silmä on aivan pimeä ja tälläkään ei paljon näe, niin toi näkö tuottaa mulle paljon haittaa. Niin apu olisi kyllä tarpeen.”* Mutta toisinaan on myös niin, että vanhus suorastaan nauttii siitä, että hänen ei tarvitse osallistua tekemisiin, vaan kaiken saa valmiina. Sairaalassa ollessa *”on oikeastaan mukavaa, kun tehdään puolesta. Kyllä se kiva on, kun siellä joku toinen auttaa”,* vanhus kertoo.

Vanhuksen kohdalla voidaan osallistumisen ja vaikuttamisen rajoittamisessa vedota muistamattomuuteen, mutta kyllä hänen silti pitäisi voida osallistua ja vaikuttaa asioihinsa ja saada tietää, missä mennään. Voidaan vedota myös siihen, että vanhus ei ymmärrä tilannettaan eikä parastaan. Tällöin vanhuutta saatetaan samaistaa jopa lapsuuteen. Mielestäni vanhuutta ei tulisi koskaan verrata lapsuuteen, vaikka vanhenemisen myötä elämä jossakin määrin alkaakin muistuttaa lapsuutta vaipoi-  
neen ja syöttämisineen. Iäkkäällä ihmisellä on kuitenkin takanaan runsaasti elämäkokemusta ja vii-  
sautta, vaikka sairaudet niitä alentaisivatkin. Ja vanhusta voidaan aina kuulla, mutta toki ammatilli-  
sen asiantuntijan on joissakin tapauksissa kyettävä arvioimaan vanhuksen antamien tietojen paik-  
kansapitävyys tai ajatusten realistisuus. Mutta kuulemisen mahdollisuutta esim. muistin aleneminen  
ei sinällään vie.

Yksikään haastattelemistani vanhuksista ei kokenut voineensa vaikuttaa tai osallistua asioidensa hoitoon sairaalassa. *”En ainakaan tähän asti ole pystynyt vaikuttamaan asioihini täällä”*, oli yleinen kommentti asiaan. Toisaalta joidenkin vanhusten kohdalla tuntuu riittävän se, että *”kunhan nyt jotenkin aina tulee toimeen”*. Aina ei edes haluta ottaa aktiivista roolia: *”En ole pystynyt vaikuttamaan asioihini täällä. Enkä ole edes yrittänyt. Olen tyytynyt kohtalooni.”* Vanhus ei tällöin halua määritellä itse tarpeitaan ja tavoitteitaan, vaan odottaa työntekijältä toimintaa: *”En minä ole halunnutkaan määritellä tarpeitani. Minä olen vain koko ajan ajatellut, että kun pääsisisi kotiin.”* Vanhukset eivät myöskään helposti pyydä tai vaadi eri asioita: *”Kun mää oon tällainen karjalaispoika, niin mää oon oppinut siihen, ettei paljon pidä vaatimuksia esittää”*, vanhus tunnustaa. Vaikka vanhuksen asioiden tulisi olla koko työskentelyn keskipisteessä, niin *”joskus tuntuu olo ulkopuoliselta, että on niin kuin jaloissa. Ei uskalla oikein häiritä.”* Yksi vanhuksista on kuitenkin sitä mieltä, että vanhusten näkemyksistä ollaan kiinnostuneita: *”Kyllä mielipiteitä kysytään ja sitten, jos mahdollista, he ottavat sen myös huomioon. Mutta mää kauheesti ymmärrän myös sen, että välttämättä se ei aina ole mahdollista.”* Työntekijöiden asemaakin siis ymmärretään, eivät he työssään helpolla pääse. Eivätkä he ainakaan tahallaan jätä toiveita toteuttamatta. Sairaalaosaston olosuhteet ovat monesti vain sellaiset, että ainoastaan välttämätön ehditään tekemään: *”Kyllä he sen työnsä tekevät. Ja sillä sipuli. En mää kyllä voi niitä moittiakaan. Kai niillä on oma rytminsä. Ei niilläkään helppoa ole.”*

Geriatrisella sairaalaosastolla painotetaan kuntouttavan hoitotyön ideaa, jolloin tarkoituksena on, että vanhus tekee kaiken sen minkä voi, eli hoitaja on lähinnä tukena ja auttaa tarvittaessa. Toimivan kuntouttavan hoitotyön kautta voitaisiin mahdollistaa vanhuksen osallistuminen ja vaikuttaminen asioihinsa. Vanhuksilla ei kuitenkaan näytä olevan kovinkaan hyviä kokemuksia kun-

touuttavasta hoitotyöstä. Kuntouuttavan hoitotyön ideaa esim. noudatetaan toisinaan liian tunnollisesti, kuten seuraavassa vanhuksen kertomassa on käynyt: *”Kun mulla oli tää vasen pakara niin kiipeä, että mää en päässyt vessanpytyltäkään auttamatta ylös. Niin siinä mulle hoitaja sitten vähän...hoitaja huusi vaan, että sää pääset kyllä. Ei se oikein mukavalta tuntunut, kun tiesin etten pääse ja hoitaja vain huusi, että kyllä pääset.”* Kokemukset riippuvat siis paljon siitäkin, miten asioista sanotaan: *”Toisessa sairaalassa kaksi hoitajaa talutti minua ja kysyi mukavalla äänellä, että kuinka olin kotona selviytynyt. Mutta täällä kysyttiin hyvin kimottavalla äänellä, että miten ihmeessä minä kotona olin päässyt sängystä ylös. Niin minä sanoin, että sitä varten minä täällä olen. Että nää kaksi eri sävyä tuli niin juuri siinä samassa asiassa esille.”* Äänensävyillä saatetaankin pilata myös kuntouuttavan hoitotyön tarkoitus, jos vanhus kokee saavansa osakseen kannustamisen sijaan kykenemättömyytensä epäilyä: *”Kyllä siinä mieli ainakin pahoittuu. Kyllä sairaudessa on niin paljon mielialalla tekemistä, että se olisi hyvä jättää semmoiset kommentit sanomatta.”*

Erään vanhuksen mielipide kuntouuttavasta hoitotyöstä on, että *”periaatteessa täällä ei kuntouteta. Kyllä se niin on, että potilas saa itse kuntouttaa itseään. Kun määkin ajattelen, että mää meen vessaan ja vaihdan housut itse, että vaikka se ei hyvin käykään, niin kyllä täytyy itse saada se. Että on niin kuin tallella se minä itse.”* Vanhus ei näytä huomaavan, että juuri itse toimien hän samalla noudattaa kuntouuttavan hoitotyön ajatusta. Tässäkin tulee kuitenkin esiin se, että vanhus ei ole saanut riittävästi tietoa osaston toimintaperiaatteesta. Sama asia heijastuu toisenkin vanhuksen näkemyksessä siitä, että hoitajilta ei juurikaan apua saa, vaan kaikki pitäisi tehdä itse: *”Ei täällä saa kannustusta omaan tekemiseen. Ne tykkää vaan hoitajatkin, että pitää olla omatoiminen. Omatoimisuutta pitää olla.”*

Vanhusten osallistumisessa ja vaikuttamisessa näyttää haastatteluiden pohjalta asettuvan merkittävään rooliin aktiivisten omaisten olemassaolo ja asioiden hoitaminen tavallaan heidän välityksellään. Eräs vanhuksista esimerkiksi kertoo, että hänellä *”on vävy-poika, joka semmoisia hoitelee. Kyllä mää oon vävyäni kautta pystynyt vaikuttamaan asioihini.”* Toisella vanhuksella puolestaan miniä on laittanut asioihin vauhtia kotiutumista ajatellen ottamalla vanhuksen puolesta asiat puheeksi: *”Mun miniäni soitti lääkärille ja kun se aina kyselee. Se pitää huolen musta kauheesti. Niin se oli lääkärille soittanut ja puhunut siitä kotiin menosta. En mää itse ole siitä kenellekään puhunut.”* Kolmannen vanhuksen kohdalla jatkohoitopaikan ehdotus tuli tyttäreltä: *”Tytär sitä ehdotti. Omaiset ovat kaikki asiat hoitaneet. Että kiitos heille kaikesta. Mää olenkin sanonut niille, että tehkää te miten tykkäätte. Kuinka parhaaksi näette.”* Tämän vanhuksen kohdalla toive jatkohoit-



paikasta oli osin hänen omansa, mutta ennen kaikkea omaisten, kun hän on antanut omaisilleen valtuudet hoitaa asioita.

#### 6.4 Tiedonsaanti ja valinnan mahdollisuus: ”Tietoa ei just saa, paitsi jos itse kysyy”

Tiedonsaanti on yksi asiakaslähtöisyyden keskeisimmistä asioista, sillä ilman tarvittavaa tietoa ei voi olla oman elämänsä herra. Tietoa tarvitaan toimimiseen, asioista päättämiseen ja asioiden ratkaisemiseen. Tiedonsaanti on perusta vanhuksen aktiiviselle osallistumiselle. Ilman tietoa vanhus ei tiedä erilaisten vaihtoehtojen olemassaolosta eikä hän siten voi myöskään tehdä kattavia valintoja. Valinnan mahdollisuus on itsemääräämisoikeuden toteutumista tukeva ilmiö.

Tiedonsaanti näyttää haastatteluaineistoni perusteella olevan huonoa ilman omaa aloitetta. Vanhus ei aina välttämättä edes tiedä, keneltä mistäkin asiasta voisi kysyä. Esimerkiksi jumppaa vailla ollut vanhus kysyi, että ”*sosiaalijohtajaltako sitä kysytään?*” Ja kun vanhus ei halua olla vaivaksi kenellekään eikä toisaalta halua paljastaa tietämättömyyttään, hän jättää monesti asiat kysymättä. Tietoa ei siis juurikaan saa, jos asioista ei itse kysy ja ota selvää. ”*Asioista ei puhuta. Ei puhuta tarpeeksi*”, vanhukset kertovat yksi toisensa jälkeen. Kun vanhukselle tuodaan lääkkeet lääkemaljassa niin ei automaattisesti kerrota, mitä lääkkeitä ja mihin tarkoitukseen tuodaan. Näin ollen vanhus ei tiedä, mitä lääkkeitä hän syö, kuten vanhus kertoo: ”*Sepä siinä justiin onkin, kun mää en tunnista lääkkeitäni, enkä mää tiedä mitä lääkkeitä mää saan. Ne ei oo niitä samoja, kun mitä sain kotona.*” Silti vanhus vain syö kiltisti sen, mitä hänelle tuodaan, kun hän ei halua häiritä. Mutta yksi vanhuksesta omaisi myönteisen kokemuksen lääkkeistä ja niihin liittyvästä tiedonsaannista: ”*Kyllä siinä yleensä kerrotaan, mutta sitten tuota joskus on sillä tavalla, että mää olen joutunut kysymään, että mikä tämä lääke on tai mitä tarkoitusta sillä on. Ja sitten kyllä mää yleensä saan siihen vastauksen. Siis ei mua jätetä niin kuin tyhjän päälle sen asian kanssa, että mää ottaisin lääkkeen vaan sen takia, kun sanotaan, että ota nyt lääkkeesi.*” Asioista kysyminen voisi siis kannattaa, sillä tietoa saat-  
taa silloin saada.

Lääkärinkierrolla puhutaan asioista suhteellisen niukasti ja mikäli haluaa saada tarkempaa tietoa tutkimustuloksista, niistä tulee ottaa oma-aloitteisesti selvää: ”*Lääkärinkierrolla ei saa niin kovin paljoa tietoa, mutta kyllähän ne tarpeellisen siinä yleensä kertoo. Ja sitten, jos haluaa verikokeiden tuloksia tai jotain, niin voi käydä hoitajien kansliasta kysymässä.*” Oma-aloite onkin äärimmäisen tärkeä tekijä sairaalaosaston arjessa, mikäli tietoa haluaa saada. Toisaalta vanhuksella on oltava myös riittävästi toimintakykyä, sillä muuten hän ei esim. pysty menemään kansliaan asioistaan kysyäk-

seen. Vanhus toivoo, että asioista puhuttaisiin enemmän automaattisestikin: *”Tietoa ei saa, jos sitä ei itse kysy. Kaikki pitäis itse kysyä. Lääkkeistäkin pitää kysyä. Ei mitään sanota, jollei kaikkia kysy. Se siinä onkin juuri. Voishan nekin vähän kysyä ja sanoa kaikesta, ettei aina tarvitsisi potilaan kysyä.”* Eräs vanhuksista on hyvinkin kriittinen tiedon saantiin sairaalassa: *”Ei täällä mistään mitään puhuta. Ei sairauksistakaan.”*

Tiedon tärkeys tulee esiin varsin hyvin seuraavassa lainauksessa, jossa vanhainkotiin jonottava vanhus ei tiedä, millainen paikka häntä odottaa: *”Vanhainkotiin meneminen tuntuu ihan hirveältä. Kun ei ollenkaan tiedä minkälaista siellä on.”* Tietämättömyys saattaa olla vanhukselle vaikeaa, mutta ajan myötä siihenkin voi tottua: *”On se joskus vähän vaikeaa olla, kun asioista ei tiedä, mutta siihen niin tottuu”.* Tuntuu kieltämättä oudolta, että sairaalassa ollessaankaan vanhus ei saa edes terveydentilastaan riittävästi tietoa: *”Voi voi. En minä tiedä terveydentilastani oikeastaan mitään. Ei ne oo kertonut mulle tutkimuksien tuloksia. Täytyisköhän mun sitä kysyä?”* Pitäisihän sairaalassa sentään saada terveydestään ainakin perustiedot, onhan kyseessä sairauksien hoitoon perustuva laitos.

Tietämättömyys saa vanhuksessa selvästikin aikaan epävarmuutta, kun hän miettii mielessään, pitäisikö hänen itse kysyä asioistaan enemmän. Epävarmuus saattaa olla vanhukselle vaikeakin asia: *”Se mikä mua eniten on mietityttänyt on tämä epävarmuus. Kun en mää oikein tiedä omasta kohdalostani, kuinka käy. Se tässä on mietityttänyt enempi.”* Uskomattomalta tuntuu sekin, että vanhus on saattanut olla osastolla useammankin viikon, eikä hän edelleenkään tiedä, kuka tai minkä näköinen on osastonlääkäri, kun lääkäriä ei ole näkynyt: *”Enhän mää ole nähnyt täällä lääkäriä kertaakaan. Ei se oo kertaakaan tuolla huoneessa käynyt. Ei. En mää ainakaan oo nähnyt”*, kertoo kaksi viikkoa osastolla ollut vanhus. Toinen vanhus kertoo ihmetelleensä, kun lääkäriä ei ollenkaan näy: *”Kyllä minä sitä lääkäriä olen kysellyt, että koska lääkäriä edes tapais, mutta ei ole näkynyt”.* Vanhuksen mielestä lääkäri ei tehnyt tulotarkastustakaan, kun hän saapui osastolle, joten tavallaan on toimittu niiden tietojen pohjalta, mitä edellisestä hoitopaikasta oli saatu. Kolmas vanhus on tehnyt lääkärin tavoitettavuuden ongelmallisuudesta seuraavanlaisen johtopäätöksen: *”Ei lääkäri ole paikalla silloin, kun lääkäriä tarviis. Se kai täytyis niin kuin tilata etukäteen.”* Vanhukset näyttävät yleisesti ottaen ajattelevan, että lääkäri täytyy erikseen pyytää paikalle, että lääkäri ei automaattisesti tule esim. lääkärinkierrolla katsomaan: *”En minä oikeastaan ole vielä pyytänyt lääkäriä käymään. Että mää en osaa tällä ajalla sanoa. Että saisko sen sitten, jos tarvitsisi.”*

Vanhus ei usein myöskään tiedä esim. olemassa olevista etuuksista tai palveluista, mikä tuntuu pahalta: *”En määhän kaikista etuuksista ja palveluista tiedä mitään. En tiedä, täytyy sanoa. Ei sekään oikein hyvältä tunnu, tietenkään. Ja kun ei ole oikein ketään, keneltä voisinkin kysyä. Kun tykkää, että on niin yksin. Vähän liian yksin. Enkä määhän pysty hoitamaan mitään noita asioita.”* Kotiutumiseenkin liittyvät asiat voivat tiedon puuttuessa askarruttaa: *”Nytkin määhän olen odottanut kauan jo, että koska ne saa sen kodin valmiiksi. Että määhän pääsen sinne. Mutta ei vaan ole kuulunut.”* Kyseinen vanhus ei kuitenkaan itse halua kysyä asiasta, vaan luottaa siihen, että hoitajat kyllä kertovat, kun kerrottavaa on. Mikäli vanhus on aktiivinen, hän kysyy asioista itse tai sitten hän kaivaa tiedon muulla tavalla, kuten seuraava lainaus osoittaa: *”Tietoa ei automaattisesti saa, mutta se, että määhän oon utelias tai tiedonhaluinen, että määhän haluan tietää, missä ollaan, missä mennään. Ja sitä kautta määhän usein saan sitten tietoa, jos ei mitään muuta, niin joskus määhän ihan sitten vaan poimin irtotietoa matkan varrelta.”* Tämä irtotieto tosin voi väärissä yhteyksissään aikaansaada väärinkäsityksiä. Eräs vanhus esimerkiksi tietää, että osastolla on fysioterapeutteja, mutta *”ei minulle ole mitään jumppaa suotu”*. Niinpä hän on vetänyt asiasta omanlaisensa johtopäätöksen, kun on kuullut, että jumppaaminen olisi kuitenkin tärkeää: *”Minuun ei varmaan kannata enää uhrata aikaa”*.

Vaativuus on monelle vanhukselle ominainen piirre, mikä vaikeuttaa vanhuksen asemaa sairaalassakin. Kun ei halua tai osaa vaatia, jää herkästi vaille asioita, joihin voisi olla oikeutettukin. Vähintäänkin ne omat toiveet ja tarpeet jäävät esittämättä, kun asioista ei rohjeta kertoa tai ottaa niitä puheeksi. Kivalta se ei tunnu, mutta silti ei pyydetäkään: *”Kyllä se tuntuu aika pahalta, kun ei tiedä. En ole itse kysynytäkään mistään. Kun en ole koskaan tottunut vaatimaan. Kun on vaatimattomista oloista lähtenyt, niin ei paljoa voi vaatiakaan.”* Kun vanhus ei osaa vaatia eikä työntekijä huomaa kysyä häneltä asioista ja esittää vaihtoehtoja, on vanhus asioineen tyhjän päällä. *”Tällä hetkellä määhän oon sillä tavalla, sanotaanko niin kuin välillä omillani, että määhän en tiedä, missä mun oikein pitäis olla”*, vanhus huokaisee.

Valtaosalle vanhuksista oli muodostunut kokemus siitä, että vanhus itse jää lääkärin ja hoitajan välisen keskustelun ulkopuolelle, kun *”ne puhuu keskenään, mitä sinne tietokoneelle on kirjoitettu. Tavallaan ne ei puhu asioita mulle, vaan sille piirille. Ja kun mullakin on ollut huono kuulo. Määhän sain tän kuulolaitteenkin vasta. Määhän sanoin sen ääneenkin, että määhän en kuule mitä te mutisetten.”* Vanhukselta ei kysytäkään välttämättä paljon mitään, vaan saatetaan kysyä vain kuulumisia ja sitten työntekijöiden keskinäisen keskustelun pohjalta vanhukselle kerrotaan, miten hoitoa jatketaan. Tällöin vanhus on passiivisessa tiedon vastaanottajan roolissa saaden itselleen vain osan tiedosta. Myös tiedonsaannissa näyttää aktiivisten omaisten merkitys nousevan tärkeäksi. Yksi vanhuksista on

miettinyt asiaa tarkkaan: *”Mutta, jos ajatellaan kokonaisuudessaan sitä, vanhusten olemista, niin, jos mulla ei olis semmoista nuorinta tytärtä, niin moni asia jäis hakematta, ja apu. Kun se on semmoinen, että sen tarvii kaikki saada tietää. Vanhempi taas osaa myötäillä. Nuorempi kaivaa vaikka kiven alta, että mitä yhteiskunta siihen sanoo. Monta kertaa tytär on sanonut, että kuinka moni vanhus esim. saisi enemmän apuja ja etuja, kun ne tietäis.”*

Työntekijän roolina on antaa vanhukselle riittävästi tietoa ja vaihtoehtoja, joskaan vaihtoehtoja ei haastattelemieni vanhusten mukaan juurikaan ole esiin tuotu: *”Ei täällä oikeastaan ole mitään vaihtoehtoja esitetty. Kivahan se olis, kun vaihtoehtojakin olis. Että vois vaikka valita eri asioiden välillä.”* Vanhus kokee, että hänen mielipiteestään ei olla kiinnostuneita, vaan sairaalan arki ohjaa päivän kulkua: *”Ei täällä mitään kysyttyä. Mennään vaan sairaalan arjen mukaan.”* Sairaalassa oleminen jälkeinen aikakin on asiantuntijoiden toimesta saneltu valmiiksi: *”Ei multa ole jatkohoitopaikasta oikein mitään kysytty. Kyllä se on tullut niin kuin ulkopuolelta. Ei sitä ole mitään vaihtoehtojakaan esitetty.”* Valinnan mahdollisuutta ei siis juurikaan ole, vaan olosuhteisiin on mukauduttava. Toiveita toisenlaisista menettelytavoista kuitenkin olisi, sillä vanhuksen mukaan *”paljon voisi tehdä erilaillakin”*. Esimerkiksi kotiapujen järjestymistä tai pitkäaikaishoitopaikan saamista voi joutua odottamaan pitkän aikaa. Mikäli vanhus ei pärjää kotona ilman riittävästi kotihoitoa tai hän ei pärjää kotona runsain kotihoidon käynneinkään, hänen on pakko odottaa sairaalassa, joko kotihoidon tai pitkäaikaishoitopaikan järjestymistä. Valinnan mahdollisuutta ei silloin ole. Tiedonsaannin puutteellisuus estää osaltaan vanhuksen mahdollisuuden valita, kun hän ei edes tiedä olemassa olevista vaihtoehdoista.

#### 6.6 Tasavertainen vuorovaikutus: *”Ehkä ne hoitajat kuuntelee. Tavallaan hyvin vähän”*

Ilman tasavertaista vuorovaikutusta asiakaslähtöisyydelle ei löydy toteutumisen edellytyksiä. Tasavertaisen vuorovaikutuksen tavoitteena on edesauttaa vanhuksen osallistumista, kun vanhus nähdään elämänsä asiantuntijaksi. Vanhuksella itsellään on avaimet määrittellä tarpeensa ja niihin vaadittavat toimenpiteet työntekijän selvittäessä hänelle vaihtoehtoja.

Tasavertainen vuorovaikutus sisältää herkkyyden toisen ihmisen lähtökohdille, jolloin *”työntekijä ymmärtää vähän potilaankin osaa, eikä vain omaansa”*. Tasavertainen vuorovaikutus lähtee siitä, että keskustelukumppania kuunnellaan, hänen näkemyksistään ollaan aidosti kiinnostuneita. Tämä tarkoittaa mm. mielipiteiden kysymistä, jossa olisi parantamisen varaa: *”Toiveita tai mielipiteitä ei ole kysytty. Olisihan se mukavaa, kun joskus kysyttäisiin. Oikeastaan vähän kaikesta.”* Vanhus

näyttää selkeästi kaipaavan huomioimista, tasavertaisuutta ja kiinnostusta. Lääkäri tuntuu olevan vanhuksille tärkeä ihminen, mutta hänenkin suhteen on tullut pettymyksiä, kun *”lääkäriin huomio menee enemmän sinne tietokoneen puolelle. Tai sitten lääkäri ja hoitaja puhuu keskenään.”* Toisenkin vanhus moittii, että *”lääkäri ei aina kuuntele. Kyllähän se usein papereiden tai tietokoneen kanssa pläräämiseen menee. Mutta tietysti tarvittaessa, jos valittaa enempi.”* Mikäli siis haluaa asiansa tulevan kuulluksi, pitää nostaa suurempi meteli.

Varsin yleisesti työntekijä saa ainakin perustiedot vanhuspotilaasta muualta kuin vanhukselta itseltään. Ensimmäisinä tiedon antajina ovat usein muut tahot kuin vanhus itse. Myös arvio nykyisyydestä ja osin tulevaisuudestakin tehdään ainakin osittain muiden tahojen kuin vanhuksen kertomaan nojautuen. Mutta, *”lääkäreitäkin on monenlaisia. Toiset ottaa tosissaan, toiset ei aina kuuntele sen potilaan puheita.”* Hoitajien kohdalla on tilanne samanlainen: *”Niissä on eroja kanssa näissä hoitajissa. Toiset on läheisempiä ja toiset ei.”* Koska vuorovaikutukseen tarvitaan kaksi henkilöä, persoonallisuuksiin liittyvät tekijät vaikuttavat kummallakin puolella. Tasavertaisuuden puuttuminen saattaa aikaansaada vanhukselle kokemuksen siitä, että häntä ja hänen vaivojaan ei ymmärretä: *”Ei ne varmaan ymmärrä, että mää tarviin oikeasti apua. Mulla on kuule juu semmoinen tunne. Että ei ne ymmärrä mun näkööni ja jalkojani, vallankaan tätä näköä. Se on aika huono. Ei ne tietysti ymmärrä, kun heillä itsellään on hyvä näkö ja hyvät jalat. Sen kuin menevät vaan.”*

Vanhus todella kaipaa työntekijää, joka asettuu hänen kanssaan tasavertaiseen asemaan ja on luonnollisella tavalla aito. Yksi vanhuksista kertoo miellyttävästä kokemuksestaan häntä hoitaneesta lääkäristä: *”Tuolla oli tuolla (sairaalan nimi). Se ulkomaalainen lääkäri. Voi herran jestas se oli kuin taivaasta pudonnut enkeli. Kun se joka asiaan...se istui viereen ja se piti nilkasta kiinni ja se kyseli ja kertoi asioista koko ajan. Se oli oikein luonnollinen ihminen.”* Aineistostani nousee kuitenkin varsin voimakkaana esille se, että hierarkia jyllää sairaalamaailmassa edelleen ja toisaalta, että vanhuksiin kohdennetaan tänäkin päivänä ikäviä stereotypioita, kuten vanhus asiaa valaisee: *”Työntekijältä toivoisin semmoista ihan tavallista suhtautumista, asiallista suhtautumista puolin ja toisin. Niin nämä hommat hoituisivat paljon paremmin kuin sillä tavalla, että varsinkin juuri vanhoja ihmisiä katsotaan vähän niin ja näin, että toi nyt on tyhmä ja toi ei muista mitään. Ennen kuin edes ollaan keskusteltu keskenämme. Ihmiset on yksilöitä niin siellä kuin täälläkin puolella. Että minkä tähden ihmiset on niin ollakseen.”* Sairaalamaailman hierarkia puolestaan tulee esille seuraavassa vanhuksen kommentissa: *”Mutta lääkärille mää en osaisi kyllä yhtään mitään puhua. Paitsi, jos jotain ihan tärkeätä kysyisi, mutta en mää muuten osaisi mitään.”* Yleensäkin tuntemattomalle työntekijälle avautuminen voi tuntua vaikealta. Työntekijän tapa käyttää kieltä on olennainen tekijä sekä

tuttuuden luomisessa vanhuksen ja työntekijän välillä että vanhuksen mahdollisuuksissa ymmärtää asioita. Työntekijöiden kielenkäyttö sai vanhuksilta myönteistä palautetta. Vanhusten mukaan asioista puhutaan hyvin selkeällä suomen kielellä, ilman sairaalamaailman monimutkaisia termejä. Vanhukset tuntevat olevan hyvinkin yksimielisiä siitä, että *”asioista puhutaan ymmärrettävästi. Se mitä puhutaan, niin ne kyllä puhuu sillain, että mä sen ymmärrän.”*

Vanhuksella saattaa olla huonoja kokemuksia asioinnista viranomaisen kanssa, mikä aikaansaa varauksellisuutta. Jos esimerkiksi vanhus kokee itsetuntonsa tulleen aikaisemmin loukatuksi, hän voi olla hyvinkin herkkä havaitsemaan, millaista kohtelua hän tällä kerralla saa. Huonot kokemukset voivat aikaansaada voimakkaitakin tunteita: *”Mää en täällä tykkää olla. En mä saa tänne oikein makua. Kun ei apuakaan saa silloin, kun sitä tarttis, niin se herättää kyllä sellaisia tunteita, että tänne ei tuu enää toista kertaa. Sen mä oon päättänyt kyllä. Mää meen vaikka minkä sitten ennen kuin tänne.”* Hyvät kokemukset ja työntekijän tuttuus voivat puolestaan luoda hyvän pohjan kanssakäymiselle, kuten vanhus kertoo: *”Määhän tunnen nämä kaikki hoitajat jo entuudestaan. Ja tämän osaston. Että siinä mielessä tänne oli aivan upea tulla, kun kaikki on tuttuja. Niin heidän kanssaan on helppo toimia.”*

Vanhuksilla oli kokemuksia myös hiljattain tapahtuneesta ikävästä kohtelusta, joka osoittaa kaikkea muuta kuin tasavertaisuutta, kun vanhusta kohdeltiin kyvyttömämpänä kuin mitä hän todellisuudessa oli: *”Kun mä muistan, joka oli kaikkein loukkaavinta oli se, kun hoidettiin vähän aikaa niin kuin vähämielistä, vaikka kyseessä oli aivohalvaus. Monta kertaa piti niin kuin purra hammasta, että odotahan, kyllä mäkin vielä.”* Toinen vanhus kertoo kokemuksestaan työkeästä käytöksestä: *”Joskus joku on mun mielestäni vähän niin kuin liian työkee. Parempi, kun olis vähän semmoisia, että enemmän ottaisivat huomioon.”* Hoitajista toivottiin löytyvän enemmän yksilöitä, joista saisi vaikka sydänystävän. Vanhuksen mukaan *”hoitajat vetää niin kuin samaa köyttä. Ne on mieluummin yksissä kuin erikseen.”* Vanhus odottaa työntekijältä ymmärrystä, aikaa ja kärsivällisyyttä: *”Kerran oli sillai, kun mä olin vessassa eikä tullut mitään, niin se hoitaja kävi koko ajan katso-massa ja kysymässä joko on valmis. Että kun aina on se kiire. Mää sanoinkin yhdelle, että on parempi kun menet bensa-asemalle harjoittelijaksi. Siellä saa sanoa montako kymmentä litraa ottaa. Tää on niin erilainen kone. Aivovammapotilaita pitäisi käsitellä sillai hellästi. Tää on ennen kaikkea hermohommaa molemmin puolin. Kun on kiukkuinen ihminen niin ei kannattaisi tälle alalle hakeutuakaan.”* Vanhuksen on vaikea sopeutua sairaalan kiireiseen arkeen. Ihmisen vanhetessa hänen psyykinen ja fyysinen toimintakykynsä alkaa jossakin vaiheessa heikentyä, joten hänen kuuntelemisessaan vaaditaan kiireettömyyttä. Kiire on vanhukselle monesti hyvin epämiellyttävä asia,

kuten vanhus asiaa valaisee: *”Entistä enemmän täytyis hoitajien kiinnittää huomiota potilaisiin. Mää en oo tottunut semmoiseen hosumiseen. Mää en tykkää, että aina on kauhee kiire.”* Kiirettä on sairaalaosastolla, työntekijöillä ja yhteistyötahoilla työn paljouden pakottaessa priorisoimaan, mitä kulloinkin tehdään. Ihan jokainen vanhus ei kuitenkaan kertonut vain kielteistä tasavertaisuudesta, sillä yksi vanhuksista kertoo, että *”kyllä mun mielestäni potilasta arvostetaan. Ja mun mielestäni se on kaikkein tärkeintä, koska silloin saa mielestäni sen tarvitsemansa huomion.”*

Sairaalaosaston arki on luonteeltaan moniammatillinen, mikä saattaa heikentää tasavertaisen vuorovaikutuksen edellytyksiä korostaen entistä enemmän asiantuntijoiden valtaa ja tietämystä suhteessa vanhuksiin. Sairaalaympäristön moniammatillisuus johtuu siitä, että eri ammattikuntien tehtävät perustuvat sairauden myötä ilmeneviin eri ulottuvuuksiin. Moniammatillinen toiminta voi sisältää sekä hyviä että haastavia elementtejä. Ei auta, että toimitaan jollakin osa-alueella, jos toinen osa-alue jää huomioimatta. Vanhuksen ongelmavyöhyke onkin otettava kokonaisuutena huomioon. Tässä moniammatillinen yhteistyö tulee avuksi. Moniammatillisuuden haasteellisuus juontuu lähinnä ammattiryhmien erilaisista tavoista ajatella ja lähestyä asioita. Esimerkiksi hoitajalla ja sosiaalityöntekijällä on työssään periaatteessa sama tavoite, mutta kumpikin kertoo asioista katsottuna omasta arvomaailmastaan ja ammatti-identiteetistään. Hankalinta on, että esimerkiksi juuri hoitajien antamat etukäteistiedot luovat sosiaalityöntekijälle toisinaan vanhuksen tilannetta hämärtäviä ennakkokuvia. Arki ei ole helppoa, kun vanhuksen omaiset ovat jatkohoidosta aivan eri mieltä kuin hän itse, ja mahdollisesti yhteistyötahot ovat omaisten kannalla, niin on todella mietittävä, kenen joukoissa silloin seisoo ja kenen asiaa ajaa. Tuolloin joutuu tekemään työtä olemassa olevien mahdollisuuksien ja vanhuksen toiveen välisessä miinoitetussa maastossa. Kaikille osapuolille tyydyttävää ratkaisua ei aina tahdo löytyä.

## **7 ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN GERIATRISSELLA OSASTOLLA**

Tässä luvussa vedän yhteen vanhusten kokemukset asiakaslähtöisyydestä. Luvun otsikointi perustuu pääasiassa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiin. Otsikot tuovat esiin vanhusten kokemusten ytimen kustakin asiakaslähtöisyyden ulottuvuudesta. Luvussa 7.6 tarkastelen tutkimuskysymysten saamia vastauksia ja luvussa 7.7 vertailen tutkimukseni tuloksia joihinkin aiemmin tehtyihin tutkimuksiin.

### **7.1 Itsemääräämisoikeudella ei ole juurikaan edellytyksiä toteutua**

Tutkimukseni perusteella näyttää siltä, että geriatrisella osastolla ei ole juurikaan edellytyksiä vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Vanhuksilla kyllä on monesti kykyä tehdä itsenäisiä valintoja, mutta toiminnallista vapautta niiden tekemiseen ei ole. Toki hyvin muistamattomien vanhusten kohdalla kyky järkevien valintojen tekemiseen on kyseenalaista. Sisäinen autonomia edellyttää tietoa elämään vaikuttavista asioista. Koska tietoa ei osastolla ollessa erikoisemmin saa, ei sisäiselle autonomialle ole mahdollisuuksia. Kun osaston arki rutiineineen ja medikalisaatiopainotteisena toimintaympäristönä asettaa vanhuksen toiminnalle monia esteitä, ei myöskään ulkoisella autonomialla ole kasvualustaa. Koska asiakaslähtöinen työskentelyote pohjautuu juuri itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, ei asiakaslähtöisyys itsessäänkään kovin hyvin pääse toteutumaan.

Itsemääräämisoikeuden perustana on, että vanhuksen tarpeita ja toiveita kuullaan, niistä ollaan aidosti kiinnostuneita ja ne huomioidaan. Tutkimusaineistoni kuitenkin osoitti, että näin ei sairaalan arjessa ole. Tällöin itsemääräämisoikeudelta on perusta pois. Itsemääräämisoikeus edellyttää toteutukseen myös sitä, että vanhus on asioidensa käsittelyssä mukana alusta loppuun, mikä näyttää sairaalan arkielämässä unohtuvan. Monesti onkin niin, että todellisten vaikuttamismahdollisuuksien sijaan vanhuksen näkemykset vain huomioidaan, tiettyyn rajaan asti. Näyttää edelleen olevan niin, että vanhuksen oikeuksia määrittelevät aivan jotkut muut kuin vanhus itse. Sairaalan hierarkkinen toimintajärjestelmä aikaansaa osaltaan sen, että vanhuksella ei ole valtaa eikä siten oman elämänsä herruutta. Vallan puute johtaa alisteiseen asemaan suhteessa ammatillisiin asiantuntijoihin, monesti myös riippuvuuteen. Toimintakyvyn vajavuudet puolestaan johtavat yleensä jonkin asteiseen avuntarpeeseen, mikä on sairastettaessa yleistä. Tämä vaikuttaa alentavasti itsemääräämisoikeuteen. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksiä näyttää aineiston mukaan rajoittavan myös kiire,



jota vaikuttaa olevan kaikilla. Tämä heijastuu suoraan avunsaantiin, joka vanhusten mukaan on hidasta. Kun avunsaanti voi viedä pitkänkin ajan, vanhuksen on alistuttava riippuvuuteen muista. Tämä voi saada vanhuksen kokemaan, että hänen valtansa on jo mennyttä.

Geriatrisella osastolla toimintoja ja tavoitteita koskevat ajatukset ja toiveet tulevat pääasiassa vanhuksen sijaan työntekijöiltä, jolloin vanhus on työntekijän armoilla. Työntekijät sanovat mitä milloinkin tehdään. Vanhuksen mielipiteitä ja näkemyksiä ei juurikaan kysytä, jolloin vanhus kokee olevansa asioidensa käsittelyssä ja suunnittelussa ulkopuolisena. Tällöin vanhuksen elämää rakennetaan asiantuntijoista tai omaisista lähtien. Tavallaan on niin, että ne, jotka paremmin tietävät asioista, myös määräävät niistä. Vanhuksen oman elämän asiantuntijuudella ei erikoisemmin näytä olevan merkitystä. Ja vaikka vanhus joskus esittäisikin ajatuksiaan, niihin ei läheskään aina oteta kantaa. Mielipiteiden julkittaminen voi johtaa myös huonoon kohteluun. Näyttää olevan niin, että vielä tänäkin päivänä vanhuksen tulisi olla passiivinen ja tietämätön, potilaana siten helppo ja mukautuvainen.

Toisaalta vanhus voi tietoisesti haluta olla ennemmin minä itse, jolloin hän esim. kertoo vain sen verran asioistaan, mitä on pakko. Tällöin hän kykenee ylläpitämään itsemääräämisoikeuttaan, mutta toki joissakin tapauksissa työntekijän voisi olla hyväksi tietää, mitä vanhuksen päässä liikkuu. Vanhus itse ei suinkaan aina halua itsemääräämisoikeudessa aktiivista roolia, sillä toisaalta on mukavaakin, kun passataan ja tehdään asioita puolesta. Apuakaan ei ole aina pakko ottaa vastaan, mikäli ei halua, ja omaa riittävät toimintaedellytykset. Mutta mikäli haluaa omien mielipiteiden saavan edes jossakin määrin tuulta alleen, on tärkeää tuoda oma tahto reippaasti esiin, on pysyttävä aktiivisena ja lujana. Haastatteluaineistoni perusteella vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumiselle ei ole riittäviä ulkoisia edellytyksiä kuin tiettyyn pisteeseen asti, joten ulkoiset edellytykset ovat vajavaisia. Monella vanhuksella sen sijaan vaikutti olevan resursseja sisäiseen autonomiaan, mutta sen toteutumiselta viedään eväät mm. siksi, kun tietoa ei saa tarpeeksi ja ammatillinen asiantuntijuus on keskiössä. Itsemääräämisoikeus on ilmiö, jonka toteutuminen ja edellytykset siihen ovat riippuvaisia sekä vanhukseen, työntekijään että sairaalan toimintaympäristöön liittyvistä tekijöistä.

## 7.2 Subjekttiivinen asiantuntijuus ei pääse esille

Geriatrisella osastolla vanhukselle eivät näytä pääsevän tekemään päätöksiä. Vanhukselle luodaan jossakin määrin osallistumismahdollisuuksia kuntouttavan hoitotyön välityksellä, mutta sairaalan toimintakehykset eivät mahdollista vanhukselle aktiivista roolia ainakaan silloin, jos vanhus itse ei

ole tarpeeksi aktiivinen. Vanhuksen oma asennoituminen tuntuu jossakin määrin vaikuttavan siihen, että subjektiivinen asiantuntijuus jää pimentoon. Vanhus ei nimittäin aina edes halua tuoda mielipiteitään julki, vaan luottaa ammatilliseen asiantuntijaan eli työntekijään. Yksinäinen vanhus on monesti aivan yksin eikä hän uskalla tuoda ajatuksiaan julki. Oma-aloitteisesti aktiiviset vanhukset tuovat näkemyksensä julki ja toisinaan se johtaa myönteiseen lopputulokseenkin. Pääasiassa ammatillinen asiantuntijuus on kuitenkin ensisijainen suhteessa vanhuksen subjektiiviseen asiantuntijuuteen.

Vanhustyön ideaaliin kuuluu, että vanhus nähdään ainutlaatuiseksi yksilöksi ja häntä myös kohdellaan sen mukaisesti. Vanhukset ovat kuitenkin sitä mieltä, että he ovat potilaita muiden joukossa, joten heitä ei kohdella ainutlaatuisina yksilöinä, vaan massan jatkeena. Toki on niin, että kohtelukin on persoonista riippuvainen ilmiö, jolloin toinen työntekijä saattaa kohdella vanhusta yksilönä ja toinen taas ei. Aineistoni perusteella vanhus ei saa osakseen yksilöllistä huomiota. Vanhusten mielestä heidän mielipiteitään ja näkemyksistään ei juurikaan olla edes kiinnostuneita, henkilökohtaisesta palvelusta puhumattakaan. Vanhus ei myöskään näytä kokevan itseään erityisemmän arvokkaaksi tai merkitykselliseksi. Kun vanhuksen mielipiteitä ei kysytä, vanhuksen omien voimavarojen löytäminen on vaikeaa. Siinä subjektiivisen asiantuntijuuden esiin nostaminen olisi suureksi avuksi.

Aineistoni perusteella varsin yleinen kokemus on se, että vanhusta ei sairaalassa juurikaan kuunnella, hänen mielipiteitään tai toiveitaan ei kysytä. Oman aloitteen tarve on suuri, mikäli haluaa edes jollakin tavalla tulla huomioduksi. Toiveistaan ja mielipiteitään pitäisi itse kertoa. Tosin omaa aloitettakaan ei aina näytetä kuulevan. Huomiota saa paremmin silloin, jos on todella kipeä, silloin myös autetaan herkemmin. Jos vanhus on hyväkuntoinen, hän saa olla hyvin pitkälle omissa oloissaan. Sairaalassa ollessaan vanhus näyttää olevan ajatuksineen ja toiveineen yksin. Asiat etenevät työntekijän mukaan, joka sanoo, mitä tehdään ja milloin tehdään. Vanhuksen roolina onkin odottaa ja ottaa sitten suunnitelmat valmiina vastaan. Tämä osoittaa vanhuksen alistaisuutta suhteessa ammatilliseen asiantuntijaan, jolloin vanhuksen on otettava vaan vastaan mitä on, hänen on tyydyttävä siihen mitä on. Se aiheuttaa vanhukselle mielipahaa ja mukautumisen pakkoa.

Subjektiivinen asiantuntijuuskin edellyttää tiedonsaantia, mutta vanhukset eivät koe saavansa tietoa, ainakaan tarpeeksi. Toisaalta vanhus saattaa kokea, että hän ei voikaan tietää kaikkea, joten asiantuntijalle kuuluukin antaa valta tekemiseen. On siis luontevaa ja oikein luottaa asiantuntijan viisautteen. Tällöin vanhus voi itsekkin olla varsin pitkälle asiantuntijan johdateltavissa, luottamuksesta johtuen. Monesti vanhukset luottavat asiantuntijan tietämykseen liikaakin, eivätkä uskalla tuoda omaa tietämystään esille, mikä voisi olla työskentelyn kannalta hyvinkin tärkeää. Jossakin määrin

passiivisesti käyttäytyen vanhus saattaa aikaansaada työntekijässä olettamuksen voimavarojen tai haluamisen puutteesta. Moni vanhuksista näyttää haluavan päättää itse elämästään edes jonkin verran, vaikka he eivät tuokaan asiaa julki.

Yhteen vetäen näyttää vahvasti siltä, että vanhuksen subjektiivinen asiantuntijuus ei sairaalassa saa mahdollisuuksia toteutuakseen. Subjektiiviselta asiantuntijuudelta viedään edellytykset pois jo sillä, kun vanhukselle ei anneta riittävästi tietoa, hänen mielipiteitään ei juurikaan kysytä eikä häntä kohdata yksilönä. Vanhuksella on tarve olla subjekti, mutta hän ei osaa tai halua osoittaa sitä. Subjektiivisen asiantuntijuuden toteutuminen on itsemääräämisoikeuden toteutumisen tavoin riippuvainen sekä vanhuksesta itsestään, työntekijästä että sairaalasta toimintaympäristöstä.

### 7.3 Mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa ovat puutteelliset

Osallistuminen ja vaikuttaminen edellyttää vanhuksen omaa aktiivisuutta. Sairaalaympäristön pitäisi antaa vanhuksen osallistumiselle ja vaikuttamiselle edellytykset, jotka toimisivat mahdollistavina tekijöinä. Osallistumisessa ja vaikuttamisessa on lähtökohtana se, että vanhuksen tavoitteet tulevat näkyviksi. Tämä edellyttää tavoitteiden kysymistä vanhukselta itseltään. Vanhukselta ei kuitenkaan ole kysytty yleensä edes kotiutumiseen liittyvistä asioista, vaan työntekijä on ne määritellyt. Asiakaslähtöinen työskentelyote sinällään edellyttää vanhuksen yksilöllistä osallistumista resurssineen ja rajoituksineen, mikä näyttää kohtuullisesti toteutuvan kuntouttavassa hoitotyössä, mutta ei juurikaan silloin, kun vanhuksen elämän tulevaisuudesta keskustellaan. Vanhus voi toki tuoda mielipiteensä julki ja mikäli mahdollista, se huomioidaankin. Monesti näyttää kuitenkin käyvän niin, että mikäli vanhuksen näkemykset sotivat työntekijöiden ajatuksia vastaan, ainakin osa vanhuksen näkemyksistä johdatellaan työntekijän näkemyksiä vastaaviksi, jolloin kyseessä ei enää olekaan vanhuksen oma mielipide. Tähän tuntuvat pakottavan mm. riittämättömät resurssit ja osaltaan myös medikalisaation valta, jolloin tietynlaisen lääketieteellisen arvion perusteella arvioidaan esim. sitä, miten hyvin vanhuksen näkemyksiä voidaan kuunnella tai huomioida. Esimerkiksi muistamattoman vanhuksen ajatuksia otetaan vähemmän tosissaan kuin muistavan vanhuksen. Vanhuksen näkemyksiä tulisi kuitenkin aina kuulla ja varta vasten kysyä, sillä onhan muistamattomallakin vanhuksella omanlaisensa mielipiteet, joita hän pitää tärkeinä.

Vanhuksen oma asennoituminen tilanteeseensa vaikuttaa hänen osallistumiseensa ja vaikuttamiseensa. Jos vanhus kokee, että hän ei ole kykeneväinen osallistumaan, hän jää mielummin takalalle eikä siten edes yritä. Samoin käy myös silloin, jos vanhus kokee, että häntä ei ymmärretä tai

hänen ajatuksistaan ei olla oikeasti kiinnostuneita. Joskus vanhus ei näytä uskaltavan ottaa vastuuta elämästään, vaan luovuttaa sen muutta mutkitta työntekijälle. Vaatimaton vanhus puolestaan on jokin vähäänkin tyytyväinen. Vanhuksille näyttää olevan tyypillistä, että apua ei helpolla pyydetä eikä eri asioita vaadita. Ja joku vanhuksista saattaa oikeastaan nauttia siitä, että kaikki tehdään valmiiksi. Aina vanhus ei siis välttämättä haluakaan ottaa aktiivista roolia asioissaan. Vanhuksen osallistumista ja vaikuttamista heikentävät monet tekijät, kuten tiedonsaannin puutteellisuus, valinnan mahdollisuuden olemattomuus sekä rohkaisun ja kannustuksen puute. Tavoitteiden asettaminen näyttää myös tapahtuvan työntekijöiden taholta, mikä heikentää sitoutumista osallistumiseen ja estää mahdollisuuden vaikuttaa. Tavoitteista ei juurikaan keskustella. Vanhus saattaa tuntea itsensä jopa ulkopuoliseksi asioidensa käsittelyssä. Vanhus ei välttämättä esimerkiksi tiedä, miksi hän on sairaalassa tai hän ihmettelee, mikä hänen kohtalonsa mahtaa olla. Osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuden puutteellisuudesta kertoo sekin, että vanhainkotipaikkaa on haettu vastoin vanhuksen tahtoa. Tai ainakin vanhus olisi halunnut, että hakemus olisi tehty toisenlaiseen vanhainkotiin. Työntekijöiden kielenkäyttö ei sentään näyttänyt vaikuttavan osallistumiseen ja vaikuttamiseen kielteisesti, sillä vanhukset ymmärsivät, mitä työntekijät heille kertoivat.

Sairaalan arjessa vanhuksen oman aloitteen merkitys on suuri, kun vanhukselta ei yleensä kysytä, mitä hän milloinkin haluaisi. Vanhuksen asioita hoitavat ihmiset, jotka ikään kuin tietävät vanhusta paremmin hänen elämäntilanteensa ja ratkaisut sen mahdollisiin vaikeuksiin. Toisaalta vanhuksella on mahdollisuus kertoa näkemyksensä, kertoa saa, jos kertoa haluaa. Kertomisen mahdollisuus on siis olemassa. Vanhuksen ei välttämättä kuitenkaan kannata kertoa mielipidettään, siten saattaa tulla henkilökunnan kanssa paremmin toimeen. Vanhus itsekin voi toki olla arka, jolloin hän ei helposti pyydä apua. Sairaalan arjen kiireellisyys hankaloittaa kertomista, kenelläkään ei näytä vanhuksen mielestä olevan aikaa kuunnella. Ja mikäli vanhuksen kertomiin asioihin ei oteta kantaa, ei vanhus asioistaan jatkossa kovin helposti puhukaan. Myös se, että apua ei pyytäessään saa, voi vähentää halukkuutta osallistua. Tärkeää on ainakin se, että saa perustelun, jos ei ehditä kuunnella tai auttaa.

Aineistoni perusteella voi sanoa, että vanhuksen osallistuminen ja vaikuttaminen on sairaalan arjessa puutteellista. Sairaalan arki ei erikoisemmin anna vanhukselle mahdollisuutta osallistua eikä vaikuttaa. Yksikään haastattelemistani vanhuksista ei kokenut voineensa osallistua tai vaikuttaa asioidensa hoitamiseen sairaalassa. Vanhukset asettuvat passiiviseen rooliin ja monesti heillä ei käytännössä muita vaihtoehtoja olekaan. Osallistuminen ja vaikuttaminenkin on sairaalassa vanhuksen oman aktiivisuuden varassa, toisaalta suuressa merkityksessä ovat myös aktiiviset omaiset. Joidenkin vanhusten kohdalla osallistuminen ja vaikuttaminen mahdollistui jossakin määrin juuri aktiiv-

visten omaisten kautta. Vanhus näyttää tarvitsevan työntekijältä kannustusta tekemiseensä, tiedon antamista sekä tilan luomista. Vanhus toivoo, että hänestä välitettäisiin, oltaisiin aidosti kiinnostuneita. Mitä passiivisempi vanhus on, sitä merkittävämpään rooliin työntekijän osuus toiminnan alkuun laittamisessa nousee. Vanhuksen osallistumisessa ja vaikuttamisessa on osaltaan tärkeänä elementtinä riittävä toimintakyky, sillä toimintakyvyn puute voi luoda vanhukselle motivaation ja uskon puutteen. Työntekijöiden kohdalla vanhuksen toimintakyvyn puute voi laittaa työntekijät tekemään enemmän vanhuksen puolesta.

#### 7.4 Tiedonsaannissa ja valinnan mahdollisuudessa on parantamisen varaa

Tiedonsaannilla on hyvin merkittävä rooli oikeastaan koko asiakaslähtöisyyden toteutumisen edellytyksenä. Vanhus ei esimerkiksi voi tehdä järkeviä valintoja, jos hänellä ei ole asianmukaista tietoa. Haastatteluaineistoni perusteella näyttää siltä, että vanhukset eivät sairaalassa ollessaan juurikaan tietoa saa, ainakaan silloin, jos asioista ei itse kysy. Jokainen haastatteleman vanhus oli sitä mieltä, että tietoa ei saa, ei ainakaan tarpeeksi. Voiko vanhus vaikuttaa asioihinsa, kun hän ei tiedä, mitä kaikkea olisi tarjolla? Automaattisesti tietoa ei saa, minkä vanhus kokee ongelmalliseksi. Vanhus ei monestikaan näytä edes tietävän, keneltä kysyä mitään asiaa. Vaatimattomuus ja se, että vanhus ei halua olla vaivaksi saa aikaan sen, että vanhus jättää herkästi asioista kysymättä. Vanhus ei siten halua häiritä, olla tiellä. Tällöin vanhus jää asiakassuhteessaan taka-alalle. Sisimmässään vanhus silti toivoo, että asioista puhuttaisiin automaattisestikin, että kaikkea ei tarvitsisi kysyä erikseen. Näyttää kuitenkin olevan niin, että juuri mitään ei sanota, jos itse ei kysy. Kysyminen kyllä kannattaakin, sillä usein kysymykseensä saa ainakin jonkinlaisen vastauksen. Aktiivinen vanhus kaivaa tarvittavan tiedon vaikka kiven alta.

Yllättävän moni vanhuksesta ei tiennyt, kuka on kyseisen osaston lääkäri. Vanhukset näyttävät myös luulevan, että lääkäri täytyy tilata etukäteen, aivan niin kuin terveyskeskukseen mentäessä. Kun vanhukset eivät tiedä, että lääkäri on paikalla joka päivä virka-aikaan, he eivät osaa vaatiakaan lääkärin palveluita. Lääkkeistäänkään vanhukset eivät joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta tunnu tietävän, he vain syövät kiltisti sen mitä lääkemaalja sisältää. Tuntuu uskomattomalta, että vanhukset eivät sairaalassa ollessaan koe saavansa terveydentilastaankaan riittävästi tietoa. Ja esimerkiksi lääkärinkierrolla vanhus kokee jäävänsä lääkärin ja hoitajan välisen keskustelun ulkopuolelle, jolloin vanhus on passiivisessa tiedon vastaanottajan roolissa. Erilaisista mahdollisista etuuksista tai palveluistakaan vanhukset eivät vaikuttaneet tietävän. Tämä kaikkalainen tietämättömyys tuntuu monesta vanhuksesta pahalta ja korostaa osaltaan taas aktiivisten omaisten merkitystä. Tiedonsaanti on

vanhukselle tärkeää, sillä tietämättömyys aiheuttaa mm. epävarmuutta, kun asiat askarruttavat mieltä. Tosin tietämättömyyteenkin näyttää ajan myötä voivan tottua.

Vanhuksella tulisi olla mahdollisuus valita eri asioiden välillä, vaihtoehtoja tulisi siis olla olemassa. Haastatteluaineistoni perusteella vanhukselle ei kuitenkaan paljoakaan esitetä vaihtoehtoja, vaan asioissa mennään rutiinien ja asiantuntijoiden näkemyksien mukaan. Vanhus ei voi esimerkiksi valita sairaalassa olemisen ja kodin välillä, vaan kotiin on mentävä, mikäli terveys antaa myöten ja tarvittavat tukitoimet järjestyvät. Jos vanhukselle on haettu pitkäaikaishoitopaikkaa esim. vanhainkodista, hän ei voi sinnekään mennä heti, vaan paikkaa on pakko odottaa sairaalassa mikäli kotona ei millään runsain kotiavuunkaan pärjää. Ei ole siis oikeastaan olemassa mahdollisuutta valita, vaan ympäristö luo edellytykset siihen vain tiettyyn pisteeseen saakka. Sekä resurssien vähäisyys että sairaalan kulttuuri näyttävät kaventavan vanhuksen mahdollisuutta valita. Käytännössä työntekijät tai omaiset tekevät monesti valinnan vanhuksen puolesta omaan asiantuntijuuteensa, olemassa oleviin kriteereihin tai kokemukseensa vedoten.

Periaatteessa vanhuksella on halua valita eri asioiden välillä, mikäli se olisi mahdollista. Mutta, toisaalta vanhuksella on usein puutetta tarvittavasta tiedosta, jolloin hän ei välttämättä edes tiedä erilaisten vaihtoehtojen olemassaolosta. Saattavatpa vanhukset tässäkin luottaa asiantuntijaan niin paljon, että ilomielin siirtävät valinnan teon hänelle. Vanhukselle voikin olla vaikeaa tehdä varsinkin suurempia elämäänsä koskevia päätöksiä. Asiakas-työntekijä –suhteessa valinnan mahdollisuutta ja halukkuutta siihen heikentää vanhuksen riippuvuus työntekijään. Toisaalta vanhuksen oma arviointikykykin saattaa olla alentunut.

Geriatrisen sairaalaosaston arjessa ei haastatteluaineistoni perusteella juurikaan valinnan mahdollisuuksia ole. Yleensäkin ei näytä olevan edes vaihtoehtoja, joista valita. Vanhuksen asioissa edetään usein työntekijöiden näkemyksien ja olemassa olevien resurssien mukaisesti. Tiedonsaanti on myös puutteellista, ainakin ilman omaa aloitetta ja aktiivisuutta. Monesti vanhus voisi toki itsekin olla aktiivisempi ja työntekijä voisi puolestaan tulla vastaan tietoa kertoen, kysymättäkin.

#### 7.5 Tasavertainen vuorovaikutus on vielä tavoite

Tasavertaisuuteen kuuluu vanhuksen osallistumisen edesauttaminen, mikä ei aineistoni perusteella toteudu. Koska tasavertaisuus on asiakaslähtöisyyden olennaisin edellytys, myöskään asiakaslähtöisyys ei siten toteudu. Vanhukseen ei suhtauduta elämänsä asiantuntijana eikä kunnioittavalla ta-

valla. Vanhus ei koe, että hänen näkemyksiinsä paneuduttaisiin. Vanhusten mielestä he eivät ole voineet määritellä ongelmaansa eivätkä siihen liittyviä ratkaisukeinojakaan. Läheskään aina vanhus ei tosin halua määrittelyä itse tehdäkään. Vanhus pääsee kyllä aika ajoin kertomaan elämäntilanteestaan, mutta siihen tasavertaisuus monesti sitten jääkin.

Tasavertaiseen vuorovaikutukseen kuuluu myös se, että vanhus saa toimintaansa tukea ja kannustusta. Haastattelemani vanhukset eivät kokeneet tukea saaneensa, vaikka sitä kaipasivatkin. Ennenmin esimerkiksi hoitajien tarkoittama kannustus aiheutti mielipahaa. Tällöin vanhus saattaa kokea, että hänen vaivojaan ei ymmärretä tai niitä ei yleensä oteta todesta. Tavassa ilmaista asioita on siis työntekijöillä parantamisen varaa. Tasavertaisessa vuorovaikutuksessa tulisi olla aidosti kiinnostunut keskustelukumppanin lähtökohdista, mutta vanhusten mukaan mielipiteitä ja toiveita ei ole erikoisemmin kysytty. Vanhus kaipaakin huomiota ja arvostusta, todellista kiinnostusta. Työntekijältä odotetaan aikaa, ymmärrystä ja kärsivällisyyttä. Hyväksi asiaksi vanhukset mainitsevat sen, että työntekijät puhuvat asioista kansanomaisesti, selkeästi ja ymmärrettävästi.

Tasavertaiseen vuorovaikutukseen ei kuulu ikävä kohtelu, jollaista osa vanhuksista näyttää kuitenkin kokeneen. Tällaisia tilanteita aikaan saa mm. se, kun vanhusta kohdellaan kyvyttömämpänä kuin mitä hän todella on, tai kun vanhus saa osakseen mielestään tönkyä käytöstä. Vanhuksilla on varsin selkeä käsitys siitä, että tänäkin päivänä vanhuuteen ja vanhuksiin kohdistuu stereotyyppistä ajattelua. Sairaalamailmassa ei ole päästy eroon hierarkiasta, vaan se jyllää edelleen. Jos vanhus haluaa asiansa kuuluville, hänen tulee nostaa isompi meteli. Varsin usein metelin nostamista tarvitaan, sillä esimerkiksi lääkärinkin huomio on lääkärinkierrolla vanhusten mukaan monesti enemmän tietokoneessa tai keskustelussa hoitajan kanssa kuin vanhuksessa itsessään. Toki työntekijöiden välillä on olemassa eroja, toisen kanssa vuorovaikutus saattaa olla tasavertaista, kun taas jonkun muun kanssa ei. Eroja on sekä vanhuksissa että työntekijöissä. Kaikkineen olisi kuitenkin tärkeää, että vanhusta kyettäisiin arvostamaan, sillä silloin vanhus saa mielestään tarvitsemansa huomion.

Myös tasavertaisen vuorovaikutuksen toteutumisessa on siis puutteita, jotka aiheutuvat vanhuksesta, työntekijästä ja sairaalan arjen kulttuurista. Sairaalamailmassa ei ole edelleenkään päästy eroon hierarkkisesta asetelmasta, mikä vie tasavertaisuudelta pohjan. Myös se, että vanhusta ei osata nähdä yksilöllisenä elämänsä asiantuntijana vaikeuttaa tasavertaisuuden mahdollisuuksia toteutua. Tasavertaista vuorovaikutusta todella tarvittaisiin, jotta asiakaslähtöinen työskentelyote saisi edellytykset toteutuakseen.

## 7.6 Asiakslähtöisyys on geriatrisella osastolla ideaalinen ilmiö

Tutkimuskysymyksien myötä nostin tarkastelun kohteeksi sen, mitä on olla vanhuksena sairaalassa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tavoitteena oli myös selvittää, miten asiakaslähtöisyys toteutuu geriatrisella osastolla sekä millaiset ovat vanhuksen paikka ja vaikutusmahdollisuudet sairaalassa. Näistä voi johtaa vastauksia siihen, mikä asiakaslähtöisyyden ideaalissa geriatrisella osastolla avaa mahdollisuuksia ja toisaalta luo haasteita. Tässä luvussa teen yhteenvedon tutkimuskysymysten saamista vastauksista.

Tutkimukseni kokonaisuuden yhteen vetäen voi sanoa, että asiakaslähtöisyyden näkökulmasta katsottuna ei vanhuksena ole järin mukavaa sairaalassa olla. Mikään asiakaslähtöisyyden viidestä ulottuvuudesta ei toteudu geriatrisella osastolla. Toki kokemuksissa löytyi vaihteluita, mutta kokonaiskuvaa ajatellen asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet jäivät toteutumatta. Tällöin vanhuksen itsemääräämisoikeus ja oman elämän subjektiivinen asiantuntijuus eivät yleensä pääse toteutumaan. Vanhuksella ei myöskään ole erikoisemmin mahdollisuuksia osallistua tai vaikuttaa asioihinsa, paitsi omaisten välityksellä. Myös tiedonsaanti on puutteellista ja valinnan mahdollisuus vähäistä. Vuoro-vaikutukseen ei ole järin tasavertaista. Kuitenkin joitakin myönteisiäkin kokemuksia asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista vanhuksilta löytyi, joten asiakaslähtöisyys on jollakin asteella geriatrisella osastolla olemassa, mutta se tahtoo jäädä muiden tekijöiden korostumisen vuoksi pimentoon.

Asiakaslähtöisyys ei siis vanhusten kokemusten mukaan toteudu geriatrisella osastolla. Vanhukset kokevat olevansa sivustakatsojia, kun heidän tavoitteitaan ja elämäänsä suunnitellaan. Vanhusten mielipiteitä ei kysytä, heitä ei kuunnella eikä heitä huomioida yksilöinä. Osallistuessaan vanhus kokee jopa olevansa harmina. Tämän vuoksi on helpompaa asettua passiiviseen rooliin ja odottaa, mitä työntekijät aikanaan sanovat ja päättävät. Asiakaslähtöisyyden toteutumattomuus johtuu sekä vanhuksesta itsestään, työntekijästä että sairaalasta toimintaympäristönä. Vanhuksen kohdalla asiakaslähtöisyyteen vaikuttavat hänen persoonallisuutensa, sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen, aikaisemmat kokemukset sairaalassa olemisesta ja viranomaisten kanssa asioimisesta, toimintakyky ja tarpeet. Kullakin vanhuksella on omanlaisensa persoonallisuus, jonka pohjalta hän reagoi asioihin. Sairastamisen ja sairaalassa olemisen kokeminen vaikuttaa herkästi siihen, minkälaiseen rooliin vanhus hakeutuu ja mitä vanhus työntekijöiltä odottaa. Aiemmat kokemukset vaikuttavat esim. siihen, mitä vanhus tilanteilta odottaa. Hyvät kokemukset auttavat näkemään asioita myönteisemmin, kun taas huonot kokemukset aikaansaavat varuillaan olemista ja mahdollisesti yleistä tyytymättömyyttä kaikkeen. Toimintakyky voi vaikuttaa asiakaslähtöisyyden kokemuksiin



sekä myönteisesti että kielteisesti, riippuen persoonallisuudesta ja saadusta kohtelusta. Tarpeet puolestaan luovat odotuksia, jotka ovat riippuvaisia tarpeiden laadusta ja tyypistä. Työntekijään liittyvistä tekijöistä vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen vaikuttavat vanhuskäsitys, ammatillinen asiantuntijuus ja työn organisatoriset lähtökohdat sekä ammattietiikka. Työntekijän omaama vanhuskäsitys vaikuttaa hyvin paljon työntekijän tapaan työskennellä ja kohdata vanhus, mikä vaikuttaa suoraan vanhuksen saamaan kohteluun ja siten vanhuksen tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen. Mitä enemmän työntekijä omaa ja tuo julki ammatillista asiantuntijuuttaan, sitä enemmän vanhus asettuu passiiviseen autettavan rooliin. Tämä aikaansaa vanhuksessa alistumisen, riippuvuuden ja mukautumisen pakon tunteita. Ammattietiikka puolestaan luo työntekijälle työn eettiset lähtökohdat, jotka yleensä ovat vanhuksen kannalta myönteisiä, mutta joiden toteuttamista sairaala toimintaympäristönä voi kuitenkin rajoittaa. Vanhuksen kokemaan asiakaslähtöisyyteen vaikuttavat myös sairaalaympäristöön liittyvät tekijät, jotka ovat sairaala toimintaympäristönä, geriatrisen sairaalaosaston arki ja toimintaidea sekä medikalisaatio. Sairaala on toimintaympäristönä hierarkkinen, kiireinen ja rutiininomaiseen työskentelyyn perustuva. Nämä kaikki estävät asiakaslähtöisyyden mahdollisuuksia toteutua. Geriatrisen sairaalaosaston arjessa korostuu kuntouttavan hoitotyön idea, mikä painottaa vanhuksen omaa aktiivisuutta ja tekemistä, mutta jonka hyöty tahtoo kariutua työskentelyn liukuhihnaisuuteen. Vanhusten kokemukset kuntouttavan hoitotyön ideasta eivät ole hyviä. Vanhukset kokevat, että hoitajat komentavat, vaativat liikaa eivätkä todella välitä. Medikalisaatio puolestaan on geriatrisen osaston arjessa hallitseva ilmiö. Vanhuksen ongelmien tulkinta lääketieteen keinoin korostaa herkästi vanhuuteen liittyvää raihnaisuutta ja sairauksien runsautta. Medikalisaation keskeisyys korostaa samalla myös nuoruuden ihannointia, kun esim. toimintakyvyn heikkenemistä yritetään kaikin keinoin lieventää tai jopa estää. Vanhuus näyttää olevan lääketieteellinen ongelma, jota pitää hoitaa.

Vanhuksen paikka tai rooli geriatrisella osastolla on alisteinen suhteessa työntekijöihin. Sairaalan hierarkia-asteikossa vanhuksen paikka on varsin usein alimmalla tasolla. Vanhus on riippuvainen suhteessaan työntekijään. Vanhuksen on sopeuduttava ja mukauduttava sairaalan kulttuuriin, jossa valta on ammatillisilla asiantuntijoilla. Vanhus voi toki tuoda näkemyksiään julki, mutta yleensä vain tiettyyn pisteeseen asti. Vanhuksen vaikutusmahdollisuudet ovat sairaalassa siten kovin vähäiset. Vaikuttaminen onnistuu monesti parhaiten aktiivisten omaisten kautta, mutta ei vanhusten kokemusten mukaan kovin herkästi suoraan vanhuksen ja työntekijän välisessä kohtaamisessa. Työntekijöillä on varmasti usein käsitys, että he työskentelevät vanhusta huomioivalla tavalla, vanhusta kunnioittaen ja hänestä aidosti kiinnostuneina, mutta vanhukset eivät näitä asioita näytä työntekijöiden tekemisessä kokevan.

Asiakaslähtöisyyden ideaali sinällään avaa monenlaisia mahdollisuuksia geriatrisella osastolla, mutta samanaikaisesti se luo haasteita. Asiakaslähtöisyyden ideaalin muuttaminen käytännön teoksi edellyttää koko sairaalakulttuurin muuttamista. Katson, että asiakaslähtöisyyden ongelmat ja haasteet liittyvät sekä vanhukseen, työntekijään että sairaalaympäristöön. Vanhuksen kohdalla haasteita aiheuttavat mm. kommunikoinnin ongelmat, arkuus, toimintakyvyn heikkeneminen, riippuvuus, vaatimattomuus, palvelujärjestelmän vieraus, äänen hukkuminen eri toimijoiden tarjoamiin cocktaileihin sekä negatiiviset tai ylipositiiviset käsitykset selviytymisestä. Työntekijän kohdalla vaikeuksia luovat mm. auttamistyön kielen ongelmalähtöisyys, vanhuksen näkeminen työn kohteeksi, kiire ja priorisoinnin tarve. Sairaalaympäristö puolestaan sisältää liian paljon rutiininomaisia käytäntöjä, liukuhihnamaisuutta, hierarkiaa ja byrokratiaa. Sairaalassa on medikalisaation keskeisyys huomattavan suurta ja työntekijä omaa aina etulyöntiaseman suhteessa vanhukseen.

Asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa näyttää olevan lukuisia reunaehtoja, kuten eri ammattikuntien periaatteet, tapa johtaa ja halu myötävaikuttaa aidon asiakaslähtöisen toiminnan toteutumiseen. Asiakaslähtöisyyden ideaali sisältää paljon hyviä ajatuksia, jotka kunnioittavat vanhusta ja mahdollistavat vanhukselle aktiivisen roolin elämänsä asiantuntijana. Tämä ideaali tulisi vain kyetä mukauttamaan geriatrisen osaston käytäntöön. Pelkkä hienojen ajatusten korostaminen ei riitä, vaan asiakaslähtöisyyden eteen on todella tehtävä töitä. Sairaalan organisaatiokulttuuria ja yleistä asenneilmapiiriä on kyettävä muuttamaan. Kunkin toimintayksikön tulisi kohdallaan tarkastella, mitä asiakaslähtöisyys heidän yksikössään merkitsee, miten se määritellään ja mitä tulee tehdä, että asiakaslähtöinen työskentely todella mahdollistuisi. Tutkimukseni geriatrisilla osastoilla asiakaslähtöisyys on vielä ideaalinen ilmiö.

## 7.7 Tutkimustulosten vertailua aiemmin tehtyihin tutkimuksiin

Tämän tutkimuksen tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin vaikeuttaa se, että asiakaslähtöisyyttä ei ole vanhusten parissa juurikaan tutkittu, joten joudun vertailemaan vanhusaineiston tuloksia pääasiassa asiakaslähtöisyyteen yleensä. Vertailua hankaloittaa myös se, että asiakaslähtöisyyden toteutumista ja asianomaisten kokemuksia siitä ei yleisesti ottaenkaan ole erikoisemmin tutkimiskohteeksi nostettu. Ensin tuon esiin joitakin tutkimuksia, joiden tuloksissa on tutkimukseni tuloksiin nähden samanlaisuutta. Sen jälkeen tarkastelen muutamaa tutkimustulosta, joka poikkeaa oman tutkimukseni tuloksista.

Valokiven (2002) mukaan palvelujärjestelmä on vanhuksille vieras, vanhukset eivät tiedä kaikista mahdollisista palveluista, palvelujärjestelmä tarjoaa vanhuksille valmiita palvelukokonaisuuksia ja vanhukset ovat palveluissaan lähinnä niiden kohteena jääden asioidensa käsittelyssä sivurooliin. Tutkimuksessani tuli varsin selvästi esiin se, että vanhus ei todellakaan tiedä, minkälaisiin palveluihin tai etuuksiin hän on oikeutettu, sairaala on vanhukselle palvelujärjestelmänä vieras ja sairaalassa tarjotaan vanhukselle rutiininomainen päiväohjelma, joka vastaa Valokiven palvelukokonaisuutta. Sairaalan arjen kannalta merkittävien tutkimustulosten vastaavuus on se, että vanhus ei koe voivansa osallistua tai vaikuttaa asioidensa hoitoon, hän ei edes uskalla mielipiteineen häiritä ammatillisia asiantuntijoita. Vanhus tunnistaa varsin nopeasti sairaalan hierarkkisen asetelman ja jää toisinaan mieluummin sivusta katsojan rooliin, vaikka se vanhusta monesti harmittaaakin.

Tutkimuksessa *Enemmän kohteena kuin subjektina* (1987) painotetaan, että työntekijät eivät anna asiakkaille riittävästi tietoa, asiakkaatkaan eivät aina halua kertoa asioistaan muille, jolloin asiakas itsekin edesauttaa toimenpiteiden kohteena olemista. Tutkimuksessa huomautetaan, että sosiaalihuolto on luonteeltaan jähmeä eikä se huomioi asiakkaita kokonaisvaltaisesti yksilöinä. Tutkimuksessani vanhukset olivat yksi toisensa jälkeen sitä mieltä, että sairaalassa ei juurikaan saa tietoa, jos asioista ei itse kysy. Toisaalta osa vanhuksista myönsi, että he eivät haluaakaan kertoa asioistaan, vaan ovat ennemmin minä itse. Vanhukset eivät myöskään kokeneet olevansa yksilöitä, vaan potilaita muiden joukossa.

Kokkolan ym. (2002) mukaan asiakaslähtöiseen työskentelytapaan siirtyminen edellyttää sairaalaorganisaation arvojen tarkistamista, asiakkaaseen kohdistuvien olettamuksien ja ennakoajatuksien selkiyttämistä sekä sairaalan arkielämän uudistamista. Tutkimukseni osoitti, että kukin Kokkolan ym. esittämästä muutoksen edellytyksestä on välttämätön, jotta asiakaslähtöisyyden ideaali saataisiin edes jollakin tapaa osaksi sairaalan arkielämää. Vanhuksen ja työntekijän näkemykset eri asioista eivät näytä kovin hyvin kohtaavan. Työntekijät tekevät helposti työtään tutun perussapluunan mukaisesti, jolloin vanhuksen kokonaisuus jää näkemättä.

Matilaisen (1994) tutkimuksen tulosten mukaan potilaan valinnan mahdollisuudet rajoittuvat valmiisiin vaihtoehtoihin, mikä tuli aineistossani toistuvasti esiin. Työntekijän tietotaitoa ei myöskään yleensä kyseenalaisteta. Matilainen korostaa sitä, että medikalisaatiolla on sairaalamailmassa suuri valta. Myös tämä tutkimus osoittaa, että sairaalassa työntekijöiden lähtökohtana on lääketieteellinen sairauksien määrittely.

Koskinen (1997) näkee suurimmaksi vanhushuolteiden tuottamisen ongelmaksi sen, että vanhushuolteet keskittyvät toimenpidekeskeisyyteen ja fyysisten tarpeiden huomioimiseen. Tutkimukseni vanhusten kohdalla oli myös niin, että fyysiset tarpeet tulivat pääosin kohdatuiksi, mutta muut vanhuksen tarpeet jäivät vähemmälle. Tämän vuoksi osa vanhuksista esim. koki, että työntekijät eivät välitä heistä eikä kukaan ehdi kuunnella, mitä kerrottavaa vanhuksella on. Fyysisiin ja näkyviin tarpeisiin on helpompaa vastata kuin henkisiin, näkymättömiin tarpeisiin.

Tutkimuksessa *Asiakkaan asema terveydenhuollossa* (1998) painotetaan, että asiakkaan oikeudet eivät käytännössä kovin hyvin toteudu, asiakkaat eivät omaa riittäviä mahdollisuuksia ja oikeuksia valita, asiakkailla ei ole tarpeeksi keinoja vaikuttaa ja päätöksenteko ei kohtaa asiakkaiden tarpeita. Myös sairaalassa olevan vanhuksen oikeuksien toteutumisessa on parantamisen varaa, valinnan mahdollisuuksia ei juurikaan ole, kun vaihtoehtojakaan ei erikoisemmin ole, vanhuksen vaikuttamiskeinot ovat vähissä erityisesti ilman aktiivisia omaisia ja päätöksenteko todellakin on ainakin aika ajoin kaukana vanhuksen todellisista tarpeista. Ainakaan tutkimukseni vanhukset eivät kokeneet, että heidän tarpeisiinsa olisi vastattu.

Tossavaisen (1995) mukaan asiakkaalle on vaikeaa tuoda esiin näkemyksiään tilanteestaan ja siihen liittyviä odotuksia. Tutkimukseni vanhuksiin tämä ei päde. Lähes kaikki tutkimukseni vanhukset olisivat olleet halukkaita tuomaan ajatuksensa julki, mutta heille ei tarjottu siihen mahdollisuutta. Toki joidenkin vanhusten kohdalla työntekijän antama rohkaisu olisi ollut tarpeen. Koskinen (1997) mainitsee tutkimuksessaan, että työntekijöiden ohella myös omaisilla on taipumus puhua vanhusten yli. Käytännön työkokemus on tämän todeksi osoittanutkin, mutta aineistoni näytti sen, että näin ei läheskään aina ole. Toisinaan tulee sellainen kuva, että omaisten yli-innokkuutta ja omien mielipiteidensä ajamista korostetaan liikaakin, sillä esim. tutkimukseni vanhuksilla kokemukset omaisistaan olivat lähinnä positiivisia. Omaisten kautta vanhukset kokivat tullessa edes jollakin tavalla kuulluiksi ja omaiset auttoivat muutenkin asioiden hoitamisessa sekä pitivät vanhuksen puolta vanhuksen toiveiden mukaisesti. Valokivi (2002) nostaa esiin, että vanhuksilta puuttuu useimmiten tarvittava toimintakyky ja myös aktiivisuus. Tutkimukseni vanhuksille tämä ei ollut ominaista, sillä kaikilla heillä oli toimintakykyä riittävästi ja yleisesti ottaen myös aktiivisuutta.

Ketola ja Suominen (1995) kirjoittavat, että potilaan mahdollisuudet toimia edellyttävät potilaan omaa vastuuta ja aloitetta. Myös Leino-Kilpi ja Vuorenheimo (1992) tuovat esiin, että potilaan ja työntekijän välisen vuorovaikutuksen luonne on hyvin pitkälle riippuvainen potilaan omasta aktiivisuudesta. Tutkimustani ajatellen vastuu ja aloite tulisi olla myös työntekijällä. Varsinkin aremman

vanhuksen kohdalla työntekijällä on vastuu tehdä aloite, rohkaista ja aktivoida vanhusta. Osa aineistoni vanhuksista oli tehnyt aloitteen keskustelussa lääkärin kanssa, mutta lääkäri ohitti vanhuksen puheenvuoron ottamatta siihen kantaa tai kuulematta sitä. Toki vanhuksen aktiivisuutta tarvitaan, mutta aina vanhuksen aloite ei siis välttämättä tuo tulosta. Ainakin osalla vanhuksista on olemassa halu tehdä aloite ja olla aktiivinen, mutta palvelujärjestelmä ei näytä antavan siihen tarpeeksi mahdollisuuksia. Pohjanheimon (1995) tutkimuksen mukaan potilaat haluavat tukeutua hoitajiin asioidensa ajajina, kun omat voimat eivät riitä puoliensa pitämiseen. Tutkimukseni vanhuksilla tällaista piirrettä ei tullut lainkaan esille. Vanhukset tukeutuivat ainoastaan omaisiinsa, hoitohenkilökunnan kanssa heille olisi riittänyt yleisemmällä tasolla oleva keskustelu. Tutkimukseni vanhukset eivät halunneet tukeutua hoitohenkilökuntaan, koska vanhukset eivät kokeneet voivansa luottaa heihin. Tukeutuminen on varsin hankalaa silloin, kun kokee, että toinen ei edes välitä.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Pidän tutkimukseni luotettavuutta vähintäänkin kohtuullisen hyvänä. Kykenin tavoittamaan tutkimastani ilmiöstä olennaisia piirteitä ja johtamaan esitetyistä teorioista ja aiemmista tutkimuksista keskeisimmät käsitteet. Toisaalta käsitteitä olisi voinut valita vähemmänkin, mutta koen ratkaisuni kuitenkin perustelluksi menettelyksi lähestyä tutkimusaihetta mahdollisimman kattavasti. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksien valitseminen teemahaastattelun päärungoksi vaikuttaa onnistuneelta ratkaisulta. Sisällönanalyysissa olisi tietenkin voinut luoda itse aineistosta uudet teemat, mutta halusin pitää myös siinä asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet kehikkona, johon hain aineistosta sekä vastaavuuksia että uutta sisältöä. En koe tämän ratkaisun heikentäneen tutkimuksen toteutettavuutta, koska annoin aineistolle mahdollisuuden tuoda uusia elementtejä esiin. Vanhusten haastatteluissa sain haastateltavaksi vaihtelevia kokemuksia ja näkemyksiä omanneita vanhuksia ja kysymykset taavoittivat mukavasti haluttuja kokemuksia. Mielestäni vanhukset vastasivat suhteellisen rehellisesti ja avoimesti kysymyksiini. Aineistoista tehdyt johtopäätökset saattavat toki olla virheellisiä, vaikka nähdäkseni niin ei kuitenkaan ole. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 1995, 128-130.)

Aineisto on tutkimukseni kannalta merkittävä. Kymmenen vanhuksen haastattelu tuotti riittävän monipuolisen aineiston. (Ks. Mäkelä 1990, 48.) Mielestäni ennako-oletukseni eivät vaikuttaneet juurikaan aineiston käsittelyyn, mutta jossakin määrin ne tietenkin olivat mukana aineiston hankkimisessa, varsinkin kysymyslomaketta ja teemahaastattelurunkoa rakennettaessa. Tutkimuksellani on käytännön merkitystä, vaikka tulokset eivät välttämättä ole sellaisenaan yleistettävissä suurempaan joukkoon. Tutkimustulokset antavat kuitenkin aihetta paneutua esille tulleisiin ongelmiin, haasteisiin ja kehittämistarpeisiin. Tutkijana yritin mahdollisimman hyvin tarkastella omaa osuuttani, rooliani ja ennako-oletuksiani tutkimuksen edetessä, jotta ne eivät olisi vaikuttaneet ohjailevasti tekemiini valintoihin ja tulkintoihin. Tutkimusraportin olen pyrkinyt kuvaamaan selkeästi, perustellusti ja johdonmukaisesti. (Ks. Eskola & Suoranta 1998, 209-217.) Tutkimusaineisto on koottu siellä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy ja se vastaa mukavasti tutkimuskysymyksiin, se on olosuhteet huomioiden edustava eikä aineiston keräämisessä ole nähdäkseni isompia puutteita. Muistettava toki on, että laadullisen tutkimuksen myötä tehty tulkinta perustuu aina tutkijan persoonalliseen näkemykseen, johon sisältyy tutkijan tunteet ja intuitiot. (Ks. Nieminen 1997, 215-217.)

Tutkimukseni perusteella asiakaslähtöisyyden toteutuminen geriatrisella sairaalaosastolla on puutteellista. Auttamistyön idealisoituminen näyttää vielä tänäkin päivänä johtavan kaksijakoistumiseen, jolloin maailma kuvataan yhdenlaisena ja eletään toisenlaisena. Palvelujärjestelmä ei edelleenkään korosta yksilöllisyyttä käytännön tasolla, vaan systeemi on sellainen, että asiakas putoaa helposti sen kelkasta. Asiakaslähtöisyyden ideaalissa on monia hyviä ajatuksia vanhuksen aktivointiin ja hänen asemansa parantamiseen, mutta ne pitäisi vielä saada osaksi sairaalan arkea. Asiakaslähtöisyyden ongelmia ja haasteita on tuotu esiin monissa aiemmissa tutkimuksissa ja ne näyttävät edelleen pätevän käytännön elämään. Vanhusasiakkaan rooli on asiakaslähtöisyydessä keskeinen, mutta samanaikaisesti järjestelmä ei kuitenkaan josta tarvittavalla tavalla. Vanhuksena sairaalassa oleminen ei asiakaslähtöisyyden näkökulmasta ole järin ruusuista. Vanhuksen paikkana on olla asiantuntijoiden alapuolella, heistä riippuvaisia ja heidän armoillaan. Vanhuksella ei näytä erikoisemmin olevan vaikutusmahdollisuuksia.

Vanhuspolitiikan keskeinen tavoite on vanhusten itsemääräämisoikeuden ja riippumattomuuden turvaaminen. Myös asiakaslähtöisyys kuuluu siten vanhuspolitiikan tavoitteisiin. Asiakaslähtöisyydestä on kuitenkin tullut ikään kuin mantra, jota joka puolella hoetaan. Koska asiakaslähtöisyyden perään on huudettu jo vuosia, tuntuu helposti siltä, että tavoite on jäämässä käytännön toteutumisen sijaan retoriseksi ilmiöksi. Esimerkiksi vanhus on sairaalassa edelleen yleisesti ottaen selkeästi altavastajaan roolissa. Monesti on niin, että asiakaslähtöisyyden ideat käyvät niin kauan, kunnes ne alkavat aiheuttaa lisätöitä. Moninainen resurssien puute voi johtaa kaavamaiseen työskentelytapaan ja ajaa vanhuksen omien näkemysten yli. Olisi hyvin tärkeää, että asiakaslähtöisyyden sisältö määriteltäisiin kussakin yksikössä omanlaisekseen, sillä asiakaslähtöisyys on käsitteenä varsin laaja ja moniulotteinen. Yksikön omanlaisensa asiakaslähtöisyyden määrittely loisi yksikön asiakaslähtöiselle työskentelylle lähtökohdan, johon työskentelytapojakin voisi vertailla. Olisi siis tärkeää avata käsite auki, konkretisoida se kulloiseenkin käytäntöön.

Monissa aiemmissa tutkimuksissa toistuu huomio siitä, että asiakaslähtöisyys ei ole vielä osana arjen työelämää. Tämä osoittautuu myös tässä tutkimuksessa todeksi. Tärkeää olisi paneutua siihen, mitä mieltä vanhukset todella ovat asioistaan. Varsin yleistä on, että vanhukset eivät uskalla sanoa todellisia mielipiteitään suoraan työntekijälle, joten siksi tutkimuksen kautta kerätty tieto on tärkeää käytännön työnkin kannalta. Asiakaslähtöisyyttä vanhusten parissa voisi tutkia jatkossa vielä monesta eri näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista tehdä tutkimus, jossa pyrittäisiin rakentamaan asiakaslähtöisyydelle sisältöä, siis katsomaan, minkälaisia määritelmiä asiakaslähtöisyys esim. geriatrisessa sairaalassa saa, kun haastatellaan sairaalan eri ammattialoja edustavia työntekijöitä. Erityisen tärkeä

tutkimus olisi sellainen, jossa tavoitteena olisi todella löytää ratkaisuja siihen, kuinka asiakaslähtöinen työskentelyote saataisiin osaksi arjen työtä sen ideaalisen ajattelun sijaan. Vanhusten tarpeita, toiveita ja mielipiteitä voisi myös tutkia ja samalla miettiä, miten niihin kulloinkin voidaan työskentelyssä tarttua. Suomessa on tehty suhteellisen paljon tutkimuksia, jossa asiakaslähtöisyyden ideaalia on kuvattu, mutta sen kytkeminen käytäntöön erilaisine malleineen ja ideoineen on ollut lähes olematonta. Tutkimuksen kohteeksi voisi nostaa erilaisia työyhteisöjä, joissa asiakaslähtöisyyttä todella yritetään saada osaksi arkea ja katsoa, minkälaisia ratkaisuja niissä pyritään käyttämään. Eri yksiköistä saatu tieto voisi rikastaa asiakaslähtöisyyden soveltamista käytäntöön, sillä toisten sekä hyvistä että huonommista ratkaisuista voi aina oppia.

Vanhuksilla on paljon asioita ja mielipiteitä kerrottavanaan, kunhan joku niitä ehtisi ja haluaisi kuunnella. Asiakaslähtöisyyden kehittämisessä sekä vanhuksen että työntekijän on annettava oma panoksensa ja tultava toisiaan vastaan. Kukin työntekijä voisi kysyä itseltään, miten usein kuulen vanhuksen todellisen tarpeen ja toiveen? Miten usein kuulen vanhuksen toiveen sijaan vain oman olettamukseni luullen sen olevan vanhuksen tahto? Huomattava on, että vanhusta voidaan toisaalta kuulla myös liikaa, jolloin hänen esim. annetaan mennä kotiin, vaikka sairaanakin. Vanhuksen liiallinen kuuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen saattaa aikaansaada myös sen, että omaiset sivuutetaan hänen asioissaan täysin, vaikka heillä voisi olla tärkeääkin tietoa vanhuksen pärjäämisestä, jota vanhus ei välttämättä itse halua tuoda julki (kuten psyyken ongelmat, alkoholi-ongelma, puutteelliset asumisolosuhteet jne.). Harvemmin asia kuitenkaan näin päin kääntyy, mutta on toki monesti vaikeaa määrittellä, missä kulkee yhteiskunnallisen vastuun ja vanhuksen itsemääräämisoikeuden raja.

Miten asiakaslähtöisyyden toteutumista voitaisiin käytännössä seurata? Tästä puhutaan aiemmissa tutkimuksissa vähän. Asiakaslähtöisyyden toteutumista pitäisi arvioida ennen kaikkea vanhuksen näkökulmasta. Ilman seurantaa on mahdotonta tietää, toteutuuko asiakaslähtöisyys todellisuudessa vanhuksen mielestä. Asiakaspalautteella olisi merkityksensä myös vanhuksen osallistumis- ja vaikuttamiskanavana, joten asiakaspalautteen tulisi kuulua olennaisena osana asiakaslähtöiseen työskentelyyn. Työntekijän tulisi myös toistuvasti tarkastella itsearviointin kautta automatisoitunutta tietoaan, eli hiljaista tietoa, sekä työnsä taustalla olevia työskentelymalleja (Yliruka 2000, 1-2).

Asiakaslähtöisyyden nykykeskustelusta tuntuu jollakin tapaa puuttuvan siis se, miten asiakaslähtöisyys käytännössä toteutetaan, mitä sen eteen tulisi oikeastaan tehdä. Pelkkä ideaalin korostaminen ja ongelmien toteaminen ei riitä, vaan niiden eteen tarvitaan koko palvelujärjestelmää kos-



keviä konkreettisia tekoja. Vaikeutena tässä on se, että palvelujärjestelmän kulttuuri on hidas muutettava. Asian ydin on ennen kaikkea asenteissa, joten koko palvelukulttuuri edellyttäisi asennemuutosta. Tänä päivänä tehokkuus ja raha merkitsevät liian paljon, jolloin perusarvot unohtuvat. Muutos koko palvelujärjestelmässä on tarpeen, sillä paikallaan polkeva sosiaali- ja terveydenhuolto menettää nopeaan kykynsä vastata asiakkaidensa tarpeisiin ja toiveisiin (Lehto ym. 2001, 27-28). Toki hyviä ja tärkeitä strategioita asiakaslähtöisyyden edistämiseksi on jo luotu, mutta työ on vielä alkuvaiheessa.

## LÄHTEET

- Aaltonen, T.** (2004) Autonomiaa ja osallistumista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41(3), 176-184.
- Achté, K.** (1994) Sairaus ja ihmisen mieli. Teoksessa Hyry, K. (toim.) *Sairaus ja ihminen*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. *Tietolipas* 132. Helsinki, 139-161.
- Ahola, M.** (2002) Etnografinen tutkimus sosiaalityöntekijän ja vanhuksen kohtaamisesta sairaalassa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Ahonen, H.** (1992) Vuorovaikutus auttamisen välineenä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Ain, E.J.** (2005) Social workers' resolution of ethical dilemmas in health and mental health practice. Teoksessa Heinonen, T. & Metteri, A. (toim.) *Social work in health and mental health*. Toronto: Canadian scholars' press inc, 26-44.
- Airaksinen, T.** (2002) Vanhuuden ylistys. Helsinki: Otava.
- Ala-Nikkola, M.** (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 972. Tampere.
- Alasuutari, P.** (1999) Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Backman, K., Paasivaara, L. & Voutilainen, P.** (2002) Erilaisia asiakkaita – erilaisia kohtaamisia. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. STAKES. *Oppaita* 49, 21-25. Helsinki.
- Banks, S.** (2006) *Ethics and values in social work*. 3<sup>rd</sup> edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Borgman, M.** (1998) Miten sosiaalialan työntekijöiden ammatilliset tulkinnat rakentuvat? STAKES. *Tutkimuksia* 95. Helsinki.
- ”Enemmän kohteena kuin subjektina”** (1987) Lastensuojeluasiakkaiden kokemuksia. Helsinki: Sosiaalihalitus.
- Eskola, J. & Suoranta, J.** (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Featherstone, M. & Hepworth, M.** (1998) Images of ageing. Teoksessa Bond, J., Coleman, P. & Peace, S. (toim.) *Ageing in society – an introduction to social gerontology*. Second edition. London: SAGE, 304-332.
- Forss, S., Karjalainen, P. & Tuominen, K.** (1995) Mistä apua vanhana? Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Gothi, R.** (1994) Pitkäaikaissairaana vanhuksen ja hänen omaisensa maailma. Teoksessa Hyry, K. (toim.) *Sairaus ja ihminen*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. *Tietolipas* 132. Helsinki, 236-252.

- Grönfors, M.** (1982) Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Hakonen, S.** (2003) Teorian ja ammattikäytännön vuoropuhelu. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS –kustannus, 111-121.
- Harju, R. & Salonen, P-L.** (1995) Elää ainutlaatuisena – kokea ainutlaatuisuutensa. Teoksessa Munnukka, T. & Kiikkala, I. (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä, 71-85.
- Hautamäki, A.** (1997) Saako asiakas itse valita omat palvelunsa? Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena, 96-100.
- Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I.** (toim.) (1998) Kohtaamisia sosiaali- ja terveydenhuollon areenoilla. STAKES. Raportteja 221. Helsinki.
- Heikkinen, E.** (2002) Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13-32.
- Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.)** (2002) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi
- Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P.** (2003) Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 43-62.
- Heikkinen, R-L.** (1997) Iäkkäiden autonomia. Gerontologia 2/1997, 159-165.
- Helin, S.** (2000) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Studies in sport, physical education and health 71. Jyväskylä.
- Helin, S.** (2002) Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 35-65.
- Helin, S.** (2003) Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Jyväskylä: Duodecim, 336-350.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H.** (1995) Teemahaastattelu. 7.painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H.** (2000) Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Holliday, A.** (2002) Doing and writing qualitative research. London: SAGE.
- Holma, T.** (1999) Asiakaslähtöiset palveluprosessit – laadun perusta. Teoksessa Holma, T. (toim.) Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 23-29.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Raitakari, S.** (2003) Sosiaalityötä ”menestystarinoiden” tuolla puolella? Teoksessa Satka, M., Pohjola, A. & Rajavaara, M. (toim.) Sosiaalityö ja vaikuttaminen. SoPhi 76. Jyväskylä, 149-169.
- Jouttimäki, R-M.** (2000) Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista: tausta ja periaatteet. Teoksessa Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 332-349.

- Jylhä, M.** (1990) Terveys ja sairaus. Teoksessa Pohjolainen, P. & Jylhä, M. (toim.) Vanheneminen ja elämäntietä. Espoo: Weilin + Göös, 162-193.
- Jääskeläinen, A.** (2004) Viekö vanhuus yksilön arvon? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 82-93.
- Kananoja, A.** (1997) Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehyksenä. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena, 109-123.
- Kane, R.L. & Kane, R.A.** (2001) Emerging issues in chronic care. Teoksessa Binstock, R.H. & George, L.K. (toim.) Handbook of aging and social sciences. 5<sup>th</sup> edition. San Diego (Calif.): Academic press, 406-425
- Kangasmäki, L.** (1999) Tulo palvelutalon asukkaaksi Leppävirralla. Teoksessa Holma, T. (toim.) Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 66-79.
- Kankare, H. & Lintula, H. (toim.)** (2004) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.
- Karjalainen, P.** (2004) Asiakas, potilas vai ihminen? Vanhustyö 1/2004, 1.
- Karvinen, S.** (1993) Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. Teoksessa Granfelt, R., Karvinen, S., Matthies, A-L. & Pohjola, A. Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto.
- Karvinen, S.** (1996) Sosiaalityön ammatillisuus modernista professionaalisuudesta reflektiiviseen asiantuntijuuteen. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 34. Sosiaalitieteiden laitos.
- Kemppainen, E.** (1992) Yksilön vastuu ja sosiaaliset oikeudet. Teoksessa Kemppainen, E. (toim.) Yksilön vastuu ja sosiaaliset oikeudet. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 76, 5-9.
- Ketola, O. & Kevätsalo, K.** (1994) Ammatti vai elämäntehtävä? Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot murroksessa. Helsinki: Painatuskeskus.
- Ketola, O. & Suominen, T.** (1995) Hoitaminen – mitä sen sanotaan olevan. Teoksessa Ketola, O., Kovanen, M. & Suominen, T. (toim.) Peiton alta. Helsinki: Painatuskeskus, 8-18.
- Kiikkala, I.** (2000a) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 112-121.
- Kiikkala, I.** (2000b) Mikä on minun etiikkani? Teoksessa Sundman, E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi, 50-65.
- Kokko, R-L.** (2003) Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Kokkola, A., Kiikkala, I., Immonen, T. & Sorsa, M.** (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Koskinen, S.** (1994) Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Koskinen, S.** (1997) Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta. Jyväskylä: Atena, 36-51.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E.** (1998) Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kovasin, M.** (1995) Hoitamisen kieli ja viestintä. Teoksessa Ketola, O., Kovasin, M. & Suominen, T. (toim.) Peiton alta. Helsinki: Painatuskeskus, 19-37.
- Lahti, P.** (1996) Puhuva vaaka. Hyvän asiakaspalvelun opas. SMS-julkaisut. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Latimer, J.** (1997) Figuring identities: older people, medicine and time. Teoksessa Jamieson, A., Harper, S. & Victor, C. (toim.) Critical approaches to ageing and later life. Buckingham: Open University Press, 143-159.
- Latomaa, T.** (2005) Ymmärtävä psykologia: psykologia rekonstruktivisena tieteenä. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Helsinki: Dialogia, 17-88.
- Latvala, E.** (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 490. Oulu.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L.** (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21-43.
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V.** (2001) Sosiaali- ja terveydenhuolto. STAKES. Helsinki.
- Lehtonen, A.** (1998) Läheisyyttä asiakastyöhön. Lähipalvelutyöryhmän loppuraportti. STAKES. Sosiaali- ja terveystieteiden osasto. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J.** (1992) Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja 68. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I. & Katajisto, J.** (1999) Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. STAKES. Raportteja 229. Helsinki.
- Levonen, T.** (2001) Ikä karttuu, elämä jatkuu. Ikääntyminen muuttuvassa yhteiskunnassa. Jyväskylä: Gummerus.
- Lillkrank, A. & Seppälä, U.** (2000) Sairauden ja terveyden kokemus maallikkonäkökulmasta. Teoksessa Kangas, I., Karvonen, S. & Lillkrank, A. (toim.) Terveystieteiden tutkimus. Helsinki: Gaudeamus, 104-118.

- Lindén, M.** (1999) Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES. Raportteja 234. Helsinki.
- Lindqvist, M.** (1986) Ammattina ihminen. Hoidon etiikasta ja arvoista. Helsinki: Otava.
- Lindqvist, M.** (1990) Auttajan varjo – Pahuuden ja haavoittuvuuden ongelma ihmistyön etiikassa. Helsinki: Otava.
- Lumme-Sandt, K.** (2005) Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusu-vuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tampere: Vastapaino, 125-144.
- Lyytikäinen, M.** (2002) Vanhuspalveluiden muuttuva kenttä. Teoksessa Molander, G. & Multanen, L. (toim.) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos, 21-28.
- Marin, M. & Hakonen, T. (toim.)** (2003) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Marshall, C. & Rossman, G.B.** (1999) Designing qualitative research. 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks: SAGE.
- Matilainen, A.** (1994) Määrittelysuhteista mahdollisuussuhteisiin. Psykiatrisen sairaalan hoitokäytäntöjen tarkastelua. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia sarja B Nro 15.
- Meriläinen, P., Perälä, M.L. & Virta, K.** (1994) Vanhuksen oikeudellinen asema ja itsemäärääminen laitoshoidossa. Teoksessa Ruth, J.E. & Uutela, A. (toim.) Muuttuva vanhuus. Helsinki: Gaudeamus, 237-250.
- Metteri, A.** (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita, 143-157.
- Metteri, A.** (2003) Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita, 92-103.
- Metteri, A., Lehtinen, T. & Saarnio, M.** (2000) Kitkasta kuulemiseen – kohti kansalaisen luottamusta. Mikä hätänä –projektin loppuraportti 1998-2000. Helsinki: Kansalaisareena.
- Metteri, A. & Nieminen, M.** (2005) Social work and conflict resolution: The work of a hospital patient ombudsperson. Teoksessa Heinonen, T. & Metteri, A. (toim.) Social work in health and mental health. Toronto: Canadian scholars' press, 221-240.
- Molander, G. & Multanen, L. (toim.)** (2002) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mäkelä, K.** (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.

- Mönkkönen, K.** (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Edita, 51-66.
- Naleppa, M.J. & Reid, W.J.** (2003) Gerontological social work. A task-centered approach. New York: Columbia University Press.
- Niemelä, P.** (1985) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaalipoliittinen yhdistys.
- Nieminen, H.** (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215-221.
- Paasivaara, L.** (2004) Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 19-32.
- Pahlman, I.** (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.
- Pajukoski, M.** (2004) Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa, oikeudellinen näkökulma. Teoksessa Heikkilä, M. & Roos, M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: STAKES, 176-204.
- Palomäki, S.** (2004) Sosiaalityöntekijän paikka vieraskentällä. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Sosiaalipoliittikan ja sosiaalityön laitos.
- Partanen, P.** (1994) Potilaan oikeudet. Teoksessa Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) Potilaskeskeinen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä, 17-32.
- Partanen, P., Perälä, M-L. & Turunen, H.** (1998) Väestön kokemuksia itsemääräämisestä ja hoidosta terveydenhuollossa. Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.) Kohtauksia sosiaali- ja terveystieteiden areenoilla. STAKES. Raportteja 221. Helsinki, 121-133.
- Peräkylä, A.** (2000) Sairaus, puhe ja vuorovaikutus. Teoksessa Kangas, I., Karvonen, S. & Lillkrank, A. (toim.) Terveystieteiden suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus, 74-84.
- Phillipson, C.** (1998) Reconstructing old age. London: SAGE.
- Pietilä, V.** (1976) Sisällön erittely. Toinen korjattu painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Pohjanheimo, M.** (1995) Potilaskeskeisyys. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pohjola, A.** (1993) Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Granfelt, R., Jokiranta, H., Karvinen, S., Matthies, A-L. & Pohjola, A. Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 53-89.
- Poikkimäki, I.** (2004) Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotyön laitos.

- Porio, A. & Porio, I.** (1995) Kolmas vuodenaika. Elämänlaatu ja ikääntyminen. Jyväskylä: Gummerus.
- Pärssinen, A.** (2003) Vastuunotto asiakaslähtöisessä viranomaisyhteistyössä. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY. Helsinki: Edita, 70-91.
- Raitasalo, R.** (1995) Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Helsinki.
- Rajavaara, M.** (1986) Professionaalistaminen sosiaalityön muutosstrategiana. Teoksessa Karisto, A. & Purola, T. (toim.) Sosiaalityön kehittäminen. Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Oppimateriaaleja 1, 44-65.
- Rantala, M. & Saario, A.** (1999) Asiakasselvitykset vanhusten kotihoidossa Kotkan esimerkin mukaan. Teoksessa Holma, T. (toim.) Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Helsinki: Suomen kunta-liitto, 35-41.
- Rauhala, L.** (2005) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Toinen painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauhala, P-L.** (1994) Hoiva ja hoito ammattina. Helsinki: WSOY.
- Riikonen, E. & Smith, G.M.** (1998) Inspiraatio ja asiakastyö. Suomentaneet P. Kamppikoski & E. Riikonen. Tampere: Vastapaino.
- Rintala, T.** (1999) Miten vanhuskäsitys voi heijastua palveluihin? Gerontologia 13(2), 92-99.
- Rintala, T.** (2003) Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. STAKES. Tutkimuksia 132. Helsinki.
- Ruotsalainen, P.** (2000) Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 7-32.
- Räikkä, J., Kotkavirta, J. & Sajama, S.** (1995) Hyvä ammattilainen. Johdatus ammattietiikkaan. Helsinki: Painatuskeskus.
- Saarenheimo, M.** (2003) Merkityksellinen elämä. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS –kustannus, 44-56.
- Saikka, P.** (1999a) Omaa ja yhteistä. Asiakasyhteistyötä ympäri Suomea. Teoksessa Karjalainen, V. & Saikka, P. (toim.) Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Helsinki: STAKES. Raportteja 236, 37-55.
- Saikka, P.** (1999b) Vihdoinkin ratkaisu? Asiakkaat arvioivat ryhmiä. Teoksessa Karjalainen, V. & Saikka, P. (toim.) Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. Helsinki: STAKES. Raportteja 236, 74-88.
- Sajama, S.** (1995) Arkipäivän etiikkaa hoitotyön näkökulmasta. Helsinki: Kirjayhtymä.



- Salmela, T. (toim.)** (1997) Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Jyväskylä: Atena.
- Sarvimäki, A.** (1998) Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Teoksessa Parviainen, T. (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä, 11-24.
- Seppänen, R.** (1996) Kokeilua, yritystä, uskallusta – palvelurakenteen uusia ilmiöitä ja innovaatioita. Teoksessa Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos. STAKES. Raportteja 192, 141-155. Helsinki.
- Seppänen, J.** (2003) Mielen voimaa. Omien voimavarojen tunnistaminen ja oman kertomuksen muutos työllistymisprojektin aikana. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita, 51-69.
- Seppänen, M.** (2006) Gerontologinen sosiaalityö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sidell, M.** (1995) Health in old age. Myth, mystery and management. Buckingham: Open University Press.
- Siira, M-L.** (2003) Hyvään vanhuuteen pitää valmistautua ajoissa. Dialogi 5/2003. 16-18.
- Sinervo, T.** (2001) Rutiinit syrjään ja vanhus keskipisteeksi. Sosiaaliturva 80(17), 32-33.
- Sormunen, E.** (1999) Asiakas ja ryhmä – kehittyvä suhde. Teoksessa Karjalainen, V & Saikku, P (toim.) Vuoropuhelun aika. Kirjoituksia kehittyvästä asiakasyhteistyöstä. STAKES. Raportteja 236. Helsinki, 64-73.
- Sorsa, M.** (2002) Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalouksissa. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet** (2005). Helsinki: Talentia.
- Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet** (2001) Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Op-paita 2001:11.
- Sosiaalityö terveydenhuollossa** (1989) Yhteistyön kehittäminen sosiaalityön palvelujen ja asiantuntija –avun turvaamiseksi. Sosiaalihuollon raporttisarja. Nro. 14/1989. Helsinki.
- Suomi, A.** (2003) Puhe- ja tunnetyö seniori- ja vanhustyössä. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyön arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS –kustannus, 122-129.
- Suutama, T.** (1995) Coping with life events in old age. Studies in education, psychology and social research 117. Jyväskylä.
- Särkelä, A.** (1993) Sosiaalityön asiakas subjektina ja ei-subjektina. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Täydennyskoulutusjulkaisuja 7.
- Särkelä, A.** (2001) Välittäminen ammattina. Tampere: Vastapaino.
- Tahvanainen, S.** (2004) Hiljainen ääni – kuka kuulee masentunutta vanhusta? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 137-144.

- Taipale, V.** (1998) Potilaasta kumppaniksi. Teoksessa Haverinen, R., Simonen L. & Kiikkala, I. (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveystieteiden areenoilla. STAKES. Raportteja 221. Helsinki, 16-20.
- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Kling, T. & Viialainen, R.** (1995) Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutuslaitos.
- Tedre, S.** (2003) Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Marin, M. & Hakonen, S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 57-71.
- Tenkanen, R.** (1998) Vanhuksen ja työntekijän kohtaaminen kotipalvelussa. Teoksessa Haverinen, R., Simonen, L. & Kiikkala, I. (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveystieteiden areenoilla. STAKES. Raportteja 221. Helsinki, 99-111.
- Tietäväinen, S.** (2003) Yksilöllisyys ja sosiaalinen vanhustyössä – vaihtoehtoja medikalisaatiolle? Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimukset ja selvitykset. Nro 6. Tampere.
- Toombs, S.K.** (1992) The meaning of illness. Dordrecht: Kluwer academic publisher.
- Tossavainen, A.** (1995) Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutuslaitos.
- Tulppo, J.** (1991) Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2.
- Tuomainen, R., Myllykangas, M., Elo, J. & Ryytänen, O-P.** (1999) Medikalisaatio – aikamme sairaus. Tampere: Vastapaino.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A.** (2003) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Tuorila, H.** (2004) Ikääntyvä, vanhus vai seniori? Hyvinvointikatsaus 15(4), 36-38.
- Uuttu-Riski, R.** (2004) Vanhusten kaltoinkohtelu - tiedotusvälineissä käyty keskustelu. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 106-136.
- Vaarama, M.** (1992) Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 48. Helsinki.
- Vaarama, M.** (2006) Vanhussosiaalityön tarve kasvaa. Sosiaaliturva 94(7), 8-9.
- Valokivi, H.** (2002) Ikääntynyt kansalainen ja omainen sosiaali- ja terveyspalveluissa johdon kertomana. Teoksessa Lehto, J. & Natunen, K. (toim.) Vastamme vanhusten hyvinvoinnista. Suomen kuntaliitto. Acta nro 144. Helsinki, 15-30.
- Valokivi, H.** (2004a) Jäävätkö hiljaisten ikääntyneiden palvelutarpeet kuulumattomiin? Sosiaaliturva 11/04, 21.
- Valokivi, H.** (2004b) Vaativista kansalaisista alamaisiin – Ikääntyneet kommentoivat palvelukokemuksiaan. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 41(3), 214-227.

**Vanhala, A.** (2005) Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. Acta Universitatis Tamperensis 1075. Tampere.

**Varto, J** (1992) Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Terveysten- ja sairaanhoitajien kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.

**Vikström, J.** (2004) Vanhuus arvona yhteiskunnassamme. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 13-18.

**Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L.** (2002) Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.

**Viljaranta, L.** (1992) Itsemääräämisoikeutta vanhuksille – Kokemuksia vanhainkotien kehittämiprojektista. Teoksessa Kemppainen, E. (toim.) Yksilön vastuu ja sosiaaliset oikeudet. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 76. Helsinki, 11-20.

**Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A.** (2002) Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. STAKES. Oppaita 49, 38-42. Helsinki.

**Vuori, H.** (1993) Terveystuon laadunvarmistus. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

**Väänänen, R.** (1993) Kenen asia tämä oikein on? Teoksessa Karvinen, S. (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Helsinki: Painatuskeskus, 132-145.

**Wiili-Peltola, E.** (2005) Sairaala muutosten ristipaineessa. HAUS -kehittämiskeskus. Julkaisuja 1/2005. Helsinki.

**Ylinen, S.** (1991) Vanhuus (yli 75 vuotta) elämänvaiheena. Teoksessa Niemelä, P. (toim.) Turvattu muus, sen syyt ja hallintakeinot eri ikävaiheissa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 3/1991. Kuopio.

**Ylinen, S. & Rissanen, S.** (2004) Asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. Gerontologia 3/2004, 200-205.

**Yliruka, L.** (2000) Sosiaalityön itsearviointi ja hiljainen tieto. FinSoc. Työpapereita 2/2000. Helsinki: STAKES.

Elektroniset lähteet:

**Lyytinen, H., Liippo, T., Routasalo, P. & Arve, S.** (2000) Ensimmäiset päivät sairaalassa – viiden iäkkään potilaan havainnointi vuodeosastolla. Gerontologia 14(4). Luettavissa myös: <http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/14/4/ensimmai.pdf> (luettu 29.8.05)

**Ristiniemi, T.** (2005) Psykiatrisen sairaalan ”armahtava” todellisuus. Luettu internetissä: [http://www.sosnet.fi/includes/file\\_download.asp?depid=16345&fileid=8051&file=20060223123910.pdf&pdf=1](http://www.sosnet.fi/includes/file_download.asp?depid=16345&fileid=8051&file=20060223123910.pdf&pdf=1) (luettu 23.5.06)

## Liite 1. Asiakslähtöisyyden ulottuvuudet teemahaastattelun pohjana

(Kertoo asioista, joihin mielenkiintoni kohdistui)

### **TAUSTATIETOJA**

- ikä?
- sukupuoli?
- mitä sairastaa?
- kuinka pitkään on nyt ollut sairaalassa?
- onko aktiivisia omaisia vai ei?
- millaisia seurauksia sairastamisesta/sairaalassa olemisesta on vanhuksen elämälle?
- onko vanhus ollut aiemmin ko. sairaalassa?
  - aiemmat kokemukset sairaalassa olemisesta?
- mitä ajatuksia sairaalassa oleminen vanhuksessa herättää? miten kokee sairaalassa olemisen?

### **VALINNAN MAHDOLLISUUS JA TIEDON SAANTI**

- onko tarjottu/esitetty/kerrottu vaihtoehtoja?
  - minkälaisia? riittävästi?
- puhutaanko asioista tarpeeksi ja ymmärrettävästi?
- miten/milloin/missä yhteydessä tietoa saa?
- onko vanhus saanut mielestään riittävästi tietoa?

### **OSALLISTUMIS- JA VAIKUTTAMISMAHDOLLISUUDET**

- mitkä ovat/aiheuttavat osallistumisen ja vaikuttamisen esteitä vanhuksen mielestä?
- millä tavalla vanhus on osallistunut asioidensa hoitoon sairaalassa?
- onko vanhus osallistunut/saanut osallistua elämäänsä koskeviin neuvotteluihin?
- mitkä tekijät vanhuksen mielestä vaikeuttavat työntekijän kohtaamista, vuorovaikutusta ja kuulluksi/ymmärretyksi tulemistä?
- miten vanhus voi vaikuttaa asioihinsa sairaalassa?
- miten sairaalassa oleminen rajoittaa vanhuksen toimintaa? mahdollistaako sairaalassa oleminen jotakin?

### **KOHTELU**

- miten vanhus on kokenut henkilökunnan käytöksen?
- mitä vanhus työntekijältä toivoo/odottaa?
- onko työntekijän lähestyminen helppoa vai vaikeaa?

### **OMAN ELÄMÄN ASiantuntijuus, subjektiivisuus**

- onko vanhus saanut kertoa/määritellä yksilölliset tarpeensa, vai onko ne määritelty jonkun muun toimesta? (jos, milloin?)
- onko vanhuksen näkemyksiä, toiveita ym. yleensäkin kysytty?
- kokeeko vanhus tulleensa kuulluksi, saaneensa itse toimia ja määritellä tavoitteet?
- onko palveltu/toimittu vanhuksen lähtökohdista?
- millaista on kertoa omista asioista?
- huomioidaanko yksilöllisesti?

### **ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS (sisältyy em. asioihin)**

## Liite 2. Teemahaastattelun esimerkkikysymyksiä

(Kytkin asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet sairaalan arjen esimerkkitoimintoihin, joista tulkitsin asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia. Nämä ovat vain esimerkkikysymyksiä, joita en suinkaan johdonmukaisesti käyttänyt, vaan haastattelut etenivät kulloisenkin haastattelutilanteen mukaisesti. Haastattelut sisälsivät paljon muitakin kysymyksiä, kuin tässä mainittavat.)

### **YLEISIÄ KYSYMYKSIÄ**

- Mitkä asiat ovat Teille tärkeitä? Entä sairaalassa ollessa?
- Miten ko. asioihin vastataan? (Miten tarpeen huomioidaan?)
- Koetteko, että tarpeitanne ja toiveitanne kysytään? Oletteko yleensäkin saaneet kertoa tarpeistanne ja toiveistanne? Koetteko, että Teitä on kuultu?
- Koetteko, että Teillä on sairaalassa ollessa mahdollisuus vaikuttaa Teille tärkeisiin asioihin?
- Koetteko määritelleenne tavoitteenne itse?

### **PESEYTYMINEN**

- Millaisia peseytymismahdollisuuksia haluaisitte?
- Miten koette niiden toteutuvan?
- Koetteko saavanne peseytyä riittävän usein?
- Autetaanko Teitä peseytymisessä? Miten sen koette?

### **LÄÄKITYS**

- Koetteko saavanne tietoa, mitä lääkkeitä ja mihin tarkoitukseen käytätte?
- Tunnistatteko lääkkeenne?
- Kysyttekö, mitä lääkkeitä Teille annetaan, vai kerrotaanko Teille, mitä annetaan?

### **LÄÄKÄRIN TAVOITETTAVUUS**

- Onko lääkäri tavoitettavissa silloin, kun koette siihen tarvetta?
- Koetteko, että lääkäriellä on aikaa kuunnella?
- Koetteko saavanne lääkäriltä (tai muulta henkilökunnalta) ymmärrettäviä vastauksia kysymyksiinne? Puhutaanko asioista yleensä tarpeeksi ja ymmärrettävästi?

### **WC-KÄYNNIT**

- Koetteko pääsevänne vessaan silloin, kun tarve on?
- Saatteko itse valita, käyttekö vessassa, WC-istuimella vai alusastialla?

### **KUNTOUTUS**

- Koetteko saavanne tarpeeksi kuntoutusta?
- Minkälaista kuntoutusta olette saaneet?
- Minkälaista kuntoutusta haluaisitte?
- Koetteko saaneenne kertoa toiveitanne kuntoutuksen suhteen?

### **JATKOSUUNNITELMAT**

- Koetteko saaneenne riittävästi tietoa jatkosuunnitelmistanne?
- Minkälaisia jatkosuunnitelmia Teille on tehty?
- Koetteko saaneenne osallistua asioidenne suunnitteluun ja neuvotteluihin?
- Koetteko, että Teillä on mahdollisuus osallistua elämäänne koskeviin päätöksiin?

### Liite 3. Suostumus tutkimushaastatteluun osallistumiseen

Suostun osallistumaan haastatteluun, jossa kerätään aineistoa opinnäytetyöhön, pro gradu –tutkielmaan. Tutkimuksen aiheena on vanhuslähtöisyys geriatrisella sairaalaosastolla ja tutkimuksen toteuttaa sosiaalityön opiskelija Sanna Tuominen.

Olen saanut suullisesti tietoa tutkimuksen sisällöstä ja haastattelun toteuttamisesta. Minulla on ollut mahdollisuus esittää tutkijalle kysymyksiä tutkimukseen liittyen. Tiedän, että tutkimus on luottamuksellinen, jolloin haastateltavien henkilöllisyys pysyy kaikille muille paitsi tutkijalle salaisena. Olen tietoinen myös siitä, että voin keskeyttää haastattelun halutessani tai vielä kieltäytyä siihen osallistumisesta. Tiedän myös, että haastattelut nauhoitetaan aineiston myöhempää analysointia varten.

Haastattelu tullaan tekemään haastateltavan kanssa sovittuna aikana sillä sairaalan osastolla, jolla haastateltava on. Haastattelua ei tehdä, mikäli haastateltavan terveydentila on äkillisesti heikentynyt tai jos siihen nähdään olevan joitakin muita esteitä. Haastattelua varten järjestetään mahdollisimman häiriötön paikka.

Sovittu haastattelun ajankohta: \_\_\_\_\_

Osasto, jolla haastateltava on: \_\_\_\_\_

Potilashuone, josta haastateltavan löytää: \_\_\_\_\_

Suostumuksen allekirjoittamisen sekä haastattelun sopimisen pvm.: \_\_\_\_\_

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Tutkijan allekirjoitus ja nimenselvennys: \_\_\_\_\_