

**TOIMIJUUDEN TUKEMINEN IKÄÄNTYNEIDEN
PITKÄAIKAISHOIDOSSA**

**Suvi Paananen
Pro Gradu -tutkielma
Sosiaalityö
Yhteiskuntatieteiden
ja filosofian laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2018**

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Sosiaalityö

Suvi Paananen: ”Toimijuuden tukeminen ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa”

Pro Gradu tutkielma: 133 sivua + 3 liitettä (5 sivua).

Ohjaaja: Marjo Kuronen

Kevät 2018

Avainsanat: pitkäaikaishoito, hoiva, toimijuus, ikääntynyt, etnografia, etnometodologia

Ikääntyneiden kotona asumista pyritään tukemaan monin eri tavoin, onhan se myös yksi valtakunnallisista vanhuspoliittisista linjauksista. Lisäksi 1.7.2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista painottaa ikääntyneen mahdollisuutta asua omassa kodissaan tai avohuollon palveluasumisessa mahdollisimman pitkään. Siitä huolimatta osa ikääntyneistä joutuu väistämättä pitkäaikaiseen laitoshoidon.

Tutkielman tehtävä on tutkia, millaisena ikääntyneen toimijuuden tukeminen näyttäytyy ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa ja mielenkiintoni kohdistuu siihen, millaisena se näyttäytyy ympäristössä, jossa arkea määrittävät rutiinit sekä organisaatiolähtöinen hoiva. Tutkielma on tehty käyttäen etnografista tutkimusotetta ja on paikannettavissa etnometodologiaan. Toimijuutta lähestyn sen modaliteettien sekä koordinaattien kautta.

Tutkielman aineisto on kerätty erään kaupungin pitkäaikaishoidon osastolta eri astein osallistuvan havainnoinnin keinoin ja aineistona toimivat tekemäni kenttämuistiinpanot (50 sivua), keskustelut eri toimijoiden kanssa, henkilökunnan kirjoituspyynnön perusteella kirjoittamat tekstit (36 sivua) sekä kolmen omaisen haastattelu (3 sivua). Aineisto on analysoitu siten, että kenttämuistiinpanoista muodostin osaston arkea koskevan toimintakäytäntöjen kuvauksen. Henkilökunnan kirjoitukset on analysoitu käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia ja omaisten haastattelut olen yhdistänyt muuhun aineistoon tuloksissa. Käytetyt sitaatit ovat otteita havaintopäiväkirjasta, henkilökunnan kirjoituksista sekä omaisten haastatteluista

Tulosten pohjalta voidaan todeta, että pitkäaikaishoidossa rutiinit säätelevät niin arkea kuin toimijuuden tukemistakin. Rutiinit puolestaan muodostuvat tiettyyn aikaan tapahtuvista perustoiminnoista kuten ruokailu, hygienian hoitaminen sekä liikkuminen ja pukeutuminen, jotka seuraavat toisiaan päivästä toiseen. Näissä toiminnoissa rakentuu ikääntyneen toimijuuden tukeminen, johon osaltaan vaikuttavat resurssit, henkilökunta sekä asukkaan terveydentila ja toimintakyky. Tulosten mukaan paremman toimintakyvyn omaavilla ikääntyneillä on paremmat mahdollisuudet toimijuuteen vuoteeseen hoivattaviin nähden ja ikääntyneiden toimijuuden tukemisen välillä on kuilu. Toimijuuden koordinaateista merkityksellisimmäksi muodostuvat ikääntyneen sukupuoli sekä ympäristö, ja modaliteettien ilmenemisessä on laajaa yksilökohtaista vaihtelua. Tämän vuoksi ei ole mahdollista antaa yhtä selkeää kuvausta siitä, kuinka modaliteetit pitkäaikaishoidossa ilmenevät.

Avainsanat: pitkäaikaishoito, hoiva, toimijuus, ikääntynyt, etnografia, etnometodologia

Sisällys

1. JOHDANTO.....	1
2. VANHUSHOIVAN ULOTTUVUUDET	5
2.1 Ikääntymisen yhteiskunnallisia haasteita	5
2.2 Vanhushoiva.....	7
2.3 Vanhusten laitoshoidon hoivatutkimusta.....	12
3. IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOITO	15
3.1 Pitkäaikaishoidon lainsäädännöllistä perustaa	15
3.2 Laitushoitoon siirtymisen taustalla olevia tekijöitä.....	21
3.3 Pitkäaikaishoidon henkilökunta sekä omaiset	23
4. TOIMIJUUS	27
4.1 Toimijuuden paikantamista	27
4.2 Toimijuuden tutkimus ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa.....	29
4.3 Toimijuuden modaliteetit ja koordinaatit	31
4.4 Toimijuuden tukeminen pitkäaikaishoidon käytännöissä.....	33
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	35
5.1 Etnografia ja etnometodologia.....	35
5.3 Kentällä työskentely	39
5.4 Aineiston analyysi	47
5.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus.....	50
6. OSASTON TOIMINNAT RUTIINIEN YMPÄRILLÄ	55
6.1 Ruokailu	55
6.2 Hygienian hoito, pukeutuminen ja liikkuminen	64
6.3 Esineet ja välineet.....	69
6.4 Rutinien rikkojat.....	72
7. TOIMIJUUS RUTIINIEN OHJAAMANA	77

7.1 Rutiineihin liittyvät modaliteetit.....	77
7.1.1 Tapaus Martti.....	77
7.1.2 Modaliteetit toimintakäytännössä.....	80
7.2 Toimijuuden mahdollisuudet sekä esteet.....	87
7.3 Ikääntyneen toimijuuden koordinaatit.....	103
8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	112
LÄHTEET	118
LIITTEET	134

Kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuvio 1. Väestöllinen huoltosuhde 1865-2065 (SVT, 2015)	6
Kuvio 2. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat yhteensä vuosien 2000–2015 lopussa (THL, 2017a).....	17
Kuvio 3. Terveystuotomenot vuosina 2000–2015 vuoden 2015 hinnoin, miljoonaa euroa (THL, 2017b).....	18
Kuvio 4. Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon menot vuosina 2000-2015 vuoden 2015 hinnoin, milj. euroa (THL, 2017b)	18
Kuvio 5. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä, 2008, 195)	31
Kuvio 6. Toimijuuden koordinaatit (Jyrkämä, 2008, 194).....	33
Taulukko 1. Väestöennuste (Tilastokeskus, 2016).....	6
Taulukko2. Palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä (STM, 2006).....	22

1. JOHDANTO

Pro gradu –tutkielmassani tarkastelen, millaisena ikääntyneen toimijuuden tukeminen osana hoivatyötä näyttäytyy erään suomalaisen kaupungin ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Tässä tutkielmassa pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan julkista, kunnan järjestämää ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidoa, joka on kunnan vanhainkodissa tarjottavaa ympärivuorokautista hoivaa. Laitoksessa asuville ikääntyneille on tehty pitkäaikaispäätös. Tutkielmassa ei tarkastella ikääntyneiden ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista, joka nykyisin kuitenkin palveluna on hyvin saman tyyppistä. Laitoshoidon voidaan katsoa olevan viimesijaista, sillä ikääntyneiden kotona asumista pyritään tukemaan kotiin annettavilla palveluilla sekä omaishoidolla. Vanhuslain 15 a § velvoittaa, että ennen pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittamista tulee selvittää mahdollisuus vastata palvelutarpeeseen kotiin annettavilla palveluilla tai muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla (Laki ikääntyneen väestön...28.12.2012/980). Myös tehostettua ympärivuorokautista palveluasumista tarjotaan mahdollisuuksien mukaan ennen pitkäaikaista laitoshoidoa. Hallituksen kärkihanke ”*Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omais-hoitoa*” tukee kotiin annettavien palvelujen toteutumista vanhuslain sekä STM:n laatiman ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen ohella. Tämä kärkihanke toteutetaan vuosina 2016–2018. (Valtioneuvoston julkaisuarkisto, Valto, 2017, 8) Näin ollen pitkäaikaisessa laitoshoidossa voidaan katsoa olevan kaikkein huonokuntoisemmat ikääntyneet.

Ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidoa valvoo Valvira ja sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vanhus- ja eläkeläisasioiden neuvottelukunta seuraa ja arvioi palveluja sekä tekee aloitteita niiden kehittämiseksi. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos (THL) puolestaan tuottaa tietoa iäkkäiden palveluista ja heidän toimintakyvystään. (STM, 2017a) Tämän tutkimuksen kohteena ovat ne hoivakäytännöt ja -toimet, jotka edesauttavat ja tukevat ikääntyneen omaa toimijuutta ympäristössä, jonka toimintaa säätelevät niin resurssit kuin toimipaikan säännöllinen ja rutinoitunut, organisaatiolähtöinen arki.

Tutkielma on etnografinen ja tämä osaltaan mahdollistaa niiden äänen esiin saamisen, jotka eivät siihen enää itse kykene. Olen kiinnostunut pitkäaikaishoidon toimintakäytännöistä sekä

rutiineista toimijuuden tukemisessa, joita on haastavaa kysyä asiakkailta kognition heikkouden sekä muistisairauksien vuoksi. Erityisen kiinnostavan aiheesta tekee se, että käsittelen toimijuutta ja avuttomuutta, jotka yleensä nähdään toistensa vastaparina. Kiinnostus tutkittavaan aiheeseen kumpuaa työkokemuksestani lähihoitajana kahden vuoden ajalta ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Mediassa käyty keskustelu ikääntyneiden hoivan laadusta sekä laitoshoidon nykytilasta ja sivuaineeni sosiaali- ja psykogerontologia ovat saaneet minut kiinnostumaan aiheesta entistä enemmän. Koen etenkin pitkäaikaishoidon tutkimisen tärkeänä, sillä asiakaskunta on toimintakyvyltään hyvin heikkoa eikä omaehtoinen kommunikaatio ole aina mahdollista. Tämän lisäksi autonomia on uhattuna. Edellä mainittujen seikkojen vuoksi pitkäaikaishoidettavien ei ole aina mahdollista itse vaikuttaa saamaansa hoivaan ja näin ollen heidän voidaan katsoa olevan objekteja – hoivan kohteita – subjektin sijaan. Anneli Sarvimäen (2006, 9) mukaan on myös vaarana, että vanhusten tutkimuksella pyritään löytämään vain säästökohhteita ja ettei vanhusten tutkimista nähdä mielekkäänä, sillä sen yhteiskunnallinen merkitys nähdään kyseenalaisena. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista kuitenkin velvoittaa, että myös pitkäaikaishoidettavat ovat subjekteja omassa elämässään, ihmisiä joilla on mahdollisuus vaikuttaa saamaansa hoivaan sekä olla osana heitä koskevassa päätöksenteossa (Laki ikääntyneen väestön...28.12.2012/980). Lisäksi ikääntyneitä koskevat ihmisoikeudet, joiden tavoitteena on turvata jokaiselle ihmiselle ihmisarvoinen elämä (Suomen YK-liitto, 2017). Potilaslain 3.§ (Laki potilaan asemasta... 17.8.1992/785) mainitaan, että hoito on järjestettävä ja potilasta kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja yksityisyyttä kunnioitetaan ja yhdenvertaisuuslaki (1325/2014) puolestaan kieltää 8.§ syrjinnän iän ja terveydentilan perusteella. Sosiaalialalla ammatillinen työ nojautuu ihmisarvon, ihmisoikeuksien sekä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaalimiseen (Talentia 2017, 7). Työssään sosiaalialan ammattilaisen tulee kunnioittaa ihmisarvoa sekä ihmisoikeuksia, sillä jokaisella on oikeus ihmisoikeuksiin ihmisyyden perusteella. Sosiaalinen oikeudenmukaisuuden edistäminen tarkoittaa syrjinnän ehkäisemistä sekä tasa-arvoista kohtelua. (Talentia 2017, 10–23) Sairaanhoidajien sekä lähihoitajien ammattieettisissä ohjeissa ohjeistetaan kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta, toimimaan työssään oikeudenmukaisesti sekä mahdollistamaan potilaan osallisuus hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sairaanhoidajat, 2014; SuPer, 2015). Nojaten edellisiin lakeihin sekä sosiaalialan ja hoiva-alan arvoihin, tulee pitkäaikaisessa laitoshoidossa kiinnittää huomiota yksilön oikeuksiin

tulla kohdatuksi oman elämänsä subjektina ja henkilönä, jolla on oikeus ja mahdollisuus vaikuttaa, vaikka terveydentila sekä toimintakyky olisivat heikentyneet ja rajoittuneet.

Käytän tutkielmassa vaihdellen ja tilannekohtaisesti hoivan saajasta nimitystä asiakas, asukas, ikääntynyt tai vanhus, kuitenkin sitä sen tarkemmin määrittelemällä tiettyyn ikään. Pitkäaikaishoidettavat ovat hyvin eri ikäisiä, joten ikään perustuva määritelmä ei ole mielekästä eikä tutkielman kannalta oleellista. Hoivatyön ammattilaisten – tässä tutkielmassa lähi- ja perushoitajien sekä sairaanhoitajien – yhteisnimitys on hoitaja. Tutkielman kannalta ei ole tarpeellista myöskään eritellä ammattinimikkeitä. Tutkielmassani käytän käsitettä hoiva hoidon asemasta, sillä näen sen kattavampana käsitteenä kuin hoito. Hoidon käsitän lääketieteelliseksi fyysiseksi terveydenhuollossa tapahtuvaksi hoidoksi ja hoivan kokonaisvaltaiseksi ympärivuorokautiseksi huolenpidoksi, jolloin siihen sisältyy ikääntyneen sosiaalinen, fyysinen sekä psyykinen ulottuvuus.

Käytän tutkielmassa pitkäaikaishoidon sekä pitkäaikaisen laitoshoidon käsitteitä synonyymeinä, tarkoittaessani ikääntyneiden ympärivuorokautista huolenpitoa, hoitoa ja hoivaa tai niitä sisältävää palvelua. Omaisella tarkoitan ikääntyneen perheenjäseniä tai muita sukulaisia ja ystäviä, jotka vierailevat säännöllisesti osastolla ikääntyneen luona. Koska tutkimusosastoni koostuu kahdesta toisistaan erillisestä osastosta yhden osaston sisällä, käytän termiä ”*hoivapuoli*” tarkoittaessani pitkäaikaishoidon vuodeosastoa ja ”*dementiapuoli*” tarkoittaessani dementiayksikköä. Toimijuuden määrittelen myöhemmin luvussa 4.

Sosiaalityönkentällä tutkielmani paikantuu gerontologiseen sosiaalityöhön sekä terveydenhuollon sosiaalityöhön. Tieteellisenä tavoitteenani on tuottaa uutta tietoa ikääntyneiden toimijuuden tukemisesta hoivan kontekstissa erilaisesta näkökulmasta kuin mistä sitä yleensä tutkitaan. Tutkimustietoa ilmiöstä on tuotettu jo jonkin verran, mutta oma tutkielmani antaa siihen erilaisen ja virkistävän lähestymistavan etnografian kautta: aikaisempi tutkimus on lähinnä kvantitatiivista kyselytutkimusta sekä laadullista haastattelututkimusta muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (ks. Riitta Koivula, 2006 & 2013). Yhteiskunnallisen käytön kannalta tutkielma tuottaa tietoa, millä tavoin toimijuuden tukeminen näyttäytyy osana ikääntyneiden hoivaa ja onko toimijuuden tukeminen edes mahdollista laitosympäristössä toimintakyvyn ollessa heikko ja hoivan olevan kuitenkin

verraten organisaatiolähtöistä. Tutkielma antaa työkalun hoivatyöntekijöille sekä heidän esimiehilleen tarkastella omaa työtään.

Tutkielma etenee siten, että luvussa kaksi käsittelen vanhushoivaa sekä yhteiskunnan että sen käsitteen kautta. Luvussa kolme paneudun ikääntyneiden pitkäaikaiseen laitoshoittoon ja luvussa neljä käsittelen toimijuutta. Luku viisi avaa tutkimuksen toteutusta kertoen etnografiasta ja etnometodologiasta sekä käsitellen omaa kenttätyötäni. Lisäksi luvun lopussa pohdin tutkimuksen eettisiä näkökohtia ja luotettavuutta. Esitän tulokseni kahdessa aineistoluvussa, joista luku kuusi kuvaa osaston toimintaa rutiinien kautta ja se pohjautuu täysin kenttäpäiväkirjaani. Luvussa seitsemän pureudun tarkemmin toimijuuden eri ulottuvuuksiin kuvaten toimijuuden tukemista yksityiskohtaisemmin. Tutkielman päättää johtopäätökset ja pohdinta, jossa kokoan työni tulokset.

2. VANHUSHOIVAN ULOTTUVUUDET

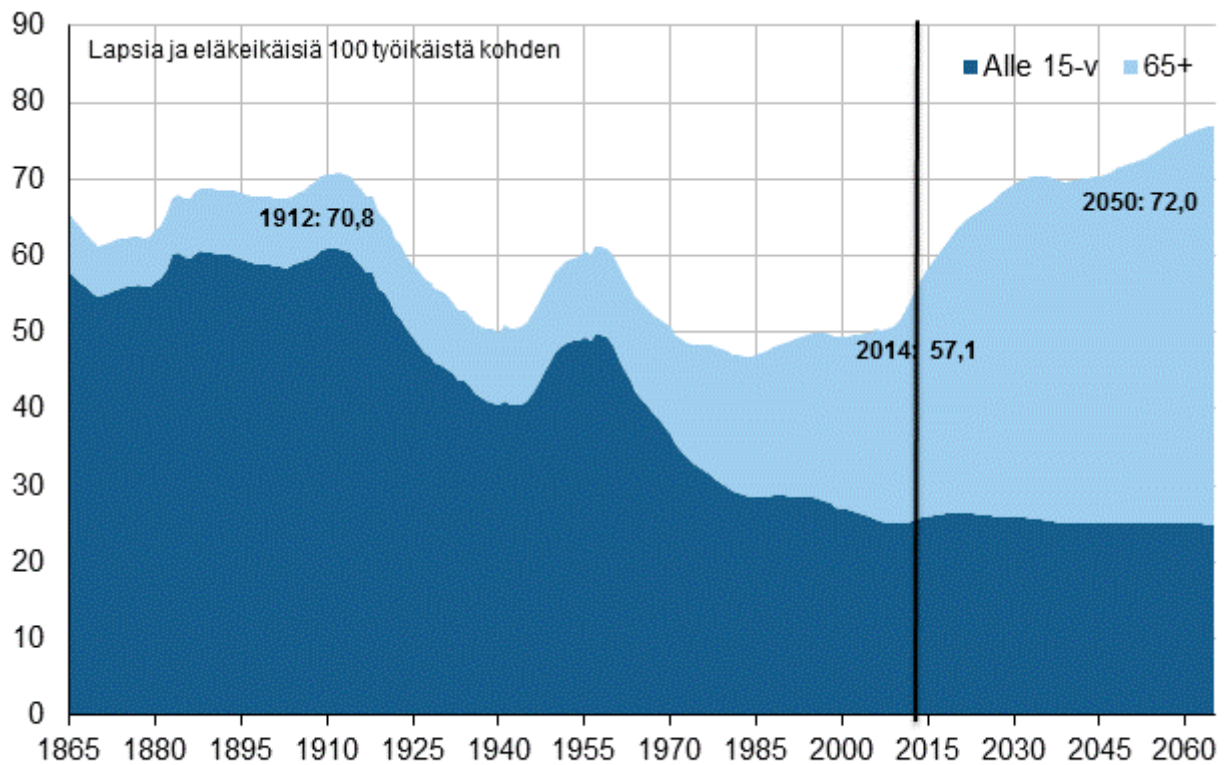
2.1 Ikääntymisen yhteiskunnallisia haasteita

Suomi ikääntyy ja se tuo tullessaan uudenlaisia haasteita etenkin hoivatyön organisoinnin näkökulmasta. Väestö vanhenee Suomessa muita EU-maita nopeammin ikääntyneiden ihmisten absoluuttisen määrän kasvaessa ja eri ikäryhmien suhteellisen koon muuttuessa (Räsänen, 2011, 17; Silventoinen, 2015). Voidaan jopa katsoa koko väestörakenteen muuttuvan ja ikärakenne-erojen kuntien välillä kärjistyvän tulevina vuosikymmeninä (Kauppi ym., 2015, 38; Valto, 2017, 11). Taulukko 1 kuvastaa väestöennustetta ja yli 65-vuotiaiden osuuden arvioidaan nousevan nykyisestä 19,9 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. Lisäksi kaikkein iäkkäimpien määrä nousee siten, että 85 vuotta täyttäneiden osuus nousee nykyisestä 136 000 henkilöstä 360 000 henkilöön vuoteen 2040 mennessä. (STM, 2017d, 6 & 17). Maailmanlaajuisestikin ikääntyminen tuottaa haasteita: vuonna 2025 kaikista ihmisistä 10 prosenttia tulee olemaan yli 65 vuotiaita ja tämä tarkoittaa 800 miljoonaa ikääntynyttä koko maailmassa (Kehusmaa ym. 2013b, 1).

Suomen tulevia haasteita voidaan tarkastella myös vanhushuoltosuhteen kautta, joka tarkoittaa yli 64-vuotiaiden määrää yhtä työikäistä (15–64-vuotiaat) kohden. Vuonna 2010 luku oli 26,5 ja vuonna 2016 vanhushuoltosuhte oli jo 32,4. Sen ennustetaan kasvavan 54:een vuoteen 2080 mennessä, jolloin yhtä työikäistä kohden on 54 eläkeläistä (Risku ym. 2012, 1; Eurostat, 2017). Väestöllinen huoltosuhte, joka on huoltosuhteista käytetyin, puolestaan kuvastaa alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrää sataa työikäistä kohden. Kuvio 1 kuvastaa huoltosuhteen kasvua ja vuonna 2016 huoltosuhte oli 59,1 ja vuonna 2050 huoltosuhteen katsotaan nousevan yli 72:een, ollen 76 vuonna 2060. Tämä voidaan tulkita siten, että vuonna 2060 meillä on sataa työikäistä kohden 76 lasta ja eläkeläistä. (Tilastokeskus 2015; SVT, 2017; STM, 2017d, 6).

Taulukko 1. Väestöennuste. (Tilastokeskus, 2016)

	Yksikkö	2020	2030	2040	2050	2060
Väkiluku	1 000	5 595	5 769	5 861	5 914	5 979
0–14	%	16,2	15,3	14,8	14,6	14,3
15–64	%	61,2	59,1	58,9	58,1	56,9
65–	%	22,6	25,6	26,3	27,3	28,8



Kuvio 1. Väestöllinen huoltosuhde 1865-2065. (SVT, 2015)

Ikääntymisen katsotaan johtuvan ensisijaisesti syntyvyyden ja kuolleisuuden alenemisesta, joka johtuu ensisynnyttäjien kohonneesta iästä sekä eliniän pidentymisestä. Lisäksi suuret ikäluokat eläköityvät.

Väestön ikääntyminen aiheuttaa palvelutarpeen kasvua ja palvelutarpeen huippu ajoittuu vuoden 2030 jälkeiseen aikaan, jolloin 80–84-vuotiaiden maksimi saavutetaan. (Valtioneuvoston kanslia, 2009; Valto, 2017, 11) Suomen paineita lisää vanhuspoliittinen linjaus, jonka mukaan laitoshoidossa tulee olla alle 3 prosenttia yli 75-vuotiaista. Vuonna 2014 tavoite saavutettiin ja laitoshoidossa oli 2,6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ikääntyneistä (STM, 2017d, 7) Laitoshoidon paikkojen tarve kasvaa koko maan tasolla Kaupin, Määttäsen, Salmisen sekä Valkosen (2015, 26) mukaan kuitenkin 1,4 kertaiseksi vuosien 2015 ja 2040 välillä. Kehusmaan, Autti-Rämön, Heleniuksen sekä Rissasen (2013b, 4) tutkimuksen mukaan 8–9 prosenttia yli 75-vuotiaista joutuu joka tapauksessa pitkäaikaiseen laitoshoittoon. Käsittelen laitoshoittoa tarkemmin luvussa 3.

Tällä hetkellä ikääntyneiden palvelutarpeeseen vastaaminen on kuntien vastuulla, mutta tulevaisuudessa vastuu siirtyy maakunnille (THL, 2018). Ikääntyneiden palvelutarpeen kasvu tulee tarkoittamaan hyviä sekä toimivia vanhuspalveluja, jotta palvelut saadaan mukautettua ikääntyneiden muuttuviin tarpeisiin. Palvelujen yksilölliseen räätälöimiseen, toimivan palvelukokonaisuuden luomiseen sekä oikea-aikaiseen apuun vaikuttaa merkittävästi palvelutarpeenarviointi, joka tehdään ensimmäisellä tapaamiskerralla. Kirjoitan tarkemmin palvelutarpeen arvioinnista kappaleessa 3.2.

2.2 Vanhushoiva

Hoivan voidaan katsoa olevan yksi aikamme tärkeimmistä sosiaalipoliittisista kysymyksistä (Anttonen ym. 2009a, 7). Lisäksi hoivatutkimuksesta voidaan puhua jo omana itsenäisenä tutkimusalueena. Hoiva on vielä tänäkin päivänä sukupuolittunutta ja sen katsotaan olevan naiseuteen luonnollisesti kuuluva osa (Anttonen ym. 2009b, 98 & 238). Hoito ja hoiva voidaan erottaa siten, että hoivasta puhuttaessa viitataan kokonaisvaltaiseen, päivittäistä apua tarvitsevan ikääntyneen huolenpitoon ja se on yhdistettävissä sosiaalihuoltoon sekä lakisääteisiin sosiaalipalveluihin. Hoidon katsotaan taas olevan terveydenhuollon parissa tapahtuvaa toimintaa. (Seppänen 2006, 35) Hoppania, Karsio, Näre, Olakivi, Sointu, Vaitinen sekä Zechner (2016, 99–130) kirjoittavat teoksessaan, että hoitotieteen ja sairaanhoitajien ammattikunta on esittänyt, ettei sanaa hoiva käytettäisi lainkaan

terveydenhuollossa, sillä sen katsotaan olevan luonnollista naisen työtä, ei professionaalista, kuten hoitotyö. Lisäksi hoivan ei katsota edellyttävän erityistaitoja. Itse näen kuitenkin hoivan vaativan erityistaitoa sekä ymmärrystä ihmisestä kokonaisvaltaisena olentona, jonka voi saavuttaa vain suorittamalla alan tutkinnon. Oman kokemukseni mukaan ”luonnollisessa naisen työssä” hoiva painottuu vain fyysiseen perushoivaan, joka ilmenee avustamisena ja jopa puolesta tekemisenä sekä sosiaalisena kanssakäymisenä. Näin ollen se ei kuntouta ja ole tavoitteellista työskentelyä, kuten ammattilaisen tekemä hoiva. Seuraavaksi avaan hoivan käsitettä tarkemmin ja sen valossa hoivan voidaan katsoa kuuluvan olennaisena osana niin sosiaalihuoltoon kuin terveydenhuoltoonkin.

Käsitteen hoiva käyttäminen on yleistynyt vasta 1980-luvulla naistutkijoiden alettua kuvata naisten palkatonta huolenpitotyötä, josta aiemmin käytettiin käsitteitä huolenpito, auttaminen ja hoito sekä hoitaminen (Anttonen & Zechner, 2009, 16; Kröger ym. 2009, 15). Hoivan tutkimusta edelsi 1970-luvulla käyty teoreettinen keskustelu kotityöstä (*domestic labour debate*), jolloin teoreetikot alkoivat pitää kotityötä työnä, jolla on taloudellista arvoa (Anttonen & Zechner, 2009, 21). Varhaisissa hoivatutkimuksissa hoivaa tarvitsevat henkilöt määriteltiin hoivan tarvitsemisen kautta ja aktiivinen rooli jäi taka-alalle (Zechner, 2010, 21).

Hoiva on arkinen asia, sillä jokainen tulee jossain vaiheessa elämäänsä tarvitsemaan sitä ja sen voidaan katsoa vaihtelevan suurestikin eri elämänkaaren vaiheissa (Anttonen ym. 2009a, 8). Silva Tedre (2007, 104–106) näkee hoivatyössä olevan kyse itsen sekä oman ruumiin luovuttamisesta osittain toisen käyttöön ja hän kiinnittää huomiota siihen, että hoivassa toimii kaksi subjektia: hoivan saaja sekä antaja, jotka jakavat toimijuuden. Hoivaa on kuitenkin haasteellista määritellä yksiselitteisesti, sillä siihen sisältyy hyvin erilaisia asioita (Anttonen ym. 2009a, 8). Lapsi tarvitsee elämänsä alkutaipaleella jatkuvaa hoivaa ja ikääntynyt voi tarvita heikentyneen toimintakykynsä sekä sairauksien tuoman voimien heikkenemisen myötä toisen ihmisen antamaa hoivaa. Ikääntyneiden hoivan voidaan nähdä olevan esimerkiksi syöttämistä tai välittämistä, jotka ovat hyvin erityyppisiä hoivan muotoja. Erona lapsen ja ikääntyneen hoivassa voidaan katsoa olevan se, että mikäli lapsi ei saa tarvitsemaansa hoivaa, puututaan siihen lastensuojelun voimin, mutta vanhuksen jäätyä vaille tarvitsemaansa hoivaa, ei valtion vastuu ole yhtä kattava (Hoppania ym. 2016, 24). Hoiva voi olla palveluja ja etuuksia siinä missä fyysistä hoivaakin. Hoiva myös määrittää

sosiaalisia suhteita ja inhimillistä kanssakäymistä, jolloin se on paljon muutakin kuin työtä. (Anttonen & Zechner, 2009, 18)

Hoivaan liittyy oletus, että sen saaja ei selviydy omin avuin. Hoiva voi myös erota merkittävästi saman ryhmän sisällä, esimerkiksi vanhusten hoivan tarve voi vaihdella suurestikin; kun toinen tarvitsee lähinnä kodinhoidollista apua, toinen voi olla jatkuvan avun tarpeessa. Lisäksi hoivan tarve voi äkillisesti lisääntyä esimerkiksi infektioiden tai halvauksen myötä tai vaihtoehtoisesti vähentyä kuntoutumisen johdosta. Hoiva voidaan myös jakaa neljään vaiheeseen; hoivan tarpeen tunnistaminen (caring about), hoivan järjestäminen (taking care of), hoivan antaminen (care-giving) ja hoivan vastaanottaminen (care-receiving) (Hopponia ym., 2016, 18).

Hoivan tarvitsijoista valtaosa on naisia, sillä naiset elävät kauemmin kuin miehet (Räsänen, 2011, 26) ja naisilla hoivan tarve alkaa lisääntyä yli 75-vuotiaana, miehillä puolestaan 80 ikävuoden jälkeen (Kuusinen-James, 2009, 17). Hoivatyö yhdistetään naisiin, sillä he edelleen tekevät suurimman osan palkattomasta hoivasta kodin ja yhteisöjen piirissä. Naiset tekevät myös valtaosan palkallisesta formaalista hoivatyöstä: hoiva-ammattilaisten enemmistö koostuu naisista, jotka työskentelevät kotipalvelussa, päiväkodeissa ja sairaaloissa. (Anttonen & Zechner, 2009, 27; Hopponia ym. 2016, 26) Francesca Bettio ja Alina Verashchangina (2010, 62) sekä Robyn Stone (n.d, 11) toteavat tutkimuksissaan, että naiset ovat pitkäaikaishoidon suurimmat käyttäjät sekä tuottajat ja valtaosa vaimoista ja tyttäristä työskentelee pitkäaikaishoidossa palkatta.

Hoiva on kuulunut aiemmin sukuyhteisölle, mutta muuttuneen yhteiskunnan myötä muiden instituutioiden kuin perheen vastuu ikääntyneen hoivasta on korostunut (Anttonen ym. 2009a, 10). Lisäksi omista vanhemmista tai isovanhemmista huolehtiminen ei ole enää Suomessa juridisena määräyksenä, vaan se poistui huoltoapulaista vuonna 1970 (Laitinen, 1997, 92; Helin, 2002, 35; Marin, 2008, 72 & Hopponia ym. 2016, 46–69 & 134). Marjatta Marin (2002, 108) tuo esiin kuitenkin moraaliseen vastuuseen vedottavan silloin, kun ikääntynyt tarvitsee hoivaa enemmän, kuin julkinen sektori kykenee tarjoamaan. Läheisten ja omaisten tekemää hoivatyötä pidetään edelleen luonnollisena ja osittain myös velvollisuutena (Hopponia ym. 2016, 30). Ajatellen Suomen tulevia haasteita, on hyvin todennäköistä, että tulevaisuudessa omaisia osallistetaan ikääntyneiden hoitoon nykyistä enemmän, vaikkakin nykyisellään omaiset osallistuvat aktiivisemmin kuin pari

vuosikymmentä sitten. Hoppania ym. (2016, 71) mainitsevat, että lähes kaikkialla Pohjoismaiden ulkopuolella aikuisilla lapsilla on laillinen velvollisuus huolehtia vanhemmistaan.

Hoivapolitiikkaa ohjataan nykyisellään uusliberalistisen ihannetoimijan (toimintakykyinen ja itsenäinen kansalainen) ehdoilla (Hoppania ym. 2016, 28). Hoiva voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen: informaaliin, formaaliin sekä semiformaaliin hoivaan. Informaali hoiva (*informal care*) on lähinnä omaishoivaa ilman yhteiskunnan rahallista tukea. Tämä on edelleen laajin ja keskeisin vanhushoivan muoto (Hoppania ym., 2016, 134). Viime vuosina Suomessa on kiinnostuttu informaalin hoivan tutkimuksesta (ks. Kuusinen-James, 2009; Zechner, 2010) Pääsääntöisesti informaali hoiva perustuu yhteiseen historiaan, velvollisuuteen tai sukulaisuuteen (Zechner, 2010, 6). Hoppania ym. (2016, 134) tuovat esiin, että arvion mukaan noin 350 000 kansalaista auttaa läheistään säännöllisesti; muun muassa käyvät kaupassa, siivoavat ja selvittävät palveluita. Vuonna 2015 rahallista tukea sai 45 300 omaishoitajaa, joista 65 vuotta täyttäneitä oli 67% (Kuntaliitto, 2017). Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan omaishoitajien tekemä hoivatyö säästi kuntien sosiaalipalvelumenoja 1,1 miljardia euroa, mutta julkaisussa ei mainittu minä vuotena (STM, 2013, 7). Omaisten apu ylipäättään tuo puolestaan 2,8 miljardin vuosittaiset säästöt (Hoppania ym. 2016, 134).

Formaali hoiva (*formal care*) puolestaan on ammattilaisen antamaa hoivaa avopalvelussa tai laitoshoidossa ja siitä maksetaan hoitajalle palkkaa. Formaalia hoivaa voidaan tuottaa kunnan, yksityisen tai järjestöjen toimesta. Formaali hoiva on kunnan järjestettävä asukkaidensa tarpeen mukaisesti, tosin sen järjestämisen voi toteuttaa esimerkiksi ulkoistamalla palvelut. Nykyisin onkin vallalla monituottaja- malli sekä niin kutsuttu tilaaja–tuottaja malli. Tilaajan ja tuottajan erottamisen myötä on kunnissa hoivapalveluja alettu tuotteistamaan, hinnoittelemaan sekä ryhmittelemään hintaluokkiin, joiden perusteella kunnat kilpailuttavat palvelutuottajiaan (Hoppania ym. 2016, 71).

Semiformaali hoiva (*semiformal care*) on tullut hoivan yhteiskunnallistamisen sekä uusien periaatteiden kuten NPM:n (*New Public Management*), yksityistämisen sekä palvelusetelien myötä (Anttonen 2009, 61). Semiformaali hoiva on yksinkertaisuudessaan kombinaatio informaalista sekä formaalista hoivasta ja voi olla esimerkiksi formaalin hoivan jatkamista omaisen antamalla hoivalla (omainsen käy syöttämässä laitoksessa olevan ikääntyneen) tai

formaalin hoivan rahallista tukemista (omainsen maksaa laitoshoidon kustannukset). Myös omaishoiva tilanteessa, jossa omaishoivaaja saa yhteiskunnalta rahallista tai muuta tukea kutsutaan semiformaaliksi hoivaksi. (Kröger, 2009, 121; Zechner, 2010, 48).

Edellisten lisäksi Pohjoismaissa vallitsee jaettu hoivavastuu (shared care), jossa apua saa samanaikaisesti palvelujärjestelmältä sekä omaisilta (Kröger, 2009, 117). Riitta Räsästä (2011, 27) lainaten ”hoivan saatavuutta on pyritty edistämään rahoitustapojen ja julkisjohtamisen uudistamisella, jotka ovat luoneet vaihtoehtoisia hoivatapoja, kuten palveluseteli, omaishoidontuki ja kotitalousvähennys”. Minna Zechner (2010, 19) näkee nämä vaihtoehdot merkittävänä, mutta ongelmana sen, että ne edellyttävät ikääntyneiltä osallistumista sekä tietoa sosiaalipoliittisesta sekä käytännöllisestä toimintaympäristöstä. Räsäsen (2011, 27) näkemyksen mukaan ikääntyneen on nykyisellään sopeutettava tarpeensa vallitsevaan palvelujärjestelmään, sillä palvelujärjestelmä ei vastaa heidän tarpeisiinsa. Ikääntyneiden hoiva liittyy myös käsitykseen tuottavuudesta: ikäryhmänä vanhat eivät ole enää yhteiskunnalle tuottavia ja taloudellisesti tuloksellisia (Tedre, 2007, 99).

Vaikka hoivan voidaan nähdä olevan politisoitunut ja kunnilla on vastuu asukkaidensa palveluiden järjestämisestä, voidaan silti katsoa omaisten ja läheisten olevan tärkeimpiä hoivan tuottajia (Anttonen, 2009, 10; Stone, n.d, 9). Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden hoivasta vastaa julkinen sektori, mutta usein puoliso tai lapsi jatkaa hoivaa syöttämällä tai pitämällä ikääntyneelle seuraa ja ulkoilemalla hänen kanssaan (Anttonen ym. 2009, 10). Blomgren, Martikainen, Martelin sekä Koskinen (2006) saivat tutkimuksessaan tuloksen, että 70 vuotta täyttäneistä naisista 48 prosenttia sekä miehistä 28 prosenttia saa joko virallista tai epävirallista apua omaisiltaan, joista suurimman avunantajaryhmän muodostavat lapset puolisoineen. Puolisoltaan apua saa useammin miehet ja apu on päivittäistä. Tämän voi nähdä johtuvan siitä, että tämän ikäisillä miehillä on useammin puoliso elossa kuin naisilla. (Blomgren ym. 2006, 170)

2.3 Vanhusten laitoshoidon hoivatutkimusta

Vanhusten parissa tehtävää hoivatyötä on Krögerin, Leinosen ja Vuorensyrjän (2009, 15) mukaan tutkittu runsaasti etenkin Pohjoismaissa. Tutkimus on keskittynyt kuitenkin hoivan antajiin eli hoivatyöntekijöihin sekä omaishoivaajiin (Anttonen ym. 2009b, 239). Lisäksi viime vuosina on tutkittu enenevässä määrin kotona tapahtuvaa hoivaa (mm. Vasara, 2011; Sippola, 2012; Piirto, 2013).

Pitkäaikaishoitoa formaalina hoivana on tutkittu sekä kansainvälisesti että kansallisesti ja aiheesta on saatavissa tietoa. Ikääntyneiden pitkäaikaista laitoshoidon on kansainvälisesti tutkinut esimerkiksi MacDonald & Cooper (2006), joskin toimintaympäristönä se poikkeaa suomalaisesta. Kansainvälisen tutkimuksen poikkeava malli näkyy muun muassa erilaisuutena asiakasmaksujen osuuksissa sekä eri rahoitusmalleina ja lisäksi hoitoon pääsyn kriteerit poikkeavat suomalaisista. Edes Pohjoismaiden välistä vertailua ei ole mahdollista tehdä, sillä esimerkiksi Ruotsissa luovuttiin terveydenhuoltoon kuuluvasta ikääntyneiden laitoshoidosta 1.1.1992 (STM, 2017d, 12). Edellisiin asioihin viitaten tässä tutkielmassa paneudun kotimaiseen tutkimukseen, vaikkakin tutkielmaa tehdessä luin myös kansainvälisiä tutkimuksia hahmottaakseni tutkimuskenttää.

Suomessa pitkäaikaista laitoshoidon on tutkimuksissa lähestytty muun muassa henkilöstön näkökulmasta (ks. Kröger ym. 2009). Asiakkaan näkökulmasta sitä on tutkinut esimerkiksi Reetta Saarnio (2009), jonka hoitotieteen väitöskirjatutkimus *”Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa”* keskittyy nimensä mukaisesti fyysiseen rajoittamiseen vanhusten laitoshoidossa. Tutkimus osoittaa, että fyysisten rajoitteiden käyttö on yleistä etenkin terveyskeskusten vuodeosastoilla ja liikkumisen rajoittamiseen käytetään sekä suoria että epäsuoria rajoittamismuotoja. Yleisimmin käytetty rajoittamisen muoto on sängyn laitojen nostaminen. Epäsuoria keinoja ovat apuvälineen, soittokellon ja vaatteiden poisottaminen, sekä passivoiva toimintatapa.

Kirsi Kuusinen-James (2009) tutki lisensiaatin tutkimuksessaan ikääntyneiden hoivan järjestämiseen liittyvää vastuuta ja näkemyksiä sen jakautumisesta hoivaa tuottavien tahojen kesken. Tutkija esittää tulostensa perusteella, että ihmisten tulisi osallistua enemmän apua tarvitsevien läheisten auttamiseen. Jaettu hoivavastuu on suosituin ja miehet ovat naisia kaksi kertaa useammin sitä mieltä, että hoivavastuu kuuluu yhteiskunnalle.

Merja Ala-Nikkolan (2003) väitöskirjassa ”*Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa?*” tarkastellaan koti- ja laitospalvelujen päätöksentekotodellisuutta palvelujärjestelmän ruohonjuuritasolla. Laitoshoidon päätökset perustuvat tutkimuksen valossa työntekijän tai useamman työntekijän yhdessä tekemään palvelutarvearviointeihin, ja laitoshoitoon siirtymisessä SAS-työryhmä tekee pitkäaikaishoidon sijoituspäätökset. Tutkimus osoittaa, että päätöksen teossa on huomioitava sekä asiakkaan palvelutarve, että palvelujärjestelmän reunaehdot.

Terhi Lamminniemi ja Katja Nurminen (2008) tutkivat kvantitatiivisessa pro gradu – tutkielmassaan ”*Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu*” Care Keys-mittarilla (16 elämänlaatua kartoittavaa kysymystä) pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikääntyneiden koettua elämänlaatua. Tutkimuksen mukaan iällä, sukupuolella ja ikääntyneen RAVA pisteillä ei ole vaikutusta saatuihin tuloksiin. Huomionarvoinen löydös on, että elämänlaadun sekä palvelut kokevat paremmaksi ympärivuorokautisessa palveluasumisessa asuvat jokaisella osa-alueella laitoshoitoon verrattuna. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että laitoshoidossa olevat kokevat elämänlaatunsa heikommaksi kaikilla mittariston osa-alueilla. Samaa Care Keys-mittaria käytti Riitta Räsänen (2011) väitöskirjassaan, jossa hän tarkasteli ikääntyneiden elämänlaatua ympärivuorokautisessa hoidossa. Ei-muistisairaiden elämänlaatu on tulosten mukaan kohtuullinen ja muistisairaiden kohtalainen. Ikä, sukupuoli tai hoitomuoto ei vaikuta elämänlaatuun ja eroja yksityisen ja kunnallisen välillä ei ole. Lisäksi valtaosa ikääntyneistä on tyytyväisiä hoitoonsa. Laitoshoidossa muistisairaudet ovat yleisiä, joten voidaan tutkimuksen valossa todeta, että laitoshoidossa ikääntyneiden elämänlaatu on tutkimukseen pohjautuen kohtalaista.

QUALID-elämänlaatumittarilla ikääntyneiden elämänlaatua puolestaan tutkivat Helena Soini, Minna-Liisa Luoma, Seija Muurinen sekä Maarit Varis (2009) Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa. Tulosten mukaan asumismuoto, ikä, sukupuoli,

siviilisääty tai koulutustaso ei vaikuta merkittävästi havaittuun elämänlaatuun. Vuodepotilailla sekä usean hengen huoneessa asuvilla on muita huonompi havaittu elämänlaatu ja he ovat myös muita vaikeammin muistisairaita.

Sanna Järnströmin (2011) väitöskirja *”En tiedä mitä ne on ajatellut mun kohtalokseni”* tarkastelee etnografian keinoin asiakkuutta sekä asiakaslähtöisyyttä geriatrisessa sairaalassa. Tämän tutkimuksen mukaan vanhuksat kokevat, että päätöksiä tehdään usein heitä kuulematta eikä heidän ajatuksiaan ja toiveitaan kysytä. Vanhuksat eivät ole osallisia omilla asioissaan ja lisäksi heidän liikkumistaan rajoitetaan.

Lina Van Aerschot (2014) puolestaan tarkasteli väitöskirjassaan vanhusten hoivaa ja sen eriarvoisuutta. Hän selvitti sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteyttä avun saamiseen sekä palvelujen käyttöön. Empiirinen tutkimus osoittaa, että apua saadaan useimmin omaisilta, mutta avun tarpeen mahdollisesti lisääntyessä ikääntyneet toivovat apua julkisilta palveluilta. 14 prosenttia tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä kokee jäävänsä ilman riittävää apua, tähän vaikuttaa myös ikääntyneen tulotaso. Tutkimus osoittaa, että hoivaan, apuun ja palveluihin liittyvä eriarvoisuus on yhteydessä taloudellisiin ja sosiaalisiin resursseihin. Julkiset palvelut kohdistuvat niitä eniten tarvitseville ja yksityisiä palveluja ostavat korkeamman tulotason omaavat ikääntyneet.

Varsinaista hoivatutkimusta laitoshoihasta en useasta hausta huolimatta löytänyt. Koivulan (2006) tutkielma sivuaa hoivan tutkimusta, sillä lounasruokailu pitkäaikaisessa laitoshoidossa voidaan mieltää kuuluvaksi hoivaan. Havaitsin laitoshoiivan tutkimuksen keskittyvän pitkälti elämänlaatuun sekä päätöksentekoon, joka laitoshoitoon siirtymisen taustalla vaikuttaa. Lisäksi hoivatutkimus on suuntautunut viime vuosina omais- ja läheishoivaan (mm. Zechner, 2010; Hänninen, 2011; Sippola, 2012; Hyvärinen, 2013; Mäkelä, 2013 & Tikkanen, 2016). Luulen tämän johtuvan osittain vanhuslain voimaantulosta sekä poliittisesta linjauksesta tukea ikääntyneen hoivaa kotiin. Lisäksi pitkäaikainen laitoshoido saatetaan herkemmin mieltää kuuluvaksi terveydenhuoltoon.

3. IKÄÄNTYNEIDEN PITKÄAIKAISHOITO

Kuka sitten on ikääntynyt? Kenellä on oikeus – tai velvollisuus – pitkäaikaishoitoon? Yksi vaihtoehto määritellä ikääntynyt on 1.7.2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Lain mukaan ikääntynyt on henkilö, joka on täyttänyt 63 vuotta sekä saa vanhuuseläkettä (Laki ikääntyneen väestön...28.12.2012/980, 3§). Tutkimuksissa sekä tilastoissa ikääntynyt on usein kuitenkin henkilö, joka on täyttänyt 65 vuotta. Lisäksi ikääntyminen on kulttuurisidonnaista sekä ajassa muuttuvaa – Suomessa ikääntynyt voi olla 75-vuotias, Afrikassa 55-vuotias.

3.1 Pitkäaikaishoidon lainsäädännöllistä perustaa

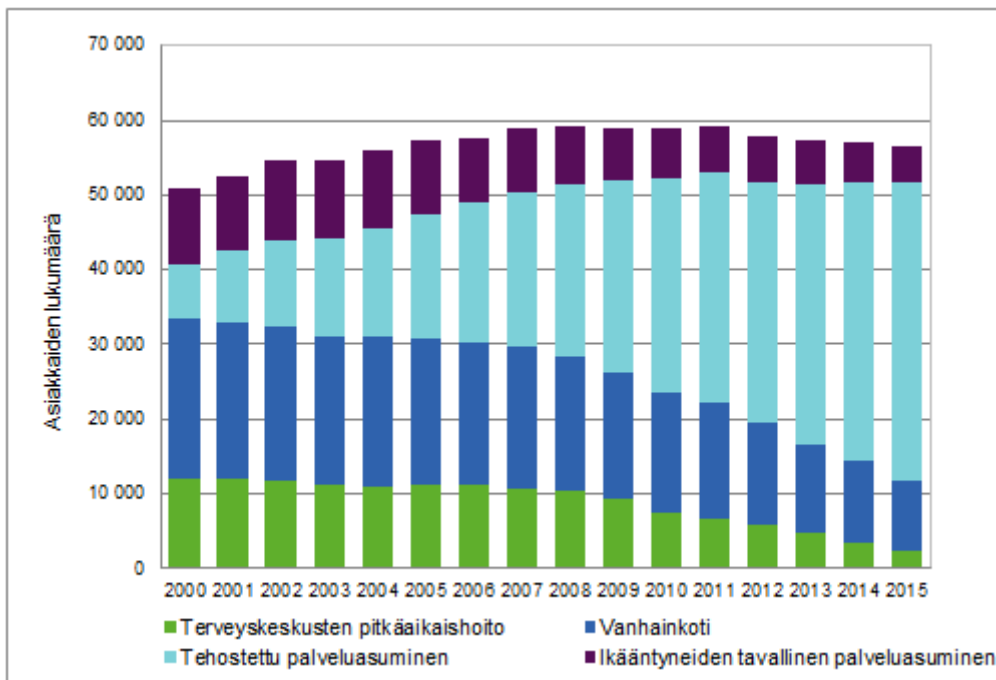
Ikääntyneiden laitoshoido on sangen uusi ilmiö Suomessa, sillä aiemmin katsottiin ikääntyneistä huolehtimisen kuuluvan sukuyhteisölle. 1900-luvun alun köyhäinhuoitokausi aloitti laitosvaltaisen kauden, joka jatkui aina 1990-luvun lamaan saakka. (Laitinen, 1997, 92; Laitinen-Junkkari, 1999, 14–15; Räsänen, 2011, 23) Krögerin ym. (2009) tutkimuksessa kuitenkin ilmeni suomalaisen ikääntyneiden hoivatyön olevan edelleen laitospainotteisempaa kuin muissa Pohjoismaissa.

Kansallisen vanhuspolitiikan viralliseksi tavoitteeksi on asetettu jo vuonna 1992 ”ageing in place”, ikääntyneen mahdollisuus asua kotona tai palveluasunnossa mahdollisimman pitkään, eikä hänen toimintakykynsä heikentyessä tarvitsisi siirtyä laitoshoidoon (Ala-Nikkola, 2003, 16; Nuutinen & Raatikainen, 2004, 140; Jyrkämä, 2007, 197). Samaan aikaan toteutettiin myös palvelurakennemuutos, jossa laitoshoidoa vähennettiin. Tämä merkitsi sitä, että laitoshoido alkoi siirtyä enenevissä määrin sosiaalitoimelle ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoja siirrettiin hallinnollisesti kuuluvaksi sosiaalihuoltoon. (Vaarama ym. 2003, 151; Voutilainen, 2004, 7 & 52; Kokko & Valtonen, 2008, 12; Räsänen, 2011, 23) Tänäkin päivänä tavoitteena on, että ikääntyneiden tarvitsemat palvelut kyettäisiin tarjoamaan kotiin tai ne olisivat kotoa käsin saavutettavissa. Laitoshoidokin pyritään suunnittelemaan määräaikaiseksi. (STM, 2017d, 17)

Kun ikääntynyt ei ulkopuolisenkaan avun turvin pysty asumaan omassa kodissaan tai ympärivuorokautinen hoito ei onnistu ikääntyneen omassa kodissa tai palveluasumisessa, tulee siirtyminen pitkäaikaishoitoon ajankohtaiseksi. (Voutilainen, 2004, 9; Nuutinen & Raatikainen, 2005, 132; STM, 2017c). Robert ja Rosalie Kanen (2001) tutkimus osoitti, että kun kotona asuminen päättyy ja vanhus siirtyy laitoshoitoon, on se perinteisesti nähty raskaana ja kielteisenä elämänvaiheena. Tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä 29 prosenttia yli 70-vuotiaista mieluummin kuolisi kuin siirtyisi pitkäaikaishoitoon. (Kane & Kane 2001). Annukka Klemolan (2006) etnografisessa väitöskirjassa tutkittavien ikääntyneiden oman kokemuksen mukaan hoitokotiin siirtymisvaihe on raskas ja saatu tuki sekä tieto riittämättömänä. Marjaana Seppänen (2006, 33) toteaa myös vanhuuden muuttuneen luonnollisesta tapahtumasta sairaudeksi.

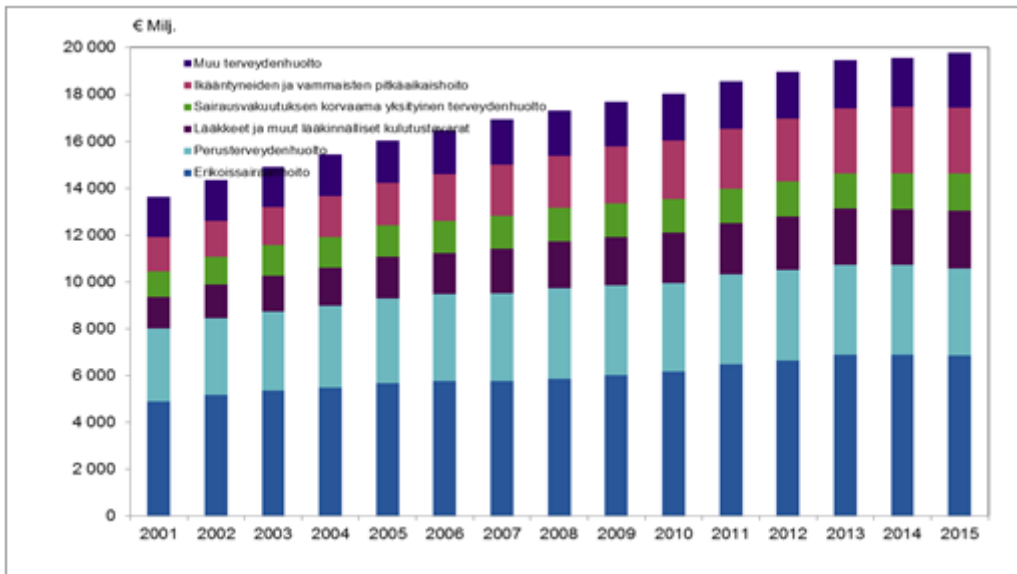
Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 7 b §:n mukaan pitkäaikaisessa laitoshoidossa on henkilö, jonka hoidon ja huolenpidon tarve laitoksessa on kestänyt tai sen arvioidaan kestävän pidempään kuin kolme kuukautta, vaikka laitoshoido tulisi loppumaan tilan kohentuessa (STM, 2017d, 15). Kuitenkin todennäköisyys palata kotiin seuraavan vuoden aikana on alle 50 prosenttia (Kauppi ym. 2015, 25). Kunnan järjestämänä pitkäaikaishoitoa annetaan joko vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla ja se rahoitetaan verovaroin, valtionosuuksilla sekä asiakkailta perittävillä maksutuloilla (STM, 2017d, 15). Sote-uudistuksen myötä odotetaan kuitenkin vastuun siirtyvän pois kunnilta uusille maakunnille (Kauppi ym. 2015, 39).

Palvelurakennemuutoksen vuoksi ikääntyneiden laitoshoidon asiakasmäärät ovat jatkuvasti laskeneet: merkittävä osa vanhainkodeista on palvelurakennemuutoksen seurauksena muutettu sosiaalitoimen sisällä palveluasumiseksi, joka määritellään avohoidoksi (Voutilainen ym. 2009, 162). Vuoden 2015 lopussa (ks. kuvio 2) vanhainkotihoitossa (pitkäaikaishoidossa) oli 9494 asiakasta, edellisvuoteen 2014 verrattuna asiakasmäärä väheni 15% (THL, 2017a). Vuonna 2013 laitoshoidossa oli vuoden viimeisenä päivänä vielä 11 921 ikääntynyttä (THL, 2014)

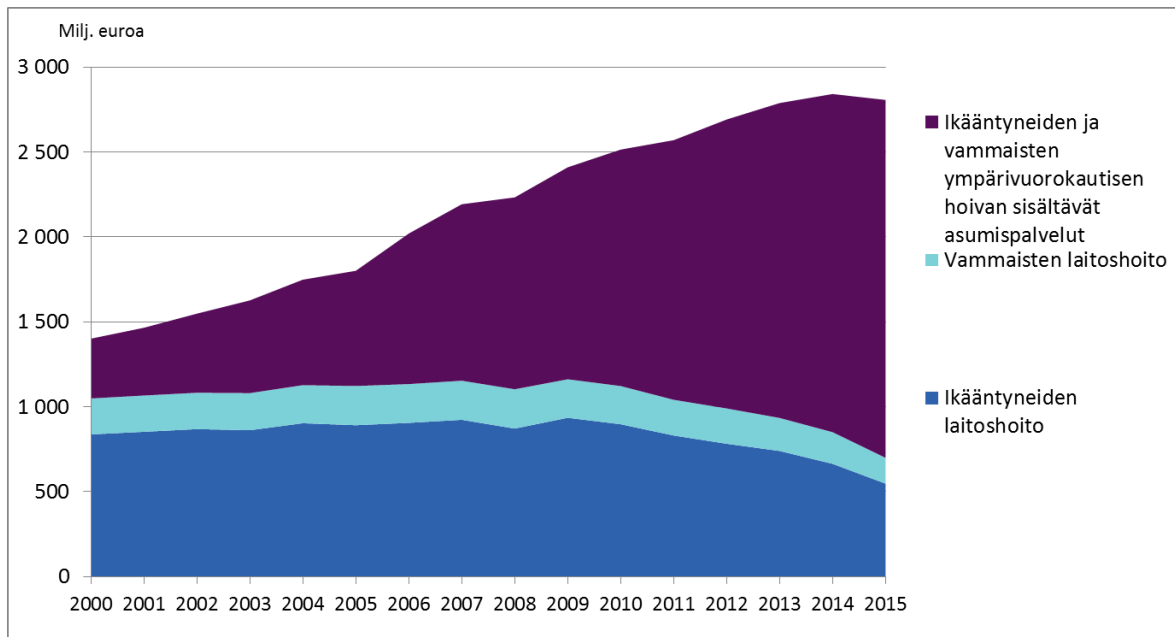


Kuvio 2. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat yhteensä vuosien 2000–2015 lopussa. (THL, 2017a)

Pitkäaikaishoidossa asiakasmaksu määräytyy asiakkaan maksukyvyyn mukaan, ollen kuitenkin enintään 85 prosenttia nettotuloista. Suurempituloisen puolison ollessa laitoshoidossa hoitomaksu on enintään 42,5 prosenttia yhteen lasketuista nettotuloista. Henkilökohtaiseen käyttöön tulee jäädä kuukausittain vähintään 107 euroa. (STM, 2017b) Laitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat oikeutettu Kelan maksamaan eläkettä saavan hoitotukeen, josta oikeus on ylimpään hoitotukeen 324, 85e/kk (Kela, 2017). Vanhuslain mukaan iäkkäille avo- ja aviopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus myös asua yhdessä (Laki ikääntyneen...14§). Pitkäaikaishoidossa tämä voisi toteutua siten, että pariskunta saa jakaa saman huoneen, mutta molemmilla olisi omat vuoteet.



Kuvio 3. Terveystenhuoltomenot vuosina 2000–2015 vuoden 2015 hinnoin, miljoonaa euroa. (THL, 2017b)



Kuvio 4. Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaishoidon menot vuosina 2000-2015 vuoden 2015 hinnoin, milj. euroa. (THL, 2017b)

Ikääntyneiden ja vammaisten laitoshoidon menot (ks. kuvio 4) ovat viime vuosina laskeneet, kun taas ympärivuorokautisen hoivan asumispalvelujen kustannukset ovat nousseet (THL,

2017b). Lasku johtuu kuviossa 2 esitetystä asiakasmäärien muutoksista. Kuvio 3 esittää terveydenhuoltomenoja ja ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoivan (tehotettu palveluasuminen sekä pitkäaikaishoito vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla) kustannuksia, jotka olivat vuonna 2015 noin 2,9 miljardia euroa (Valto, 2017, 14).

Pitkäaikaishoito sisältää ulottuvuuksia sekä sosiaali- että terveydenhoidosta ja tämän vuoksi sitä voi olla vaikea ymmärtää (Büscher, 2007, 10). Määriteltäessä pitkäaikaishoitoa, on Stonen (n.d, 3) mukaan tärkeää korostaa muutamia seikkoja: pitkäaikaishoidon tulee säilyttää tai jopa parantaa ikääntyneen itsenäistä suoriutumista, kattaa sosiaaliset ja ympäristön tarpeet sekä se tulee nähdä laajempänä kokonaisuutena kuin lääketieteellinen malli, joka hallitsee akuutin hoidon.

Kuntalain 1 luvun 1§ mukaan kunnan velvollisuutena on järjestää asukkailleen tarpeelliset sosiaali- ja terveystalvet (Kuntalaki 410/2015; Kujala ym. 2011, 229). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (28.12.2012/980) painottaa ikääntyneen henkilön hoitoa kotona mahdollisimman pitkään. Lain myötä kriteerit pitkäaikaiseen laitoshoitoon sijoittumisesta myös tiukentuivat. Muutoksena tuli muun muassa, että kirjallisen tai suullisen hakemuksen saapumisesta on kolmen kuukauden kuluessa osoitettava asianmukainen jatkohoitopaikka (Laki ikääntyneen väestön... 28.12.2012/980, 18§). Tämän lisäksi lakiin tuli myöhemmin täsmennys, jonka mukaan ”kunta voi vastata iäkkään henkilön palveluntarpeeseen pitkäaikaisella laitoshoidolla vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai asiakasturvallisuuden tai potilasturvallisuuden liittyvät perusteet” (Laki ikääntyneen väestön 30.12.2014/ 1351, 14 a§) Ennen lain voimaan tuloa ikääntynyt saattoi jonottaa pitkäaikaishoitoon yli vuoden. Laki velvoittaa kuntia ilmoittamaan vähintään puolivuositain sosiaalipalvelujen odotusajat ja toimielimen on vuosittain arvioitava ikääntyneiden palveluntarve sekä sen laatu. Kunnan on tämän lisäksi nimettävä iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijä. (Ikääntyneen väestön... 28.12.2012/980) Aiemmin ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluista säädettiin sosiaalihuoltolaissa (710/1982), kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) sekä laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992) (Voutilainen, 2004, 8; STM 2013).

Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu -oppaassa Paasivaara, Nikkilä ja Voutilainen (2002, 51) määrittelevät pitkäaikaishoidettavat ikääntyneiksi, joiden fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja /tai sosiaalinen toimintakyky on selvästi heikentynyt. Ei ole kuitenkaan olemassa yleistä määritelmää pitkäaikaishoidon asiakkaille: kysymyksessä on aina tunteva, toimiva ja tahtova ihminen, jonka toimintakyky ja selviytyminen vaihtelevat yksilöllisesti (Backman ym. 2002b, 71). Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava sekä Finne-Soveri (2002a, 115) näkevät ikääntyneiden laitoshoidossa muutamia erityispiirteitä. Ensinnäkin asiakasryhmänä he ovat heterogeenisiä. Toiseksi arkielämän tulee olla sisällöltään sellaista, että siinä mahdollistuu omana itsenä oleminen, kuulluksi tuleminen sekä tuen saaminen. Kolmantena he näkevät, että omaiset ja läheiset ovat merkittävässä roolissa: he toimivat ikääntyneen asianajajana, informaation lähteenä sekä linkkinä ulkomaailmaan. Neljäntenä he mainitsevat, että laitoshoidossa olevilta on mahdollista saada heidän hoitokokemuksensa esille. Kysyttäessä ikääntyneiltä itseltään he määrittävät onnistuneen hoidon laitoksessa sellaiseksi, jossa korostuu yksilöllisyys, arvostava kohtelu sekä kunnioitus elettyä elämää kohtaan (Voutilainen ym. 2002a, 116). On muistettava, että laitoksissa asuvilla on samat tarpeet kuin kotona asuessa (Kotilainen, 2002, 122). Oikeastaan laitos on heidän kotinsa.

Vanhuslain 16§ mukaan jokaiselle pitkäaikaishoitoon siirtyvälle tulee tehdä hoito- ja palvelusuunnitelma, joka säädetään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 7§:ssä (Laki ikääntyneen väestön...28.12.2012/980). Pitkäaikaishoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmassa lähtökohtana on asiakkaan subjektiivisuus palvelussa silloinkin, kun hän ei kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan (Voutilainen ym. 2002b, 91) Pitkäaikaishoidossa tästä vastaa yleensä nimetty omahoitaja. Omahoitaja on työvuorossaan vastuussa omista asukkaistaan ja osallistuu heidän hoivaansa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on aina kirjallinen ja se tulee tehdä moniammatillisessa työryhmässä asiakas sekä omaiset mukaan ottaen. Täten varmistetaan voimavarojen laaja-alainen arviointi. Hoidon tavoitteiden tulee olla saavutettavia, konkreettisia sekä selkeitä; asiakkaan itsensä sekä omaisten ja hoitohenkilökunnan on ne ymmärrettävä. (Voutilainen ym. 2002b, 92). Hoito- ja palvelusuunnitelmaa on myös päivitettävä säännöllisin väliajoin sekä heti tilanteen muuttuessa (Laki ikääntyneen väestön... 28.12.2012/980, 16§).

3.2 Laitoshoitoon siirtymisen taustalla olevia tekijöitä

Pitkäaikaisen laitoshoidon tarve johtuu pääsääntöisesti toimintakyvyn (*functional capability*) heikentymisestä korkean iän lähestyessä; tutkimusten mukaan toimintakyky alkaa heikentyä 75 ikävuoden jälkeen. Toimintakykyä heikentävät sekä sairaudet että puhtaasti anatomiset ja fysiologiset muutokset. (Rusi, 1998, 25–27). Suurin syy pitkäaikaishoitoon siirtymiseen on nykyisellään dementia ja vanhainkotien asukkaista puolet ovat muistisairaita, joista vakava muistiongelma on 80 prosentilla (STM, 2017d, 8 & 17). Lisäksi Parkinsonin tauti on merkittävässä roolissa (Karisto, 2010, 44). Vakavalla masennuksella voidaan katsoa olevan vaikutusta pitkäaikaiseen laitoshoittoon sijoittumisessa, sillä Minna Putkisaaren (2013, 40) pro gradu -tutkielman mukaan vakava masennus ikäryhmässä 75–80-vuotiaat lisää riskiä pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeeseen. Lisäksi vaikutusta on myös yksinasumisella sekä epävirallisen avun ja elinympäristön puutteilla (Parviainen & Päivärinta, 1998, 154; Vaarama ym. 2003, 152; Van Bilsen ym. 2006). Syitä voi olla hyvinkin vaikea erottaa toisistaan ja usein hoivan tarve lähtee heikentymisestä useammassa ulottuvuudessa (Zechner & Valokivi, 2009, 156). Antti Karisto (2010, 44) toteaa, että miehille puoliso on merkittävin laitokseen joutumisen ehkäisy, puolison kuolema puolestaan lisää sekä miehillä että naisilla riskiä laitoshoittoon välittömästi kuoleman jälkeen.

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa asiakkaat ovat suhteellisen vanhoja; keski-ikä on noin 83,5 vuotta ja heillä on moninaisia sairauksia sekä toiminnan rajoituksia jokapäiväisissä toiminnoissa (THL 2013,6). Naiset päätyvät selvästi miehiä todennäköisemmin laitokseen (Karisto, 2010, 44). Pitkäaikaishoitoon ei ole kuitenkaan helppoa päästä; sinne tulee hakea hoidon tarvetta arvioivan SAS (selvitä–arvioi–sijoita) työryhmän kautta sekä täyttää tietyt kriteerit, kuten että kaikki kotiin annettavat palvelut ovat kokeiltu ja hakijan RAI (Resident Assessment Instrument) pisteet todistavat hoitoisuuden. RAI-toimintakykyarvio perustuu fyysisen toimintakyvyn arvioon, jossa pisteytetään hoitoisuusaste eli esimerkiksi missä asioissa tarvitsee apua. Mitä enemmän pisteitä asiakas saa, sitä raskashoitoisempi hän on.

Kokonaisvaltainen *toimintakyvyn arviointi* kuuluu osaksi palvelutarpeenarviointia, joka on määrätty sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301, 36§). Lain mukaan yli 75-vuotiaille palvelutarpeenarviointi on subjektiivinen oikeus ja sen on kiirettömässä tapauksissa

tapahduttava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun viranomaiseen on otettu yhteyttä palvelujen saamiseksi (sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 36§).

Taulukko 2. Palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. (STM, 2006)

<i>Väestö rakenne ja sen muutokset</i> Ikärakenne Perherakenne (esim. yksin asumisen yleisyys)
<i>Elin-/toimintaympäristö</i> Palveluiden läheisyys Asuntojen varustelutaso (esim. puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien määrä) Eläkejärjestelmät Varallisuus
<i>Ikäihmisten terveydentila ja toimintakyky</i> Ikääntymiseen liittyvät muutokset Sairauksien ilmaantuvuus ja kasautuminen
<i>Palvelujärjestelmän toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus</i> Ikäihmisten asenteet ja odotukset Hoitomuotojen kehittyminen ja muuttuminen Palvelurakenteen tasapaino suhteessa asukkaiden tarpeisiin ehkäisevistä palveluista aina pitkäaikaiseen laitoshoitoon asti

Taulukko 2 esittää palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ja arviota tehdessä otetaan huomioon toimintakyvyn lisäksi ne riskitekijät, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä kuten aistitoimintojen heikkeneminen, alttius kaatumiseen sekä tasapaino-ongelmat. Taloudelliset tekijät kuten kyky huolehtia raha-asioista sekä ympäristötekijät kuten asunnon varustetaso, lähiympäristön ja asuinympäristön esteettömyys huomioidaan myös. Tavoitteena on saavuttaa yhteinen näkemys siitä, mitkä ovat ne keskeiset tekijät, joiden huomioon ottamisella on merkitystä arvioitaessa palveluntarvetta. Tämän jälkeen toimintakyvyn arvioimiseksi valitaan sopiva indikaattori (mm. ADL, RAI ja/tai MMSE), jolla arvioidaan keskeiset huomioon otettavat tekijät. Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt toimintakyvyn arvioinnin helpottamiseksi ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health), joka koostuu kahdesta osasta; toimintakyky ja toimintarajoitteet sekä kontekstuaaliset tilannetekijät. (STM, 2006, 3)

Otettaessa huomioon pitkäaikaishoidon merkitys ihmisen elämän loppupäässä, tulee väistämättä vastaan myös ikääntyneen kuolema. Suomessa saattohoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuollolle ja lääkäri tekee henkilölle saattohoitopäätöksen

(THL, 2015; STM, 2017d, 19) Usein lisäksi tehdään myös DNR (Do Not Resuscitate) päätös, joka on lääketieteellinen päätös olla elvyttämättä millään tavoin sydämen pysähtyessä (THL, 2015). Pitkäaikaishoidossa kuolema on läsnä ja yksi hoivan muoto onkin taata jokaiselle hyvä ja arvokas saattohoito sekä kuolema. Saattohoito, nykyisemmin loppu elämän hoito (*end-of-life-care*) tai elämän loppuvaiheen hoito, on ikääntyneen hyvää hoivaamista tilanteessa, kun lääketieteellisesti todetaan, ettei tilanteeseen ole enää pelastavaa hoitoa tai sitä ei ole mahdollista potilaan tilan vuoksi antaa. Lisäksi saattohoidossa olevan henkilön odotetaan menehtyvän lähipäivien tai -viikkojen aikana. Saattohoito ei lopu kuitenkaan kuolemaan vaan jatkuu vainajan laittamisena sekä omaisten hyvästijätön tukemisena. (Finne-Soveri & Rasila, 2002, 181; Räsänen, 2011, 43; THL, 2015).

3.3 Pitkäaikaishoidon henkilökunta sekä omaiset

Vanhuslakia siteeraten ”toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut. Jos toimintayksikön tiloissa hoidettavana olevan iäkkään henkilön toimintakyky on alentunut siten, että hän tarvitsee huolenpitoa vuorokaudenajasta riippumatta, toimintayksikössä on oltava riittävästi henkilöstöä kaikkina vuorokauden aikoina” (Laki ikääntyneen...28.12.2012/980). Lyhyesti ilmaistuna henkilöstömitoitus on, kuinka monta hoitajaa tarvitaan yhtä ikääntynyttä kohden sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. Tätä varten on säädetty hoitohenkilöstön *vähimmäismääräksi* 0,5–0,7 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa, yksiköstä riippuen. Vähimmäismitoitus tarkoittaa todellista mitoitusta eli poissaolevien työntekijöiden tilalle on palkattu sijainen. (Tehy, 2017) Henkilöstömitoitusta yhdenmukaistettiin sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2017 laatusuosituksessa siten että yksityisellä sekä julkisella palveluntuottajalla on samat vaateet (STM, 2017e, 8) Henkilöstömitoitukseen lasketaan nykyään joustavammin mukaan hoivaan

osallistuvat työntekijät kuten suurissa yksiköissä terapeutit tai pienemmissä yksiköissä laitoshuoltajat.

Pitkäaikaishoidossa työskentelee lähi-, perus- sekä sairaanhoitajia ja työ on kolmivuorotyötä. Hannele Komu (2016) havaitsi väitöskirjatutkimuksessaan hoivakodin organisaatiokulttuurista, että hoitohenkilökuntaa on enemmän ja se on koulutetumpaa yksityisellä sektorilla. Hoitajien asenteissa ei kuitenkaan ole eroavaisuutta yksityisten ja julkisten hoivakotien välillä. Lisäksi pitkäaikaishoidon henkilökuntaan kuuluvat vaihtuvat alan opiskelijat, hoiva-avustajat, laitoshuoltajat sekä eri terapeutit ja lääkäri. Kröger ym. (2009, 111) toteavat, että laitospaino heijastuu työn organisoitumiseen: suomalaiselta hoivatyöntekijältä odotetaan kokoaikaista työpanosta sekä vuorotyöhön osallistumista muita Pohjoismaita selkeästi enemmän. Lisäksi työpaine asiakasmäärissä mitattuna on muita maita kovempi.

Bettio ja Verashchangina (2010, 63) näkevät kasvavan pitkäaikaishoidon tarpeen moninkertaistavan työllistymismahdollisuuksia. Vaikka hoivatyöhön on tuotu uusia palveluinnovaatioita sekä geroteknologiaa ja sähköiset asiointipalvelut yleistyvät, eivät ne lopulta voi täysin syrjäyttää ihmisen tekemää hoivatyötä. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti tuo esiin kuitenkin sen, että tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuolto joutuu kilpailemaan saadakseen rekrytoitua yhä pienenevästä ikäluokasta työntekijöitä yhä suurenevan väestönosan hoitamiseksi (ETENE, 2008, 5). Zechner (2010, 22) sekä Hopppania ym. (2016, 120) tuovat ilmi seikan, että hoivatyö annetaan helposti sosiaalisissa ja taloudellisissa hierarkioissa alemmalla tasolla olevien tehtäväksi ja näin ollen yhä enenevä määrä hoivatyöntekijöistä on maahanmuuttajia.

Teppo Krögerin (2009, 38) tutkimuksen mukaan työmääränsä kokevat liialliseksi useimmin perushoitajat. Luulen tämän johtuvan siitä, että perushoitaja -tutkimuksen suorittaneet ovat iäkkäämpiä kuin lähihoitajat, sillä lähihoitaja-koulutus korvasi perushoitaja-koulutuksen vuonna 1993. Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finne-Soveri sekä Laine (2004) havaitsivat tutkimuksessaan, että kiire ja fyysinen kuormittavuus vaivaavat työntekijöitä ja altistavat fyysiselle ja psyykkiselle oireilulle. Edelliset tutkimukset kuitenkin osoittavat, että enemmistö hoivatyöntekijöistä kokee työnsä mielekkääksi ja kiinnostavaksi. Suomessa ei ole kuitenkaan panostettu laitoshoidon työolosuhteisiin, vaan asiaan on ratkaisuksi pohdittu työperusteista siirtolaisuutta (Hopppania ym. 2016, 119).

Krögerin ym. (2009) tutkimuksen mukaan Suomessa vakituksessa työsuhteessa on 74,7 prosenttia tutkimukseen osallistuneista hoitajista, joka on selkeästi alempi kuin muissa Pohjoismaissa. Suomi poikkeaa myös työn kokoaikaisuudella – muissa maissa osa-aikainen työskentely on yleisempää. Tämän lisäksi Suomessa yli kaksi kolmasosaa työskentelee laitospöytäolosuhteissa. Vanhainkotien henkilökunnasta joka toinen kokee, että työ määrää on liikaa ja esimieheltä ei saada tarpeeksi tukea. Jatkuva henkilökunnan puute on myös yleistä. Kolmasosa kokee myös itsensä riittämättömäksi – asiakkaat jäävät ilman riittävää apua. Tutkimus osoittaa, että ongelmat hoivatyön laadussa sekä riittävyydessä kärjistyvät laitoshoidossa, lisäksi henkilökunnan sairauspoissaolot ovat yleisiä. Tutkimus paljastaa myös, että Suomessa hoiva korostaa hoitotoimenpiteitä ja tulokset tukevat siirtymistä kodin hoidosta henkilökohtaiseen perushoittoon.

Marja Vaaraman ja Päivi Voutilaisen (2002, 77) mukaan omaiset ovat voimavara ja kuuluvat kiinteästi ikääntyneen hoidettavan elämään, olipa hän sitten kotona tai laitoksessa. Omainen-käsitteen määrittely yksiselitteisesti on kuitenkin ongelmallista (Laitinen-Junkkari & Rissanen, 1999, 62–63, 72). Omaisina pidetään yleensä perheenjäseniä, muita lähisukulaisia sekä läheisiä ystäviä, työtovereita sekä naapureita (Laitinen, 1993, 178). Hoitolaitoksessa vierailevat useammin vanhuksen kanssa samaa sukupuolta olevat, joten tällöin useimmat vierailijoista ovat naisia (Laitinen-Junkkari & Rissanen, 1999, 63). Perheenjäsenten rooli etenkin vanhainkodissa on epäselvä niin hoitajille kuin perheenjäsenille ja usein perheet luokitellaan joko vierailijoiksi, palvelijoiksi, työntekijöiksi tai asiakkaiksi ja tämä osaltaan vaikuttaa siihen, kuinka heidän otetaan mukaan osaksi hoitotiimiä (Lehtonen, 2005, 6; Salin & Åstedt-Kurki, 2009, 175). Vaarama sekä Voutilainen (2002, 78) määrittelevät omaiset passiivisesta aktiiviseen ja myötäilijästä yhteistyöhakuisesta aktiiviseen toimijaan. Heidän mukaansa laitoshoidossa omaiset voivat osallistua hyvin monin eri tavoin ikääntyneen hoivaan; näitä ovat henkinen tukeminen, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen sekä hoidon ja palvelun suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen. Lisäksi omaisilla on halua osallistua vieläkin enemmän ikääntyneen hoitoon, mutta arjen reunaehdot tulevat vastaan

Entä jos ikääntyneellä ei ole omaisia tai läheisiä? Sirkkaliisa Heimonen (2002, 84) näkee tällöin vapaaehtoistoiminnan olevan merkityksellistä ikääntyneiden laitoshoidossa. Laitoshoidossa vapaaehtoistoiminta on usein ystävä- tai tukihenkilötoimintaa. Vapaaehtoiset tarjoavat esimerkiksi ulkoiluseuraa sekä keskustelevat ikääntyneiden kanssa. Heimonen (2002, 85) tuo esiin, että tutkimusten mukaan jopa kolmanneksella pitkäaikaishoidettavalla

ei ole omaisia ja nykyisellään välimatkat saattavat luoda kuilua ikääntyneen ja omaisten väliin.

4. TOIMIJUUS

Olen valinnut tutkimukseeni toimijuuden viitekehyksen siksi, että näen toimijuuden laajempänä käsitteenä kuin toimintakyvyn, josta mielestäni puhutaan ikääntyvien kohdalla paljon enemmän. Näen ikääntyneen kokonaisvaltaisena yksilönä ja toimijuuden näkökulma mahdollistaa laaja-alaisen sekä monipuolisen lähestymisen pitkäaikaishoidettavan ikääntyneen arkeen. En ole kiinnostunut pelkästään toimintakyvystä, vaan siitä mitä eri ulottuvuuksia ikääntyneen toiminnassa on. Käyttämäni toimijuus koostuu kuudesta modaliteetista sekä koordinaateista, jotka mahdollistavat mielenkiintoista omaa pohdintaani sekä nostavat esille ikääntyneiden rajat sekä mahdollisuudet. Modaliteetit (*osata, osata, kyetä, haluta, voida, täytyä ja tuntea*) kuvastavat ikääntyneen toimijuuden yksilökohtaista ilmenemistä sekä vaihtelua ja koordinaatit (*ikä, sukupuoli, sukupolvi, yhteiskuntaluokka, ympäristö, ja ajankohta*) kuvaavat millä tavoin kukin koordinaatti vaikuttaa yksilön toimijuuteen.

4.1 Toimijuuden paikantamista

Toimijuuden (agency) käsitettä on alun perin käytetty sosiologiassa, mutta se on tullut myös sosiaalityön tutkimukseen (ks. Laitinen & Niskala, 2013). Ikääntymisen tutkimuksen alueelle toimijuus on kuitenkin tullut elämäntutkimuksen kautta (Jyrkämä, 2008, 190). Toimijuudessa on kyse siitä, ohjaako ihminen toimintaansa omilla valinnoillaan vai ohjaavatko sitä ulkopuoliset lainalaisuudet. Näitä ovat esimerkiksi Max Weberin näkemys sosiaalisesta, toisiin ihmisiin suuntauvasta toiminnasta: se on päämäärärationaalista, arvorationaalista, affektuaalista eli tunteiden viemää tai traditionaalista. (Jyrkämä, 2008, 191) Toimijuus on myös aikomuksellista toimintaa (mt. 192). Toimijuuden käsite on paikannettavissa muun muassa Anthony Giddensin strukturaatio (rakenteistumisen) teoriaan ja Giddensiläinen teoria toimijuudesta tarkastelee toimijan sekä rakenteiden suhteita ja sitä, miten ihmiset toiminnallaan ylläpitävät, uusintavat sekä muuttavat rakenteita. Teoriassa rakenteet ovat duaalisia; ne sekä rajoittavat että mahdollistavat toimintaa. (Jyrkämä, 2007, 202; Jyrkämä, 2008, 190–191; Virkola, 2014, 43) Kiinnostava on myös Giddensin näkemys

siitä, ettei rakenteita ole olemassa: on vain eri toimintakäytännöistä koostuvia sosiaalisten järjestelmien rakenteellisia ominaisuuksia. Näin ollen ihmiset ikään kuin kantavat rakenteita ja uusintavat ne jokapäiväisillä toiminnoilla toimien kuin rakenteet olisivat olemassa. (Jyrkämä, 2008, 191)

Toimijuus on kontekstuaalista, jolloin se rakentuu uudelleen ajassa, paikassa sekä tilanteessa ja on vastapuhetta oletukselle, että ikääntyneet ovat raihnaisia ja voimattomia (Virkola, 2014, 41–51). Toisaalta toimijuus voi olla myös ei-aktiivista; vallalla olevaan tilanteeseen sopeutuminen, laiskuus, joutenolo sekä niiden korostaminen ovat toimijuutta myös. Toimijuuden ei voida ajatella olevan ikään kuin joko–tai tila. (Jyrkämä, 2008, 196) Jyrki Jyrkämä (2007, 205; 2008, 193) korostaa ikääntyneen pitämistä subjektina silloinkin, kun subjekti on murtumassa – ja tämä on eritoten pitkäaikaishoidon vaarana. Tulee muistaa, että toimijuus on abstrakti käsite jota ei voi vain havainnoida, vaan se on konstruktio, joka rakentuu tutkijan tulkintojen varaan (Virkola, 2014, 52). Edellisten lisäksi toimijuus on interaktionaalista – vuorovaikutuksellista – ja se toteutuu suhteena ja suhteessa toisiin ihmisiin (Jyrkämä, 2008, 196).

Toimijuus on liitettävissä gerontologiseen tutkimussuuntaukseen, jossa kohteena on toimintakyky (Virkola, 2009, 147). Gerontologisessa keskustelussa ja kirjallisuudessa toimintakykyä (functional capability) tarkastellaan ikääntymisen, terveyden sekä sairauden kontekstissa (Parviainen & Päivärinta, 1998, 27). Toimintakykyyn katsotaan kuuluvaksi fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen, sosiaalinen sekä oikeudellinen toimintakyky. Seuraavaksi esittelen ne hieman tarkemmin.

Fyysinen toimintakyky on kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista (basic activities of daily living, BADL), jotka vaativat ruumiillista toimintaa. Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat etenkin sairaudet sekä erilaiset vammat (Zechner & Valokivi, 2009, 156). *Emotionaalinen ja psyykkinen toimintakyky* puolestaan liittyvät ihmisen tunteiden ja elämän hallintaan sekä mielenterveyteen ja kykyyn kohdata haasteita. *Kognitiivinen toimintakyky* sisältää päättelytoiminnot, muistin sekä puheen tuottamisen ja ymmärtämisen. *Sosiaalinen toimintakyky* on puolestaan kykyä toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa sekä itsensä ilmaiseminen ja kommunikaatiovälineiden käytön osaaminen. Dementoituvan henkilön kohdalla voidaan puhua myös *oikeudellisesta toimintakyvystä*, joka tarkoittaa kykyä tehdä päätöksiä, joilla on oikeudellista merkitystä. (Mäki-Petäjä-Leinonen, 2006;

STM, 2006) Oikeudellisen toimintakyvyn heikentyminen ei kuitenkaan merkitse kaikkien oikeudellisten kelpoisuuksien menetystä kerralla (Mäki-Petäjä-Leinonen, 2006, 20). Jyrkämä (2007, 205) puhuu edellisten lisäksi aktuaalisesta toimintakyvystä, jolloin toimintakyky on paikannettavissa tilanteisiin sekä toimintaympäristöihin. Ei riitä, että tutkitaan mihin henkilö kykenisi vaan tulee olla kiinnostuneita siitä, mitä hän todellisuudessa tekee (Martelin & Kuosmanen, 2007, 16).

Toimintakyvyn indikaattoreita on useita (mm. RAI, RAVA ja MMSE) ja ne mittaavat hieman eri asioita. On kuitenkin huolestuttavaa, että käytetyin toimintakyvyn mittari RAVA, ei sisällä lainkaan kysymyksiä sosiaalisesta toimintakyvystä (Kinni, 2007, 224). Tulee muistaa, että toimintakyvyn mittaus kertoo vain osatotuuden ikääntyneen elämästä (Liikanen, 2007, 72). Toimintakyky ja toimijuus sekoittuvat helposti ja ne voidaan mieltää samaksi asiaksi. Toimintakyky ei käsitteellisesti kuitenkaan ole yhtä kuin toimijuus: toimintakyky on osa toimijuutta. Voidaan ajatella toimintakyvyn olevan ”sisällä” toimijuuden modaaliteeteissa. (Jyrkämä, 2008, 199)

4.2 Toimijuuden tutkimus ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa

Toimijuutta on pitkäaikaishoidossa tutkittu yllättävän vähän, vaikka toimijuus käsitteenä ei ole uusi (Jyrkämä, 2003, 94). *Ikääntyneiden toimijuutta pitkäaikaishoidossa* on tutkittu Suomessa muun muassa Riitta Koivulan (2006 & 2013), Elisa Virkolan (2008) sekä Eija Kuukasjärven (2011) tutkimuksissa.

Koivulan tutkimukset pureutuvat ikääntyneen toimijuuteen lounasruokailussa (pro gradu-tutkielma 2006) sekä muistisairaana omaisen toimijuuteen pitkäaikaishoidossa (väitöskirjatutkimus 2013). Koivulan (2006) tutkielma osoittaa, että ikääntyneen toimijuus ikääntyneiden laitoshoidon lounasruokailussa rakenteistuu monen tekijän tuloksena. Osaston toimintakäytännöillä pyritään järjestyksen ylläpitämiseen, joskin osaston arki on lounasruokailussa rutinoitunutta. Väitöskirja tutkimus (2013) puolestaan antaa tuloksen, että pitkäaikaishoidon omaiset ovat heterogeeninen ryhmä ja omaiset nähdään osastolla resurssina, mutta henkilökunta ei ole saanut koulutusta tai ohjeita omaisyhteistyöhön.

Elisa Virkolan (2008) sosiaalityön pro gradu -tutkielma tarkastelee toimijuusviitekehyksellä muistisairaiden ryhmätoimintaa. Ryhmätoiminta on tässä tutkielmassa suunniteltua toimintaa, joka tapahtuu tietyssä tilanteessa hoitajien vetämänä pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Toimijuuden ulottuvuudet näyttäytyvät dementoituneiden ihmisten osallistumisessa ryhmätoimintatilanteisiin ja osallistujien erilaiset taidot, motivaatiot ja kyvyt tulevat yksilöllisesti esiin ryhmätilanteissa. Tulosten mukaan hoitaja voi tukea toimintakyvyltään heikomman ihmisen toimijuutta huomioimalla hänen tarpeensa toiminnan aikana. Hoitajan toiminnan pohjalta rakentuu osin myös dementoituneen ihmisen toimijuus.

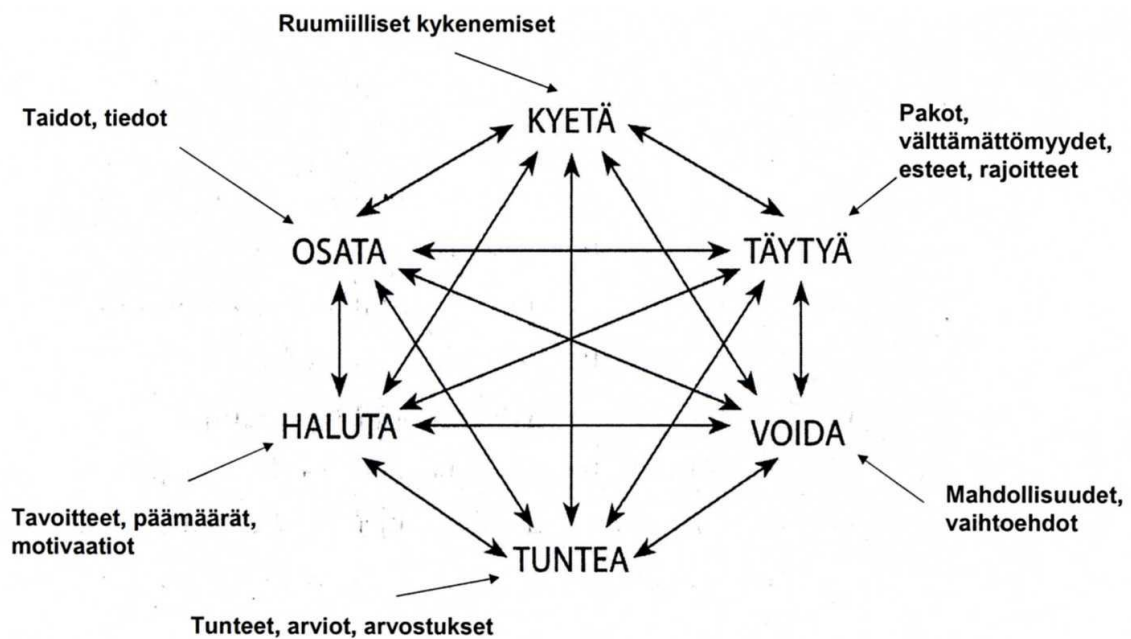
Eija Kuukasjärvi (2011) tarkastelee pro gradussaan hoivaympäristössä asuvan ikääntyneen toimijuutta elämänlaadun ulottuvuuksissa ja tuloksissa todetaan, että alentunut toimintakyky ei automaattisesti tarkoita toimijuuden menettämistä. Toimijuuden toteutuminen on kuitenkin hyvin yksilöllistä ja toteutuu vuorovaikutuksen avulla.

Toimijuutta on lähestytty myös omaisten sekä yksinasuvien ikääntyneiden näkökulmasta. Ulla Halonen (2011) on pro gradu tutkielmassaan kiinnostunut omaishoitajan toimijuudesta arjessa. Tutkimus osoittaa, että omaishoitajien toimijuus on omaishoitajien kesken erilasta, mutta yhteistä heille kaikille on pitkä yhteinen historia hoidettavan kanssa. Hoivan sitovuus vaikuttaa toimijuuteen pakottavana rakenteena ja yhteiskuntapoliittiset linjaukset ovat omaishoitajien toimijuuden makrorakenteita. Elisa Virkola (2014) tutki väitöskirjassaan yksinasuvien, muistisairaiden naisten arjen toimijuutta. Väitöskirjatutkimuksen mukaan elämäntilanteella on vaikutusta toimijuuteen. Lisäksi tutkittavat näkevät korkean iän positiivisena; sen kautta oikeutetaan toimintaa tai selitetään käytännöistä luopumista. Sukupuoli aiheuttaa naisille paineita ruoanlaiton sekä kodin järjestystä koskeviin käytäntöihin.

Edelliset tutkimukset korostavat ikääntyneiden olevan heterogeeninen ryhmä, jolloin toimijuus näyttäytyy eri tavoin eri henkilöiden kohdalla. Toimijuus rakentuu monikerroksisesti ja muuttuu ajassa sekä paikassa. Tutkimusten mukaan laitoshoido on rutinoitunutta ja se osaltaan säätelee ikääntyneen toimijuutta. Lisäksi omaisilla on merkittävä rooli pitkäaikasihoidossa asukkaan ulkoilun sekä ruokailun avustamisen näkökulmasta ja parannettavaa olisi henkilökunnan ja omaisten yhteistyössä.

4.3 Toimijuuden modaliteetit ja koordinaatit

Ranskalainen semiootikko Algirdas Greimas on tehnyt eron *kyvyn* ja *osaamisen* välille ja hänen teoriansa ympärille on muotoutunut niin sanottu Pariisin koulukunta, joka on luonut edellisen pohjalta modaliteettisen teorian sekä määritellyt kuusi modaliteettia: tahtominen, tietäminen, oleminen, täytyminen, voiminen sekä tekeminen (Jyrkämä, 2007, 205–206). Nämä kuusi ulottuvuutta ovat toisistaan erillisiä, mutta toisiinsa kytkeytyviä – toimijuus rakentuu näiden keskinäisestä kokonaisdynamikasta (Jyrkämä, 2008, 195). Jyrki Jyrkämä on itse kehittänyt Pariisin koulukuntaa mukaillen modaliteetit osata, kyetä, haluta, voida, täytyä ja tuntea, joita itse tässä tutkielmassa käytän. Esittelen seuraavaksi nämä modaliteetit hieman tarkemmin (ks. myös Kuvio 5).



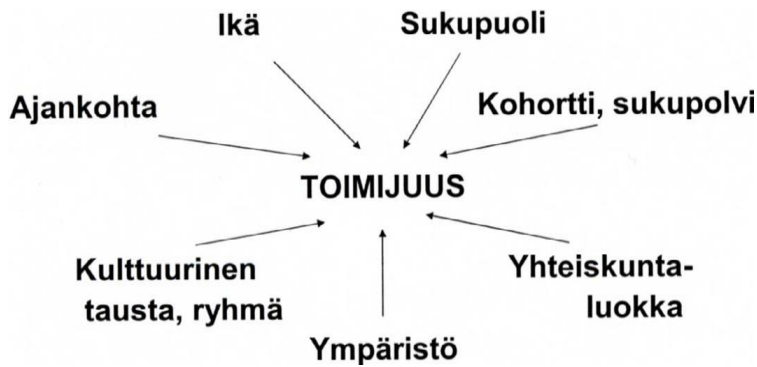
Kuvio 5. Toimijuuden modaliteetit (Jyrkämä, 2008, 195)

”Osata” -ulottuvuus viittaa tietoihin sekä taitoihin, erilaisiin pysyviin ominaisuuksiin, joita ihminen on elämänsä varrella hankkinut tai tulee hankkimaan. ”Kyetä” puolestaan käsittää fyysiset ja psyykkiset kyvyt, mutta on myös mahdollista käyttää käsitettä ”ruumiillinen

toimintakyky”, jolloin se vaihtelee tilanteesta toiseen ja jossa vanhetessa tapahtuu muutoksia. ”Haluta” liittyy motivaatioon sekä päämääriin ja tavoitteisiin ja ”voida” puolestaan mahdollisuuksiin, joita kulloinenkin tilanne ja siinä esiintyvät rakenteet tuottavat. ”Tuntea” -ulottuvuus sisältää perusominaisuuden arvioida, arvottaa, kokea ja liittää kohtaamiinsa asioihin ja tilanteisiin tunteitaan. ”Täytyä” kattaa puolestaan pakot, esteet ja rajoitteet.

Tämän modaaliteettiviitekehyksen avulla on mahdollista tarkastella esimerkiksi ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa – missä suhteessa ikääntynyt vaikkapa ruokailun yhteydessä osaa, kykenee ja haluaa? Mitä täytyy ja mitä mahdollisuuksia hänelle avautuu? Entä miltä hänestä tuntuu? Toisaalta voidaan miettiä mitä pitäisi osata, kyetä, haluta tai vaikka tuntea ja mitä ei. Esimerkkinä voidaan miettiä ruokailua; ikääntynyt voi osata ruokailla itsenäisesti, muttei siihen enää kykene esimerkiksi sairauden vuoksi. Toisaalta ikääntynyt voi kyetä ruokailemaan itse, muttei enää osaa, kykene tai halua. Ympäristö myös velvoittaa; ikääntyneen täytyy syödä ja vielä tiettyyn aikaan. Toimijuuden modaaliteetit keskittyvät aktuaaliseen toimintakykyyn eli käytössä oleviin toimintakykyihin. (Jyrkämä, 2007, 206; Jyrkämä, 2008, 195). Aktuaalista toimintakykyä on myös helpompi havainnoida.

Toimijuutta on mahdollista lähestyä lisäksi koordinaattien kautta (Jyrkämä, 2008, ks. kuvio 6). Koordinaattien taustalla on klassinen ajatus A(age) P(period) C(cohort)-ongelmanasettelusta (Jyrkämä, 2008, 193). Jyrkämä (2003, 99–100) näkee iän karttumisen tuovan erilaista osaamista, mutta myös tilanteita joissa ei kykene toimimaan (ikä, age). Ajankohta voi tuoda eteen tilanteen, ettei ikääntynyt halua enää osallistua (ajankohta, period) ja eri sukupolvilla on toisistaan erilaista osaamista sekä haluamista (ikäryhmä, cohort). Kuvion 6 koordinaateilla Jyrkämä (mt. 194) kuitenkin tarkoittaa sitä, että kuviossa esitetyt seikat ovat mahdollista ymmärtää tekijöinä, jotka ovat toimijuuden suhteen rakenteita. Voidaan siis ajatella, että ikä ei ole vain kronologinen, se on nähtävissä yhteiskunnallisena, rakenteita aktualisoivana tekijänä. Tällöin tietty ikä tuo määrittelyjä, säädöksiä sekä esimerkiksi odotuksia. Lisäksi on muistettava, että jonkun koordinaatin muuttuessa, voi kokonaisuus mennä täysin uusiksi. Omassa tutkielmassani koordinaattien keskellä on ikääntynyt ja tulososiossa analysoin, millä tavoin koordinaatit näyttäytyvät toimijuuden tukemisessa. Mitä toimijuuden kannalta merkitsee ympäristö tai ajankohta? Onko sukupuolella tai tiettyyn sukupolveen kuulumisella merkitystä? Onko yhteiskuntaluokalla merkitystä tai tuoko ikä erilaista toimijuutta?



Kuvio 6. Toimijuuden koordinaatit (Jyrkämä, 2008, 194)

Ihminen ei ole täysin vapaa toimimaan oman tahtonsa mukaisesti, vaan rakenteet tulevat menneisyydestä (Jyrkämä, 2008, 193). Koordinaateilla on tarkoitus kuvastaa yksilön toimijuutta ulkoapäin ja tehdä analyysia yksilön omista koordinaateista. Jokaisella ikääntyneellä koordinaatit ovat omanlaisensa ja ilmenevät eri tavoin. Koordinaattien selvittäminen tässä tutkielmassa tapahtuu havainnoinnin kautta sekä aineistoja yhdistelemällä. Olen jättänyt koordinaateista kulttuurisen tausta tarkastelematta, sillä yksinkertaisesti unohdin lisätä sen henkilökunnan kirjoituspyyntöön.

4.4 Toimijuuden tukeminen pitkäaikaishoidon käytännöissä

Pitkäaikaishoidossa toimijuuden tukeminen ilmenee arjen hoivatyössä. Lähelle toimijuutta ja toimintakyvyn tukemista paikantuu myös *kuntouttava työote*, jossa hoitotilanteet toteutetaan ikääntyneen toimintakyvyn sekä voimavarojen mukaan. Kuntouttavan työotteen perustana toimii jäljellä olevien voimavarojen monipuolinen hyödyntäminen sekä niiden tukeminen (Tuukkanen, 2013, 5). Kuntouttavassa työotteessa lähdetään ajatuksesta, että ikääntynyt tekee mahdollisimman paljon itse, hoivatyöntekijän toimiessa ohjaajana sekä motivoijana, ei puolesta tekijänä. Lähtökohtana on asiakkaan oma kokemus siitä, että hänen voimavaransa sekä kykynsä ovat riittävät. Kuntouttava työote on lisäksi tavoitteellista toimintaa, joka toteutetaan yhteistyössä ikääntyneen, omaisten sekä moniammatillisen työryhmän kesken. Toimintakyvyn ylläpitämiselle laaditaan tavoitteet ja hoitohenkilökunnan sekä asiakkaan itsensä tulee sitoutua niiden saavuttamiseen. (Holma

ym. 2002, 43–45; Misukka 2012, 9) Jotta kuntouttava työote toteutuu, on hoitajan tunnettava ikääntynyt, jotta osaa vaatia sopivasti (Tuukkanen, 2013, 9). Ikääntyneen tunteminen liittyy myös toimintakyvyn sekä toimijuuden tukemiseen, ilman sitä tukeminen hankaloituu.

Eija Tuukkasen (2013, 4) hoitotyön opinnäytteen mukaan kuntouttavaan työotteeseen liittyy olennaisena osana kinestetiikka (ihmisen luonnollisen liikemallin sekä aistitoiminnan ymmärtämisen toimintamalli) sekä ergonomia, jotka osaltaan hyödyntävät sekä hoivatyöntekijän että ikääntyneen voimavaroja. Kuntouttava työote on myös itsensä määräämisoikeuden ja elämänlaadun tukemista sekä yksilöllisyyden vaalimista (Misukka, 2012, 8; Tuukkanen, 2013, 4). Pitkäaikaishoidossa kuntouttava työote näkyy esimerkiksi kävelyttämisenä vessaan ikääntyneen voimavarojen mukaan tai tukemisena itsenäisempään ruokailuun sekä pukeutumiseen. Kuntouttava työote eroaa kuntoutuksesta siten, että kuntoutusta antavat erikoisalujen terapeutit (fysio-, puhe- ja toimintaterapeutit) ja se perustuu lääketieteelliseen arvioon. Kuntouttava työote on puolestaan osa hoitajien perustyötä ja jokainen työyhteisö määrittelee oman kuntouttavan työtapansa sekä sen, kuinka sitä toteutetaan. Kuntouttavaa työtettä tulee myös arvioida verraten tavoitteiden toteutumiseen. (Holma ym. 2002, 44 & 46)

Toimijuus on edellisen lisäksi myös yksilön mahdollisuutta valita tai toimia tilanteessa toisin, olla subjekti. Toimijuus voi siis olla myös kieltäytymistä sekä vastarintaa ehdotettuihin toimiin. Pitkäaikaishoidossa toimijuuden tukeminen on pieniä asioita; mahdollisuus vaikuttaa esimerkiksi heräämisajankohtaan tai vaatetukseen.

Tutkimuskysymykseni on: *Millaisena ikääntyneen toimijuuden tukeminen näyttäytyy ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa?* Etsin vastausta tähän kysymykseen analysoimalla ikääntyneiden pitkäaikaishoitoa toimintakäytäntöjen, toimijuuden modaliteettien sekä koordinaattien käsitteiden avulla.

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tuleva luku käsittelee etnografiaa sekä etnometodologiaa, jotka toimivat tutkimuksen lähtökohtana. Käsitän tutkielmani etnografiaksi, joka on suuntautunut etnometodologiaan: näin ollen tutkielmaa voi kuvata etnometodologiseksi etnografiaksi. Lisäksi tässä luvussa kerron kenttätöskentelystäni pitkäaikaishoidon osastolla ja luvun päättävät kappaleet aineiston analyysistä sekä tutkielman eettisistä lähtökohdista.

5.1 Etnografia ja etnometodologia

Tutkielman metodologisena lähtökohtana on etnografia sekä etnometodologia. Tutkielmani on etnografi, joka paikantuu etnometodologiaan, jonka keskiössä on arkitiedon tutkiminen – rutiininomainen ja totuttu. Toimijuuden tukeminen tai tukematta jättäminen laitospäristössä on ikääntyneiden sekä osaston arkea. Etnometodologiassa kiinnostus on arjen lisäksi sen tavoissa luoda sosiaalista todellisuutta vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Vanhala, 2005, 27).

Sana etnografia on johdettavissa Kreikan kielen sanoista ”*ethnos*” (ihminen) ja ”*graphia*” (kirjoittaa). Kirjaimellisesti tämä voidaan kääntää: ”*ihmisistä kirjoittaminen*”. Etnografia on menetelmänä vanha, sillä kulttuurin kuvausta on löydettävissä jo antiikin ajanjaksolta. (Nikkonen ym. 2001, 45; Jones, 2010a, 13) Giampietro Gobo (2008a, 2) puolestaan mieltää sen uudemmaksi, yli sadan vuoden takaiseksi. Etnografia metodologiana yleistyi 1800-luvun lopulla sekä 1900-luvun alussa ja sen taustalla vaikuttivat positivismi, imperialismi sekä evolutionismi (Gobo, 2008a, 10; Jones, 2010a, 14). Gobo (2008b, 15) näkee etnografian olevan nykyään trendikästä ja miltei jokaisen laadullisen tutkimuksen katsotaan olevan etnografista. Tulee kuitenkin muistaa, että etnografiaa säätelevät tietyt kriteerit joita ei tule unohtaa.

Merkittäviä etnografian kehittäjiä ovat antropologit Bronislaw Malinowski sekä Alfred Radcliffe-Brown, jotka vaikuttivat 1900-luvun alussa. (Gobo, 2008a, 16). Malinowski korostaa kenttätöön merkitystä ja julkaisi siitä tutkimusmetodologiakirjan (Nikkonen ym.

2001, 47). Malinowskin etnografia sisältää eri aspekteja kuten eläminen kentällä, kentällä käytetyn kielen opettelu ja käyttäminen, kaiken mahdollisen datan keräämisen ja kentällä osallistumisen (Jones, 2010a, 18). Sosiaalitieteisiin etnografia rantautui Chicagon koulukunnan piirissä kehittyneen symbolisen interaktionismin myötä 1920- ja 1930-luvuilla (Nikkonen ym. 2001, 45). Alun perin etnografia oli enemmän tutkimusmetodi kuin metodologia (Jones, 2010a, 14). Gobo (2008b, 15) huomauttaa, että etnografia tulee nimenomaan nähdä metodologiana, joka käsittää tavan ajatella sekä tehdä. Omassa tutkielmassani etnografia on keino tuottaa kuvaus yhteisöstä. Etnografia on osaltaan sanellut tutkielman teoriaa sekä määritellyt aineiston ja sen analyysin havaintojen osalta.

Etnometodologisesti mielenkiintoni on osaston arjen tapahtumien havainnoinnissa ja tarkoituksena on muodostaa käsitys arjesta rutiineineen. Etnometodologian kehittäjä on Harold Garfinkel, jonka (1967/1984, vii) mukaan etnometodologia analysoi jokapäiväisiä toimintoja ja sitä, kuinka ihmiset tekevät niistä selostettavia. Garfinkel kehitti etnometodologian perusajatuksensa 50- ja 60-luvuilla (Heritage, 1984, 11). Garfinkelin keskeisiä käsitteitä ovat John Heritagen (1984, 16) mukaan selonteko (account) sekä selostettavuus (accountability), jolloin sosiaalinen toiminta on selostettavissa myös muille – se perustuu toimijan tilanteenmäärittelyyn. Toisin sanoen me pystymme selittämään oman toimintamme toisille ymmärrettävästi ja lisäksi pohtimaan sen seurauksia ja sitä mihin toimintamme liittyy. Garfinkelin etnometodologiaa käsitellyt Heritage (1984) näkee Garfinkelin työn pyrkimyksenä vastata vain yhteen kysymykseen johdonmukaisesti: ”miten sosiaaliset toimijat tulevat tietämään – ja vielä yhteisesti – mitä he tekevät, ja tuntevat ne olosuhteet, joissa he toimivat?” (Heritage 1984, 84). Heritagen (mt. 107) mukaan työn keskeinen löydös on se, että tavalliset toimijat käsittelevät odotuksia, joista arkielämän asenne muodostuu, normatiivisina sekä moraalisesti sanktioitavina. Heritage katsoo Garfinkelin muistuttavan, että suurimman osan jokapäiväisestä elämästään ihmiset viettävät selostamalla ja kuvaamalla toisilleen asiantiloja. Arkipuheen voidaan katsoa perustuvan sään, tavaroiden tai vaikkapa luonteenpiirteiden arviointiin, kuvaukseen ja raportointiin – yhteiskunta ja sen jäsen määrittellään luonnollisen kielen representaatiossa. (Heritage, 1984, 138–141) Osastolla ollessani selvitin, millä tavoin hoivahenkilöstö erittelee rutinoitunutta toimintaansa ja kuinka niitä toteuttavat. Tähän eivät riittäneet vain omat havaintoni, vaan rinnalla merkityksellisiä olivat hoivahenkilökunnan antamat selonteot yksittäisistä tilanteista.

Tämä tutkielma analysoi sitä, millaisena ikääntyneiden toimijuuden tukeminen näyttäytyy pitkäaikaishoidossa aamuvuoron aikana. Olen valinnut aamuvuoron siksi, että sinä aikana töissä on useampi hoitaja ja vuorossa tapahtuu valtaosa perushoivatyöstä, josta olen kiinnostunut. Koen, että pääsen etnografisella tutkimusotteella vastaamaan tutkimuskysymykseeni, mikä ei ole mahdollista esimerkiksi vain haastattelemalla. Pitkäaikaishoidettavien toimintakyky on heikentynyt, joten näen havainnoinnin mahdollistavan heidän tutkimisensa esimerkiksi haastattelua paremmin. Lisäksi perustelen metodivalintaani sillä, että ikääntyneiden tyytyväisyystutkimuksissa on saatu aina samantyyppisiä tuloksia: 80–90 prosenttia on tyytyväisiä (Laitinen, 1997, 93). Tämän on katsottu johtuvan siitä, että tyytyväisyyden ilmaiseminen on hyväksyttävää ja toisten avusta riippuvaiset eivät uskalla tuoda esiin tyytymättömyyttään, sillä kokevat henkilöstön työskentelevän ahkerasti ja tekevän parhaansa (Perälä & Räikkönen, 2000, 89; Voutilainen ym. 2002d, 40). Tyytymättömyyttä ei myöskään uskalleta ilmaista, sillä pelätään avun loppumista. On huomattu, että jo pelkästään hoitoon pääseminen tuottaa tyytyväisyyttä palveluun. (Voutilainen, 2004, 31) Voutilainen ym. (2002d) näkevät lisäksi ikääntyneiden ihmisten olevan haluttomia arvioimaan omaa hoitoaan, sillä he kokevat ulkopuolisen tutkijan epäluotettavana ja ovat täten haluttomia kertomaan kokemuksiaan. Edellä mainitut seikat tekevät hyvän hoivan mahdollistamisesta haasteellisen tehtävän, joka edellyttää eri toimijoiden sitoutumista sekä hyvää yhteistyötä. (Voutilainen ym. 2002d, 40) Havainnoinnilla on mahdollista päästä näkemään sellaista, jota ei sanallisesti tai kirjallisesti edes tuoteta. Havainnointi kohdistuu sosiaalisiin tilanteisiin (*social situation*) jotka koostuvat toimijoiden (*actors*) toiminnasta (*activities*) tietyssä paikassa (*place*) (Spradley, 1980, 86). Nikkosen, Janhosen ja Juntusen (2001, 44) mukaan etnografialla on mahdollista tavoittaa jotain oleellista hoitajien kulttuurista sekä työn sisältämistä rituaaleista ja sitä onkin alettu käyttää yhä enenevässä määrin myös hoitotieteissä. Ensimmäiset etnografiat hoitotieteissä on heidän mukaansa tehty 1970-luvulla.

Sanalla etnografia voidaan viitata tutkijan käyttämään menetelmien kirjoon tai tutkimus voidaan ymmärtää etnografiaksi, kun sen tarkoituksena on tuottaa kuvausta esimerkiksi jostain yhteisöstä (Delamont, 2004, 218). Etnografinen tutkimus nousee sekä tutkittavien kokemuksesta, että niiden liittämisestä teoriaan sekä tutkijan kokemuksiin – tämä toimii tulkinnan sekä johtopäätösten perustana (Nikkonen ym. 2001, 71). Etnografiaan liittyy tutkimuskohteen havainnointi sen luonnollisessa ympäristössä sekä osallistuminen

tutkittavien arkeen (Honkasalo, 2008, 4). Etnografia sisältää karkeasti sanottuna kenttätöön aikana tehdyn eri astein osallistuvan havainnoinnin ja tutkijan tarkoituksena on selvittää, miltä maailma näyttää tietyn ryhmän silmillä katsottuna (Delamont, 2004, 219). Martti Grönforsin sekä Hanna Vilkan (2011, 49) mielestä kenttätö tulee aina aloittaa passiivisena havainnoijana, vaikka itse tutkimusmateriaali kerättäisiinkin osallistuvan havainnoinnin menetelmällä. Antropologisessa etnografiassa on tarkoituksena tutkia itselle täysin vierasta kulttuuria tai kansaa, sosiologinen etnografia omaan yhteiskuntaan liittyvää ryhmää (Vanhala, 2005, 38). Oma tutkielmani kuuluu sosiologiseen etnografiaan ja sosiaalitieteissä onkin ollut tapana tutkia omaan yhteiskuntaan kuuluvaa, yleensä marginaalissa elävää ryhmää (Laakso, 2009, 60). Muita etnografian muotoja ovat konventionaalinen (asioiden tilan kuvaus) sekä kriittinen etnografia (miten asiat voisivat olla) (Ala-Nikkola, 2003, 25–27).

Etnografiassa tutkija jättää turvallisen ympäristön ja hyppää tuntemattomaan – tutkija lähtee kenttätööhön tutkimaan, katsomaan sekä keskustelemaan. Etnografiasta erityisen tekee sen ruumiillinen sekä emotionaalinen läsnäolo, sillä etnografi pyrkii mobilisoimaan kaikki aistinsa havainnointiin (Lappalainen, 2007a, 10; Lappalainen, 2007b, 113). Itselleni tutkimuskohde – toimijuuden tukeminen pitkäaikaishoidossa – oli ennestään tuttu, ainakin hoivatyön näkökulmasta. Tutkimuksen aihe ei kuitenkaan saa olla liian tuttu, sillä etnometodologisesti sitä lähestytään siten, että on mahdollista nähdä arjen itsestäänselvyksiä (Laakso, 2009, 59). Toimintaympäristönä tutkimusosasto oli itselleni täysin vieras, sillä osastot ovat keskenään erilaisia ja kokemusta minulla on ylipäätään vain yhdestä pitkäaikaishoidon osastosta. Lisäksi toimin kentällä tutkijan roolissa, enkä osallistunut hoivatyöhön, jolloin minun oli mahdollista havainnoida asioita joita työn lomassa ei olisi voinut edes havaita.

Sara Delamontin (2004, 223) mukaan etnografinen tutkimus ei etene suoraviivaisesti ja selkeästi, vaan niin sanotusti silmukoiden kautta. Jokainen uusi askel johtaa aikaisemman tiedon reflektointiin ja uudelleen tarkasteluun. Tästä syystä on tärkeää, että kenttätöön aikana aineisto kerätään systemaattisesti. James P. Spradleyn (1980, 26) mukaan tutkija aineistoaan kerätessä kulkee ensin yhteen suuntaan, mutta vaihtaa jossain vaiheessa uuteen – tutkii joka puolelta. Hän myös näkee etnografien etenevän syklisesti. Koska tutkijan on tehtävä johtopäätöksiä, tulee Spradleyn (mt. 9–10) mukaan havaintoja testata yhä uudelleen ja

uudelleen, kunnes on varmaa, että kyseessä on jaettu systeemi. Tämä tarkoittaa uusiutuvien toimintojen havainnointia toistuvasti.

Atkinsonin, Coffeyn, Delamontin, Loflandin ja Loflandin (2001, 4) mukaan etnografiselle tutkimukselle on löydettävissä ominaisia piirteitä; kohtuullisen aikaa vievä kenttätyö, tutkimuksen suorittaminen olosuhteissa, joissa tutkimukseen osallistuvat elävät, aineistojen, menetelmien sekä analyttisten näkökulmien moniulotteisuus ja osallistumisen, havainnoinnin sekä kokemuksen keskeinen merkitys. Etnografialle on ollut tyypillistä myös se, että tutkimus on kohdistunut alistettujen sekä syrjittyjen ryhmien tutkimiseen yläluokan sijaan (Lappalainen, 2007a, 12). Etnografisessa tutkimuksessa aineiston keruu, analyysi sekä tulkinta kulkevat limittäin, ne eivät ole toisistaan erotettavia. Tutkija tekee jo kentällä alustavaa analyysia, joka suuntaa ja tarkentaa katsetta ja on mahdollista kirjoittaa ensimmäisiä luonnoksia jo kenttätyön aikana (mt., 13). Sirpa Lappalainen (2007a, 14) näkee etnografian lähestymistapana työläänä ja henkisesti, fyysisesti sekä emotionaalisesti kuormittavana. Lisäksi se on varautumista yllättäviin käännteisiin ja hän näkee tutkijan tutkimusvälineenä. Lappalaisen (mt.) mukaan etnografian on kuitenkin myös monipuolinen metodologia, jonka avulla on mahdollista tarkastella moninaisia ilmiöitä ja voimana etnografiselle tutkimukselle sen mahdollisuuden tuottaa yhteiskunnallisesti merkityksellistä tutkimusta. Laitoksessa tehty etnografia mahdollistaa tunnistaa vuorovaikutusten kokonaisuudesta sellaisia piirteitä, joilla voidaan auttaa kärsiviä ihmisiä (Honkasalo, 2008, 4).

5.3 Kentällä työskentely

Kentälle pääsy sisältää tutkimuskohteen kuvailun. Minun kentälle pääsystä alkoi, kun olin yhteydessä kaupungin pitkäaikaishoidon palvelujohtajaan syksyllä 2013 ja hän kannusti minua tekemään tutkimusta pitkäaikaishoidosta. Lähetin hänelle luettavaksi sekä ideapaperini että tutkimussuunnitelmani. Hänen mielenkiintonsa tähän tutkimukseen on auttanut minua esimerkiksi havainnoitavan osaston löytämisessä. Lisäksi kaupunki tuki tutkielmaani antamalla minun tulostaa saatekirjeet sekä suostumuslomakkeet pitkäaikaishoidon toimistossa.

Osasto jolla havainnoin, sijaitsee valkoisessa tiilirakennuksessa lähellä kaupungin keskustaa ja ympäristö rakentuu asuinalueesta, jossa sijaitsee kerrostaloja, rivitaloja sekä vanhoja omakotitaloja. Tämä rakennus poikkeaa niistä massiivisella olemuksellaan eikä tien varressa oleva kyltti ”vanhainkoti” jätä kenellekään epäselväksi, että kyseessä on laitos. Rakennuksena vanhainkoti koostuu kahdesta kolme-kerroksisesta rakennuksesta, joista enää toinen on pitkäaikaishoidon käytössä. Edestä katsottuna vasemmanpuoleinen rakennus on A ja oikeanpuoleinen B, pitkäaikaisosastot sijaitsevat A rakennuksessa. Bussipysäkki on aivan B-talon vieressä ja talon edessä on kymmenkunta asiakaspaikkaa sekä neljä invapysäköintipaikkaa. A-talon vieressä vasemmalla puolella on toimintansa lopettanut kirkko, jonka hiekkainen parkkipaikka toimii henkilökunnan sekä omaisten parkkipaikkana.

A-talo on rakennettu vuonna 1975 ja B-talo puolestaan 1984. Tutkimusosasto sijaitsee A-talon ylimmässä kerroksessa ja sinne on mahdollista saapua joko hissillä tai rappusia pitkin. Osasto on remontoitu 2000-luvun alussa, joka näkyy muun muassa siinä, että osaston asukashuoneiden wc:n ovet ovat liukuovet entisten tavanomaisesti avattavien ovien sijasta. Lisäksi usean hengen huoneet on poistettu, kaikki asukkaat ovat omassa huoneessaan. Asukaspaikkoja osastolla on 44, joista 15 sijaitsee dementiayksikön puolella suljettujen ovien takana. Tutkimusosastoni on kaupunkinsa ainut pitkäaikaishoidon osasto, jolla vielä toimii dementiayksikkö, sillä muut dementiaosastot ovat siirretty avopalveluksi eri toimipaikkaan. Osaston dementiayksikkö säilyi, koska asukkaiden omaiset vastustivat sen siirtämistä.

”Hoivapuolen” asukkaat on jaettu kahteen tiimiin ja ”dementiapuoli” on yksi tiimi. ”Hoivapuolen” henkilökunnalla on vastuullaan yhteensä 29 asukasta, jotka jakautuivat siten, että toisessa tiimissä on 14 asukasta ja toisessa 15. Tiimit on nimetty luontoaiheisiin. ”Dementiapuolella” asukkaita on 15. Aineiston keruun aikana 44 asukkaasta naisia oli 31 ja miehiä 13 ja he jakautuivat siten, että ”hoivapuolella” oli kuusi miestä ja 23 naista ja ”dementiapuolella” kuusi miestä sekä yhdeksän naista. Henkilökuntaan havainnoinnin ajankohtana kuului geriatri, 7 sairaanhoitajaa (palvelupäällikkö mukaan luettuna), joista yksi oli puolipäiväinen, 24 lähi- tai perushoitajaa sekä kolme laitoshuoltajaa. Lisänä olivat kaikkien osastojen yhteiset kuntohoitajat (2) sekä kaupungin pitkäaikaishoidon virikeohjaaja. ”Hoivapuolella” aamuvuorossa työskentelee kuusi hoitajaa ja iltavuorossa viisi. ”Dementiapuolella” aamuvuorossa on kolme hoitajaa ja illassa kaksi. Henkilökunnan työasu koostuu joko valkoisesta tai vihreästä paidasta ja housuista. Lisäksi paidan

rintataskussa on jokaisen ammattinimike sekä nimi. Mikäli nimikylttiä ei ole, ovat tiedot kirjoitettu esimerkiksi maalarinteipillä kiinni paidan etutaskussa olevaan läpyskään. Työkenkinä yleisimmät ovat joko sandaalit tai crocsit. Hiuksia henkilökunta pitää kiinni eivätkä he käytä koruja.

Osastolle tullessa eteen avautuu ”hoivapuoli” ja suoraan eteenpäin käytävä, jonka alussa on toisen ”hoivapuolen” tiimin ruokasali ja keittiö. Käytävän varrella on asukashuoneita sekä palvelupäällikön huone. Osaston ovelta katsoessa oikealla puolestaan on käytävä, jonka varrella sijaitsee henkilökunnan wc sekä taukotila, asukkaiden yhteinen päiväsal, lääkekanslia lääkkeiden jakamista ja säilytystä varten sekä lisäksi tutkimushuone lääkäriä varten. Päiväsalin jälkeen tulee kylpyhuone, joka on kohtalaisen tilava, asukkaiden peseminen onnistuu kahdelta hoitajalta asukkaan ollessa pesulavetilla (pyörillä liikuteltava sängyn näköinen muovitettu pesutaso).

Kylpyhuoneen jälkeen osasto kääntyy vasemmalle ja alkaa ”hoivapuolen” toisen tiimin asukashuoneiden täyttämä käytävä, joka yhtyy perällä osastolle tullessa avautuvaan käytävään; osasto kiertää ympäri. Osasto käytävineen näyttää kapealta ja ahtaalta, ehkä vähän sairaalamaiselta ja osaston pääsee kävelemään ympäri. Osastolla jokaisella asukkaalla on oma huone, mutta ”hoivapuolella” on kaksi huonetta, joihin on yhteinen sisäänkäynti, mutta erilliset asukashuoneet. Lisäksi osastolla on huuhteluhuone ”huuhtis”, jossa sijaitsee deko (huuhtelu- ja desinfiointikone) sekä pesualtaita. Tätä huonetta käytetään, kun desinfioidaan hoitovälineitä tai huuhdellaan esimerkiksi alusastioita. ”Huuhtiksessa” on myös pyykinpesukone, jossa pestään osaston omat hygienihaalarit sekä lonkkahousut, muu asukaspyykki menee pesupusseissa pesulaan. Lisäksi osastolla on vaippavarasto sekä kaksi pientä huonetta henkilökunnan kirjaamistöitä varten. Apuvälineitä kuten pyörätuolit sekä nosturit ja ”kiertokärryt” (kärry, jossa on pussit likaisille vaatteille sekä liinavaatteille ja puhtaita liinavaatteita sekä lonkkahousuja ja päällysvaatteita) säilytetään osaston käytävillä, joka tekee niistä ahtaat. Osastolla sijaitsee yhteensä kolme ruokasalia keittiöineen, joista kuitenkin vain kaksi on asukaskäytössä kolmannen toimiessa lähinnä vaippavarastona sekä kokoustilana.

”Dementiapuoli” sijaitsee pitkäaikaisosaston sisällä omana yksikkönään, jonne pääsee henkilökunnan taukotilan kohdalta käännytessä oikealle. Yksikön ovet ovat lukossa ja siellä on oma henkilökunta. Ovet avautuvat näppäilemällä numerokoodi oven vieressä

olevaan lukulaitteeseen. ”Dementiapuolella” asuu 15 vaikeasti muistisairasta ikääntynyttä. Jokaisella asukkaalla on oma huone, jonka ovi on ulkoapäin lukossa. Avaimet oviin ovat vain henkilökunnalla. Ovet ovat lukossa siksi, että näin estetään asukkaiden käyminen toistensa huoneissa sekä henkilökohtaisten tavaroiden siirtyminen paikasta toiseen. Muistisairaille tyypillistä on kävellä osastolla ja kerätä mukaansa matkan varrella eteen sattuneita esineitä. ”Dementiapuolella” tuoksuu erilaiselle kuin ”hoivapuolella” ja ilma kiertää selkeästi huonommin. Tämä luultavasti johtuu siitä, että tila on pienempi eikä osastolla ole mahdollisuutta läpivetoon.

”Dementiapuolen” ovelta katsottuna eteen avautuu kaksi käytävää, joiden varrella ovat asukashuoneet sekä pesutilat. Käytävät johtavat osaston päähän, jossa sijaitsee yhdistetty ruoka- ja päiväsalin sekä perällä parveke, jotka ovat yhteistä tilaa. Käytäviä on mahdollista kulkea ympäri, joka on etenkin muistisairaille tärkeää. Lisäksi yksikössä on oma pieni keittiö sekä henkilökunnan taukotila lukittavien ovien takana. Keittiössä on jääkaappi henkilökunnan eväille sekä kahvinkeitin. Lisäksi keittiössä on siivoustarvikkeita ja siellä huuhdellaan tarvittaessa astioita. Henkilökunnan taukotila on pieni huone, jossa on kaksi tietokonetta ja muutama tuoli. Osastolla on vanhoja huonekaluja kodikkuutta lisäämään sekä pöydillä pöytäliinat. Ruokasalin nurkassa on kiikkutuoli ja päiväsalissa on sohvaryhmä sekä nojatuoli. Muutoin ympäristö on esteetön, siellä on mahdollista liikkua pyörätuolin tai rollaattorin kanssa.

Koska keräsin aineistoni kaupungin toimipaikasta, tarvitsin luvan kaupungilta. Lähetin tutkimuslupahakemuksen huhtikuussa 2014, jonka liitteenä olivat tutkimussuunnitelmani sekä laatimani saatekirje ja suostumuslomake ikääntyneille (liite 1). Tutkielman liitteenä ei ole tutkimuslupahakemusta, sillä se olisi pitänyt muokata täysin, jotta anonymiteetti säilyisi. Tutkimusluvan sain toukokuussa 2014, jonka jälkeen olin yhteydessä tutkimusosastooni. Menin käymään osastolla heti, kun tutkimuslupa kaupungilta myönnettiin. Saavuin arki-aamuna kello yhdeksän osastolle aamukahville ja esittelin itseni sekä tutkimukseni sille osaston henkilökunnalle, joka sattui vuorossa olemaan – he kertoisivat minusta ja tutkimuksestani niille työntekijöille, jotka eivät olleet vuorossa. Koin, että minut otettiin hyvin vastaan ja henkilökunta oli hyvin suostuvainen auttamaan minua tutkielman tekemisessä. Tämän jälkeen sovimme käytännön järjestelyt. Koska minulla ei ollut lupaa päästä asukkaiden tietoihin, sovimme että tutkimusluvan pyytämistä varten osaston henkilökunta selvittää kuka on kenenkin ikääntyneen asioiden hoitaja; jokaisen asukkaan

omahoitaja otti asian tehtäväkseen. Tästä selvityksestä ilmeni, että osastolla vain muutama kykenee antamaan tutkimusluvan itse, valtaosalla se on omainen. Tarvitsin ikääntyneiden tutkimusluvan saamisessa myös osaston palvelupäällikön apua –hän liimasi ostamiini kirjekuoriin omaisten tai edunvalvojan osoitteet, jotka oli tulostanut tarroiksi. Tämä nopeutti huomattavasti työtä. Sovimme, että palautuskuoressa tulevat tutkimusluvut tulevat palvelupäällikön nimellä osastolle, minun nimelläni ne eivät välttämättä tule perille. Tutkimusluvut oli mahdollista palauttaa myös kirjekuoreissa osaston henkilökunnalle, joka toimitti ne palvelupäällikön huoneeseen sovittuun paikkaan.

Kymmenen ikääntyneen omaiset vierailevat osastolla viikoittain, joten heidän tutkimuslupansa henkilökunta vei asukkaan huoneen pöydälle kirjekuoreissa. 34:lle tutkimuslupa postitettiin, joista kolme meni edunvalvojalle. Kun tutkimuslupien viimeinen palautuspäivä koitti, oli tutkimuslupia palautunut vähän yli puolet. Sovimme osaston palvelupäällikön kanssa, että osaston henkilökunta ottaa puhelimitse yhteyttä niihin omaisiin, joilta lupaa ei ollut vielä palautunut. Kaksi edunvalvojaa palautti tutkimusluvan saatekirjeen kera, jossa totesivat, että tutkimuslupa ei kuulu heidän toimivaltaansa. Näiden kahden asukkaan kohdalla tutkimuslupa postitettiin omaiselle. Lopulta tutkimuslupa palautui jokaiselta; tutkimuslupa tuli 40 asukkaalle, neljän kieltäytyessä. Kaksi kieltäytynyttä kykenevät päättämään osallistumisestaan itse, kahden muun kohdalla omainen ei halunnut läheisensä osallistuvan tutkimukseen. Kieltäytyneistä kolme ovat täysin vuoteeseen avustettavia ja aina omassa huoneessaan, joten heidän pois jättämisensä oli helppoa. Yhden kieltäytyneen asukkaan kohdalla toimin siten, että vaikka näin hänet, en kiinnittänyt huomiota häneen enkä seurannut hänen kanssaan tehtävää hoivaa. Itse olen hyvin tyytyväinen näinkin hyvään osallistumismäärään.

Spradleyn (1980, 31) mukaan kenttätö alkaa kysymällä etnografisia kysymyksiä. Nämä perustuvat havainnointiin. Kun esimerkiksi istuin osaston ruokasalissa, kirjoitin päiväkirjaani:

”ruokasaliin saapuu vanha nainen, joka kulkee rollaattorin sekä yhden hoitajan avustamana. Hänet ohjataan nurkkapöytään, jossa hänen paikkansa ilmeisesti on, sillä hän istuu siellä aina” (kenttäpäiväkirja 30.6.2014)

Tässä vastasin implisiittisiin kysymyksiin, joita en edes tiedosta: kuka ruokasaliin saapui (sukupuoli, ikä)? Miten hän saapui? Minne hän istui? Tämän lisäksi kiinnitin huomiota myös

hänen vaatetukseensa, pituuteen, hiuksiin ja niin edelleen (Spradley, 1980, 33). Spradley (1980, 39) näkee, että jokainen sosiaalinen tilanne on jaettavissa kolmeen osaan: paikkaan, toimijoihin sekä toimintoihin. Ollessani kentällä sijoitin itseni näihin. Etnografiassa ollaan lisäksi kiinnostuneita esineistä sekä niiden kulttuurisesta merkityksestä, jonka vuoksi kokosin itselleni rekisterin esineistä analyysin helpottamiseksi, jotka esittelen kappaleessa 6.3.

Tutkielmani on kohdennettu laitosetnografia, jossa tutkittava joukko on ennalta määrätty. Lisäksi tutkin omaa kulttuuriani ja olen kiinnostunut siitä, mitä toimijat aktuaalisesti tekevät, en siitä mitä he ajatuksen tasolla tekevät – miten he sanoillaan ja teoillaan tukevat, tai ovat tukematta ikääntyneen toimijuutta. Lisäksi haen vastauksia edeltä kohdennettuihin kysymyksiin. Täten kenttävaihekin kesti vähemmän aikaa kuin perinteisessä etnografiassa (Klemola, 2006, 45) – havainnoin osastolla arkisin noin neljä tuntia päivässä seitsemän viikon ajan. Tarkoitukseni oli päästä sisälle ympäristöön, joka on kuvainnollisesti muurien sisällä. Tämä muuri estää ulkopuolisia näkemästä mitä sisällä tapahtuu ja tämän muurin sisällä minua odotti tuntematon. Tästä tuntemattomasta minä teen loppujen lopuksi kaikille tuttua.

Tein havainnoista kirjoitettuja kenttämuistiinpanoja (*written fieldnotes*) yhteensä 50 sivua ja keskustelin eri toimijoiden kanssa. Kenttämuistiinpanoihin kirjasin aina päivämäärän, havainnointiajan sekä missä tiimissä havainnoin. Kirjoittaessani muistiinpanoja tietystä ikääntyneestä käytin valenimeä, jotta voin suojata henkilön. Lisäksi teetin henkilökunnalla kirjoituspyynnön (liite 2), jossa kartoitin toimijuuden mahdollisuuksia sekä rajoja ja esteitä, ja lisäksi toimijuuden koordinaattien vaikutusta toimijuuden tukemiseen. Henkilökunnan kirjoituspyyntöön vastasi vain 12 hoitajaa, joka oli minulle pettymys ottaen huomioon osaston suuren koon. ”Hoivapuolelta” vastasi 10 hoitajaa ja ”dementiapuolelta” vain yksi. Yhdessä vastauksessa ei ollut mainintaa kummalta osastolta vastaaja on. ”Hoivapuolelta” vastaajista neljä oli sairaanhoitajia, kolme lähihoitajaa sekä kolme perushoitajaa. ”Dementiapuolen” vastaaja oli perushoitaja ja vastaaja, joka ei kertonut kummalla puolella työskentelee, oli lähihoitaja. Henkilökunnan haastattelemisen olisi ollut liian haastavaa hektisessä työssä kehityskeskustelujen sekä kesälomien rinnalla, joten päätin toteuttaa aineiston keruun kirjallisena – hoitajilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn sopivassa kohdassa esimerkiksi tauolla sekä ennen/jälkeen työvuoron tai kotona. Lisäksi haastattelin kolme omaista (liite 3), jotka vierailevat osastolla lähes päivittäin.

Näin jälkikäteen ajateltuna, olisin voinut kirjoittaa kenttämuistiinpanoja paljon enemmän; hyvin paljon informaatiota jäi päähäni eikä ole kirjallisessa muodossa. Havaitsin jälkikäteen, että moni asioista oli minulle kuitenkin itsestään selvää enkä yksinkertaisesti ymmärtänyt kirjoittaa niitä ylös. Havainnoin kuitenkin kaikkea mahdollista ja yritin havainnoida myös itsestäänselvyksiä. Lisäksi kiinnitin huomiota sellaisiin asioihin kuin kuka osastolla vierailee? Millaisia ovat omaiset? Haasteen muodosti ikääntyneiden havainnointi silloin, kun havainnoin vain pelkkää fyysistä toimintaa ilman sanoja.

Kenttämuistiinpanoja tehtäessä on useampi vaihtoehto, kuinka ne kirjoittaa; kirjoitanko muistiinpanot omalla kielelläni, sosiaalitieteiden kielellä vai osaston käyttämällä kielellä? Kielellä on vaikutus tutkimukseen. Itse kirjoitin muistiinpanot omalla kielelläni käyttäen kuitenkin joitain osaston termejä kuten ”asukas”. Kirjoittaessani toimijuudesta, käytin gerontologian sanastoa ja omat tuntemukset olivat luontevaa kirjoittaa omalla natiivilla kielellä. Toisin sanoen kenttämuistiinpanot koostuvat erityyppisistä kielistä. Kirjoittaessa on muistettava, minkä tyyppistä kieltä kirjoittaa, ja osattava käyttää tarvittaessa lainausmerkkejä. Vaikka muistiinpanot ovat vain minua varten, tulee myöhempää tarkastelua ja analyysia varten olla tarkkana. Oman kielensä tutkimukseen tuo hoitohenkilökunnalle teettämäni kirjoituspyyntö, jossa kysyin toimijuuden mahdollisuuksia sekä uhkia ja lisäksi koordinaattien merkitystä toimijuudelle. Hoitohenkilökunta vastasi siihen oman alansa kielellä. Omaiset puolestaan keskusteluissa käyttivät omaa natiivia arkikieltään, joka koostui perinteisistä suomalaisista sanoista – hoiva ja toimijuus eivät kertaakaan heidän puheessaan esiintyneet. Näiden koostumuksena on aineistonani kielellisesti rikas aineisto. Kirjoitin kenttämuistiinpanoni henkilökunnan taukotilassa yksin, näin ollen en aiheuttanut kiusallisia tilanteita kirjaamalla, vaikka kesken hoitotoimenpiteen tai kahvitauolla. Pidin vihkoa henkilökunnan näkymättömissä ja yritin kirjata huomaamatta.

Tilanteet joita havainnoin, tapahtuivat aamuvuoron aikana ja niihin sisältyi muun muassa hoivatilanteita sekä erilaisia siirtymisiä (ruokailuun ohjaaminen, päivälevolle vieminen). Olin myös osallisena kahvipöytäkeskusteluissa sekä epävirallisissa tilanteissa, joissa henkilökunta on yhdessä, sillä usein siellä kuulee asioita, joita ei muuten koskaan kuulisi. Toimin samoin myös ikääntyneiden kohdalla: olin paikalla, kun he kokoontuivat yhteen esimerkiksi ruokailussa. Asukkaiden toimintakyky ei kuitenkaan sallinut heidän välistään kommunikaatiota, joten keskityin heidän yksilöllisiin ilmauksiinsa sekä kehonkielen tulkintaan. Kahdenkeskeisiä keskusteluja/ haastatteluja ikääntyneen kanssa en myöskään

samasta syystä tehnyt, ja ne keitä olisin voinut haastatella, eivät halunneet tutkimukseen osallistua.

Spradleyn (1980) ohjetta mukaillen toteutin havainnoinnin siten, että halusin ensin saada yleisen kuvan osaston toiminnasta; havainnoin sosiaalisia tilanteita sekä osaston toimintakäytäntöjä. Havainnoin mitä aamuvuorossa ylipäätään tapahtuu osaston molemmilla puolilla viikon verran. Alussa havainnoin muun muassa: mitä osastolla tapahtuu? Mihin kellon aikaan tapahtuu? Keitä osastolla on? Mitä toimijoita tässä tilanteessa on? Kuka tässä tilanteessa osallistuu? Tässä vaiheessa olin vielä passiivinen havainnoija – yleensä istuin hieman sivussa itse tapahtumasta. Seuraavina viikkoina osallisuuteni kasvoi, lopulta ollen osallistuvaa havainnointia. Osallistuin muun muassa ruoan sekä päiväkahvin jakoon ja viriketoimintaan sekä toimin ylimääräisenä silmäparina kiireisinä päivinä. Itse fyysiseen hoivaan en osallistunut muutoin, kuin havainnoimalla muutaman yksittäisen tilanteen. Yleisen kuvan saamisen jälkeen havainnoin täsmällisempiä arjen toimintoja, ja viimeiseksi tein valikoivia havaintoja. Tämän jälkeen tein etnografisen rekisterin, joka sisälsi kenttämuistiinpanot sekä osaston toimintakäytännöistä laaditun rekisterin. Tein myös asukastapauksia hahmottaakseni rutiineja tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin asukkaan silmin. Tällainen eri aineistojen rekisteri rakentaa sillan havainnoinnin ja analyysin välille (Spradley, 1980, 33 & 58).

Itse koin hyvin nopeasti pääseväni ”sisään” kentälle. Sosiaalisena sekä ulospäin suuntautuneena ihmisenä parin ensimmäisen viikon jälkeen havaitsin, että olin kuin yksi työntekijöistä; minua ei juurikaan noteerattu vaan hoitajat ja muu henkilökunta työskentelivät kuin minua ei olisi ollutkaan.

*”Tuntuu kun ois tunnettu aina, vaikka oot ollu vasta pari tuntia mun kanssa yhtä aikaa”
sanoi hoitaja yllättäen. (kenttäpäiväkirja 26.8.2014)*

Lisäksi tieto siitä, että olen itsekin ollut vastaavassa yksikössä töissä, vapautti tunnelmaa.

”Hoitaja kommentoi minulle tänään: sun kans on niin helppo olla, kun sä tiedät nämä jutut, ei tartte jännittää. Tuntui hyvältä.” (kenttäpäiväkirja 26.6.2014)

Kenttätyön loppuessa tutkija jättää kentän niin emotionaalisesti kuin henkisestikin (Watt & Jones, 2010, 120). Itse koin viimeisen päivän olevan jotenkin omituinen; olinhan elänyt osaston arkea seitsemän viikkoa ja koin olevani yksi heistä. Tiesin myös, että kun kentältä

lähden, en sinne enää palaa. Henkilökunta toivotti minulle hyvää jatkoa. Palasin kentälle kuitenkin vielä kerran hakemaan loputkin kirjoituspyynnöt, mutta tämä käynti oli vain nopea piipahdus ja poistuin osastolta saman tien, olinhan jo kerran jättänyt hyvästit. Kentän jättäminen fyysisesti oli helppoa, sinne ei enää vain palaa mutta tunnetasolla huomaan yhä kaipaavani osaston ilmapiiriä ja jopa hajuja, jotka niin tutuiksi muodostuivat. Koin myös henkilökunnan läheiseksi, olinhan jakanut heidän kanssaan niin työn kuin yksityiselämäni ja antanut myös osan itsestäni heille.

5.4 Aineiston analyysi

Minulla on tulosten pohjalla erilaisia aineistoja, ja aluksi tuntui jopa mahdottomalta saada niistä yhtenevää ja järkevää kokonaisuutta. Kaiken kaikkiaan aineistoani on havaintopäiväkirjaa 50 sivua, henkilökunnan kirjoituksia 36 sivua sekä omaisten haastatteluja kolme sivua käsin kirjoitettuna. Luin paljon etnografioita ja kypsyttelin omaani. Henkilökunnan kirjoituspyynnöt olen analysoinut käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on dokumenttien sisällön kuvaamista sanallisesti, jolloin se pyritään esittämään tiivistetysti sekä selkeästi. Itse analyysissa aineisto pilkotaan osiin ja kootaan uudestaan kokonaisuudeksi, jonka taustalla on tulkintaa sekä päättelyä empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi, 2011, 106–112). Analyysi on kolmivaiheinen, ja ensin aineisto pelkistetään. Tämän jälkeen aineisto ryhmitellään ja lopuksi käsitteellistämisen avulla luodaan uusia käsitteitä (mt.108–113). Itse tein analyysit manuaalisesti käyttäen paperia ja kynää. Luin ja analysoin kirjoituspyynnöt kysymyksittäin ja näin minulle tuli kolme eri aineistoa. Aluksi pelkistin aineiston kirjoittamalla listaksi ylös käsitteitä, joita aineistossa ilmeni. Tämän jälkeen ryhmittelin käsitteet manuaalisesti, siten että jokainen käsite löysi paikkansa. Tämä tapahtui vetämällä viivoja saman aihealueen käsitteiden välille ja lopulta tein puhtaalle paperille käsitteiden muodostamat ryhmät ja nimesin nämä. Viimeisenä tutkin muodostamiani käsiteryhmiä ja muodostin niistä kattokäsitteitä yhdistämällä käsiteryhmiä. Nimesin kattokäsitteet ja käytän niitä aineiston tulososiossa luvussa 7.

Esitän tulokseni rakentuen osaston toimintakäytäntöihin ja rutiineihin, sillä ne nousevat aineistosta merkilliseksi toimijuuden tukemisen kannalta. Osaston toiminta pyörii perustoimintojen (ruokailu, peseytyminen, liikkuminen sekä poikkeavat rutiinit) ympärillä. Lisäksi pyrin tuomaan tulokset esiin ikääntyvien näkökulmasta ja ajatuksesta, että laitos on heidän kotinsa, johon eri toimijat tulevat.

Etnografista tutkimusta ei säätele mikään tietty analyysimenetelmä ja aineiston keruu sekä analysointi tapahtuvat yhtä aikaa. Spradleyn (1980, 5 & 85) mukaan aineiston analyysissa etsitään mallia käyttäytymiselle, esineille ja tiedolle, jotka ihmiset ovat yhdessä luoneet ja oppineet. Julia Jonesin ja Sal Wattin (2010, 158) mukaan analyysi koostuu lukemisesta, reflektomisesta sekä tulkinnasta, jotka tehdään manuaalisesti.

Jones ja Watt (2010) ovat kirjassaan esitelleet yhden tavan tehdä etnografisen aineiston analyysia ja se helpotti minua purkamaan ja jäsentämään omaa havaintoaineistoani jotenkin järkevään muotoon. Jonesin ja Wattin (2010, 160) mukaan analyysi alkaa aineiston läpi lukemisella. Tällainen läpi lukeminen palauttaa tutkijan takaisin kentälle ja saa palaamaan muistot kenttäajasta. Lisäksi tämä tuo tutkijalle tunteen, että aineisto on laadukas ja sitä on riittävästi. Aloitin analyysin lukemalla kenttämuistiinpanoja ja palautin näin itseni kentälle keväällä 2017. Havainnointijakson päätyttyä loppukesästä 2014 jäin suoraan äitiyslomalle ja valvottuani yli vuoden infektiokierteisen, perussairaana lapsen kanssa tarvitsin aikaa palautumiseen ja koin kykeneväni tutkimustyöhön vasta vuoden 2017 puolella.

Luettuani muistiinpanoja huomasin, että mieleeni palautuivat muun muassa osaston ominaistuoksu sekä asukkaat. Löysin itseni nauramasta muistaessani huvittavia juttuja ja toisaalta pysähdyin pohdiskelemaan syvällisiä asioita. Kentälle paluu oli kokemuksena jotenkin antoisa ja huomasin myös katsovani aineistoa eri tavalla, kun aikaa sen keräämisestä oli vierähtänyt pari vuotta. Kenttämuistiinpanojen lukeminen myös palautti mieleen niitä asioita, jotka jäivät vain omaan päähäni. Silloin ne tuntuivat niin itsestään selvältä, ettei niitä kirjannut mihinkään ylös. Kun näitä muistoja tuli, kirjoitin niitä itselleni ylös.

Jonesin ja Wattin (2010, 160–163) mukaan aineiston läpiluvun jälkeen on aika tehdä muistiinpanoja niistä asioista, joiden katsoo olevan tärkeitä ja relevantteja tutkimuksen kannalta. Itse laadin kenttämuistiinpanojen pohjalta osaston toimintakäytännöt, jotka kirjoitin manuaalisesti kronologiseen järjestykseen ylös. Kirjoitin auki mitä, missä ja milloin osastolla tapahtuu, paikoin hyvinkin yksityiskohtaisesti. Näin ollen minulle selkiintyivät

osaston rutiinit sekä toiminnot, jotka toimijuutta ohjaavat. Tämän jälkeen kirjoitin toimintakäytäntöjen rekisterin puhtaaksi tietokoneella. Tätä kirjoitettua toimintakäytäntöjen tekstiä käytän analyysissä luvussa 6, jolloin minun ei tarvitse selata muistiinpanojani läpi etsiessäni sieltä näitä tietoja.

Jonesin ja Wattin (2010, 162) mukaan aineistosta nousee asioita, joista haluaa etnografissaan keskustella. Itselläni esiin nousevat osaston rutiinit ja niiden ympärille rakentuneet toimijuuden tilanteet esteineen ja mahdollisuuksineen. Nämä tilanteet myös puhuttelevat minua ja herättävät sekä erilaisia tunteita että paljon kysymyksiä. Tärkeää analyysia tehdessä on edetä rauhallisesti ja antaa sille aikaa: niinpä pidin itsekin luovia taukoja ja annoin alitajunnan tehdä töitä. Huomasin myös ajoittain olevani jumissa analyysin kanssa, jolloin otin siihen etäisyyttä.

Itse etnografian kirjoittaminen on oma prosessinsa myös. Tärkeää on pitää mielessä se, ettei ole olemassakaan universaalia tapaa tai menetelmää kirjoittaa etnografiaa, näin ollen ei voida katsoa olevan myöskään oikeaa tai väärää tapaa. Etnografiaa ei kirjoiteta yhdeltä istumalta, se ei ole mekaaninen prosessi. Itseltäni tähän tutkielmaan meni enemmän aikaa kuin olisin osannut ajatella, sillä koin etnografian vaativan paljon pohdiskelua, asioiden katsomista eri kanteilta sekä aineiston lukemista uudestaan ja uudestaan, jolloin sieltä kykenee havaitsemaan uusia asioita. Etnografi kirjoitetaan ensimmäisessä – ”minä, me” – muodossa ja sen kirjoittaminen itse asiassa alkaa jo kenttätyön aikana. Etnografiassa aineistoa on paljon, sillä se koostuu niin muistiinpanoista, myöhemmistä kommentteista kuin ideoistakin ja aluksi voi tuntua mahdottomalta saada siitä aikaan mitään järkevää kokonaisuutta. On muistettava, että kaikkea aineistoa ei ole mahdollista ottaa mukaan tai jos näin tekee, on etnografia muiden mahdotonta lukea. Etnografiassa tulee myös harrastaa reflektiivisyyttä. Aineiston esittely kategorioittain on tyypillistä etnografialle, muttei kuitenkaan välttämätön. On kuitenkin suotavaa yhdistää eri aineistoista samaa teema koskevat asiat. (Light, 2010, 174) Lainaukset ovat osa etnografiaa, mutta niiden ei tule olla liian pitkiä eivätkä ne saa paljastaa henkilön identiteettiä. Itse olen valinnut lainaukset siten, että ne ovat mielekkäitä ja varmistanut, ettei niistä ole mahdollista tunnistaa henkilöä.

Huomasin jo kentällä ollessani tekeväni alustavaa analyysia, joka ohjasi minua suuntaamaan mielenkiinnon aina seuraavaan asiaan. Jokaisen havainnointipäivän jälkeen tein pienen yhteenvedon päivästä, joka osaltaan helpotti toimintakäytäntöjen hahmottamista.

Kenttätyöskentelyni loppui samana päivänä, jolloin äitiyslomani alkoi. Olin jo sen verran vaivainen ja väsynyt, että en olisi kyennyt enää edes jatkamaan. Ennen vauvan syntymää tein päässäni alustavaa analyysia sekä luin aikaisempia tutkimuksia ja kirjoitin muistiin esimerkiksi osaston alustavat toimintakäytännöt, etteivät ne unohdu. Kentältä jäi valtavasti tietoa oman pääni sisälle ja niiden ylös kirjaaminen oli ensimmäinen tehtäväni heti kentän jättämisen jälkeen. Synnytin kuitenkin pian kentän jättämisen jälkeen ja tieto jäi elämään päähäni. Tiesin, että vauvan syntymän jälkeen minulle tulee keskeytys aineiston analyysiin, mutta jo ennalta ajattelin sen olevan vain hyvästä – koin intensiivisen havainnointijakson jälkeen olevani täysin sisällä tutkimassani ilmiössä ja pienen tauon jälkeen on mahdollista katsoa aineistoa uusin silmin.

Olen analysoinut toimijuutta perustaen sen omiin havaintoihini havaintopäiväkirjassa, henkilökunnan kirjoituspyyntöön ja omaisten kanssa käytyihin haastatteluihin. Olen tuloslukuissa yhdistänyt nämä aineistot. Käyn läpi modaliteetit sekä koordinaatit omina osioinaan ja aineistossa käsittelen niitä erillisinä toisistaan. Perustan tämän siihen, että modaliteettien ja koordinaattien yhdistäminen olisi tehnyt tutkielmasta sekavan sekä vaikeaselkoisen, sillä jo erillään käsiteltynä minulla on vaikeuksia jäsentää tulokset selkeään ja ymmärrettävään muotoon.

5.5 Tutkimuksen eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Etnografiaa koskevat eettiset vaatimukset siinä missä muutakin tutkimusta. Esimerkiksi TENK (tutkimuseettinen neuvottelukunta) on laatinut ihmistieteitä koskevat eettiset periaatteet. Olen poiminut niistä omaa tutkimustani koskevat periaatteet, jotka ovat:

1. Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen
 - 1.1 Osallistumisen vapaaehtoisuus
 - 1.2 Itsemääräämisoikeus
 - 1.3 Tutkittavien informointi
2. Vahingoittamisen välttäminen
 - 2.1 Henkisten haittojen välttäminen

3. Yksityisyys ja tietosuoja

3.1 Tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus

3.2 Tutkimusaineiston säilyttäminen tai hävittäminen

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009, 4)

Olen työskennellyt yhdellä pitkäaikaishoidon osastolla, mutta keräsin aineiston eri osastolta, kuin missä olen työskennellyt – muuten objektiivisuus sekä ulkopuolisuus olisivat vaarantuneet. Toisaalta tutulta osastolta aineiston kerääminen olisi voinut olla helpompaa, sillä henkilökunta olisi tuntenut minut, enkä olisi heille ”joku outo tutkija”. Paikan tuttuus sekä entiset työkaverit voivat kuitenkin häiritä tutkijana toimimista. Olisi ehkä jopa kiusallista havainnoida entistä työpaikkaa sekä tuttujen hoitajien ja omaisten toimintaa, vaikken heitä arvostelisikaan. Vaikka keräisin aineiston itselleni vieraalta osastolta, en voinut kuitenkaan olla täysin ulkopuolinen ja objektiivinen: taustalla oleva työkokemus on tuonut minut lähelle tutkittavaa aihetta ja minulta löytyy käytännön kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Yritän irrottaa työkokemukseni sekä omat mielipiteeni tästä tutkielmasta ja kerätä sekä analysoida aineistoa tutkijana, en työntekijänä. Se oli välillä kuitenkin haasteellista ja palautin itseni ajoittain tutkijaksi tietoisesti, sillä on helppoa ja luontevaa ajatella hoitajan näkökulmasta. Taustalla olevan työkokemuksen koen kuitenkin antavan lisää tähän tutkimukseen, sillä se on lisännyt tietoisuuttani tutkittavasta ilmiöstä ja minun on helppo lähestyä sekä päästä aiheen sisälle. Koin myös, että pääsin nopeasti tekemään kohdennettuja havaintoja, sillä kokonais kuvan saaminen ei vienyt montaa päivää. Työkokemus on lisäksi saanut minut kiinnostumaan aiheesta ja on tärkeää, että tutkittava aihe kiinnostaa, muuten tutkielman tekeminen voi jossain vaiheessa tuskastuttaa.

Tässä tutkielmassa käytettävä aineisto kerättiin siten, että se on tutkijan eli minun havaintojani. Tutkimuksen kohteena ovat hoivahenkilökunnan toimet, ikääntyneiden toimijuus sekä omaisten kokemus ja osaston toimintakäytännöt rutiineineen. Ennen havainnointijaksoa kerroin osaston henkilökunnalle sekä asukkaille kuka olen ja mitä tulen tekemään, jottei läsnäoloni aiheuta kummeksuntaa. Lisäksi keräsin kirjalliset tutkimusluvut jokaiselta osaston asukkaalta. Esittelin itseni myös omaisille, jotta he tiesivät, kenen kanssa keskustelevat ja mitä teen osastolla: voisi näyttää oudolta, että joku istuu päivästä toiseen osastolla osallistumatta kuitenkaan hoivatyöhön.

Etnografisessa tutkimuksessa havainnoinnin kohteiden voi olla vaikea vaikuttaa siihen, saako heitä havainnoida vai ei, sillä tutkijana havainnoidaan yleensä koko yhteisöä. Tutkittavilla on kuitenkin omassa tutkielmassani mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Kuten jo aiemmin kirjoitin, tutkimuslupaa ei tullut neljältä ikääntyneeltä, mikä on osaston kokoon nähden huomattavan pieni määrä. Tutkimuksesta kieltäytyneistä kolme on täysin vuoteeseen hoidettavia sekä aina omassa huoneessaan, jolloin heidät oli helppo jättää tutkimuksen ulkopuolelle. Yhden kieltäytyneen kohdalla toimin siten, että havainnointini ei kohdistunut häneen – vaikka näin hänet en kiinnittänyt häneen huomiota.

Eettisesti pohdittavaa toivat hoivatilanteet, joissa ikääntynyt on alasti – havainnointi menee yksityisalueelle. Valtaosa hoivatilanteista sekä toimijuuden tukemisesta kuitenkin liittyy jollain tapaa hygienian hoitoon, joten minun tuli harkita mitä tilanteita havainnoin ja mitkä olivat tutkielmani kannalta oleellisia. Lopulta päädyin havainnoimaan vain muutamaa intiimihygienian hoitamisen tilannetta, en nähnyt tarvetta enempään. Näin en myöskään aiheettomasti loukannut tutkittavien yksityisyyttä. Olin läsnä useassa hygienian hoitamisen tilanteessa, mutta poistuin paikalta, kun asukas riisuttiin esimerkiksi alapesuja varten. Palasin takaisin, kun asukas oli puettu ja jatkoin havainnointia.

Henkilökuntaa havainnointi ei vahingoittanut, sillä en arvostele heidän työtään, vaan havainnoin mitä he tekevät ja miten se on liitettävissä toimijuuden tukemiseen. Luultavasti hoitohenkilökunta kuitenkin koki, että arvostelen heidän työtään, joten kerroin tarkasti, mitä teen.

*”Välillä havainnoidessani minulle kommentoitiin: tutkija nyt katsoo tarkkaan”
(kenttäpäiväkirja 28.8.2014)*

Keskustelut, joita tutkittavien sekä omaisten kanssa kävin, perustuivat puhtaasti vapaaehtoisuuteen. Myös henkilökunta sai valita, haluaako keskustella tutkimukseen liittyvistä asioista tai osallistua kirjoituspyyntöön. Ikääntyneiden hoitoon tutkielmani ei vaikuta negatiivisesti – ehkä päinvastoin – sillä tietoisuus tutkijan läsnäolosta saattaa vaikuttaa hoitohenkilöstön työskentelyyn positiivisella tavalla.

Vahingon välttäminen toteutuu tässä tutkielmassa siten, että suhtaudun tutkittaviin arvostaen ja pyrin minimoimaan henkiset haitat kirjoittamalla tutkittavista kunnioittavasti. Otan huomioon heidän tunteensa ja asenteensa, jotka kumpuavat tutkittavan ilmiön

henkilökohtaisesta kokemuksesta. Esitän tutkimustulokset asiallisesti sekä vääristelemättä enkä arvostele niitä, välttäen näin leimaamista tutkittavia sekä tutkittavaa ilmiötä. Tämän vuoksi perustan tulokseni systemaattiseen analyysiin. Koska tutkijan tehtävä on tuottaa tietoa, julkaisen myös tulokset, jotka saattavat harmistuttaa. Tutkimuskohdetta koskevat kriittiset tulokset pyrin esittämään analyytisesti, välttäen leimaavaa asenteellisuutta. Tulee myös muistaa, että tulokset ovat minun havaintojani ja tulkintojani, jotka toinen tutkija olisi voinut nähdä eri tavoin.

Keräämäni tutkimusaineisto sekä muistiinpanot eivät päädy osaston henkilökunnan tai muiden ulkopuolisten käytettäväksi, vaan ne ovat ainoastaan omassa käytössäni. Aineiston hävitän heti, kun sitä en enää tarvitse; tämän olen luvannut myös tutkimusluvassani. Aineistosta ei voi tunnistaa henkilöitä, sillä en käytä asukkaiden henkilötietoja tai muita asiakirjoja. Hoitohenkilökunnasta minua kiinnostaa vain ammattinimike. Aineiston tietosuojan varmistan säilyttämällä aineistoa salasanan takana ja pyrin välttämään sähköistä tiedonsiirtoa, jottei aineisto joudu ulkopuolisten käsiin. Koska aineistoni ei ole tunnisteellinen, ei minun tarvitse muokata sitä poistaen tai muuttamalla tunnistetietoja.

Toimin tutkijana hyvän tieteellisen käytännön mukaan (good scientific practice); noudatan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, olen huolellinen, rehellinen sekä tarkka läpi tutkimustyön tekemisen. Viittaan asianmukaisesti muiden tutkijoiden töihin sekä tuloksiin enkä esitä heidän argumenttejaan ominani. Tämän lisäksi pyrin esittämään tulokset oikeassa valossa niitä vääristelemättä.

Tutkielman luotettavuutta parannan raportoimalla tekemisiäni yksityiskohtaisesti, kuvaten koko tutkimusprosessia. Tutkielman tekoon oli riittävästi aikaa, joka osaltaan paransi sen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi, 2002, 135–138) Lisäksi aineistoni perustuu kentällä havainnointiin sekä erilaisiin aineistoihin, jolloin luotettavuus lisääntyy. Toisaalta mietin, ovatko tutkimuksen tulokset todellisuutta vastaavia. En voi olla huomioimatta seikkaa, että havaintoihini saattavat vaikuttaa omat asenteeni, tunteet, yleiset käsitykset tai yksinkertaisesti aiempi työkokemus. Pohdin myös sitä, käyttäytyikö esimerkiksi hoitohenkilöstö tarkoituksella sosiaalisesti korrektisti tiedostaessaan läsnäoloni? Havainnointijaksone alussa vakituinen henkilökunta oli lomilla ja osastolla oli paljon sijaisia. Vaikuttiko tämä aineistoon, sillä sijaisten tuntemus asukkaiden yksilöllisistä mieltymyksistä on hataraa? Lisäksi sijaiset olivat terveysalan opiskelijoita, joilla ei ollut juurikaan

työkokemusta. Onko tämä osaltaan vääristänyt käsitystäni toimijuuden tukemisesta kyseisellä osastolla?

Tästä tutkielmasta on hyötyä omaisille, ikääntyneille itselleen sekä henkilöstölle, joka työskentelee pitkäaikaishoidossa – mikäli tutkielman tuloksia käytetään arvioidessa ja kehittäessä hoivaa/palvelua. Tutkielman avulla on mahdollista myös edistää hoivakäytäntöjä. Toivon tämän tutkimuksen herättävän keskustelua sekä osaltaan tuovan näkyväksi laitoshoidon nykytilaa.

6. OSASTON TOIMINNAT RUTIINIEN YMPÄRILLÄ

Seuraavassa luvussa avaan osaston toimintaa aamuvuoron aikana. Tämä luku perustuu havainnointipäiväkirjaani ja siitä tekemääni osaston toimintakäytäntöjen rekisteriin. Pyrin tässä luvussa kuvaamaan yksityiskohtaisesti osaston arkea sekä rutiineja siten, että kenen tahansa on mahdollista päästä osaston toimintojen sisään. Osaston arki pohjautuu toistuville rutiineille sekä toimintakäytännöille, jotka luovat kontekstin toimijuudelle.

6.1 Ruokailu

Ruokailut rytmittävät osaston arkea ja niiden ympärille rakentuvat muut toiminnot. Osastolla ruokaillaan viisi kertaa vuorokaudessa ja ruoat tulevat keskuskeittiöltä. Henkilökunnan vuoron suunnittelun puheet rakentuvat ruokailujen ympärille – mitä tehdään ennen ja jälkeen ruokailun. Ruokakärryt keittiöltä osastolle arkisin tuo talon oma lähetti ja viikonloppuisin niistä huolehtii laitoshuoltaja. Havainnointini aikana ruokakärryjä siirtyi kuljettamaan myös työllistämistuella oleva henkilö. ”Hoivapuolella” ruokailuissa laitoshuoltaja jakaa lämpimän ruoan sekä salaatin ruokakärrystä lautaselle ja ojentaa lautasen hoitajalle, joka lisää lautasen ottamalleen tarjottimelle ja lisää mukaan ruokajuoman sekä mahdollisen leivän lisukkeineen. Tämän jälkeen hoitaja merkitsee nimilistaan raksin asukkaan kohdalle, jotta muut näkevät asukkaan saaneen jo ruoan ja hoitaja vie ruoan asukkaalle. ”Hoivapuolen” kahdessa ruokasalissa on joka ruokailulla muovitaskussa lista kunkin tiimin asukkaista ja muovitaskun päälle vedetään joka ruokailun yhteydessä maalarinteippi pystypäin asukkaiden nimien perään ja siihen laitetaan kunkin asukkaan kohdalle rasti, kun asukas on saanut ruoan/päiväkahvin. Ruokailun lopussa listasta tarkastetaan, että jokainen on saanut aterian eli jokaisen asukkaan kohdalla on rasti. Huomasin, että laitoshuoltajat muistavat ulkoa jokaisen asukkaan yksilöllisen ruokakortin sekä erityisruokavalion ja dieetin. Lisäksi he muistavat yksilöllisesti käytettävät aterimet sekä astiat ja se nopeuttaa ruoan jakamista hyvin paljon. ”Dementiapuolella” hoitajat jakavat välillä ruoan alusta asti itse laitoshuoltajan ollessa vielä ”hoivapuolella” auttamassa asukkaiden syöttämisessä. ”Dementiapuolella” ei ole aina myöskään käytössä nimilistaa, sillä asukkaat ruokailevat salissa yhtä aikaa ja näin

ollen on helppo nähdä, kuka on jo ruoan saanut. Lisäksi asukkaita on sen verran vähän, että vuoron omahoitajat muistavat omien asukkaidensa ruokailut.

Asukkaat syövät kykynsä mukaan joko tavallista tai soseutettua ruokaa ja he, joille ruokailu on haastavaa, ruoka saapuu karkeana tai sileänä soseena. Tavallinen ruoka nimensä mukaan on tavallista ruokaa, jolloin esimerkiksi lihapullat ovat kokonaisia ja salaatti mm. kurkkua ja tomaattilohkoja. Soseruoat ovat samaa ruokaa kuin tavallinenkin ruoka, mutta ne on soseutettu eri astein, jotta ne on helpompi syödä. Pelkkä soseutettu ruoka jää rakeiseksi, jolloin sitä syövät asukkaat, joiden on vaikeaa paloitella ruokaa itse ja rakeisuus helpottaa ruoan pureskelemista. Karkea sose puolestaan on asteen hienompaa kuin pelkkä soseutettu ruoka, mutta nimensä mukaisesti kuitenkin karkeaa, ei täysin sileää. Tätä syö asukas, joka ei kykene syömään vain soseutettua ruokaa sen sisältämien palojen vuoksi, muttei tarvitse ruokaansa täysin sileänä. Sileä sose on soseutettu niin hienoksi, kuin sen vain saa. Tällöin se ei ole lainkaan rakeista, jolloin sitä kykenee syömään asukkaat, joille esimerkiksi nieleminen on haastavaa ja karkeus aiheuttaisi kakomista. Sileää sosetta on mahdollista myös juoda, jos sitä jatkaa hieman nesteellä. Kaikille eri astein soseutettua ruokaa syöville leipä, leikkele sekä salaatti ovat myös soseutettu valmiiksi ja se nautitaan lämpimän ruoan kanssa samalta lautaselta. Nämä lisukkeet ovat sileää sosetta heille kaikille. Ruokajuomiin lisätään sakeuttajaa (mauton jauhe) tarpeen mukaan, jolloin juoman koostumus muuttuu paksummaksi. Siten se on helpompi juoda, eikä mene niin helposti henkeen tai valu suupielestä. Osalle asukkaista sakeutettu ruokajuoma syötetään lusikalla, mikäli juominen ei enää onnistu. Osastolla on käytössä myös kokonainen ja puolikas annos, jolloin ruokakorttiin on merkitty annoskoko. Näin jokainen asukas saa itselleen sopivan annoksen. Ruokakorttiin merkitään myös asukkaan mieltymykset kuten mistä erityisesti pitää tai mikä ruoka on sellainen, ettei asukas sitä syö.

Ruokajuomia nautitaan yksilöllisesti erilaisista lasista ja mukeista. Tavallinen juomalasi on pieni, kirkas, lasinen juomalasi ja tätä käytetään lähinnä ”dementiapuolella”. Korvamuki on muovinen, yleensä tummansininen muki, jossa on toisella puolella korva. Korvamuki on kevyt ja korva helpottaa kiinnipitämistä. Tämä on ”hoivapuolella” käytetyin. Nokkamuki puolestaan on muovinen, väritön ja korvaton muki, johon asetetaan kansi, jossa on ulkoneva nokka ja nokan päässä reikä. Nokkamukia käytetään oikeastaan vain niillä vuodepotilailla, jotka juovat avustettuna. Nokkamukin kansia on kahdenlaisia: nokka on joko koko yläosasta auki, jolloin juoma virtaa nopeasti tai kannessa nokan päässä on vain pieni reikä, jolloin

juoma joko imetään tai kaataessa nokasta tulee vain pieni määrä nestettä. Kansi valitaan asukkaille yksilöllisesti ja tieto merkitään asukkaan ruokakorttiin.

Asukkaat syövät yksilöllisesti myös erilaisilta lautasilta sekä erilaisin aterimin. Lautaset ovat joko keraamisia tai muovisia. Valkoisia keraamisia lautasia on sekä matalia että syviä. Muovilautaset ovat syviä ja väriltään joko valkoisia tai tummansinisiä. Keraamista lautasta pyritään käyttämään mahdollisimman monella, muovilautasta käytetään vain ”dementiapuolella” itsesyöville asukkailla. Syötettäville asukkaille ruoka annosteltiin syvälle, keraamiselle lautaselle kummallakin osaston puolella. Aterimina käytetään joko teräksistä haarukkaa ja veistä tai vaihtoehtoisesti joko pientä tai tavallista teräslusikkaa. Syötettäville valitaan lusikka yksilöllisesti; osalla asukkaista käytetään pitkävärtistä pikkulusikkaa suun pienuuden sekä kakomisen estämisen vuoksi.

”Hoivapuolella” itsenäisesti ruokaileville ruoka annostellaan tarjottimelle valmiiksi ja tuodaan asukkaan eteen pöydälle ja vuoteessa itsenäisesti ruokaileville ruokatarjotin asetellaan yöpöydästä tulevalle kääntyvälle tasolle vuoteen päälle asukkaan eteen. Hoitaja varmistaa ruokailun aloittamisen ja tarkastaa ruokailuasennon. Syötettäville hoitaja syöttää ruoan joko asukkaan istuessa ruokasalissa pöydän ääressä pyörätuolissa tai vuoteessa istuma-asennossa. ”Dementiapuolella” osa asukkaista hakee ruoan valvotusti itse ja muille ruoka annostellaan hoitajien taholta valmiiksi ja tuodaan asukkaalle pöytään. Syötettäville ruoka annetaan joko ruokapöydässä tai vuoteeseen päivästä riippuen. Osaston jokaiselle asukkaalle avustetaan paperinen, kertakäyttöinen ruokaliina ruokailun ajaksi. Ruokailun päätyttyä likaiset astiat viedään karryyn, jonka lähetti tai laitoshuoltaja ruokailun loputtua vie keskuskeittiöön.

Havainnointini aikana ”hoivapuolella” tiimissä 1 syötettäviä asukkaita oli kuusi ja itsenäisesti ruokailevia kahdeksan. Tässä tiimissä tavallista ruokaa söi viisi, soseutettua ruokaa kahdeksan ja sileää soseruokaa yksi. Korvamukista joi 13 asukasta ja nokkamukista vain yksi. Leipää kykeni syömään seitsemän asukasta seitsemän syödessä sen soseutettuna.

Tiimissä 2 syötettäviä oli kuusi ja PEG-letkulla (ravitsemusavanne, jolloin nestemäinen ruokaliuos tiputetaan ruokalaitteella letkulla suoraan vatsanpeitteiden läpi mahalaukkuun) ravintonsa sai kolme. Itse syöviä oli kaiken kaikkiaan kuusi. Tavallista ruokaa söi neljä, soseutettua neljä ja sileää sosetta neljä myös. Korvamukia käytti kuusi asukasta ja toiset

kuusi käyttivät nokkamukia. Leipää pystyi syömään kuusi asukasta ja yhtä moni nautti sen soseutettuna.

Yhteenlaskettuna ”hoivapuolella” itse syöviä asukkaita oli 14 ja syötettäviä 12. PEG-letkulla ravintonsa sai kolme asukasta. Tavallista ruokaa söi yhdeksän asukasta, soseutettua 12 ja sileää sosetta viisi. Korvamukista joi 19 asukasta ja nokkamukista seitsemän. Leipää söi 13.

”Dementiapuolella” itse syöviä oli 13 ja syötettäviä kaksi. Tavallista ruokaa söi 10 asukasta ja soseutettua ruokaa neljä, joista yhdellä oli karkea sose. Asukkaista 10 joi tavan juomalasista, korvamukista kaksi ja nokkamukista kolme. Osaston jokainen asukas kykeni syömään leipää.

Aamiainen

”Hoivapuolella” asukkaiden aamu alkaa sillä, että aamuvuoron työntekijät käyvät ennen aamupalaa eli kello 7–8 avaamassa asukashuoneiden verhot ja näin herättelevät asukkaat. ”Hoivapuolella” aamiainen aloitetaan jakamaan joka aamu kello 8. Tätä ennen diabeetikoille on pistetty aamuinsuliini sekä annettu asukkaille sellaiset lääkkeet, jotka tulee ottaa ennen aamupalaa tyhjään vatsaan. Aamupalaleivät ”dementiapuolelle” valmiiksi tekee yöhoitaja, ”hoivapuolella” ne tekee laitoshuoltaja. Muu aamiainen tulee keittiöltä. Aamupala tarjotaan ensin ruokasalissa istuville ja ”hoivapuolella” aamiaisella ruokasalissa on joka aamu kaksi samaa asukasta, jolloin he saavat päivittäin aamupalan ensin. Loput ”hoivapuolen” asukkaat syövät aamiaisen omassa huoneessaan vuoteessa istuen joko itsenäisesti tai syötettynä. Aamiaisen viemisellä huoneisiin tai asukkaiden syöttämisellä ei ole mitään tarkkaa järjestystä, vaan se vaihtelee päivittäin. Osastolla aamiaiseksi on joka aamu vaihtuva puuro sekä tummaa ja vaaleaa leipää. Jugurttia on tarjolla heille, jotka eivät puurosta pidä ja tieto on kirjattu asukkaiden ruokakorttiin. Puuron ja leivän lisäksi asukkaille tarjotaan aamukahvi/tee. Leivän päälle on yleisimmin leikkelettä, juustoa sekä kurkkua. Lisäksi ”hoivapuolen” jääkaapissa on jugurttia sekä hedelmiä, mutta havaitsin, että niitä annetaan lisänä joko niitä pyytävälle tai omahoitajan aloitteesta omalle asukkaalle.

”Ne, jotka istuvat salissa aamupalalla voivat saada extraa, kuten keksin aamukahvin kanssa” (kenttäpäiväkirja 18.8.2014).

Vuoteessa aamupalan ruokailevat saavat aamupalan pääsääntöisesti ruokakorttinsa mukaan, joka tarkoittaa päivittäin vaihtuvan puuron lisäksi joka aamu samaa leipää ja juomaa. Salissa aamupalalla olijat voivat vaikuttaa esimerkiksi kumpaa leipää haluavat ja he myös pyydettyänsä saavat lisää aamiaista, joka ei ollut havaintojeni mukaan mahdollista huoneissa syöville sekä syötettävälle tai heille jotka eivät kykene kommunikoimaan. Vuoteessa ruokailevilta en kuullut kertaakaan kysyttävän, haluaisivatko he lisää ruokaa. Asukkaat, jotka eivät kyenneet lainkaan itsenäiseen ruokailuun ruokailevat hoitajan tahdissa eli havainnointini mukaan suhteellisen nopeasti eikä ruokailu ole aina heidän kontrollissaan. Joskus seurattessani syöttämistä huomasin asukkaan tarvitsevan pureskeluun aikaa, mutta seuraava lusikallinen puuroa oli jo suussa ja heti perään tarjottiin juomaa. Tästä aiheutui ajoittain aspiraatiota eli asukas veti ruokaa ja juomaa ”väärään kurkkuun”. Nopea syöttötahti johtuu luultavasti siitä, että ruokailulle on rajallinen aika ja avustettavia sekä syötettäviä on hoitajiin nähden suhteessa paljon. Lisäksi hoitajalla on vaikutusta ruokailun sujumiseen: toiset ovat hätäisempiä kuin toiset.

”Hoivapuolella” salissa aamiaista syövät kaksi asukasta ovat yleensä valmiita suhteellisen nopeasti ja haluavat aamiaisen jälkeen takaisin huoneeseensa vessaan ja lepäämään, mutta joutuvat odottamaan sen aikaa, että kaikki ovat saaneet aamupalan.

”Aamupala sekavaa, osa istui odottamassa 30minuuttia ennen kuin heidät vietiin huoneeseen vessaan” (kenttäpäiväkirja 23.6.2014)

”Dementiapuoli” poikkeaa aamupalarutiineillaan ”hoivapuolesta”, sillä siellä asukkaat syövät aamupalan siinä järjestyksessä kuin heräävät. Ketään ei aamupalalle herätetä, vaan asukkaat saavat nukkua niin pitkään kuin haluavat ja mikäli asukas nukkuu aamupalan ohi, otetaan hänelle osaston keittiöön aamupala kuvun alle odottamaan. Herättyään asukkaat saapuvat yhteisiin tiloihin, jolloin tiedustellaan, haluaako asukas heti aamiaista. Asukkaat ohjataan pöydän ääreen odottamaan aamupalan tarjoamista.

”Osa nukkuu pöydässä ja odottaa aamupalaa” (kenttäpäiväkirja 23.6.2014)

”Dementiapuolella” aamut ovat rauhallisempia kuin ”hoivapuolella”, sillä asukkaat heräilevät yksitellen, kun taas ”hoivapuolella” aamiainen tarjotaan kaikille rajatun ajan puitteissa. ”Hoivapuolella” yksilöllisen aamiaisen tarjoilu vaatisi muutoksia, kuten kokonaan uusia toimintatapoja ja lisää henkilökuntaa, sillä asukkaita on paljon ja avun tarve

suurempi kuin ”dementiapuolella”. ”Dementiapuolella” ainoastaan yksi asukas on vuoteeseen avustettava, jolloin hänen huoneessaan käydään katsomassa ajoittain, onko hän jo herännyt ja aamupala tarjotaan asukkaan herättyä.

”Dementiapuolella” asukkaista osa kykenee itse hakemaan ja kokoamaan itselleen mieleisen aamiaisen. Tässä hoitajat toimivat vain tukena, esimerkiksi asukkaan kysyessä mitä aamiaisella on tarjolla tai tuomalla juomalasin pöytään. Valtaosa asukkaista kykenee kysyttäessä kertomaan, mitä aamupalaa kunakin aamuna haluavat, mutta ne asukkaat, jotka eivät siihen kykene saavat aamiaisen ruokakorttinsa mukaan. Liki jokainen syö aamiaisen ruokasalissa, mutta muutama asukas haluaa ruokailla itse omassa huoneessaan. Heille hoitaja käy avaamassa huoneen oven ja varmistaa ruokailun aloittamisen. Asukkaista vain muutama tarvitsee hoitajan apua ruokailussa, muut kykenevät syömään itsenäisesti, tarviten vain sanallista ohjausta. ”Dementiapuolella” kysytään aktiivisesti, haluaako asukas lisää aamiaista.

Aamiaisen yhteydessä osastolla annetaan aamulääkkeet, joko kokonaisina tai jauhattuna. Lääkekärryssä on osaston asukkaiden koko päivän lääkkeet kipoissa ja jokaisen asukkaan kohdalla lääkekipponen lisäksi lääkekortti, jossa näkyy kunkin asukkaan lääkitys ja tarkat määrät. Lääkkeet laitetaan kärryyn aamulla ennen aamupalan alkamista. Lääkkeet on jaettu eri värisiin kippoihin, jolloin oikea kippo on helpompi ottaa. Aamulääkkeet ovat punaisessa kipossa, lounasajan lääkkeet keltaisessa, päiväkahvilla annettavat värittömässä ja iltalääkkeet sinisessä. Lääkkeet antaa, ja tarpeen mukaan jauhaa se hoitaja, joka kyseiselle asukkaalle aamupalan vie. Laitoshuoltaja osallistuu aamiaisen syöttämiseen myös ja näin ollen hän antaa ajoittain asukkaille lääkkeitä. Laitoshuoltajan tulee osata ottaa lääkekärrystä oikean asukkaan oikeat lääkkeet ja usein hoitaja varmistaa asian vieressä. Kokonaiset lääkkeet joko avustetaan asukkaan käteen josta hän ne itse ottaa, tai lääkkeet avustetaan kiposta suoraan asukkaan suuhun. Joskus annetaan asukkaan ottaa lääkkeet valvotusti itse, mikäli asukas siihen kykenee. Lääkkeitä otetaan juoman kanssa tai vaihtoehtoisesti aamupuuron tai jogurtin seassa. Lääkkeet, jotka tarvitsevat jauhaa, jauhetaan lääkejauhimeissa lääketarjoittimella ennen aamiaisen viemistä. Hoitaja laittaa jauhetun lääkkeen kipossa tarjottimelle odottamaan tai kaataa jauhetun lääkkeen asukkaan aamiaisen sekaan. Viimeistään ruokailun alkaessa hoitaja kaataa jauhetun lääkkeen ruoan sekaan ja varmistaa lääkkeen ottamisen antamalla lääkettä sisältävän lusikallisen asukkaalle itse. Tarvittaessa kapselit avataan ja jauhe sekoitetaan ruokaan. Lusikallinen jossa lääkettä on,

maistuu silminnähdessä pahalta, sillä asukkaat irvistävät aina sen lusikallisen kohdalla ja välillä sylkevät sen ulos. Ennen lääkkeen antamista hoitajat varoittavat asukasta.

”Saattaa maistua pahalta, siinä on lääkkeet” (kenttäpäiväkirja 3.9.2014)

Lääkettä sisältävä ja suusta syljetty ruoka kuitenkin annetaan uudestaan ja päälle tarjotaan juotavaa. Tällainen ”pakkolääkintä” sai minut välillä hämilleen: toisaalta ymmärrän, että tarvittava lääkitys on turvattu, mutta samalla tunsin ahdistusta siitä, että nämä asukkaat joutuvat joka aamu kokemaan tämän vastenmielisen tapahtuman. Positiivisena näen, että osastolla lääkityksiä tarkastetaan säännöllisesti, jottei asukkaille mene turhia lääkkeitä.

”Tiheästi tarkistettava lääkitys tukee toimijuutta, sillä osa lääkkeitä saattaa vaikeuttaa liikkumista kangistamalla asukkaan. Tämä tosin kuulemma aiheuttaa välillä lääkityksen venkslaamista” (kenttäpäiväkirja 26.6.2014)

Lounas

Hoitajat käyvät itse syömässä ennen asukkaiden lounasta. Lounaalle asukkaat haetaan huoneistaan ruokasaleihin pöytien ääreen ja lounasta aletaan tarjota klo 11.30.

”Hoitajat sopivat keskenään kuka kenetkin sinä päivänä syöttää” (kenttäpäiväkirja 1.7.2014)

Laitoshuoltaja aloittaa ruoan jakamisen samoin kuin aamiaisella ja hoitajat tarjoilevat ja syöttävät lounaan asukkaille. Ruoka on kaikille (paitsi allergikoille ja erityisdietroitulle) sama, mutta ruokajuomaksi voi valita maidon, piimän, kotikaljan tai vichyveden. Lisäksi lounaalla on jälkiruokana yleensä kiisseliä. Mikäli asukas ei kiisselistä pidä, on mahdollista saada hedelmää. ”Hoivapuolella” ruokasaleissa asukkaat näyttävät istuvan aina samoilla paikoilla, mikä kiinnitti huomioni.

”Lounaalla ei orjallista järjestystä, mutta salissa istuvat saavat ruoan ensin. Lisäksi näköjään istuvat aina samoilla paikoilla” (kenttäpäiväkirja 1.7.2014)

”Dementiapuolella” asukkaiden istumapaikka vaihtelee ruokailuittain, mutta pyritään sijoittamaan asukkaat siten, että ruokarauha säilyy. Osa asukkaista ei tule toimeen toistensa kanssa ruokapöydässä, jolloin heidät pyritään ohjaamaan eri pöytiin.

Ruokakortista hoitohenkilökunta tarkistaa tarvittaessa mahdollisen erityisruokavalion ja allergiat. Vakituinen henkilökunta muistaa asukkaiden allergiat sekä erityisruokavaliot ja ruoan karkeusasteen ulkoa, mutta sijaisia ruokakortti helpottaa. Soseruokaa syöville lounassalaatti sekä leipä ja leikkele tulevat soseutettuna, joskus myös tavallista ruokaa syöville annetaan salaatti soseena, mikäli tavallinen salaatti on hoitajan arvion mukaan liian haastavaa syödä.

” Vuodepotilailta ei kysytä ennen ruoan tuomista mitä he haluavat. Syötetään ja juotetaan se, mitä hoitaja tuo ” (kenttäpäiväkirja 18.8.2014)

Osastolla vierailee usein lounaalla omaisia auttamassa ruokailussa/syöttämässä omaisiaan ja muutama omainen käy päivittäin lounasaikaan. Omaiset joko avustavat ruokasalissa tai hakevat lounaan ja vievät tarjottimen omaisensa huoneeseen, jossa he yhdessä ruokailevat. Omaisen saa antaa mahdolliset lääkkeet, kunhan hoitaja ne hänelle ojentaa ja varmistaa, että kyseessä ovat oikeat lääkkeet.

”Hoivapuolella” ruokasalissa ruokailevat saavat lounaan aina ensin ja tämän jälkeen lounas viedään yleensä asukashuonejärjestyksessä omassa huoneessaan ruokailijoille. Kuitenkin hitaasti syötettävät sekä PEG-letkulla ravintonsa saavat ovat lähes aina viimeisiä.

”Kuulin kun hoitaja tuohtuneena sanoi ”minä menen, kun kukaan muukaan ei kerta halua” (kenttäpäiväkirja 1.9.2014).

Vuoteessa ruokailijat sekä vuoteeseen syötettävät avustetaan lounaalle istuma-asentoon sängyn päätä nostamalla, johon heidät myös ruokailun päätteeksi hetkeksi jätetään, jotta ruoka kerkeää vajota. Hetken päästä hoitajat käyvät laskemassa sängyn päädyn ala-asentoon sekä kääntävät asukkaan kylkiasentoon, jolla ehkäistään painaumien syntyä. Painehaavat sekä painamat syntyvät, jos asukas on liian pitkään samassa asennossa, jolloin ihoon kohdistuu painetta. Tämän vuoksi vuoteessa olevien asukkaiden asentoa vaihdetaan useasti vuoron aikana, yleensä silloin kun huoneessa käydään muutenkin. Lounaan jälkeen osa pyörätuolissa istuvista asukkaista haluaa lähteä tai/ hoitajan toimesta viedään wc:n kautta päivälevolle eli heidät avustetaan ensin vessaan ja tämän jälkeen sänkyyn päiväpeiton päälle pitkälle ja peitellään kevyesti viltillä. Lounaan jälkeen saatetaan avustaa vuoteeseen myös asukas, joka on istunut aamupalasta saakka ja näyttää väsyneeltä tai hänen asentonsa pyörätuolissa on jatkuvasti huono eli asukas joko valuu tai kallistuu pyörätuolissa. Muutama

asukas haluaa päivittäin jäädä katsomaan ruoan jälkeen televisiota oleskelutilaan, osa puolestaan viedään sinne hoitajien toimesta. Lounaan jälkeen aamuvuoro siirtyy koneelle kirjaamaan aamuvuoron tapahtumat jokaisen asukkaan kohdalle ja iltavuoro saapuu klo 13 töihin, jolloin alkaa tiimien vuoronvaihtoraportti ja tämän jälkeen henkilökunnan kahvitauko.

”Dementiapuolella” lounaalla kaikki ruokailevat yhdessä ruokasalissa ja osastolla on lounasaikaan jonkin verran levotonta. Muistisairaat eivät malta istua aloillaan, jolloin yhden hoitajan aika menee asukkaita palauttaessa pöytään sekä ohjatessa tuoleihin istumaan. Lounasaikaan ”dementiapuolella” lounas tarjoillaan asukkaan eteen pöydälle ja katsotaan että ruokailu alkaa sujua. Asukkaita ohjataan suullisesti tai tarvittaessa avustetaan lusikka käteen ja asetellaan lautanen sekä lasi siten, että asukkaan on ne helppo hahmottaa. ”Dementiapuolella” annetaan usein yksi astia kerrallaan eteen, jolloin ruokailu on asukkaalle selkeämpää. Jälkiruoka tarjoillaan aina pääruoan jälkeen siinä järjestyksessä, kun asukkaat ovat sen syöneet. Lounaalla ruoka jaetaan satunnaisessa järjestyksessä eikä asukkailla ole nimettyä paikkaa - paikat saattavat vaihtua ruokailun aikanakin, mikäli asukas poistuu pöydästä ja siirtyy viereiseen pöytään. Tällöin asukkaan lounas tuodaan hänen uudelle paikalleen, sillä asukkaan ohjaaminen omalle paikalleen takaisin on usein työläämpää. Asukkaat ruokailevat itsenäisesti, mutta tarvitsevat hoitajan sanallista ohjausta. On hyvin tavallista, että asukkaat ottavat vahingossa naapurilta ruokaa ja niissä tilanteissa tulee hoitajan ohjeistaa, jotta vältetään riidoilta. Välillä ruokailutilanteissa ”ruoan varastamisesta” kehkeytyy riitoja ja niihin puututaan pian, jotta ruokarauha säilyy. Lounaan jälkeen ”dementiapuolella” asukkaat käytetään hoitajien toimesta wc:ssä ja asukkaan toiveen mukaan saatetaan päivälevolle tai ohjataan oleskelutilaan katsomaan televisiota tai lukemaan lehteä.

Päiväkahvi

Päiväkahvi tarjoillaan klo 14 ja ”hoivapuolella” asukkaan jaksamisen mukaan nostetaan asukkaat levolta päiväkahville pyörätuoleihin ruokasaliin istumaan. Päiväkahvilla kahvin lisäksi tarjolla on leivonnaista kuten pullaa tai kääretorttua sekä kiisseliä, jotka tulevat lounaskärryn mukana. Kahvin lisäksi on mahdollista saada kaakaota, mehua tai maitoa, mutta en kertaakaan nähnyt näitä tarjottavan. Päiväläkkeet annetaan päiväkahvilla samoin kuin aamiaisella ja lounaalla. Kahvi sekä sen lisukkeet tarkistetaan kahvilistasta, johon

hoitajat ovat kirjoittaneet kunkin asukkaan yksilölliset mieltymykset. Kahvin sekaan on mahdollista saada pala- ja hienosokerin lisäksi rasvatonta maitoa, kevyt maitoa, punaista maitoa tai kahvikermaa. Syötettäville pulla pehmitetään mukiin kahvin sekaan, jolloin pehmeän ”pullakahvimössön” voi syöttää lusikalla. Sileän soseen syöjät saavat päiväkahvilla aina runsasenergistä kiisseliä ja lisukkeena usein vaniljakastiketta. Päiväkahvin jälkeen asukkaita viedään katsomaan televisiota ja osalle aloitetaan iltatoimet jo kello 15. Iltatoimiin kuuluvat yö vaatteiden sekä -vaipan vaihto joko wc:ssä tai vuoteessa, hampaiden harjaus ja proteesien suusta ottaminen sekä asukkaan avustaminen vuoteeseen peiton alle. Päiväkahvin jälkeen tarjotaan asukkaille vielä päivällinen klo 16 jälkeen sekä iltapalaa noin kello 19.

”Dementiapuolella” päiväkahvi tarjoillaan samaan aikaan kuin ”hoivapuolellakin”. Päiväkahvikärry haetaan ”dementiapuolen” oven takaa, jonne lähetti sen jättää. Kärryä ei voi tuoda osastolle odottamaan, sillä asukkaat menevät ottamaan astioita sekä ruokaa kärrystä. Ajoittain ”dementiapuolella” päiväkahville paistetaan viriketoimintana vohveleita tai asukkaiden kanssa leivotaan pullaa, muuten lisuke tulee keskuskeittiöltä. Niinä päivinä, kun osastolla leivotaan itse, keittiöltä perutaan päiväkahvipulla. ”Dementiapuolella” asukkaat osaavat kysyttäessä kertoa miten kahvinsa haluavat nauttivat. Osa asukkaista hakee pullan itse ja tarvitsee avustusta vain kahvikupin viemisessä pöytään, sillä se on motorisesti haastavaa. Kahvia saa juoda niin monta kuppia kuin haluaa ja henkilökunta aktiivisesti tiedustelee ottavatko asukkaat lisää kahvia. Päiväkahvin jälkeen on aikaa järjestää viriketoimintaa tai vain rauhallista yhdessäoloa ja keskustelua ennen päivällistä.

6.2 Hygienian hoito, pukeutuminen ja liikkuminen

Osastolla asukkaiden hygienian hoitaminen on hoitajien vastuulla. Asukashuoneiden oven yläpuolella sijaitsee läsnäolovalo, josta näkee missä huoneessa hoitajat ovat.

”Asukashuoneiden ovet pidetään suljettuna hoivan ajan, jolla taataan yksityisyys. Läsnäolovalosta näkee, missä hoitajat ovat” (kenttäpäiväkirja 2.7.2014)

”Hoivapuolella” kahta asukasta lukuun ottamatta aamutoimet tehdään vasta aamiaisen jälkeen, mutta kuitenkin ennen lounasta. ”Dementiapuolella” aamutoimet tehdään sitä mukaan, kun asukkaat heräävät. Lisäksi ”dementiapuolella” asukkaan halusta riippuen aamutoimet tehdään joko heti herättyä ennen aamiaisen syömistä tai sen jälkeen.

Moni asukkaista ei selityksestä huolimatta ymmärrä mitä heille tullaan tekemään, jolloin etenkin alapesut saattavat tuottaa vaikeuksia. Ajoittain hoitajien on esimerkiksi pidettävä väkisin asukkaan jalkoja auki, jotta alapesut saadaan tehtyä ja tämä aiheuttaa asukkaassa pelkoa ja ahdistusta sekä jopa aggressiivisuutta. Päivittäin pesutilanteissa aggressiivisesti käyttäytyviä asukkaita rauhoitetaan lääkkein ennen pesutilannetta, jotta se sujuisi sekä asukkaan että hoitajan kannalta rauhallisesti. Tämän vuoksi joillain asukkailla menee aamulääkkeissä rauhoittavaa lääkettä tulevia hoivatoimenpiteitä varten. ”Dementiapuolella” muistisairaita houkutellaan pesuille sanoin ja yritetään muutaman kerran sanallisesti ennen lääkitystä, sillä rauhoittava lääkitys vaikuttaa kävelevien asukkaiden tasapainoon ja näin ollen altistaa kaatumisille.

Aamutoimet alkavat ”hoivapuolella” asukkaan herättämisellä, mikäli asukas on aamiaisen jälkeen nukahtanut uudelleen. Näin tapahtuu yleensä huonompikuntoisten kohdalla, sillä aamupala vaati heiltä voimia. Koko osastolla aamutoimiin kuuluvat ”pikku-pesut”, jotka käytännössä ovat alapesu käsisuihkulla wc:ssä tai kosteuslapuilla ja pesuvoiteella vuoteessa sekä kasvojen ja kainaloiden pyyhkiminen kostealla pesulapulla pesuvoiteen kanssa. Pesulappu on kertakäyttöinen, paperinen käteen laitettava ”lapanen”, jonka sisäpuoli on muovitettu. Ennen pesua se kastellaan hanan alla lämpimällä vedellä, jonka jälkeen siihen lisätään pesuvoide. Pesuvoide on pumppupullossa olevaa voidetta, joka on suunniteltu korvaamaan vesipesu ja sisältää kosteuttavia ainesosia pesuaineen lisäksi. Samalla tavoin pestään myös silloin, kun asukkaan vaipassa ovat ulosteet: pesuvoiteella saadaan pestyä puhtaaksi ja voide jää hoitamaan ihoa. Asukkaan toimintakyvystä ja vireystilasta riippuen ”pikku-pesut” tehdään joko wc-pöntöllä istuen tai vuoteessa asukasta käännellen. Vessaan asukas avustetaan hoitajan ja mahdollisen apuvälineen saattamana.

*”Vuodepesuissa hoitajat kehottivat asukasta nostamaan kättään kainalon pesun ajaksi”
(kenttäpäiväkirja 19.8.2014)*

Osastojen välillä on huomattava ero siinä, missä aamutoimet tehdään: ”hoivapuolella” hyvin monella asukkaalla ne tehdään vuoteessa, kun taas ”dementiapuolella” yhtä asukasta lukuun

ottamatta ne tehdään asukashuoneen wc:ssä. Tässä korostuu asukkaiden fyysisen toimintakyvyn eriateisuus.

Kaikilla asukkailla on käytössään vaipat, jotka hoitajan avustuksella tai toimesta puetaan ja vaihdetaan tarvittaessa. ”Hoivapuolella” vaipat ovat teippivaippoja, joita on neljää eri kokoa: S, M, L ja XL. Päivävaipat ovat väritykseltään valko-vihreitä ja yövaipat valko-violetteja ja niitä kutsutaan Flexeiksi. Lisäksi asukkailla, jotka yö aikaan virtsaavat runsaasti on käytössään valkoinen erikoisyövaippa, joka on imukykyisempi kuin Flex. Runsaasti kastelevilla asukkailla käytetään päivisin Flex yövaippaa. Housuvaippoja käytetään ”dementiapuolella” asukkailla, jotka kykenevät ohjattuna käymään wc:ssä, tunnistavat wc-hädän ja tekevät tarpeensa wc-pönttöön. Heillä housuvaipat ovat vain varalta, mikäli vessaan ei kerkeä tai sitä ei löydy tarpeeksi ajoissa. Wc:ssä housuvaipat ovat asukkaan myös helppo laskea ja nostaa itse. Muilla asukkailla ”dementiapuolellakin” käytetään teippivaippoja.

Pääsääntönä on, että pissavaippa vaihdetaan vasta kun se on täynnä. Tämä on selitettävissä puhtaasti taloudellisilla syillä. Täyttymistä seurataan teippivaipassa olevasta merkistä: takana oleva viiva muuttaa väriään sitä mukaan, kun vaippa täyttyy. Vaippa vaihdetaan, kun merkki on loppuun saakka värjäntynyt. Housuvaipat vaihdetaan myös niiden täytyessä, tämä todetaan katsomalla vaippaan wc käyntien yhteydessä. Ulostevaipat vaihdetaan mahdollisimman pian, jottei asukkaan tarvitse olla ulostevaipassa kauaa eikä uloste kerkeä polttaa ja aiheuttaa ihorikkoa.

”Vaihdetaanko vaippoja tarpeeksi usein? Ulosteen haju on osastolla välillä todella voimakas, häiritsee” (kenttäpäiväkirja 2.7.2014)

Havaitsin, että aamulla yön jäljiltä asukkaiden vaatteet ja vuoteet ovat ajoittain kastuneet, koska vaipat ovat liian täynnä. Minulle jäi epäselväksi, onko kyse siitä, ettei haluta herättää asukkaita turhaan vaipan vaihtoon, vai onko tässäkin puhtaasti taloudellisista asioista kyse.

Alapesujen sekä vaipan vaihdon lisäksi aamutoimien yhteydessä asukkaiden hiukset kammataan sekä hampaat harjataan ja proteesit avustetaan suuhun. Miesten parta ajetaan tarvittaessa, osaston asukkailla pidetään parta ja viikset lyhyenä ja siistinä. Mikäli asukas kykenee aamutoimista suoriutumaan itse, annetaan hänelle siihen tilaisuus. Proteesien asettaminen suuhun on ajoittain haastavaa, sillä asukkaat eivät ymmärrä mitä kuuluisi tehdä ja laittavat vastaan. Niinpä on päiviä, jolloin osalla ei ole hampaita suussa lainkaan, sillä

proteeseja ei havainnointini mukaan laiteta enää myöhemmin. Tämä hankaloittaa ruokailua ja hampaattomuus tulee huomioida ruokailussa: tavallista ruokaa syövän on tarvittaessa syötävä ruokansa soseena. Aamutoimissa on tarpeen mukaan joko yksi tai kaksi hoitajaa, yksikään asukas ei selviä täysin itsenäisesti. Osa asukkaista on täysin avustettavia, jolloin heitä hoivaa aina kaksi hoitajaa. ”Hoivapuolella” työskennellään pääsääntöisesti pareittain, kun taas ”dementiapuolella” asukkaiden kanssa pärjää yksin. Paremman toimintakyvyn omaaville asukkaille riittää sanallinen ohjaus kuten ”*nosta jalkaa*” tai ”*tässä on kampa, voit kammata hiuksesi*”. Lisäksi kaikki asukkaat jotka kykenevät istumaan, istuvat päivisin joko itse tuolissa, pyörätuolissa tai gerituolissa. Aamutoimien päätteeksi asukkaan sänky pedataan, mikäli hän menee istumaan pyörätuoliin/ei ole vuodepäivä ja huone tuuletetaan avaamalla ikkuna. Vuoteeseen jäävät viettävät koko päivän vuoteessa, kuitenkin päivävaatteet yllään. Asukkaan voimien mukaan myös istumaan kykeneville pidetään pelkkiä ”petipäiviä”, jolloin asukasta ei nosteta vuoteesta vaan sekä aamutoimet että ruokailut avustetaan vuoteeseen. Hoitaja arvioi asukkaan vireystilan ja tekee ratkaisun. Yleensä suihkupäivinä asukkaat väsyvät suihkusta, jolloin he lepäävät loppupäivän vuoteessa, myös ”dementiapuolella”.

Kokovartalosuihkuun osastolla jokainen pääsee tai joutuu kerran viikossa ja tarpeen mukaan useammin. Esimerkiksi ripuloiva asukas pestään aina hoitajan arvion mukaan. ”Hoivapuolella” on joka arkipäivä aamuvuorossa kaksi hoitajaa, jotka parina koko työvuoronsa ajan pesivät ”hoivapuolen” asukkaita. Pesuparit on merkitty työvuorolistaan. Kokovartalosuihku kattaa hiustenpesun shampooilla sekä vartalon pesemisen saippualla joko suihkutuolissa istuen tai pesulavetilla maaten. Suihkutuoli on selkä- ja käsinojallinen tuoli ja pesulavetti puolestaan sängynnäköinen pyörillä liikuteltava laidallinen alusta, jossa on muovinen, laidallinen patja pehmikkeenä. Lavetin kaltevuutta voi säätää, jolloin vesi saadaan valumaan jalkopäähän, jossa on reikä ja letku, jota pitkin likavesi valuu suoraan lattiakaivoon. Osalla asukkaista on käytössään omat hygieniatarvikkeet, joita pesuissa käytetään, muutoin pestään osaston pesuaineilla. Suihkun jälkeen asukas kuivataan pyyhkeeseen, puetaan ja kynnet leikataan, korvat putsataan ja hiukset kammataan. Tarvittaessa asukas myös rasvataan. Kokovartalopesuja tehdään läpi aamuvuoron ja jokaisella asukkaalla on oma suihkupäivänsä, joka on merkattu osaston kanslian seinälle suihkulistaan. Osalle asukkaista annetaan ennen aamiaista aamulääkkeissä rauhoittavaa lääkettä helpottamaan suihkua, mikäli suihkun aika on heti aamiaisen jälkeen. Kokovartalo

pesuun meneville vuodepotilaille ei tehdä lainkaan aamutoimia, vaan he odottavat yöllisessä vaipassa sekä yö-vaatteissa suihkuun pääsyä. Suihkupäivinä myös toimitetaan vatsa peräruiskeella tarpeen vaatiessa, sillä suihkussa on mahdollista pestä asukas kokonaan, mikäli ulostetta pääsee valumaan vaipasta iholle. Lisäksi suihkutuolissa istuvien on miellyttävämpi ulostaa istuen, kuin tehdä uloste vaippaan. Suihkutuolin alle laitetaan alusastia, johon uloste putoaa suihkutuolissa olevasta reiästä. Mikäli suihku venyy lounaan jälkeiseen aikaan, saattaa asukas joutua syömään lounaan ulosteet allaan märässä vuoteessa. Suihkupäivänä vaihdetaan vuodevaatteet sekä päällysvaatteet, jotka vaihdetaan toki myös tarpeen niin vaatiessa.

Aamutoimiin kuuluu edellisten lisäksi myös päivävaatteiden pukeminen, johon asukas osallistuu oman toimintakykynsä mukaan. Vaatteiden valintaan asukkaat osallistuvat vaihtelevasti. Vaatteet ovat joko asukkaan omia tai osaston. Osaston vaatteet ovat osittain menehtyneiden asukkaiden entisiä, jotka omaiset ovat lahjoittaneet osaston käyttöön. Osaston alkuperäiset vaatteet ovat väljiä harmaita, tummansinisiä sekä violetteja college-asuja. Lahjoituksena saadut vaatteet ovat naisilla tyypillisesti mustia trikoohousuja sekä Marimekon trikoopaitoja ja neuleita. Miesten lahjoitusvaatteet ovat löysiä college housuja sekä villapaitoja ja neuleita. Osa naisista käyttää sukkahousuja sekä mekkoa, joka on napitettava. Tämän tyyppinen asu on mahdollista pukea myös pyörätuolissa istuvalle asukkaalle. ”Dementiapuolella” pukeutuminen on siinä suhteessa vapaampaa, että asukkaat liikkuvat itsenäisesti, jolloin ei tarvitse miettiä painaako tai vetääkö vaate pyörätuolissa. Osastolla on käytössä myös hygienihaalari (kokohaalari, jossa on vetoketju takana) niillä asukkailla, jotka kaivavat vaippaa tai irrottavat sen. Hygienihaalarilla ehkäistään eritteen päätyminen käsiin, vaatteisiin ja sänkyyn sekä yhteisiin tiloihin. Hygienihaalaria pidetään liikkuvilla asukkailla jatkuvasti, istuville asukkaille se laitetaan tarpeen mukaan vain yöksi.

”Hoivapuolella” jokainen asukas tarvitsee liikkumiseen ainakin yhden hoitajan apua ja lisäksi apuvälineen. Muutama asukas kykenee siirtymään itsenäisesti vuoteelta vessaan, hoitajan kulkiessa ja varmistaessa vieressä. Loput asukkaat avustetaan vessaan joko hoitajan/hoitajien kulkiessa käsikynkässä tai apuvälineen, kuten rollaattorin tai säädettävän eva-telineen (korkea teline, jossa on alla pyörät ja ylhäällä kahvat joista tarttua kiinni) kanssa. ”Hoivapuolella” asukkaiden käveleminen on vähäistä ja liikkuminen asukashuoneesta yhteisiin tiloihin tapahtuu pyörätuolilla. Muutama asukas jaksaa kävellä rollaattorin kanssa ruokasaliin, sillä huone sijaitsee sen välittömässä läheisyydessä.

”Dementiapuolella” taas lähes jokainen asukas kykenee liikkumaan itsenäisesti. Aukkaat ovat verrattain hyväkuntoisia ja jaksavat kävellä liki koko päivän osasolla ja sen ympäri. Liikkuminen tuo haasteita henkilökunnalle, sillä asukkaiden perään on katsottava, ettei tapahdu tönimisiä tai uhkaavia tilanteita. Lisäksi hoitajien työ on jatkuvaa ohjausta.

6.3 Esineet ja välineet

Etnografioissa nähdään tärkeänä myös kuvailla ihmisten sekä luomia että käyttämiä välineitä. Ikääntyneiden toimijuudessa välineillä on huomattava merkitys, sillä ne usein tukevat omaa toimijuutta. Välineiden merkitystä toimijuuden tukemisessa ei voi ohittaa, sillä ne havaintojeni mukaan tukevat osaltaan heikonkin asukkaan toimijuutta. Kerron seuraavaksi havaintojani välineiden merkityksestä. Havaitsin, että osastolla jokaisella on käytössään jokin apuväline, vähimmillään liukueste lautasen alla, suurimmillaan apuvälineiden käyttö on kokoaikaista, esimerkiksi erikoispatja vuodepotilailla.

Ruokailu

Aukkaat syövät *tarjottimelta*, jolla sijaitsevat kaikki ruokailuun tarpeelliset välineet sekä astiat. Aukkaat osaavat etsiä esimerkiksi lasia aina tarjottimen oikeasta ylänurkasta, vaikka näkökyky olisikin heikko. Tarjottimelle asetellulla on valtava tuki asukkaan toimijuuteen ruokailussa; lautanen sijaitsee keskellä, lasi oikeassa ylänurkassa, jälkiruokakulho tarjottimen vasemmassa ylänurkassa ja aterimet lautasen vieressä oikealla. Leipä asetellaan lautasen viereen vasemmalle jälkiruokakupin alapuolelle servietin päälle. Tämä asettelu mahdollistaa toimijuuden aistitoimintojen heiketessä, sillä asukkaat tietävät mistä mitään astiaa etsiä. Kaikilla ei ole kuitenkaan käytössään tarjotinta, vaan astiat tuodaan eteen yksitellen, jolloin ruokailu ja hahmottaminen helpottuvat. Yhtäaikainen asettelu saattaa aiheuttaa hämmennystä sekä ruokien sekoitusta: leipä menee juomalasiin tai juomaa pyritään nauttimaan aterimella. *Lautaset* ovat pääasiassa syviä, jolloin ruokaa on helpompi aterimeen ottaa ja tämä mahdollistaa itsenäisen ruokailun; mitä haluaa syödä ja kuinka paljon. Toisaalta ne asukkaat, jotka osaavat ja kykenevät, saavat syödä matalalta lautaselta, jolloin heidän toimijuutensa ruokailun suhteen pysyy yllä. Niille, jotka kykenevät syömään matalalta lautaselta, tämä on merkityksellistä: he muistuttavat henkilökuntaa oikeasta lautasesta.

Yhdellä ”dementiapuolen” asukkaalla on käytössään omaisen ostama *liukueste* lautasen alle, jolloin ruokailu on helpompaa, sillä kevyt muovilautanen ei karkaa alta. ”Dementiapuolella” pöytien ollessa valkoiset, ovat muovilautaset tummansinisiä, jolloin ne erottuvat hyvin pöydästä/vaaleasta tarjottimesta. Lautaset ovat osalla muovisia, koska ne ovat kevyempiä käsitellä. *Korvamuki* mahdollistaa itsenäisen juoman nauttimisen, sillä korvasta on hyvä ottaa kiinni myös jäykällä sormilla ja sen ollessa kevyt, on juominen helpompaa kuin painavasta lasista. *Nokkamuki* helpottaa juoman nauttimista itse ilman, että neste valuu tai läikkyy yli etenkin, jos juotavan nauttii vuoteessa hieman lepoasennossa. Nokkamukista on helppo heikommankin toimintakyvyn omaavan juoda itse ja säädellä nauttimansa juoman määrää. *Aterimet* valitaan asukkaan mukaan; osa kykenee ja osaa syödä haarukalla ja veitsellä, toiset syövät lusikalla, jossa ruoka paremmin pysyy. Aterimia on erikokoisia kunkin yksilölliseen tarpeeseen. Asukkaat käyttävät *paperista ruokalappua*, joka estää ruoan putoamisen vaatteille ja estää näin vaatteiden likaantumisen.

Liikkuminen

Liikkumisen apuvälineinä osastolla on asukkailla *ergokengät* eli ergonomisesti muotoillut pitäväpohjaiset erikoissandaalit, joilla kävely sekä seisominen ovat vakaata ja turvallista. *Rollaattori* sekä *eva-teline* (korkea kävelyteline, jossa on alla pyörät sekä ylhäällä tukikahvat) tukevat asukkaan itsenäistä liikkumista, sillä apuväline antaa tarvittavan tuen ja siihen pystyy turvallisesti nojaamaan sekä varaamaan painoa. Sähkökäyttöinen liikuteltava *lattianosturi* auttaa henkilökuntaa sekä asukasta silloin kun asukas on joko hyvin painava tai esimerkiksi kankea, jolloin nosturilla pyörätuoliin siirtäminen on molemmille osapuolille mukavampi ja turvallisempi tapa. Nostaminen nosturilla tapahtuu nostoliinan avulla, joka asetellaan vuoteessa asukkaan selän alle ja kiinnitetään edestä nosturin koukkuihin. Asukas istuu nostettaessa liinassa ja hoitaja ohjaa takaa asukkaan pyörätuoliin, toisen ohjatessa nosturia säätimellä. Nosturi mahdollistaa pyörätuoliin pääsyn, muuten kyseiset asukkaat olisivat vuoteessa. *Lonkkahousut* (lyhytlaikkeit housut, joissa on lonkan kohdalla irrotettavat kovikkeet) puetaan päällyshousujen alle. Näitä käytetään liikkuvilla asukkailla, jolloin omaehtoinen liikkuminen on mahdollista sekä turvallista. Mahdollisen kaatumisen sattuessa lonkkahousut saattavat ehkäistä lonkkamurtuman. ”Dementiapuolella” on käytössä yhdellä asukkaalla pehmeä *kypärä*. Asukkaalla on kaatumisriski ja kypärä suojaaa päätä mahdollisen kaatumisen sattuessa. *Geriatrisia pyörätuoleja eli gerituoleja* käytetään jäykkien asukkaiden istumiseen, sillä ne ovat säädettävissä täysin käyttäjänsä mukaan, myös

vaakatasoon. Näillä tuoleilla on mahdollisuus päästä vuoteesta ylös niiden ikäänntyneiden, jotka muuten jäisivät vuoteeseen. *Tavallista pyörätuolia* käyttävät ne asukkaat, jotka pystyvät turvallisesti siinä istumaan. Tavallisiin pyörätuoleihin asennetaan tarvittaessa ”*turvavyö*”, jottei tuolista pääse putoamaan tai/liukumaan. Turvavyö on kankainen istuinalusta, joka kiinnitetään pyörätuolin taakse soljella ja josta asukkaan istuessa saadaan turvavyö viemällä etuosasta lähtevät vyöt pyörätuolin taakse klipseillä kiinni. Tämän vyön käyttöön tarvitaan lääkärin lupa, sillä se on pakkotoimenpide, joka rajoittaa asukkaan liikkumista.

”Pienen tauon jälkeen taas osastolla. Yksi asukas on näköjään siirretty jatkuvasti pyörätuoliin istuvaksi. Kysyin mitä on tapahtunut, niin asukas kuulemma alkanut heittäytyä lattialle ja oman turvallisuutensa vuoksi istuu pyörätuolissa turvavyöllä sidottuna”
(*kenttäpäiväkirja 12.8.2014*)

Asukashuoneet

Asukashuoneiden *sairaalasängyissä* on *laskettava turvalaita*, joka tuo turvaa levottomille asukkaille ja turvaa yöllä, ettei sängystä putoa. Laidan käyttöön tarvitaan myös lääkärin kirjallinen lupa ja henkilökunta puhuu ”*laitaluvista*”. Lisäksi laidat turvaavat vuodepotilaiden pysymisen vuoteessa. Sängyt ovat moottoroidut, jolloin sängyn korkeutta pystyy säätämään ja päätyä sekä nostamaan että laskemaan tarpeen mukaan. Tämä helpottaa hoitajien työn ergonomiaa, mutta myös asukkaan liikkumista: matalalla olevasta sängystä on helpompi lähteä liikkeelle. *Hälytysmatot* ”*dementiapuolella*” muutamalla asukkaalla kertovat, jos he lähtevät huoneestaan yöaikaan vaeltamaan ja näiden mattojen ansioista heitä ei tarvitse pitää laitojen takana. Hälytyksen tullessa yövuorolainen on tietoinen, että asukas on liikkeellä. *Decubitus-patja* on erikoispatja, jota käytetään niillä vuodepotilailla, joilla on taipumus tai alttius painehaavoihin. Patja ehkäisee painehaavojen syntyä ja yhdessä asentohoidon kanssa kyetään niitä ennaltaehkäisemään. Toimijuuteen painehaavat vaikuttavat siten, että ne ovat kivuliaita sekä pitkäaikaisesti hoidettavia, jolloin asiakkaan toimijuus kärsii kivuista ja siihen käytettävistä vahvoista kipulääkkeistä.

Myös *tutut esineet* sekä *valokuvat* ovat merkittävässä roolissa asukkaiden arjessa. Osastolla asukashuoneisiin on mahdollista tuoda henkilökohtaisia huonekaluja sekä esineitä ja jokaisessa asukashuoneessa on jotain henkilökohtaista ja omaa. Koska kyseessä on ikäänntyvien koti, on siellä paljon erilaisia liikkumista sekä arkitoimintoja helpottavia

apuvälineitä ja henkilökohtaisia esineitä. Henkilökohtaisia esineitä huoneissa ovat muun muassa nojatuolit sekä päiväpeitot. Huomattavan monessa asukashuoneessa on c-kasettisoitin. Lisäksi asukkailla on huoneissaan omat Raamatut sekä valokuvia lapsista ja lastenlapsista. Kuvat ovat yleensä rippikuvia, valmistujaiskuvia sekä hääkuvia. Asukashuoneissa on myös tauluja sekä ryijyjä, jotka on tuotu asukkaan kodista. Valokuvia katsellessa voi palauttaa mieleen omaa elämäänsä ja niistä myös henkilökunta keskustelee asukkaiden kanssa. Näen itse, että tutut esineet toimivat väylänä ulkomaailmaan sekä tuovat turvaa ja kodikkuutta muuten kovin laitospaiseen ympäristöön. Omilla esineillä on mahdollisuutta tehdä asukashuoneesta oman näköinen koti.

Osasto itsessään on suunniteltu siten, että omaehtoinen liikkuminen on mahdollista. Osaston käytävillä on tukikahvoja eikä osastolla ole mattoja tai kynnyksiä, joihin voisi kompastua tai apuvälineellä liikkuminen ei onnistuisi. Tiimeillä on seinillään suuri valkotaulu, johon joka aamu kirjoitetaan päivämäärä sekä kenen nimipäivä sinä päivänä on. Lisäksi osastolle tulee päivittäin paikallinen sanomalehti, jota lukemalla pysyy kiinni nykyhetkessä.

6.4 Rutiinien rikkojat

Edellä kuvatut rutiinit sekä päivittäin toistuvat toiminnot rikkovat virikeohjaajan sekä omaisten vierailut. Osastolla vierailee viikoittain virikeohjaaja, joka järjestää asukkaille viriketoimintaa. Viriketoiminta järjestetään yleensä ”hoivapuolen” yhteisissä tiloissa. Virikeohjaajalla oli havainnoinnin aikana kaiken kaikkiaan 500 ikääntynyttä, joille hän virikkeitä järjestää. Osaston seinällä on viikoittain vaihtuva virikeohjelma ja kerran kuussa osastolla on hartaushetki sekä ehtoollinen aluepapin toimesta. Tuleva kuvaus viriketoiminnasta perustuu keskusteluuni virikeohjaajan kanssa ja siitä tehtyihin muistiinpanoihin sekä omiin havaintoihini.

Havainnointijaksoni aikana viriketoimintana oli erilaisia musiikkiesityksiä. Kansalaisopisto aloitti havainnointini aikana yhteislaulutuokiot, jotka teemaltaan toistivat itseään. Eri oppilaitosten opiskelijat järjestävät osastolla tuokioita osana opintojaan ja läheisen päiväkodin lapset käyvät ajoittain esiintymässä osastolla. Taiteilija on palkattu apurahalla vetämään maalaustuokioita, joiden teoksista tehdään näyttely. Ideana tässä on, että asukkaat

ideoivat ja kuvailevat teoksen, jonka taiteilija maalaa. Lisäksi taiteilija tekee asukkaista muotokuvia, jolloin yksittäinen asukas saa olla huomion keskipisteenä. Asukkaiden on mahdollista osallistua alakerrassa sijaitsevan päiväkeskuksen ohjelmiin vointinsa mukaan, mutta havainnointi aikana tätä mahdollisuutta ei käytetty. Epäilen syynä olevan henkilökunnan resurssit, sillä ohjelmat kestävät ainakin puoli tuntia ja se veisi osastolta henkilökuntaa, sillä ikääntyneet eivät kykene ja voi mennä sinne itse. Osastolla huomioidaan juhlapyhät, jolloin esimerkiksi jouluna osastolla vieraillee joulupukki. Juhlapyhinä asukkaat puetaan juhlavaatteisiin ja hiukset laitetaan kauniisti. Virikeohjaaja on kerännyt vanhojen tavaroiden karryn, jossa on asukkaille tuttuja esineitä esimerkiksi maanviljelyyn liittyen. Lisäksi karryssä on vanhoja postikortteja sekä mustavalkoisia valokuvia. Tavaroiden muistelulla palautetaan mieleen asukkaiden elämää ja keskustellaan syntyneistä muistoista. Virikeohjaaja järjestää mahdollisuuksien mukaan vaihtuvaa ohjelmaa, kuten kauneustuokioita naisille, askartelua ja retkiä, mikäli lahjoituksena on saatu rahaa. Osastolla vieraillee muutaman kerran vuodessa viulunsoittaja, joka käy asukashuoneissa sängyn laidalla soittamassa. Apurahalla osastolla on myös esiintynyt sinfoniaorkesteri sekä teatteri.

Virikeohjaaja kertoi keskustelumme lomassa, että haasteita viriketoiminnalle asettaa se, ettei ole rahaa. Budjetti on olematon ja hän on käyttänyt omia esineitään sekä tuttaviaan hyödyksi virikkeitä järjestäessä. Viriketoiminta saa ajoittain lahjoituksia, koska virikeohjaaja niitä aktiivisesti kartoittaa. Virikeohjaaja kertoi, että viriketoiminnassa ei ole mahdollista huomioida kaikkia ja viriketoiminnan järjestäminen on haastavaa osastolla, jossa toimintakyky vaihtelee paljon. Lisäksi kaikkein huonokuntoisemmille on vaikeaa järjestää virikkeitä, sillä heidän kanssaan on vaikea toimia. Minulle välittyi kuva, että viriketoimintaan ei tule kaupungilta tarpeeksi rahallista tukea ja virikeohjaajalla on suuri työ yrittää saada vapaaehtoisia esiintymään. En voinut olla ajattelematta sitä seikkaa, että pitkäaikaishoidossa olevat ikääntyneet ovat yhteiskunnan ulkopuolella ja koska eivät ole tuottavia enää, ei heidän ylimääräiseen hoivaansa panosteta.

”Hoivapuolella” asukkaat ulkoilevat resurssien rajoissa joko omaisten tai hoitajien kanssa. Alituisen kiireen vuoksi hoitajien toimesta ulkoilu ei ole mahdollista läheskään päivittäin. Ulkoiluun hoitajat valitsevat asukkaat ja heille puetaan ulkovaatteet sekä avustetaan tarvittaessa pyörätuoliin. Kesällä osaston parvekkeita voi hyödyntää ulkotilana, jolloin ulkoilmassa oleminen on mahdollista päivittäin. Havaitsin, että omaiset tykkäävät viedä asukkaita ulos ja käyvät kävelyllä osastolla. Ulkoilu ja liikkuminen ovat yhteistä aikaa.

Osastolla vierailee ”vapaaehtoisia ulkoiluttajia” (kuten heistä osastolla puhutaan) ja virikeohjaaja on järjestänyt ulkoilua vapaaehtoisten voimin myös. Vapaaehtoiset ulkoiluttajat ovat itsekin ikääntyneitä ja ainakin yhden oma puoliso on pitkäaikaishoidossa. Kesäisin osastolla työskentelee kesänuoria, joiden tarkoituksena on pitää asukkaille seuraa ja esimerkiksi lukea päivän lehteä ääneen. Havainnointini aikaan osastolla oli kesätyöntekijänä nuori, joka luki muun muassa lehteä ja keskusteli asukkaiden kanssa. Osastolle on mahdollista saada kampaaja, jalkahoitaja sekä hieroja omakustanteisesti ja palveluja hankitaan yhteistyössä omaisten kanssa, sillä taloudenhoito ei ole enää asukkaiden vastuulla.

”Dementiapuolella” viriketoiminta näyttyy erilaisena verrattuna ”hoivapuoleen”, sillä asukkaiden fyysinen toimintakyky on parempi. ”Dementiapuolella” pelataan usein päiväkahvin jälkeen fortunaa, joka on todella suosittu. Asukkaat kisaavat keskenään hyvässä hengessä ja henkilökuntakin osallistuu mittelöihin. Taisinpa itsekin muutaman erän ottaa. ”Dementiapuolelta” osallistutaan ”hoivapuolella” järjestettyihin viriketuokioihin hoitajien kanssa. Hyvällä säällä asukkaat oleilevat parvekkeella ja lukevat siellä päivän lehteä. ”Dementiaosaston” asukkaiden kanssa ulkoillaan usein, liki päivittäin ja jokainen joka haluaa, pääsee ulkoilemaan. Ulkoilun mahdollistaa asukkaiden verrattain hyvä toimintakyky: aikaa säästyy, kun asukkaiden tulee vain pukea ulkovaatteet päälleen. ”Hoivapuolella” ulkoilun valmisteleminen menee huomattavasti enemmän aikaa, sillä pyörätuolissa istuville on hitaampaa pukea ulkovaatteet päälle.

Kerran kuukaudessa järjestettävään hartaushetkeen hoitajat ohjaavat ja vievät valitsemiaan asukkaita ja minulle ei tullut aivan selväksi ovatko hoitajat ottaneet selvää asukkaiden vakaumuksesta, vai viedäänkö asukkaita hartauteen, vaikeivat sinne todellisuudessa halua. Itselleni jäi myös sellainen kuva, että koska tapahtumia ja virikkeitä osastolla järjestetään, tulee sinne saada osallistujia.

Omaisista näkyy osastolla päivittäin ja muutama omainen vierailee päivittäin samaan aikaan. Osastolla on vierailuaika kello 12–20. Omaiset osallistuvat ruokailuihin sekä ulkoiluun ja pitävät asukkaille seuraa. Omaiset tuovat tullessaan asukkaille herkuja kuten suklaata tai lempikonjakkia. Myös mieleisiä vanukkaita tuodaan osaston jääkaappiin. Näitä tarjotaan asukkaalle esimerkiksi iltapalalla. Omaiset toimivat tärkeinä informanteina asukkaiden ja henkilökunnan välillä, sillä heiltä saatu tieto edesauttaa yksilöllistä huomioimista. Omaisten

vierailu osastolla keventää hoitajien työtä, sillä omaisten osallistuessa ruokailuun sekä ulkoiluun jää hoitohenkilökunnalle enemmän aikaa muille asukkaille. Omaisten vierailu myös piristää asukkaita sekä saattaa rauhoittaa heitä. ”Dementiapuolella” omaisille on selkeästi raskasta se, ettei asukas enää välttämättä tunnista vierailijaa ja ”hoivapuolella” huolta puolestaan aiheuttaa voinnin heikkeneminen. Henkilökunta kertoi, että osaltaan edellä mainituista syistä sekä pitkien välimatkojen vuoksi jotkut omaiset vierailevat vain kerran tai kaksi vuodessa. Havainnointijaksoni aikana vierailijat olivat asukkaiden ikääntyneitä puolisoja, jotka myös toivat esille haluaan olla osana puolisonsa hoivaa. He myös kertoivat keskustelujen lomassa, että osallistumalla he voivat taata sellaisen hoivan, kuin asukas haluaisi. Lisäksi he kokevat esimerkiksi ruokailutilanteen rauhallisempaan silloin, kun ovat itse avustamassa. Omaisten läsnäolo ruokailussa mahdollistaa myös asukkaan omatahtisen ruokailun, sillä omaisilla on aikaa. Havaitsin, että omaisten tullessa avustamaan ruokailuun, saivat ne asukkaat aina ensin ruoan. Tämä selittyy sillä, että luultavasti omaisia ei haluta odottaa. Omaiset eivät osallistu intiimihygienian hoitamiseen, vaan siitä vastaavat hoitajat omaisen tullessa kertomaan esimerkiksi vaipan vaihdon tarpeesta.

Osastolla lääkäri kiertää kerran viikossa keskiviikkona ja tämä rikkoo rutiineja myös. Lääkäri saapuu osastolle omissa vaatteissaan ja kiertää niiden asukkaiden luona, joiden asioista hoitajat haluavat keskustella.

Osaston arki sekä rutiinit toistuvat samanlaisina päivittäin ja niihin tekevät poikkeuksen omaiset sekä viriketuokiot. Rutiinit tuovat osaltaan turvaa, sillä sekä henkilökunta että asukkaat tietävät mitä tapahtuu ja osaavat odottaa esimerkiksi hygienian hoitoa tai ruokailua tapahtuvaksi tiettyinä kellon aikana. Lisäksi viikoittainen kokovartalosuihku on aina samana viikonpäivänä, jolloin sen kykenee ennakoimaan. Ruokailu on itsessään hyvin rutinoitunutta ja näyttäytyy ”liukuhihnatyöskentelyinä”. Osaltaan asukkaiden perusteellinen tuntemus näyttäytyy nopeana suoriutumisenä, mikä ei sinällään ole lainkaan huono asia. Ruokahetket ovat kuitenkin levottomia ja kiireisiä, jolloin yksilökohtainen huomioiminen jää vähemmälle. Ruokailu näyttäytyy ”hoivapuolella” ajoittain pakollisena suorituksena, joka on vain vietävä läpi ja se aiheuttaa myös henkilökunnassa negatiivisia tunteita. Nämä näkyvät hermostuneisuutena, tiuskimisena sekä asukkaiden valikoimisena (halutaan esimerkiksi syöttää niin sanotusti helppo asukas haastavan sijaan). ”Dementiapuolella” haasteen tuo asukkaiden liikkuminen, sillä yhden työntekijän aika menee siihen, että hän

palauttaa asukkaita takaisin pöydän ääreen ja yrittää pitää asukkaat kasassa muiden jakaessa ruokaa.

7. TOIMIJUUS RUTIINIEN OHJAAMANA

Edellisessä luvussa kuvasin osaston arkea sekä siihen liittyviä päivittäin toistuvia rutiineja. Kuvasin myös esineitä sekä rutiinien rikkojia. Tässä luvussa käsittelen ikääntyneiden toimijuutta: sen mahdollisuuksia sekä esteitä. Lisäksi analysoin koordinaattien vaikutusta toimijuuden tukemiseen. Tulokset perustuvat henkilökunnan kirjoituspyyntöni perusteella kirjoittamiin teksteihin, havaintomuistiinpanoihini sekä omaisten haastatteluihin. Olen saanut tulokset käyttäen kirjoituksiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia ja lisäämällä tuloksiin havaintojani sekä omaisten haastatteluiden tuottamia tuloksia. Esitän tuloksia lisäksi tapausesimerkkiä käyttäen, joka on yksityiskohtaisempi kuvaus osaston asukkaasta.

7.1 Rutiineihin liittyvät modaliteetit

Pitkäaikaishoidossa tutkimukseni ikääntyneillä on erilaista *osaamista, haluamista, kykenemistä, täytymistä, voimista* sekä *tuntemista* (modaliteetit). Tähän vaikuttavat muun muassa sukupuoli, ikä sekä puhtaasti fysiologiset muutokset ikääntymisen seurauksena. Pitkäaikaishoidossa ikääntyviltä odotetaan ja vaaditaan asioita, jolloin asukkaiden arkeen kuuluu myös täytymistä. Seuraavaksi esitän esimerkkitapaus Martin kautta modaliteettien ilmentymistä laajentaen pohdinnan koskemaan lopulta koko osastoa. Olen kerännyt esimerkkitapauksen aineiston havainnoimalla tarkemmin yhtä osaston asukasta, saaden näin yksityiskohtaisemman kuvan modaliteettien ilmenemisestä. Päädyn tässä tutkielmassa pohtimaan modaliteetteja hyvin yleisellä tasolla, sillä niiden ilmeneminen on hyvin moniulotteista eikä tämän tutkielman rajoissa ole mahdollista syventää pohdintaa niin kokonaisvaltaiseksi kuin olisi mahdollista.

7.1.1 Tapaus Martti

Martti on ”dementiapuolen” asukas, jolla on vakava muistisairaus. Martilla on laaja osaaminen, mutta sitä rajoittaa hänen muistisairautensa. Martti osaa puhua, syödä sekä liikkua itsenäisesti, tarviten vain sanallista ohjausta. Martti osaa käydä wc:ssä, muttei enää kykene kertomaan tarpeestaan. Wc:n tarvetta havainnoidaan hänen eleistään: Martti alkaa

käydä hermostuneeksi, kun hänellä on wc-hätä. Martti kykenee toimimaan wc:ssä sanallisten ohjeiden mukaan ja osaa tehdä tarpeensa wc-pönttöön. Vahinkojen varalta hänellä on kuitenkin housuvaippa. Martti osaa myös lukea ja usein istuukin sanomalehden ääressä. Lisäksi Martti osaa vastata kysymyksiin ja näin ollen häneltä on mahdollista kysyä, kuinka hän haluaa asiat tehtävän. Martti haluaisi keskustella paljon, muttei sairautensa vuoksi löydä aina oikeita sanoja, vaikkakin puhe itsessään on selkeää. Hän ei myöskään muista asioita, jolloin keskustelusta tulee helposti sekava ja poukkoileva. Keskustelussa Martti pitää taukoja etsiessään sanoja ja välillä hermostuu, koska ei kykene keskustelemaan sanojen puuttuessa. Entisenä urheilijana Martti haluaisi lenkkeillä, muttei voi sitä enää tehdä oman halunsa mukaisesti, sillä hänen täytyy pysyä osastolla. Martti usein kysyy saako hän lähteä kävelylle. Hän osaisi, kykenisi ja haluaisi lenkkeillä, muttei voi. Ulkoilu mahdollistuu omaisten vierailujen aikana sekä hoitajan kanssa, muttei niin usein kuin Martti itse haluaisi. Päivisin Martti liikkuu paljon osastolla kävellen sitä ympäri.

Päivisin Martilla on yllään vaihtelevasti joko hygienihaalari tai vaimon ostamia college-asuja. Päivän vaatetus riippuu hoitajasta sekä siitä, onko Martti levoton, jolloin hän saattaa kaivaa vaippaansa. Vaippa ajoittain häiritsee Marttia, sillä hän yrittää vaatteidensa läpi repiä sitä irti ja joskus hermostuu. Tällöin hoitaja ohjaa Martin vessaan ja tarvittaessa vaihtaa college-asun hygienihaalariin. On myös päiviä, jolloin Martille puetaan hygienihaalarin päälle college-asu. Näin Martilla on yllään ulkonäöllisesti korrektimmat vaatteet: haalari herättää huomiota ulkopuolisissa.

Kykenemistä Martilla on vielä runsaasti jäljellä, sillä hän on muistisairautta lukuun ottamatta verrattain hyvässä fyysisessä kunnossa. Fyysisen kuntosuun puolesta hän kykenisi kaikkeen siihen, mitä ihminen arjessa tarvitsee, mutta muistisairaus on tuonut hänelle toiminnanrajoitteita. Martti kykenee toimimaan lähes itsenäisesti sanallisten ohjeiden avulla, muistisairaus on kuitenkin hämärtänyt ymmärrystä siitä, mitä missäkin tilanteessa tulee tehdä. Hän ei esimerkiksi kykene ymmärtämään mitä tulee tehdä, kun hänet ohjataan pöytään. Kun hänelle kertoo, että nyt syödään, hän kykenee, haluaa ja osaa ruokailla itse. Ilman ohjausta hän kuitenkin poistuu pöydästä ruokailematta. Martti osaa, haluaa, voi ja kykenee ulkoilemaan, kunhan hänen kanssaan on joku, sillä muistisairauden vuoksi hän ei osaa eikä kykene muistamaan mistä on tullut ja mihin hänen tulee palata. Ulkoillessa Martti on rauhallinen eikä yritä karata. Martti kykenee kysyttäessä vastaamaan esimerkiksi mitä lisukkeita ruoan kanssa haluaa sekä pystyy vastaamaan valtaosiin esitetyistä kysymyksistä,

kunhan ne asettaa siten, että vastaus voi olla lyhyt, esimerkiksi ”kyllä” tai ”ei”. Pukeutumisessa Martti tarvitsee toisen sanallista ohjausta, jotta hän kykenee ja osaa pukeutua itse. Ohjattuna hän kykenee, haluaa, voi ja osaa pukea housut, paidan sekä sukat ja sisäkengät. Ilman ohjausta Martti ei kykene hahmottamaan mikä vaate tulee mihinkin, jolloin hän saattaa laittaa esimerkiksi sukat käteen. Martin kanssa toimiessa ohjeet ovat lyhyitä ja yksinkertaisia: ”pue paita” tai ”laita kengät jalkaan” ja hänelle annetaan kyseinen vaatekappale.

Martin täytyy olla osastolla, sillä hän ei enää voi, osaa eikä kykene asumaan kotona. Martin täytyy myös elää arkeaan osaston rutiinien säätelemänä, joskin pientä säätövaraa on esimerkiksi nukkumisajankohdan kanssa. Martin täytyy syödä paikoillaan, vaikkei hän siihen sairautensa vuoksi aina kykene: hän nousee herkästi pöydästä ja lähtee osastolle vaeltamaan lautanen mukanaan. Hänen täytyy myös peseytyä, vaikkei hän sitä halua. Marttia yritetään houkutella ensin sanallisesti peseytymään, mutta ajoittain häntä joudutaan rauhoittamaan lääkkein pesutilanteita varten. Martin täytyy ottaa lääkkeensä, vaikkei hän sitä aina halua ja osaltaan siihen enää kykene. Halutessaan hän osaisi ne itse ottaa.

Osastolla Martti voi liikkua vapaasti osaston sallimissa rajoissa. Lisäksi Martti voi päivittäin valita vaatteensa annetuista vaihtoehtoista sekä ruoat joita haluaa tarjolla olevista syödä. Martti voi myös mennä lepäämään silloin kun hänestä siltä tuntuu, ruoan jälkeen hän usein menee päivälevolle. Martti voi ja kykenee osallistumaan viriketoimintaan halutessaan ja hän kykenee ja voi päättää haluaako lähteä ulkoilemaan mahdollisuuden tullen tai lukea lehteä. Martin kohdalla hänellä on vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia, sillä hän kykenee ja osaa vielä tehdä päätöksiä sekä kertomaan mitä haluaa. On kuitenkin huomattava, että vaihtoehdot tulevat osaston ja hoitajien sanelemana, joiden puitteissa valintoja on mahdollista tehdä. Martti saa vaikuttaa asioiden kulkuun ja usein hän myös sitä haluaa. On kuitenkin päiviä, jolloin hän voisi esimerkiksi valita vaatteensa, mutta ei sitä halua tehdä. Lisäksi on päiviä, jolloin hän ei halua vastata kysymyksiin ja niinä päivinä henkilökunta tekee päätökset hänen puolestaan.

Martin modaaliteettia ”tuntea” havainnoin täysin ulkoisista eleistä ja ilmeistä. Vaimon vierailut kohottavat Martin mielialaa ja piristivät häntä. Martti selkeästi tunnistaa vaimonsa ja hakeutuu hänen luokseen. Martti kävelee vaimonsa perässä sekä kuuntelee hänen ohjeitaan niitä noudattaen. Vaimon kanssa Martti on rauhallinen. Martti kokee myös

negatiivisia tunteita, joita tuli esiin erilaisissa tilanteissa. Martti hermostuu wc-hädän tullessa ja tämä näkyy hänen eleissään. Hänestä tulee levoton sekä joskus myös hieman aggressiivinen, jolloin hän saattaa tarttua hoitajaa kiinni. Martti ei myöskään pidä siitä, jos toinen asukas tulee liian lähelle, tällöin Martti joko lähtee pois tai saattaa vihaisena sanoa ”mene pois” ja yrittää tönäistä toisen kauemmas. Henkilökunta aistii Martin tunnetiloja hyvin ja osaa toimia niiden mukaan. Jos Martti on hermostunut, henkilökunta kohtaa hänet hyvin rauhallisesti ja varovaisesti ja antaa aikaa, sillä kiivaassa mielentilassa pakottaminen ei johda mihinkään. Henkilökunnan taukojen aikana on kuitenkin mahdollista, että Martti tönäisee toista asukasta, sillä silloin osastolla ei ole valvovia silmiä. Keskustellessani Martin kanssa näin myös liikutusta. Keskustelin kerran hänen kanssaan hänen aktiivurheilija taustastaan ja hän liikuttui kertoessaan, kuinka hyvä on ollut. Liikutusta on havaittavissa myös vaimon vierailujen aikana, vaimon näkeminen saattaa kirvoittaa kyyneleen silmään. Vaimon lähtiessä Martti saattaa hetkellisesti hätäntyä ja tämän huomaa hänen eleistään ja siitä, että hän etsii vaimoan kävelemällä osastolla rauhattomasti. Joskus Martti pyrkii myös ovesta vaimon perässä ulos ja ”rynkyttää” ovea, jota hän ei yleensä tee.

7.1.2 Modaliteetit toimintakäytännöissä

Ajatellen koko tutkimusosastoa tietty aikakausi on tuonut tietynlaista osaamista ja toisaalta nykyinen ajankohta ja ympäristö odottavat tiettyä osaamista. Sukupuoli on vaikuttanut siihen, mitä osaa etenkin kohortilla jota itse tutkin. Tutkittavat ovat eläneet aikakautta, jolloin työt olivat selkeästi sukupuolittuneita ja karkeasti voisi ajatella naisilla ja miehillä olevan erilaista käytännön osaamista. Heillä luultavasti on myös sellaista osaamista, jota ei välttämättä nykyisellä sukupolvella enää ole. Toisaalta ajankohta on nyt sellainen, että esimerkiksi IT-osaamista heillä ei ole ja tämä osaltaan rajoittaa muun muassa yhteydenpitoa omaisiin. Ikä ja fysiologiset muutokset ovat tuoneet omat haasteensa toimijuuden modaliteetteihin. Ajatellen pitkäaikaista laitoshoidoa, on kuitenkin esimerkiksi osaamisen, haluamisen ja kykenemisen vaatimuksen taso kaikille yhteneväinen: variaatiot niiden sisällä ovat kuitenkin laajoja. Karkeasti ilmaistuna viimesijaisena hoivan muotona pitkäaikaisessa laitoshoidossa riittää, kun kykenee ja osaa hengittää itse ilman jatkuvaa lisähapen tarvetta. Kaikessa muussa henkilökunta avustaa. Näin ollen osastolla asukkaiden keskinäinen hajonta modaliteettien osalta on suurta eikä voi antaa yhtä tyypillistä mallia.

Seuraavaksi käyn modaliteetteja läpi osaston toimintakäytäntöjen kautta perustaen järjestyksen lukuun 6 osaston toimintakäytännöistä.

Ajatellen perustoimintoja, kuten ruokailu, liikkuminen sekä wc toiminnot, asukkailla on kaikilla ainakin ollut osaamista sekä kykenemistä. Perustoimintoihin on tullut muutoksia terveydentilan heikentyessä ja osa muutoksista kuuluu normaaliin ikääntymiseen ja ovat näin ollen väistämättömiä. Osaamista olisi, muttei enää kyetä. Toisaalta vaikka kyettäisiinkin, ei välttämättä haluta: osa asukkaista on selkeästi masentuneita sekä menettäneet elämän ilon.

Modaliteetit ruokailun suhteen ilmenevät yksilöllisesti ja asukkailla on havaittavissa erilaisia kombinaatioita modaliteettien suhteissa. Osastolla täytyy syödä päivittäin, tosin kertaluontoinen kieltäytyminen otetaan asukkaasta riippuen huomioon. Asukkaat voivat ja osaavat kieltäytyä ruoasta, jos se ei esimerkiksi ole mieleistä. Ruokailussa henkilö, joka osaa, haluaa ja kykenee sekä voi ilmaista itseään, pystyy vaikuttamaan ruoka-annokseensa. Muiden täytyy ruokailla hoitajan kokoama ateria. Ruokasalissa myös ruokailevat ne asukkaat, jotka voivat, osaavat, haluavat sekä kykenevät istumaan joko tuolissa, tavallisessa pyörätuolissa tai ergotuolissa. Muiden täytyy ruokailla vuoteessa.

Ajoittain saattaa joku asukas haluta ruokailla vuoteessaan, vaikka osaisi sekä kykenisi ja voisi ruokailla salissa istuen. Näitä toiveita kunnioitetaan tapauskohtaisesti. ”Hoivapuolella” asukkaat osaavat ja kykenevät vaihdellen ruokailla itsenäisesti. Havaitsin usean haluavan ruokailla itse, sillä yritystä ja eleitä on, mutta lopulta siihen eivät kuitenkaan kykene. Haluamisen havaitsin pienistä eleistä tai yrityksestä esimerkiksi nostaa kättä kohti nokkamukia ja toisaalta kieltäytymisen kääntämällä pään pois, mikäli ei halua ruokailla tai haluaa ruokailun päättyvän. ”Hoivapuolella” lähes jokainen osaa ja kykenee syömään, joko itse tai syötettynä, lukuun ottamatta asukkaita joilla on PEG-letku. Ajattelen heillä kuitenkin olevan halua ja osaamista syödä kiinteää ruokaa, mutta he eivät terveydentilansa vuoksi siihen kykene eivätkä voi, vaan heidän täytyy nauttia ravintonsa nestemäisenä letkun kautta. ”Dementiapuolella” jokainen osaa ja kykenee syömään suun kautta ja valtaosa kykenee itsenäiseen ruokailuun. Osastolla myös jokainen joka kykenee ja osaa ruokailla itse voi näin tehdä. Havainnointini perusteella jokaisella on halua itsenäiseen ruokailuun, mutta erinäiset syyt, kuten aistitoimintojen heikentyminen tai motoriikan haasteet tuovat siihen vaikeutta. Osastolla täytyy ruokailla pöydän ääressä paikoillaan ja mikäli asukas nousee ja poistuu

pöydästä, ohjataan hänet siihen takaisin. Osaston käytäntöihin myös kuuluu, että osastolla ruokaillaan istuen, jolloin lautasen kanssa ei voi kävellä osastolla, vaikka niin haluaisi, tai esimerkiksi muistisairautensa vuoksi täytyisi.

Ajoittain asukkaita havainnointini mukaan lähes pakkosyötettiin ja –juotettiin. Tämä tapahtuu niiden asukkaiden kohdalla, jotka ovat täysin toisen avustettavia. Havaitsin myös, että täysin toisen avun varassa olevilta asukkailta ei hyväksytä ruokailusta kieltäytymistä. Ajattelen tässä taustalla olevan sen, että myös heidän fyysinen kuntonsa on heikko, jolloin ruoan tärkeys terveydelle korostuu. Syömättömyys veisi heidät nopeasti hyvin huonoon kuntoon. Osastolla täytyy myös syödä ruoka-aikoina, muulloin ruokaa ei ole tarjolla. Poikkeuksen tähän tuovat omaiset, jotka vierailuillaan saattavat tarjota ja tuoda makeisia tai limonadia.

Osastolla lääkehoidossa ei ole asukkaalla juurikaan mahdollisuutta valita. Jokaisen asukkaan täytyy ottaa päivittäin lääkärin määräämät lääkkeet, joko itsenäisesti tai annettuna, joskus jopa ruokaan piilotettuna. Mahdollisuus vaikuttaa on kuitenkin olemassa esimerkiksi pyytämällä särkylääkettä tai vatsantoinintalääkettä lääkelistalla olevien lääkkeiden lisäksi. Näin ollen on mahdollista tarvittaessa vaikuttaa omaan lääkitykseensä lisäävästi, muttei vähentävästi. Lisäksi niiden asukkaiden lukumäärä, jotka tähän pystyvät on hyvin pieni. Lääkkeen ottamiseen kaikilla ei ole enää osaamista, jolloin ne antaa hoitaja ja toisaalta osa haluaisi ottaa ne itse, muttei enää siihen kykene. Lääkehoito aiheuttaa havainnointini perusteella erilaisia tunteita. Asukas, joka ottaa lääkkeensä itse, on silminnähdessä iloinen siitä, että saa ne itse ottaa. Havaitsin heidän odottavan hoitajan antavan lääkekipon heille. He ojensivat kätensä kohti lääkekipoa, ottivat lääkkeet itse ja kommentoivat perään tyytyväisenä esimerkiksi ”sinne meni”. Toisaalta asukas, joka ei enää osaa eikä kykene ja voi ottaa lääkkeitään itse, näyttää ulkoapäin kärsivältä, sillä lääkehoito on hoitajien käsissä. Nämä asukkaat kurtistavat kulmiaan, kääntävät päätään pois ja yrittävät sylkeä tai ottaa käsin lääkettä pois suusta. Välillä heidän olemuksensa muuttuu myös levottomaksi ja he alkavat äännellä.

Eräs asukas ”hoivapuolella” haluaa aina olla omassa huoneessaan, vaikka osaisi, kykenisi ja voisi tulla ruokailemaan ruokasaliin ja viettämään aikaa muiden asukkaiden kanssa. Hänen valintaansa tuetaan arvostamalla hänen päätöstään eikä vasten tahtoa viedä tai houkutella yhteisiin tiloihin. Tämän asukkaan kohdalla henkilökunta kuitenkin kävi keskustelua, onko

asukkaalla taustallaan masennus ja havainnointijaksoni loppupuolella he jäivät miettimään asukkaan osallistamista osaston yhteisiin tapahtumiin sekä toimintoihin ja mahdollisen mielialalääkkeen aloittamista. Toisen tiimin ruokasalissa puolestaan istuu asukas, joka huutaa kovaäänisesti päivittäin läpi ruokailun, mutta häntä ei huomioida. Huutaminen liittyy ymmärtääkseni asukkaan perussairauteen, mutta henkilökunta pitää sitä lähinnä asukkaan tapana eikä näin ollen siihen puutu. Asukas vaatii asioita huutamalla sekä kommentoi tapahtumia.

”Hoitaja kommentoi huutelua: tekee sitä koko ajan, on sen tapa” (kenttäpäiväkirja 2.9.2014)

Tämä huutelu kuitenkin aiheuttaa kanssaruokailijoissa hermostuneisuutta ja toinen asukas saattaa käskää häntä olemaan hiljaa. Tällaisessa tilanteessa ei kenelläkään ole ruokarauhaa ja heidän täytyy ruokailla melussa. Asukkailla ei ole mahdollisuutta lähteä tilanteesta ja tilanteen ahdistaminen näkyy asukkaiden hermostumisena. Hermostuminen keskeyttää ruokailun ja pahimmillaan koko ruokasali lopettaa ruokailun. Välillä ihmetystä minussa aiheutti myös se, että asukkaiden annettiin sotkea ruoalla eikä ruokailu enää onnistunut itse. Näitä asukkaita ei kuitenkaan avustettu kuin vasta sitten, kun ruoka oli jo yli lautasen ja kylmää. Tällöin asukkaat söivät syötettynä kylmää ruokaa.

”Kysyin sotkemisesta X kohdalla ja sain vastauksen: ”hänellä on tapana sotkea” (kenttäpäiväkirja 3.9.2014)

Nämä edellä mainitut tilanteet saivat minut pohtimaan, onko huutaminen ja ruoalla sotkeminen oikeasti ihmisen tapa? Miksi huutamista pidetään asukkaan tapana eikä siihen reagoida, vaikka se aiheuttaa muille ruokailijoille haittaa? Ajatellaanko, että asukas haluaa huutaa, vaikka todellisuudessa hänen täytyy huutaa? Annettaanko ruoalla sotkea siksi, että se tukee toimijuutta ja itsenäistä suoriutumista vai onko taustalla kuitenkin kiire, jolloin hoitohenkilökunnalla on enemmän aikaa avustaa syötettäviä, kun edes hieman omatoiminen asukas syö itse? Näihin kysymyksiin en saanut kentällä selkeää vastausta.

Hygienian hoitaminen on osastolla pakollista, jolloin jokaisen asukkaan intiimialue täytyy pestä päivittäin joko hoitajan toimesta/avustuksella tai itse. Asukkaiden myös täytyy käydä vähintään kerran viikossa kokovartalosuihkussa. Tämän lisäksi, mikäli asukkaan vatsa ei toimi, se täytyy tarvittaessa toimittaa peräruiskein. Nämä edellä mainitut täytymiset

näyttäytyvät yksilöittäin eri tavoin. On asukkaita, jotka nauttivat päivittäisistä pesuista. He odottavat ja pitävät siitä. Tämä ilmenee heidän puheissaan. Nämä asukkaat myös kokevat pesut hemmotteluhetkenä ja pyytävät usein pesujen jälkeen deodoranttia, kasvovoidetta tai suihkauksen hajuvettä. Suihkun jälkeen osalle naisasukkaista laitetaan ajan salliessa papiljotit päähän: naiset haluavat kaunistautumishetken suihkun jälkeen. Sitten on niitä asukkaita, jotka pelkäävät pesutilanteita ja tämä näyttäytyy esimerkiksi siten, että asukas alkaa huutamaan alapesuissa ja yrittää tarttua hoitajia kädestä kiinni estääkseen alapesun. Asukkaat myös yrittävät painaa jalkansa yhteen, jottei alapesua voida tehdä. Näistä vastusteluista huolimatta pesut täytyy tehdä ja silloin tilannekohtaisesti ne tehdään joko puoliväkisin tai lääkitään asukas ja lääkkeen vaikuttamisen jälkeen pestään. Tässä havaitsin eroa sen suhteen, mikä asukkaan toimintakyky sekä terveydentila ovat. Vuoteessa oleville ei anneta läheskään niin usein rauhoittavaa lääkettä kuin omatoimisimmille asukkaille, vaan esimerkiksi jalat aukaistaan hoitajan toimesta ja alapesut suoritetaan vastustelusta huolimatta. Näissä tilanteissa asukasta myös käännellään vuoteessa vastustelusta huolimatta, jotta hygienian hoito onnistuu. Samoin näiden asukkaiden kohdalla suihkutuksen tapahtuu pääsääntöisesti ilman lääkitystä huomioimatta asukkaan vastustusta. Pelokkaat asukkaat huutavat suihkussa ja tarttuvat pesulavetin laitoihin kiinni. Ikäväkseni havaitsin, että kaikkein heikompi-kuntoisilla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa hygienian hoitamiseen, vaan se tehdään joka tapauksessa silloin, kun hoitajat haluavat. Ne asukkaat, jotka vielä kykenevät liikkumaan ja kommunikoimaan, rauhoitetaan tarvittaessa lääkkein ennen pesua. Toisin sanoen paremman toimijuuden omaavat rauhoitetaan ennen ikävää toimenpidettä, vuodepotilaiden joutuessa kokemaan ne ilman.

”Hoivapuolella” asukkaat tarvitsevat henkilökunnan apua pukeutumisessa, kun taas ”dementiapuolella” asukkaat kykenevät ohjattuna pukemaan sangen hyvin. ”Hoivapuolella” osaamista pukeutumisen suhteen olisi, mutta terveydentilan heikentyminen tekee siitä lähes mahdotonta. Pukeutumisessa ”hoivapuolella” osaamista ja kykenemistä on pienissä määrin: asukkaat osaavat ja kykenevät nostamaan kättään pyydettyäessä ja viemään sen hihaan sekä nostamaan pyydettyäessä jalkaa, jolloin hoitajan on helpompi avustaa sukat tai kengät jalkaan. Osa asukkaista osaa ja kykenee pyydettyäessä nostamaan takapuoltaan, jolloin housujen vetäminen ylös vuoteessa on helpompaa. Muutama asukas osaisi ja kykenisi auttamaan, muttei halua. He eivät useasta pyynnöstä huolimatta nosta kättään tai jalkaansa, mutta ruokasalissa ollessaan liikkuvat niitä hyvin. Liikkuvat asukkaat osaavat, haluavat ja

kykenevät seisomaan tukea vasten sen aikaa, että hoitaja saa asetettua vaipan sekä nostettua housut jalkaan. Paitojen pukemiseen jokainen tarvitsee enemmän apua, sillä asukkaat eivät kykene viemään puseron kaula-aukkoa pänsä läpi: kädet eivät vain nouse ilman apua. Kenkiä ei myöskään yksikään saa täysin itse jalkaan. ”Dementiapuolella” asukkaat selviävät pukeutumisesta sanallisoin ohjein, tarviten vain pientä apua. Asukkaiden fyysinen kunto on sen verran hyvä, että he osaavat ja kykenevät pukemaan sekä housut että paidan ja lisäksi laittamaan jalkaansa sukat ja sisäkengät. Apua he tarvitsevat viimeistelyyn kuten paidan helman suoristamiseen tai remmikenkien kiristämiseen. Osastolla täytyy pukeutua päivisin päivävaatteisiin, asukkailla ei ole mahdollisuutta olla yöasussa koko päivää. Lisäksi on pukeuduttava niihin vaatteisiin, joita on tarjolla. Asukkaat pukeutuvat vaihtelevasti joko omiin, kotoa tuotuihin tai omaisten ostamiin vaatteisiinsa, mutta myös osaston vaatteisiin. Havaitsin naisilla olevan enemmän omia vaatteita käytössään. Vaatteet ovat mielestäni käytännöllisiä ja hoitajat valitsevat vaatteista käyttöön ne, jotka ovat mahdollista pukea myös vuoteessa.

Osastolla on mahdollista liikkua osaston rajojen puitteissa ja hoitajan tai omaisten kanssa sen ulkopuolella. Jokainen osaston asukas osaa liikkua edes vähän. Niiden asukkaiden omatoiminen liikkuminen on helpompaa, jotka osaavat ja kykenevät liikkumaan apuvälineillä ja kykenevät ja osaavat niitä käyttää. Jokainen myös haluaa käyttää apuvälinettä, en kertaakaan havainnut tai kuullut kieltäytymistä. Myös ne asukkaat, jotka eivät enää osaa ja kykene liikkumaan itsenäisesti voivat liikkua avustettuna pyörätuolilla. Näin ollen osaston jokaisella asukkaalla on mahdollisuus liikkumiseen osastolla ja sen ulkopuolella.

Viriketoimintaan voi osallistua jokainen, joka vain haluaa ja osaa halunsa ilmaista. Viriketoimintaan pääsee mukaan, vaikkei enää kykene, osaa tai halua osallistua itse toimintaan. Musiikkiesitykset ovat tässä mielessä hyviä, sillä osallistuminen vaati vain läsnäoloa. Joskus viriketoimintaan viedään vuoteella asukkaita, jotka eivät osaa, voi ja kykene kommunikoimaan tai istumaan pyörätuolissa. Heidän kohdallaan ei voi tietää kokevatko he osallistumisen pakkona vai haluavatko he osallistua. Hoitajat kuitenkin ajattelevat antaa myös heille mahdollisuuden osallistumiseen. Ilmeistä ja eleistä pystyy kuitenkin päättelemään paljon: mikäli asukas alkaa liikehtiä levottomasti ja äänteleään on se merkki siitä, että hän haluaa pois. Tällöin asukas viedään takaisin omaan huoneeseensa.

Myös kasvojen ilmeistä ja eleistä kuten otsan kurtistamisesta pystyy päättelemään asukkaan tunnetilan.

Koska asukkaat asuvat laitoksessa, tulee myös miettiä mitä modaliteetteja laitos ympäristönä tuo. Mahdollistaako laitos uuden oppimista? Voiko pitkäaikaishoito tuoda tai lisätä haluamista, voimista tai kykenemistä? Toimijuutta on myös tilanteeseen sopeutuminen sekä vastustaminen, jolloin jokaisella on jonkin tasoista toimijuutta. Pitkäaikaishoidossa osaaminen voi lisääntyä asukkaan saadessa tukea sekä tarvittavia apuvälineitä. Asukas voi oppia jopa uutta; vaikkapa tuolijumppaa tai kädentaitoja. Ajattelen, että osasto vaikuttaa asukkaiden modaliteetteihin alenevasti, mutta myös tuoden uusia. Osa asukkaista laitostuu ja he muuttuvat apaattiseksi, jolloin haluaminen, osaaminen sekä kykeneminen heikkenevät. Myös tunteisiin laitokseen muuttaminen vaikuttaa joko niitä alentaen tai toisaalta myös herättämällä ilon ja toivon tunteita. Osa asukkaista varmasti kokee laitokseen siirtymisen negatiivisena vaiheena ja tämä vaikuttaa heidän toimijuuteensa. Toisaalta yksin kotona hädin tuskin selvinnyt voi kokea pitkäaikaishoidon voimaannuttavana ja turvaa tuovana. Haluaminen voi laitoshoidossa lisääntyä, sillä saadessaan tarvittavia apuvälineitä voi kotona vain vuoteessa ollut asukas haluta harjoitella sopivan apuvälineen kanssa liikkumista. Laitoksessa voi myös kuntoutua ja tämä lisää halua tehdä asioita itse. Tästä konkreettinen esimerkki on asukas, joka oli ennen osastolle siirtymistä ollut aggressiivinen ja tämän vuoksi vahvasti lääkitty. Hän ei kyennyt lääkehoidon vuoksi liikkumaan itse, koska lääkkeet lamauttivat hänet. Pitkäaikaishoidossa häneltä on kuitenkin saatu purettua lääkitys kokonaan pois ympäristön ollessa hänelle sopiva ja havainnointijaksoni aikana kyseinen asukas liikkui itsenäisesti sekä selvisi arjen toiminnoista vain pienellä avustuksella.

Modaliteettien havainnoiminen oli mielenkiintoista ja antoisaa, mutta osaltaan myös hyvin työlästä, sillä havainnoidessa tuli pitää koko ajan mielessä se, mitä havainnoi. Fokus hävisi yllättävän helposti. Modaliteetit esiintyvät yhtä aikaa ja tuli tulkita tilanteita sekä sitä, mikä modaliteetti kussakin tilanteessa esiintyy. Osaamisen ja kykenemisen erottelu toi välillä haasteita ja tunteita on vaikea havainnoida: tulee kiinnittää erityistä huomiota koko kehonkieleen. Tilanteessa, joissa toinen ei enää osaa ja kykene sanoittamaan tunteitaan ollaan täysin aistien varassa. Havaintsin esimerkiksi Martilla erilaisia tunteita ja hänen kohdallaan ne ilmenivät näkyvästi, jolloin niiden tunnistaminen oli helpompaa kuin esimerkiksi asukkaan kohdalla, jolla elekielikin saattoi olla lähes olematonta. Täysin toisen avustettavia havainnoidessani huomasin, että eleet ja ilmeet saattavat olla hyvin

vaatimattomia, mutta erittäin merkityksellisiä: pieni kulmien kurtistaminen saattoi merkitä valtavaa kipua ja siihen tulee osata reagoida.

7.2 Toimijuuden mahdollisuudet sekä esteet

Tässä luvussa esittelen toimijuuden mahdollisuuksia sekä esteitä hoivahenkilöstön näkökulmasta. Nämä tulokset olen saanut analysoituani kirjoituspyyntöni kirjoitetut vastaukset aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä sekä yhdistämällä omat havaintoni tuloksiin. Lisäksi tuloksiin on yhdistetty sitaatteja omaisten haastatteluista.

Toimijuuden mahdollisuudet

Ensimmäinen henkilökunnan kirjoituspyynnön kysymys (ks. liite 2) käsitteli henkilökunnan mahdollisuuksia sekä toimintatapoja, joilla toimijuutta on pitkäaikaishoidossa mahdollista tukea. Sisällönanalyysi antoi aineistosta kolme kattokäsitettä; *yksilöllisyyden tukeminen*, *omatoimisuuden tukeminen* sekä *tiedottaminen*. Henkilökunnan kirjoitukset olivat tässä kysymyksessä keskenään hyvin yhdenmukaisia, joka osaltaan määrää ja rajoittaa aihealueet joita seuraavassa käsittelem.

Analysoituani henkilökunnan kirjoituksia huomasin niissä olevan sekä yhteneväisyyksiä että eroavaisuuksia omiin havaintoihini. *Yksilöllisyyden tukeminen* välittyi vahvasti kirjoituksissa ja henkilökunta kokee, että asukkaille mahdollistetaan yksilölliset valinnat arjessa hyvin. Myös omaisten haastatteluissa nähdään yksilöllisyyttä tuettavan, sen katsotaan tulevan hoitosuunnitelmasta sekä yksilöllisten pienten asioiden huomioimisesta. Osastolla pidetään asukkaille perhepalaverit puolen vuoden välein, jolloin päivitetään asukkaan tiedot. Palavereissa on omaisilla sekä asukkailla mahdollisuus keskustella hoivasta ja esittää toiveita.

”Teemme jokaiselle asukkaalle yksilölliset hoitosuunnitelmat, joista näkyy asukkaan voimavarat ja niiden tukeminen ja tavoitteet päivittäisessä hoitotyössä” (kirjoituspyyntö)

”Tutustutaan ja selvitetään: mitkä asiat kiinnostavat asukasta ja yritetään mahdollisuuksien mukaan järjestää niitä osastolle” (kirjoituspyyntö)

”Siinä hoitosuunnitelman teossa käytiin läpi mistä X tykkää ja sitten ne kirjoitettiin ylös. Minulta kyseltiin yksityiskohtaisesti X mieltymyksistä ja sillä tavalla ne otetaan huomioon. Meillä on ollut nyt kaksi perhetapaamista omahoitajan ja sairaanhoitajan kanssa” (omaisen haastattelu 29.6.2014)

”Täytettiin joku alkukaavake osastolla, kun X saapui” (omaisen haastattelu 29.6.2014)

”X tykkää ihan hirveästi kalasta. Niinä päivinä, kun on ruokana kalaa, hänelle annetaan iso annos ruokaa. Lisäksi X tykkää musiikista ja häntä viedään musiikkituokioihin” (omaisen haastattelu 4.9.2014)

Henkilökunnan kokemukset yksilöllisyydestä näkyvät arjen hoivatilanteissa mahdollistettuina valintoina. Valinnan vaihtoehtoja ei kuitenkaan tarjota rajattomasti vaan valinta kahden vaihtoehdon välillä näyttää olevan yleisin. Nämä vaihtoehdot ovat kuitenkin jonkun toisen (hoitaja tai toimintaympäristö) valitsemat, jolloin asukas valitsee kahdesta toisesta valitsemasta vaihtoehdosta. Valintoja kuitenkin rajaa muun muassa asukkaan terveydentila. Henkilökunta pyrkii toteuttamaan toiveet mahdollisuuksien mukaan, mikäli ne suinkin ovat toteutettavissa. Lisäksi henkilökunnan mielestä asukkaita pyritään kohtelemaan tasa-arvoisesti, jolloin ketään ei suosita tai toteuteta vain osan toiveita.

”Kysyn asukkaalta mitä hän haluaa ja pyrin toteuttamaan sen mahdollisuuksien mukaan”(kirjoituspyyntö)

”Annetaan asukkaalle mahdollisuus tehdä pieniä valintoja esim. minkävärisen vaateen haluaa pukea” (kirjoituspyyntö)

”Annan tehdä valintoja, jos ne ovat asukkaalle ”edullisia” (kirjoituspyyntö)

”Ruokailun suhteen on kysytty juoma- leipä –ym. mieltymyksiä. Jos ei ole terveydellisiä syitä, voin kysyä päivittäin, jos mieli muuttuu” (kirjoituspyyntö)

”Asukas saa itse valita haluaako katsoa televisiota vai kuunnella radiota” (kirjoituspyyntö)

”Itse kysyn esim. kahden vaateen välillä, kummat haluat, koska useampi vaihtoehto jollekin on liian vaikea” (kirjoituspyyntö)

”Syötettävälle asukkaalle syötän sen verran, kun hän ottaa vastaan, juomista koitan tarjota, vaikka vähän ylimääräistä” (kirjoituspyyntö)

”Olisi mukavaa ja erittäin tärkeää, että asukkaat voisivat enemmän tehdä valintoja itse esim. ruokailutilanteessa, tarjottavasta ruoasta ja ruoka-ajoista” (kirjoituspyyntö)

”Pyrin olemaan tasapuolinen asukkaan kohtelussa yhteiskuntaluokasta välittämättä. Toisinaan omaisten käytös saattaa tehdä siitä haasteellista” (kirjoituspyyntö)

Havaintoni kuitenkin eroavat henkilökunnan kirjoituksista jonkin verran. Havaitsin ettei asukkaita kohdella tasa-arvoisesti ja osalla asukkaista on erityiskohtelua. Tämä näyttäytyy ylimääräisen herkun antamisena tai siinä, että annetaan enemmän aikaa omalle toiminnalle sekä mahdollistetaan valintoja muita enemmän. Nämä erityiskohtelua saavat asukkaat ovat hyvän toimijuuden omaavia asukkaita. Heiltä on helppo saada vastaus ja he ymmärtävät ohjeita, joten on toisaalta luonnollista, että heidän kanssaan työskennellään intensiivisemmin. Henkilöstön on varmasti myös mielekkäämpää työskennellä asukkaan kanssa, joka on vastavuoroisessa kanssakäymisessä. Kuitenkin tasa-arvoisuuden kannalta koen, että asukkaat ovat eriarvoisessa asemassa ja tähän vaikuttaa puhtaasti asukkaan terveydentila sekä kommunikaation taso. Havaitsin ruokailussa syötettäville tuputettavan ruokaa, jolloin heille joskus syötetään enemmän kuin asukas haluaa. Toisaalta hitaasti syövä syötettävä saattaa kiireessä jäädä ilman ruokaa, jos hän ei tiettyyn aikaan (muutama minuutti) mennessä ole avannut suutaan. Hoitajat eivät jää odottamaan, josko asukas avaisi suunsa. Ruoan tuputtaminen johtunee asukkaiden heikosta terveydentilasta, jolloin ruoan saaminen on oleellisen tärkeää terveyden ylläpitämiseen. Toisaalta ruokailun rajallinen aika osaltaan aiheuttaa tuputtamista, jolloin annos on saatava syötettyä tietyssä ajassa. Ilman ruokaa jääminen on myös seurausta rajallisesta ajasta; ei ole mahdollisuuksia jäädä odottamaan tai tarjota ateriala myöhemmin.

Valinnan mahdollisuus arjessa tuodaan kirjoituksissa esiin vaatetuksen valintana. Tämä on yksi konkreettisimmista valinnan tilanteista ja on helppo arjessa toteuttaa. Jokaisella asukkaalla on huoneensa kaapissa aina puhtaita vaatteita, jotka hoivahenkilöstö sinne tarpeen mukaan tuo. Pyykistä tulevat nimikoidut vaatteet viikataan asukkaiden kaappeihin. Havaitsin, että osa hoitajista valitsee automaattisesti asukkaan vaatteet aina puolesta katsoen kuitenkin, että ne sopivat yhteen. Osalle asukkaista on tuotu suunniteltuja asukokonaisuuksia ja heille on tärkeää, että ne puetaan. Päivävaatteet katsoo valmiiksi iltahoitaja ja laittaa ne yleensä asukashuoneessa olevan tuolin selkänojalle odottamaan aamuvuorolaista.

”X:lle on tuotu kauniita asukokonaisuuksia. Omaisetkin toivovat, että ne niitä puetaan. On tärkeää, että vaatteet käyvät yhteen” (kenttäpäiväkirja 20.8.2014)

”Minulle on tärkeää, että puetaan kauniit vaatteet ylle. Osa vaatteista on kuitenkin hävinnyt, joka vähän harmittaa” (omaisen haastattelu 4.9.2014)

Ruokailussa valinnat konkretisoituvat leivän sekä ruokajuoman valintana, sillä vaihtoehtoista pääruokaa ei ole tarjolla. Vaihtoehtoja ovat myös joko syödä tai kieltäytyä ruoasta.

Yhdessä kirjoituksessa tuotiin esiin yksilöllisyys vakaumuksen kunnioittamisena, jolloin asukas joka ei uskontonsa vuoksi voi katsoa televisiota ollaan viemättä television ääreen. Tämä poikkeaa havainnoistani, sillä esimerkiksi hartauteen hoitajat vievät heikon kommunikaation omaavia asukkaita heiltä kysymättä. Asukkaat jotka kykenevät antamaan vastauksen saavat valita osallistumisensa. Koska vakaumus voi muuttua ja tulee sitä asukkaan tietoihin päivittää; voidaan lakata uskomasta tai vaihtoehtoisesti tulla uskoon. Television katsomattomuus vakaumusta kunnioittaen on helppo toteuttaa, mutta yhtä lailla on mahdollista pyrkiä saamaan vastaus viriketuokioihin sekä hartauteen osallistumisesta myös heikomman kommunikaation omaavilta asukkailta. Kodikkuus nähdään yksilöllisyyden huomioimisena myös, ja kirjoituksissa tuodaan esille ympäristön kodikkuuden vaikutusta toimijuuteen: viihtyisät tilat houkuttavat saapumaan yhteisiin tiloihin. Viihtyisyys on mielestäni sitä, että pyritään luomaan ympäristöstä mahdollisimman kotoisa, jolloin vältetään laitospaisuutta, joka tulee yleensä valkoisista seinistä sekä ”vastaanottomaisesta” sisustuksesta. Laitoksessa on kuitenkin aina läsnä sen ”laitospaisuus”, jolloin kodikkuutta yhteisiin tiloihin tuodaan tekstiileillä sekä tauluilla ja koriste-esineillä. Yhteisissä tiloissa on kodikkaita huonekaluja, kuten nojatuoleja sekä senkkejä ja lisäksi posliiniesineitä ja pöytäliinoja. Asukashuoneet on sisustettu asukkaan omilla tavaroilla, joka tekee siitä kodikkaamman. Haasteen tuo tilanne, jossa huoneessa on toinenkin asukas; tällöin on otettava molemmat huomioon. Tämä ei kuitenkaan osastolla ole enää yleistä, sillä osastolla jokaisella on oma huone.

”Asukkaalle annetaan mahdollisuus sisustaa oma huone, tähän tietysti vaikuttaa asukkaan kunto ja kommunikointikyky” (kirjoituspyyntö)

”Olen tuonut huoneeseen omia huonekaluja, koristetyynyjä sekä valokuvia” (omaisen haastattelu 27.8.2014)

”Jos yhden hengen huoneessa olevaa asukasta ei nukuta illalla, hän voi valvoa; katsoa televisiota, kuunnella radiota tai jäädä päiväsaliiin katsomaan tv:tä, jos vointi sallii, eikä ole häiriöksi toisille. Kahden hengen huoneessa ollessa pitää huomioida myös huonetoverin tilanne” (kirjoituspyyntö)

Yksilöllisyyden tukemista on toteuttaa hoivatyössä yksilökohtaisia mieltymyksiä. Nämä voivat olla tietyt rutiinit aamutoimissa tai kohtaaminen asukkaan kanssa. Kohtaamisella on suuri merkitys hoivan sujumisen kannalta. Muutamalle asukkaalle on tärkeää, että heille puhutaan virallisesti ja ollaan kohteliaita, jolloin huoneeseen tultaessa on osattava ottaa tämä huomioon. Lisäksi yksilöllisyyttä on se, että kutsutaan asukkaita heidän lempinimillään, mikäli asukkaat kokevat sen mielekkääksi. Osastolla usein kuulee hoitajien puhuttelevan asukkaita heidän lempinimillään ja se tuo osaltaan lämmintä henkeä sekä kodikkuutta arkeen. Henkilökunta tuntee jokaisen asukkaan ja osaa toimia heidän kanssaan halutessaan yksilöllisesti, mutta sijaisille yksilöllisyyden toteuttaminen tuottaa hankaluuksia. Asukkaat ovat asuneet osastolla eri mittaisia aikoja, osa vuosia. Tänä aikana henkilökunta on oppinut tuntemaan henkilökohtaiset mieltymykset ja toimiminen niiden mukaan on ”mennyt selkäyttimeen”. Sijaisen tullessa vuoroon, on hän pelkän ammattitaitonsa varassa ja näin ollen hoivaa asukkaita saman kaavan mukaan, ellei asukas itse osaa sijaista ohjata.

”Henkilökunta tuntee X:n wc tavat ja niitä huomioidaan. Se on helpottanut X wc:ssä käymistä huomattavasti” (omaisen haastattelu 29.6.2014)

”X:n omainen on kirjoittanut muistitaululle ohjeet: yöksi rauhoittavaa musiikkia ja päivällä jazzia” (kenttäpäiväkirja 20.8.2014)

Yksilöllisyyttä tuetaan myös ottamalla huomioon asukkaiden tunnetilat. Tunnetiloihin kiinnitetään huomiota niiden ollessa akuutteja, mutta asukas joka päivittäin huutaa tai on jatkuvasti ahdistunut jää usein huomiotta. Tunnetiloja havainnoidaan eleistä, ilmeistä sekä puhtaasti käytöksestä. Poikkeava käytös viestii hoitajille, että jokin on vialla ja lähdetään selvittämään tilanne. Ilmeet ja eleet heijastavat heikonkin asukkaan tunnetiloja ja niitä seuraamalla ja tarkkailemalla on mahdollista havaita kipua, ilo tai ahdistus. Ääntely kertoo

myös asukkaasta hyvin paljon, sillä ilo ilmenee nauruna ja myhäilynä, kun taas pelko ja ahdistus vaikeroimisena ja koväänisenä ääntelynä.

”Psykkistä toimijuutta huomioidaan esimerkiksi saattamalla ahdistunut asukas huoneeseensa ja omaisia kuunnellaan asukkaan voinnin muutoksen huomioista” (kenttäpäiväkirja 29.6.2014)

Masentuneille ja alakuloisille asukkaille pyritään antamaan enemmän aikaa ja asukkaille yritetään jutella yksinäisyyden ehkäisemiseksi. Keskustelu asukkaan kanssa tapahtuu hoivatilanteiden lomassa sekä mahdollisuuksien mukaan rauhallisempina hetkinä pitkin päivää. Asukkaiden tunnetilojen huomioiminen on ristiriitainen asia, sillä sairautensa tai mielentilansa vuoksi osa asukkaista saa enemmän huomiota ja aikaa kuin ne asukkaat, joilla asiat näyttävät olevan hyvin. Asukkaat, jotka perusolemukseltaan ovat rauhallisia jäävät vaille ylimääräistä huomiota, mutta toisaalta tukea tarvitsevia on tärkeää tukea, jotta heidän on hyvä olla eikä tarvitse ahdistuksen tai kivun tullessa jäädä vaille hoivaa ja tukea.

”Yksi asukas on hyvin masentunut ja menettänyt elämän ilonsa. Kaikki ylimääräinen aika annetaan hänelle, esimerkiksi viedään ulos ja jutellaan” (kenttäpäiväkirja 3.9.2014)

Omatoimisuuden tukeminen toteutuu osastolla havainnointini perusteella hyvin ja sitä tuotiin esiin jokaisessa vastauksessa kirjoituspyyntöön. Liikkumisessa käytetään tarvittavia ja asianmukaisia apuvälineitä sekä annetaan aikaa tehdä esimerkiksi aamutoimia. Omatoimisuus esiintyy yksilökohtaisesti ja ilmenee asukkaiden kesken erilaisena. Osa asukkaista kykenee verrattain omatoimisesti suoriutumaan jokapäiväisistä toimista, osalla omatoimisuutta ovat hyvinkin pienet asiat, kuten käden nostaminen pukeutumisessa tai seisominen apuvälinettä vasten hoivatilanteessa. Omatoimisuutta tuetaan yksilökohtaisesti ottaen asukkaan voimavarat huomioon. Puolesta tekemistä kuitenkin esiintyy ja tähän vaikuttaa rajattu aika sekä asukkaan terveydentila. Puolesta tekeminen on yleisempää vuoteeseen hoivattavien kohdalla sekä kiireen vuoksi.

”Antaa tehdä itse niitä asioita, joita vielä pystyy. Meillä niitä ovat yleensä hiusten kampaaminen, hampaiden harjaus, kasvojen, käsien ja ylävartalon pesu” (kirjoituspyyntö)

”Itse pyrin olemaan tekemättä puolesta, jos asukas itse vain suinkin kykenee jotain tekemään” (kirjoituspyyntö)

*”Purin olemaan tekemättä puolesta, jos asukas itse vain kykenee jotain tekemään”
(kirjoituspyyntö)*

”Sallitaan käyttämään omia voimavaroja toimintakyvyn mukaan” (kirjoituspyyntö)

”Mahdollistetaan asukkaan omatoimisuus niissä asioissa, missä hän pystyy itse tekemään. Ei tehdä puolesta. Annetaan tukea tarpeen mukaan. Annetaan aikaa, oma tekeminen saattaa olla hidasta” (kirjoituspyyntö)

”Asukkaan voimavarat huomioiden voi vaikuttaa melko monilla tavoin. Asukkaan kävelyttäminen esim. wc:hen ja ruokasaliin, tarvittaessa apuvälineitä käyttäen. Peseytymisessä ja pukeutumisessa pyritään siihen, että asukas tekee ne asiat, mihin itse kykenee ja hoitaja kannustaa häntä” (kirjoituspyyntö)

”Kannustan itsenäiseen ruokailuun, kehun kun asukas saa tehtyä itse jotain, joillakin asukkailla saattaa mennä hetki ennen kuin saa vastattua kysymyksiin, joten odotan kärsivällisesti vastausta” (kirjoituspyyntö)

Havaitsin kuntouttavaa työtettä myös kesäsijaisilla, vaikka yksilökohtainen työskentely ei esitietojen puuttuessa onnistunut. Itseruokaileville ruokailu on suunniteltu siten, että se tukee omatoimisuutta esimerkiksi kokoamalla ateriat siten, että se on helppo hahmottaa ja antamalla asianmukaiset ruokailuvälineet. Tässäkin havaitsin kuilun asukkaiden välillä: ne asukkaat joilla omatoimisuutta vielä on, saavat aikaa, mutta vuoteeseen hoivattavat hoivataan sekä syötetään hoitajan tahtiin.

Yhtenä toimijuuden tukemiseen muotona on voimavaralähtöinen hoito, jossa pääpaino on asukkaan omilla tuntemuksilla sekä sen hetken voimavaroilla. Nämä ovat tilanteittain ja hetkessä muuttuvia ja näin ollen ilmenevät eri tavoin eri aikoina. Ikääntyneiden voimavarat vaihtelevat päivittäin ja niihin vaikuttavat eri asiat. Väsynyt asukas ei välttämättä jaksa osallistua hoivaansa ja sairastuminen heikentää voimia. Kivut rajoittavat toimijuutta ja joskus alakuloinen mieliala vaikuttaa jaksamiseen. Toimijuuden tukemista on myös mahdollistaa lepopäivät, jolloin asukas viettää koko päivän vuoteessa. Lepopäivistä päättää hoitaja sen asukkaan kohdalla, joka ei itse kykene voinnistaan kertomaan ja tällöin levon tarve havainnoidaan asukkaan sen hetkisten voimavarojen mukaan. Asukkaat, jotka kykenevät kommunikoimaan voivat itse ilmaista halunsa viettää päivän vuoteessa tai lepopäivästä sovitaan asukkaan kanssa hoitajan ehdotuksesta.

”Voimavaralähtöinen hoito, nostetaan asukas ylös, kun vointi sallii ja kävelytetään omien voimavarojen mukaan” (kirjoituspyyntö)

”Annetaan lepopäiviä tarpeen mukaan” (kirjoituspyyntö)

”Voidaan myös kysyä asukkaalta jaksako istua vai haluaako viettää vuodelepopäivän” (kirjoituspyyntö)

Tiedottaminen on yksi toimijuuden tukemisen muodoista. Havaitsin tiedottamista olevan muun muassa ruokailuissa siten, että kerrotaan ääneen ruokailun alkaessa mitä ruokaa on tarjolla. Ruokasaleissa käydään usein läpi koko viikon ruokalista, mikäli se tulee puheeksi. Toinen havaitsemani tiedotuksen ilmenemismuoto on lääkkeitä kertominen. Hyvin usein asukas tiedustelee mitä lääkkeitä kipossa on ja hoitajat kertovat mistä lääkitys koostuu. Myös lääkärin kanssa on mahdollista keskustella lääkityksestä. Omaiset ovat usein kiinnostuneita lääkehoidosta ja kyselevät, onko jotain lääkemuutoksia tehty. Henkilökunta tiedottaa havainnointini mukaan omaisia kysyttäessä hyvin. Osaston viriketoiminnasta puolestaan tiedotetaan vaihtelevasti, usein asukkaille kerrotaan viriketoiminnasta vasta sen alkaessa.

”Kerrotaan mahdollisuuksista osallistua erilaisiin tapahtumiin ja avustetaan tapahtumiin” (kirjoituspyyntö)

Havaitsin tiedottamisen olevan kuitenkin hyvin yksipuolista: usein tietoa saa vain, jos sitä osaa pyytää. Havaitsin omaisten kysyvän aina hoitohenkilökunnalta omaisensa kuulumisia, niitä ei kerrottu kuin kysyttäessä. Asukkaan terveydentilan radikaalisti muuttuessa otetaan asukkaan omaisiin välittömästi yhteys puhelimitse. Tiedottamista on myös toisin päin: myös omaiset tiedottavat henkilökuntaa. Tästä esimerkkinä mainittakoon kirjalliset ohjeet asukkaan hoivasta sekä yksityiskohtainen kuvaus asukkaan pitämistä asioista.

”Olen tehnyt oman kaavakkeen X:n mieltymyksistä” (omaisen haastattelu 29.6.2014)

Omaiset tukevat toimijuutta viemällä asukkaita osaston ulkopuolelle sekä tukemalla entisiin harrastuksiin. Lisäksi omaiset keskustelevat asukkaiden kanssa ja pitävät seuraa olemalla lähellä. Omaiset silittävät asukkaita sekä pitävät heitä kädestä kiinni, antavat fyysistä läheisyyttä. Osa omaisista keskustelee muidenkin kuin oman omaisensa kanssa ja luo näin sosiaalista kanssakäymistä koko osastolle.

”Käyn joka päivä ja silloin me ulkoillaan. Tuon myös mieliruokaa ja luen ääneen. Kerron myös päivän tapahtumista ja ollaan vaan yhdessä” (omaisen haastattelu 27.8.2014)

Osaston vahvuutena omaiset näkevät hauskanpidon sekä hoitajien sallivuuden ja ”pitkäpinnaisuuden”.

Toimijuuden esteet

Toisena kysymyksenä kirjoituspyynnössä oli toimijuuden tukemisen esteet. Henkilökunnan vastaukset tähän kysymykseen olivat pidempiä sekä sisällöllisesti laajempia ja sisällönanalyysilla sain usean kattokäsitteen. Seuraavaksi analysoin seuraavia kokonaisuuksia: *henkilökunnan vaihtuvuus sekä sairauslomat, kiire ja henkilökunnan asenteet, ikääntyneen heikentynyt terveydentila ja toimintakyvyn muutokset, osasto ympäristönä, käyttövarojen niukkuus, sekä lainsäädäntö ja rakenteet*

Henkilökunnan vaihtuvuus sekä *sairauslomat* tulevat esiin jokaisessa kirjoituspyynnössä. Nämä eivät näkyneet merkittävästi havainnointini aikana osaston arjessa, sillä vaikka oli kesälomakausi, olivat samat hoitajat töissä, vaikka osa heistä olikin kesäsijaisia. Osastolla käytetään sijaisina myös kaupungin yhteisiä varahenkilöitä ja joskus he tulivat ensimmäistä kertaa kyseiselle osastolle. Henkilökunnan vaihtuvuus sekä sairauslomat ja niiden tuomat sijaiset ongelmana toimijuuden tukemiselle luultavasti johtuvat siitä, että sijainen ei tunne asukkaita eikä tiedä heidän henkilökohtaisia mieltymyksiään jolloin niitä on hankala toteuttaa. Lisäksi sijaiset saattavat tulla osastolle ensimmäistä kertaa ja heidän tulee opetella osaston käytännöt ennen kuin kykenevät täysin itsenäiseen työskentelyyn. Itse havaitsin kesäsijaisilla sekä varahenkilöillä puolesta tekemistä tiedon puuttuessa. Välillä osaston sisällä hoitajat vaihtavat tiimiä ja tämä aiheuttaa ongelmaa myös; heidän on kysyttävä muilta, kuinka kutakin asukasta hoivataan. Sijaiset myös joutuvat käyttämään enemmän aikaa asukasta kohden, sillä toimintatavat ja tieto kuinka asukkaan kanssa toimitaan ovat puutteelliset. Näin ollen sijaisten ollessa vuorossa voi vakituinen henkilökunta joutua tekemään enemmän töitä, sillä sijainen ei kerkeä hoivaamaan yhtä montaa asukasta vuorossaan kuin vakituinen henkilökunta.

”Kesäsijaiset syöttävät asukkaita, jotka osaavat syödä itse” (kenttäpäiväkirja 23.6.2014)

”Tänään vahvuudessa on varahenkilöitä, yksi ainakin on ensimmäistä kertaa tällä osastolla” (kenttäpäiväkirja 26.8.2014)

Sairauslomat ymmärtääkseni johtuvat fyysisesti raskaasta työstä ja sen tuomista erilaisista fyysistä vammoista sekä kivuista liikuntaelimissä mutta myös psyykkisestä kuormituksesta.

Kiire ja henkilökunnan asenteet kulkevat osittain käsi kädessä. Kiire on välillä käsin kosketeltavaa ja aiheuttaa henkilökunnassa hermostumista ja sitä kautta se välittyy myös asukkaille ja vaikuttaa osaston ilmapiiriin. Kiireen aikana helpommin tiuskitaan sekä asukkaille että työtovereille ja jätetään asukkaan toiveet huomiotta tai tehdään asiat herkemmin puolesta.

”Kiireessä henkilökunta hermostuu esimerkiksi ääntelyyn ja saattaa sanoa aika rumasti”
(kenttäpäiväkirja 28.8.2014)

”Ajan vähyys/kiire aiheuttaa sen, ettei aina ole aikaa, jota vanhukselle antaisi esim. peseytymiseen, kun kuitenkin vanhusta ei voi välttämättä jättää yksin toimimaan”
(kirjoituspyyntö)

”Rajallinen aika antaa per asukas: joskus on vaan niin paljon nopeampaa tehdä puolesta”
(kirjoituspyyntö)

”Ajoittain toimijuuden tukemista rajoittaa vähäinen henkilökunta sairaslomien vuoksi. Jos toiminnot ja yhteistyö sekä joustavuus olisi parempaa voisimme järjestää enemmän yksilöllistä joustoa asukkaille” (kirjoituspyyntö)

”Aamu tehty vajaalla, huomaa henkilökunnasta. Hermot kireällä ja loputon kiire. Asukkaiden ruokakin viivästyi” (kenttäpäiväkirja 3.9.2014)

Kiire kehittyy pikkuhiljaa aamun aikana, sillä ennen lounasta tulee olla asukkaiden aamutoimet sekä viikoittaiset kokovartalopesut tehtynä. Näin ollen päivän viimeisinä hoivattavat ikääntyneet joutuvat kiireellä hoivatuiksi. Lisäksi äkillinen tapahtuma, kuten sairaskohtaus saattaa viivästyttää aikataulua. Henkilökunnan kirjoituksissa mainitaan, että kiireessä joudutaan tinkimään kaikesta ylimääräisestä.

”Kun tehdään vajaalla töitä eikä henkilökuntaa ole tarpeeksi niin kaikesta ylimääräisestä joudutaan tinkimään, silloin tehdään vain tarpeellinen, esimerkiksi ulkoilu jää pois ja kaikkia ei voida nostaa istumaan, kun aika ja kädet ei riitä” (kirjoituspyyntö)

”Tulen yleensä auttamaan ruokailun loppuun, kun hoitajilla on niin kiire. Lisäksi ulkoilutan, kun muuten sitä tulee niin vähän” (omaisen haastattelu 29.6.2014)

Havaitsin kiireen näkyvän myös nopeana syöttämisenä, vuodepesujen tekemisenä wc:ssä käymisen sijaan ja toisaalta liiallisena omatoimisuuden vaatimisena: itse ruokailevia, vähän apua tarvitsevia ei auteta ja ruokaa saattaa olla pitkin pöytää/sänkyä sekä vaatteita. Lisäksi kiireessä saatetaan viedä ruokatarjotin liian ajoissa pois, jolloin ruokailu jää hitaammilta syöjiltä kesken. Kiireessä omaisia ei huomioida ja esimerkiksi aikaa keskustelulle ei ole. Hoivan nopeuttamiseksi osaa yksin hoivattavista hoivataan kahdestaan, jolloin se on henkilökunnasta nopeampaa. Tämä kuitenkin havainnointini mukaan aiheuttaa vaan enemmän viivästystä.

”Kun kaksi hoitajaa yhtä aikaa hoivaa, menee asukas sekaisin. Välillä asukas ihan hätäantyy eikä kykene ymmärtämään edes selkeitä ohjeita. Vaikeaa on myös ymmärtää molempien hoitajien ohjeita yhtä aikaa” (kenttäpäiväkirja 20.8.2014)

Koska kiire aiheuttaa kireää ilmapiiriä, henkilökunta kompensoi sitä pitämällä pidempiä taukoja. Henkilökunnalla on lakisääteiset tauot, mutta välillä tauot ovat ajallisesti kolminkertaisia ja kiire lisääntyy entisestään. Tauon tarkoituksena on rauhoittaa tilanne, jotta kiire ei vaikuttaisi käyttäytymiseen, sillä henkilökunta tunnistaa kiireen tuomat seuraukset. Pitkät tauot kuitenkin tuovat tullessaan vaaratilanteita, sillä koko henkilökunnan ollessa suljettujen ovien takana, ovat asukkaat keskenään. Etenkin ”dementiapuolella” asukkaiden ollessa pidempään keskenään tulee tilanteita, jolloin asukkaat hermostuvat toisiinsa ja tilanne eskaloituu fyysiseksi. Tällöin on riskinä kaatumiset tönnin seurauksena ja osaston asukkaat ovat silminnähden levottomia. Levottomuus tarttuu herkästi kaikkiin asukkaisiin, jolloin eteen tulee tilanteita, jossa kaikki osaston asukkaat kävelevät levottomasti osastolla ja heihin on vaikea saada kontaktia. ”Hoivapuolella” taukojen aikana pyörätuolissa istuvat asukkaat saattavat valua tuolissa tai huonossa asennossa istuva asukas istuu huomattavan pitkän ajan huonossa asennossa ja tämä aiheuttaa kipuja. Lisäksi tauon ajan on asukkaiden odotettava esimerkiksi wc:hen pääsyä ja joskus tästä aiheutuu pissavahinkoja.

”Asukkaat tänään aika paljon keskenään, kun henkilökunta pitää aika pitkiä taukoja” (kenttäpäiväkirja 28.8.2014)

Todistin myös tilannetta, että aamuvuorossa oli enemmän hoitajia kuin yleensä. Nämä vuorot olivat rauhallisia ja kiireettömiä, täysin erilaisia kuin yleensä.

”Vuorossa poikkeuksellisesti enemmän hoitajia, kyllä huomaa. Osastolla on heti rauhallisempaa, asukkaatkin ovat levollisempia. Nyt on mahdollisuus ulkoilla ja jutella asukkaiden kanssa” (kenttäpäiväkirja 14.8.2017)

Henkilökunnan asenteet välittyvät kirjoituksissa ja havainnoissa ne tulivat hyvin esiin. Asenne on ongelmana joidenkin hoitajien kohdalla: ei haluta olla asiakaslähtöisiä, jolloin korostuu puolesta tekeminen. Henkilökunta, jonka asenteessa on ongelmia, on selkeästi työhönsä väsyneitä. Tämä on havaittavissa heidän tavastaan puhua ja usein asioita tuodaan esiin negatiivisessa sävyssä, ei nähdä positiivisia puolia. Välinpitämättömyys näkyy siten, että ei välitetä asukkaan toiveista vaan hoiva tehdään hoitajan päätöksellä. Tällöin omatoiminen asukas saattaa joutua vuoteessa hoivatuksi tai asukas joka ei halua syödä leipää saa sitä joka tapauksessa. Ongelmallista on näiden hoitajien käytöksessä myös ajoittain rajut otteet: asukkaan kääntäminen vuoteessa tehdään voimia käyttäen ja vastaan laittavaa asukasta kohtaan käytetään voimia. Välinpitämätön hoitaja puhuu asukkaalle alentavaan sävyyn, tiuskii sekä toimii hyvin ripeästi.

”Henkilökunnan asenne; jos ei ole halukkuutta toimia asukaslähtöisesti” (kirjoituspyyntö)

”Henkilökunnan välinpitämättömyys” (kirjoituspyyntö)

Lisäksi toimijuuden tukemiseen vaikuttaa havainnointini perusteella ylipäätään puhtaasti hoitaja. On hoitajia, jotka antavat aikaa ja tukevat suullisesti ja kehuin, vaikka olisikin kiire. Lisäksi he selostavat kaikille ääneen mitä tekevät ja mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan. Hoivan lomassa he tiedustelevat asukkaan kuulumisia, haluja ja mahdollisuuksien mukaan niitä toteuttavat. Nämä saattavat olla toiveita vaatteista, asusteista tai deodorantin laittamisesta. Sitten on hoitajia, joiden asenteessa ei ole sinällään vikaa, mutta jotka ripeästi hoitavat pakolliset hoivatoimenpiteet, se on heidän työtapansa. Heidän toimintatapansa on erilainen, he eivät välttämättä keskustele asukkaan kanssa enempää kuin on tarve ja työskentelevät hiljaa. He hoivaavat asukkaan hyvin, mutta jättävät kysymättä mielipiteet ja eivät ota huomioon yksilökohtaisia toiveita.

”Huomioiminen ja yksilöllisyys on täysin riippuvaista hoitajasta” (omaisen haastattelu 4.9.2014)

Olen iloisesti yllättynyt, että henkilökunnan asenteet ja hoitajan vaikutus hoivaan tuotiin esille, sillä olin sen itsekin havainnut. Olin myös havainnut kireää ilmapiiriä tiettyjen hoitajien välillä heti havainnointijakson alusta saakka. Havaintojeni perusteella hoitajien asenteissa on suurta hajontaa ja ne hoitajat, jotka ovat selkeästi asukaslähtöisiä, tukevat toimijuutta monipuolisesti ja puolestaan hoitajat, joilla hoiva ei lähde asukkaan tarpeista tekevät päätöksiä ja asioita puolesta. Tämän lisäksi on eri variaatioita: ajattelu saattaa olla asukaslähtöistä, mutta se ei heijastu hoivaan tai heijastuu vain rajoitetusti koskien tiettyä osa-aluetta kuten ruokailua tai hygienian hoitoa. En kuitenkaan havainnut tilannetta, jossa ei-asukaslähtöinen hoitaja olisi toiminut kuitenkin toimijuutta tukevasti, vaikka tällainen olisi toki mahdollista.

Ikääntyneen terveydentila ja toimintakyvyn muutokset ovat mielestäni avain-asemassa toimijuuden näkökulmasta. Tietyt sairaudet, kuten pitkälle edennyt muistisairaus tai halvaus, tuovat toimijuudelle rajoitteita ja asettavat myös pakkotoimenpiteitä. Kommunikaatio ja ymmärrys ovat huomattavan monella heikentyneet ja tuovat arkeen haasteita.

”Vuoteessa olevien kohdalla ei ohjeisteta eikä tiedustella asukkaan toiveita. Kysyin tästä hoitajalta ja sain vastaukseksi, että tehdään helposti puolesta, koska ei jakseta joka päivä ohjeistaa ja todetaan vaan ettei asukas osaa ja se siitä” (kenttäpäiväkirja 13.8.2014)

”Jos asukas on syvästi dementoitunut tai ei enää tajua ympäristöään tai yleensä muutakaan, hän ei enää kykene itseään koskeviin päätöksiin” (kirjoituspyyntö)

”Asukas ei ymmärrä omaa vointiaan (luulee pystyvänsä tekemään vaikka mitä, vaikka kunto ei enää ole sitä luokkaa)” (kirjoituspyyntö)

”En ymmärrä voimakasta äänen käyttöä, jos asukas ei kykene ymmärtämään. Ei hän huutamalla ymmärrä sen enempää” (kenttäpäiväkirja 14.8.2014)

Oman tilansa sekä asioiden ymmärryksen puute johtaa muun muassa ”pakkolääkitykseen” sekä ”pakkopesuun”. ja lisäksi se aiheuttaa asukkaissa aggressiivisuutta sekä pelkoa hoivatoimenpiteissä. Osastolla on myös huomioitava asukkaiden turvallisuus, joka voi tarkoittaa rajoittamista.

”Toimijuuden tukemista vaikeuttaa, jos asukkaan kanssa ei voi keskustella eikä hänen mielipidettänsä voi kysyä esim. puhumattoman vanhuksen kanssa” (kirjoituspyyntö)

”Vatsan toimintaa edistetään painelemalla vatsaa ja tuseeraamalla. On asukkaille kivuliasta ja tehdään väkisin” (kenttäpäiväkirja 20.8.2014)

.”Hyvin monisairas ihminen, joka ei selvästi pysty ilmaisemaan itseään on enempi riippuvainen hoitajien auttamisesta ja tulkinnasta. Turvallisuusasiat huomioiden joudutaan esim. rajoittamaan asukkaan omatoimista liikkumista” (kirjoituspyyntö)

”Joissain tilanteissa joudutaan esim. turvallisuuden takia laittamaan pyörätuoliin (kaatumisriski) tai toisten asukkaiden takia joudutaan laittamaan esim. turvaan huoneeseensa (esim. huutelu), koska toinen asukas voi tulla lyömään huutelun takia” (kirjoituspyyntö)

”Hygienihaalaria joudutaan käyttämään hygienia syistä. Lisäksi turvallisuus, pissat lattialla aiheuttaa kaatumisia. Lisäksi sosiaaliset syyt esim. joskus joku tullut pissaamaan ruokapöydälle” (kirjoituspyyntö)

”Lääkitys hoitajien on yritettävä taata, että asukas saa hänelle menevät lääkkeet, vaikka asukas ei haluaisikaan” ”Joskus asukas ei haluaisi, että pikkupesuja/suihkuu tehtäisiin, mutta hoitajien on tehtävä pesut tiettyyn aikaan mennessä” (kirjoituspyyntö)

Aistitoimintojen heikkenemisen nähdään vaikuttavan laajasti, sillä näön heikentyessä myös liikkuminen muuttuu epävarmemmaksi. Näkökyvyn heikentyminen vaikuttaa ruokailuun sekä kaikkiin arjessa tapahtuviin toimintoihin. Myös kuulon heikkenemisellä on vaikutusta, sillä asukkaan kommunikointi vaikeutuu eivätkä tilanteet ole enää selostettavissa kuten ennen. Tämä aiheuttaa esimerkiksi pelkoa hoivatilanteissa sekä sitä kautta jopa aggressiivista käyttäytymistä. Aistitoimintojen heikkeneminen on osa vanhenemista ja väistämätöntä pitkäaikaishoidossa. Asukkailla on käytössään silmälaseja sekä kuulolaitteita, mutta välillä pohdin niiden toimivuutta. Ovatko silmälasit oikean vahvuisia? Onko kuulokojeessa patterit? Joskus koin, että nämä välineet olivat turhia, sillä asukas ei laseista huolimatta nähnyt tai kuulolaitteen kanssa kuullut kunnolla.

”Asia (se ettei kysytä mielipidettä) perusteltiin sillä, että ikääntynyt ei vaan osaa” (kenttäpäiväkirja 13.8.2014).

”Ikääntyneiden toimintakyvyn muutokset kuten kuulon ja näön heikkeneminen vaikuttavat heidän sosiaaliseen kanssakäymiseen, erilaisiin tilaisuuksiin ja toimintoihin

osallistumiseen. Aistien heikkeneminen tuo myös epävarmuutta, turvattomuutta ja pelkoja myös ikääntyneen liikkumiseen, siitä kärsii myös hänen fyysinen kuntonsa” (kirjoituspyyntö)

”Ei ole mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa, johtuu sairaudesta. Ollaan henkilökunnan armoilla” (omaisen haastattelu 27.8.2014)

Edellisten lisäksi toimijuutta muuttavat infektiot sekä esimerkiksi halvaukset ja kaatumiset. Ikääntyneillä infektiot, kuten virtsatieinfektio tai influenssa voivat tilapäisesti jopa hävittää toimijuuden. Ikääntyneille voi jäädä pysyviä toimintakyvyn muutoksia, mikäli infektio on raju. Aiemmin liikkuva ikääntynyt voi jäädä vuodepotilaaksi, sillä infektion tai kaatumisesta toipumisen aikana vuoteessa olemisesta ei enää kuntouduta liikkuvaksi. Lisäksi esimerkiksi halvaus on pysyvä tila, jolloin sen vaikutus toimijuuteen on lopullinen.

Yhdessä kirjoituksessa mainitaan toimijuuden tukemista estävän sellainen omainen, joka vastustaa hoivaa tai näkee omaisensa tilanteen eri tavalla kuin hoitohenkilöstö. Näissä tilanteissa toimijuuden tukeminen hankaloituu, jos omainen esimerkiksi kieltää kävelyttämisen tai vaatii vuodepesuja, vaikka asukkaan terveydentila sallisi itsenäisemmän peseytymisen. Otaksun, ettei näitä vaatimuksia noudateta, elleivät ne ole asukkaan kannalta perusteltavia, sillä hoivatyön perustana on kuitenkin kuntouttaa ja ylläpitää asukkaan toimijuutta.

”Omainen, joka vastustaa tai näkee omaisensa eri tavalla kuin hoitohenkilöstö” (kirjoituspyyntö)

Oman esteensä toimijuudelle tuo tilanne, jossa asukas on saattohoidossa. Pitkäaikaishoidossa kuolema on vahvasti läsnä ja osana hoivaa on myös saattohoito, sillä tässä kaupungissa ei ole omaa yksikköään saattohoitopotilaille. Saattohoidossa henkilökunta huolehtii, ettei asukas ole kivulias ja esimerkiksi lääkäri arvioi onko nesteyttäminen tai syöminen enää mahdollista. Tällöin asukas ei voi itse vaikuttaa saamaansa hoivaan vaan sen säätelee hoivahenkilöstö,

”Ajoittain asukas ei voi itse vaikuttaa omaan toimijuuteensa esim. saattohoitotilanne” (kirjoituspyyntö)

Osasto ympäristönä rajoittaa toimijuutta rutiinien ja aikataulujen kautta. Osastolla on syötävä ruoka-aikana ja muun muassa lääkityksestä ei voi kieltäytyä. Osasto rajoittaa

asukkaan vapautta, sillä osastolta ei ole mahdollista poistua. Osaston toiminnot tapahtuvat päivittäin samaan aikaan, eikä niihin ole mahdollista vaikuttaa. Kirjoitan ympäristön vaikutuksesta lisää luvussa 7.2.

”Valitettavasti päivärytmiin ei voi vaikuttaa. Ruokailuajat ovat tietyt ja silloin yleensä on lääkkeitäkin otettava” (kirjoituspyyntö)

”Ruokailuajat ovat sellaisia, ettei niitä juurikaan voi venyttää eli asukas syö kun on ruokaa-aika” (kirjoituspyyntö)

”Laitosolosuhteet ohjaavat päivän aikataulua; ruokailut ym.” (kirjoituspyyntö)

”Osastolta ei voi poistua” (kirjoituspyyntö)

”Joskus asukas ei haluaisi että pikkupesuja/suihkua tehtäisiin, mutta hoitajien on tehtävä pesut tiettyyn aikaan mennessä” (kirjoituspyyntö)

Käyttövarojen niukkuus näkyy aineistossa siten, että etenkin edunvalvonnassa olevien ikääntyneiden on hyvin vaikeaa saada käyttövaroja, sillä edunvalvojan tulisi tuoda rahat osastolle. Hoitajien ei ole mahdollista työnsä ohessa hakea käyttövaroja. Osa omaisista toimii laillisena edunvalvojana, osa hoitaa pankkiasioita asukkaan avainlukulistalla. Asukkailla on myös käytössään yleinen edunvalvoja. Omaisten aktiivisuus käyttövarojen antamiseen vaihtelee ja havaitsin joillain asukkailla olevan hyvinkin suuria summia käyttövaroja toisten ollessa kokonaan ilman.

”Joidenkin asukkaiden on hankala saada käyttövaroja, jos omainen on edunvalvoja ja hän kokee hankalaksi käyttövarojen tuonnin” (kirjoituspyyntö)

Käyttövaroja osastolla käytetään esimerkiksi hygieniatarvikkeisiin, joita tilataan kimppatilauksena. Kampaaja ja parturi sekä jalkahoitaja ja hieroja ovat mahdollista saada laskulle, joskin ne pyritään maksamaan käteisellä. Osalla asukkaista käyttövarojen niukkuus näkyy suoraan vaatetuksessa: he käyttävät vain osaston vaatteita sekä hygieniatarvikkeita.

Lainsäädäntö ja rakenteet tuovat toimijuuteen omat rajoitteensa. Hoitajien on toimittava lain mukaan ja rakenteisiin on vaikea vaikuttaa. Suuri osasto tuo työlle haasteita asukkaiden suuren määrän sekä hoitoisuuden vuoksi. Raskashoitaiset asukkaat vaativat kahden hoitajan työpanoksen ja perushoiva vie paljon aikaa.

”Meidän on toimittava lainsäädännön puitteissa” (kirjoituspyyntö)

”Asukkaiden suuri määrä ja se, minkä kuntoisia he ovat” (kirjoituspyyntö)

Toimijuuden tukemista vaikeuttaa myös kunnan taloustilanne, sillä asukkaiden kanssa ei voida enää tehdä esimerkiksi retkiä. Lisäksi osastolla ei voida enää järjestää juhlia entiseen malliin, sillä käyttövaroja yhteiseen toimintaan ei ole. Tämä koetaan asukkaiden kannalta ikävänä, sillä tapahtumat ja retket ovat olleet osastolle ja sen asukkaille tärkeitä.

”Olisi ihanaa järjestää asukkaille juhlia ja retkiä. Retkien este on ollut kaupungin tiukka taloustilanne, jolloin taksikortteja ei ole lupa käyttää retkiin, joilla virkistetään asukkaita” (kirjoituspyyntö)

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen nähdään hankalana, sillä asukkailla ei ole enää ymmärrystä tehdä kaikkia itseään koskevia päätöksiä. Itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan, jos asukkaan halut ja toiveet ovat hänelle epäedullisia ja vaarantavat terveyden tai toisia asukkaita. Kieltäminen johtaa pakkotoimiin esimerkiksi asukkaan kieltäytyessä lääkkeitä ne annetaan hänelle tavalla tai toisella. Itsemääräämisoikeutta pyritään kuitenkin ensisijaisesti noudattamaan, joskin heikon kognition omaavilla sitä on haastavaa toteuttaa. Täysin toisen hoivan varassa olevien henkilöiden itsemääräämisoikeus helposti sivuutetaan, sillä katsotaan, ettei asukas ole kykeneväinen päätöksiin.

”Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ajoittain vaikeaa ja asukas voi toivoa hyvin epäsuotuisia ratkaisuja. Saattaa kieltäytyä esim. vaipan vaihdosta, pesusta, jolloin hoitajan täytyy miettiä paras ratkaisu” (kirjoituspyyntö)

7.3 Ikääntyneen toimijuuden koordinaatit

Tässä luvussa analysoin toimijuuden koordinaatteja (ikä, sukupuoli, sukupolvi, yhteiskuntaluokka, ympäristö sekä ajankohta) henkilökunnan kirjoitusten sekä omien havaintojeni pohjalta. Tämä kysymys oli henkilökunnalle selkeästi vaikein, vaikka alustin kirjoituspyynnön sanallisesti ja selitin mitä vastauksilla haen. Vastaukset ovat suppeampia kuin muissa kysymyksissä.

Aineistoista käy ilmi, että *kronologinen ikä* ei niinkään vaikuta toimijuuteen: ikä ei itse asiassa kerro asukkaasta ja hänen toimijuudestaan yhtään mitään. Osastolla eri ikäiset asukkaat saattavat olla hyvinkin eri kuntoisia ja ”dementiapuolella” saattaa vielä työikäinen olla tietyltä toimijuuden osaltaan heikompi kuin ”hoivapuolella” yli 90-vuotias. Ikää enemmän toimijuuteen ja sen tukemiseen vaikuttavat asukkaan pitkäaikaissairaudet sekä toimintakyky.

”On sillä vaikutusta, jos ikääntynyt ei pysty esim. kommunikoimaan” (kirjoituspyyntö)

”Asukkaan iällä ei sinällään ole merkitystä siihen, miten paljon hän voi itse vaikuttaa. Samalla tavalla pyritään toteuttamaan asukkaan toiveita ja tarpeita kronologisesta iästä huolimatta” (kirjoituspyyntö)

”Iällä ei väliä, jos vain muuten kunto mahdollistaa toimijuutta tukevan hoidon” (kirjoituspyyntö)

Ikä kuitenkin tulosten valossa vaikuttaa siihen, että nuorempia kuntoutetaan herkemmin ja nuorempien koetaan olevan sosiaalisempia sekä halukkaampia kuntoutukseen. Nuorempien kuntoutus nähdään kannattavampana kuin iäkkäimpien, sillä nuoremmilla katsotaan olevan vielä mahdollisuuksia ikänsä puitteissa kuntoutua. Iäkkäimpien kohdalla pyritään ylläpitämään vallalla oleva tila.

”Nuorempi saattaa usein olla sosiaalisempi ja halukas kuntoutukseen. Mutta joskus sairaus vaikuttaa nuoremmallakin ja vaikeuttaa omatoimisuutta. Ihmisen perusluonne vaikuttaa (esimerkiksi sisukkuus), ei niinkään ikä” (kirjoituspyyntö)

”Nuorempaa ihmistä kuntoutetaan ehkä herkemmin, riippuu paljon asukkaan kunnosta” (kirjoituspyyntö)

Yhden kirjoituksen mukaan ikä saattaa vaikuttaa viriketoimintaan osallistumisessa, sillä iän tuoma muistin alenema hankaloittaa esimerkiksi muistelua. Oman havainnointini mukaan kaikkein iäkkäimpiä pidetään jo ikänsä puolesta fyysisesti heikentyneinä ja ajoittain heidän puolestaan tehdään asioita perustuen puhtaasti ikään. Tämä ilmenee henkilökunnan puheena iän tuomasta hauraudesta. Toisaalta kaikkein iäkkäimpien myös annetaan olla rauhassa, sillä koetaan, ettei heidän ikänsä vuoksi enää tarvitse osallistua kaikkeen, heidän annetaan levätä ja olla rauhassa.

Sukupuolella osoittautui olevan yllättävän suuri vaikutus toimijuuden tukemiseen. Sukupuolijakauma on naisvoittoinen niin asukkaiden kuin henkilökunnankin puolelta. Sukupuoli määrittää havaintojeni perusteella keskustelujen aiheet sekä katsottavat tv-ohjelmat. Hoitohenkilökunta systemaattisesti keskustelelee miesten kanssa tietyistä aiheista kuten urheilusta tai sota-ajasta. Miehillä usein myös laitetaan televisiosta urheilua tai uutiset. Naisten kanssa puolestaan keskustellaan hyvin paljon lapsista ja perheestä sekä käsitöistä ja heille laitetaan tv:stä kokkiohjelmia. Naisilta kysytään miehiä useammin mitä he haluavat pukea päälleen sekä kiinnitetään huomiota siistiin ulkonäköön. Intiimihygienian suhteen miehiä kohtaan ollaan sensitiivisempiä ja kerrotaan tarkemmin mitä tehdään ja annetaan aikaa. Havaitsin myös, että osalle miesasukkaista naishoitajan tekemän intiimihygienian hoitaminen on häpeällistä ja kiusallista jolloin hoivan aikana pyritään peittämään sukuelin. En päässyt havainnoimaan naisasukkaan suhtautumista mieshoitajan toteuttamaan intiimihygienian hoitoon, joten en osaa sanoa, olisiko tilanne sama myös näin päin.

Näen hoitohenkilökunnan sukupuolella olevan merkitystä, sillä valtaosa heistä on naisia. Luulen että tämän vuoksi naisasukkaita myös huomioidaan enemmän juurikin vaatetuksessa sekä ulkonäköasioissa. Havainnointini perusteella miehillä on naisia useammin osaston vaatteet, kun taas naisille puetaan henkilökohtaisia vaatteita sekä esimerkiksi rintaliivit. Hoitohenkilökunnan on helpompi keskustella naisten kanssa ja kirjoituksista ilmenee, että naisille on myös helpompi järjestää viriketoimintaa.

”Naisille on helpompi järjestää mielekästä/tukevaa toimintaa” (kirjoituspyyntö)

”Sukupuoli voi vaikuttaa johonkin virikkeiden/harrastusten järjestämiseen” (kirjoituspyyntö)

Henkilökunta kokee, että miesten kuntoa seurataan puolestaan tarkemmin, sillä vähemmistö asukkaista on miehiä, kun taas naiset koetaan vaativammiksi hoitonsa suhteen. Sukupuoli huomioidaan kirjoitusten perusteella myös juhlapäivinä.

”En usko, että sukupuoli ratkaisee. Miehiä on yleensä vähemmän hoitolaitoksessa, ehkä heidän kuntoaan seurataan tarkemmin” (kirjoituspyyntö)

”Sukupuoli huomioidaan siten, että juhlitaan yhdessä äitienpäivää ja isänpäivää. Yksilöllisesti huomioimme mieltymykset tv ohjelmiin esim. usein miehet tykkäävät urheilusta ja naiset kokkiohjelmissä” (kirjoituspyyntö)

”Naiset usein saattavat olla vaativampia pyytämään apua, mutta joskus myös sisukkaampia” (kirjoituspyyntö)

Kohortti ilmenee osastolla esimerkiksi ruokailussa. Asukkaille tarjottava lämmin ruoka on perinteistä suomalaista ruokaa, joka sisältää perunaa ja lihaa. Salaatti koostuu myös perinteisistä perus raaka-aineista kuten kurkku, tomaatti ja salaatti sekä kaali. Ruokajuomana on kevyt- tai punaista maitoa, piimää sekä kotikaljaa. Kahviin on mahdollista saada kermaa, joka kuuluu osaston kohortin tottumuksiin. Lisäksi palasokeri on merkityksellinen, kahvia juodaan mahdollisuuksien mukaan palasokeri suussa. Ruoka on kuitenkin muuttumassa nykyaikaisemmaksi ja läskisoosi sekä paistit ovat väistymässä uusien ravintosuositusten tieltä.

”Ruokailun mielekkyyteen saattaa vaikuttaa se, että nykypäivän ruoat ovat erilaisia kuin ennen. Tätä ei voi osastolla ottaa huomioon, ruoka suunnitellaan muualla” (kirjoituspyyntö)

Ruokalistaa tarkastellessani, sieltä on löydettävissä nykyaikaista kanaa ja riisiä sekä mausteisempia ruokia. Nämä ovat etenkin vanhemmalle sukupolvelle hyvin eksoottisia, sillä heidän ruokavalionsa on luultavammin koostunut perunasta sekä sianlihasta ja vaaleasta kalasta. Henkilökunta kokee soseruon olevan vastenmielisen näköistä ja en voi sitä itsekään kieltää. Osastolla kiinnitetään huomiota ruoan asetteluun ja myös soseruoka asetellaan lautaselle sektoreittain. Ruoka on kuitenkin väritykseltään epämääräistä, sillä usein kastike värjää ruoan haalean ruskeaksi. Väriä annokseen antaa soseutettu salaatti.

”Onneksi kaikki asukkaat eivät näe kunnolla, ruoka on ällöttävän näköistä. Ei auta, vaikka sen asettelee kauniisti. En ihmettele, vaikka ruoan ulkonäkö vaikuttaisi ruokailun mielekkyyteen” (kenttäpäiväkirja 1.9.2014)

Eri sukupolvet arvostavat eri asioita ja nuorempi sukupolvi koetaan vaativampana. Nuorempi sukupolvi on tietoisempi oikeuksistaan sekä siitä, mihin heillä on oikeus ja mahdollisuus. Nuoremman sukupolven omaiset ovat aktiivisia oikeuksien puolustajia sekä hyvin kiinnostuneita omaistensa hoivasta; osastolla nuoremmat omaiset aktiivisesti tiedustelevat omaistensa asioita, iäkkäiden omaisten tyytyessä viettämään vain aikaa omaisensa kanssa. Vanhempi sukupolvi ei osaa vaatia, he eivät luultavasti ole tottuneet siihen: he ovat tyytyväisiä hyvin vähään. He ovat eläneet aikaa, jolloin ruoka on ollut vähissä

ja on eletty hyvin askeettisesti. Luulen heidän olevan tyytyväisiä siihen, että he saavat päivittäin lämmintä ruokaa, puhtaat vaatteet sekä tarvitsemansa hoivan.

”Nykyajan asukkaat tietoisempia omista eduistaan, osaavat vaatia esim. kuntoutusta tai ainakin omaiset” (kirjoituspyyntö)

”Eri sukupolven ihmiset arvostavat eri asioita ja heillä on erilaisia elämänarvoja” (kirjoituspyyntö)

”Nuorempi sukupolvi osaa vaatia enemmän, vanhempi sukupolvi tyytyy vähempään, eikä halua huomiota” (kirjoituspyyntö)

Kohortti näkyy mielestäni myös musiikissa sekä viriketoiminnassa. Asukkaille soitettava musiikki sekä viriketoimintana tarjottu musiikki ovat vanhaa tanssimusiikkia tai vaihtoehtoisesti hengellistä musiikkia. Asukashuoneissa radiokanavina on muun muassa hengellinen kanava sekä iskelmäkanava. Monella on myös oma c-kasettisoitin huoneessaan ja he kuuntelevat omia c-kasettejaan. Lisäksi havainnoin kohortin vaikuttavan naisten kauneuden hoitoon: osasolla suositaan papiljotteja sekä napillisia leninkejä, jotka itse miellän kohorttiin kuuluvaksi. Napilliset leningit ovat myös helppo pukea, osastolla ei käytetä vaatteita, joiden pukeminen on vaikeaa. Havaitsin myös naisten rintaliivien olevan keskenään samantyyllisiä, kaarituettomia ja yleensä valkoisia tai ihon värisiä. Ihon väristen ohuiden sukkahousujen käyttö on myös yllättävän suosittua. Asukashuoneiden sisustus puolestaan huokuu asukkaidensa aikakautta, sillä sisustuksissa käytetään ryijyjä, pitsiliinoja sekä paloista virkattuja nojatuolin suoja. Asukashuoneissa on esillä myös asukkaiden omia Raamattuja. Osasto yhteisiltä tiloiltaan huokuu asukkaidensa sukupolven tyyliä ja se on osittain myös aikamatka menneeseen, se tuntuu mummolalta.

Yhteiskuntaluokka on vaikuttanut siihen, että asukkaat ovat juuri tässä hoivayksikössä. Kunnan tarjoamaan palveluun päätyvät yleensä työväenluokkaiset asukkaat. Keskustellessani henkilökunnan kanssa eivät he ole edes tietoisia kaikkien asukkaidensa yhteiskuntaluokasta, sillä se ei vaikuta käytännön hoivatyöhön lainkaan. Vain kahdessa kirjoituksessa esitetään ammatin sekä koulutuksen vaikuttavan toimijuuteen.

”Tasa-arvoisuus kaikkien hoidossa korostuu riippumatta esim. mihin yhteiskuntaluokkaan kuuluu” (kirjoituspyyntö)

”Tänä päivänä ei ehkä enää niin paljon, ennen ns. parempia ihmisiä hoidettiin ja passattiin ja annettiin enemmän aikaa tavallisten ihmisten kustannuksella” (kirjoituspyyntö)

”Jos asukas on lukeneempi ylemmästä yhteiskuntaluokasta, hän on tottunut saamaan palvelua ja vaatimaan sitä. Monesti myös hänen omaisensa” (kirjoituspyyntö)

”Mielestäni jokainen asukas on samanarvoinen, olivat he rikkaita tai köyhiä. Ennen oli toisin” (kirjoituspyyntö)

Henkilökunta kuitenkin kokee, että omaisen yhteiskuntaluokalla on merkitystä. Ylempään yhteiskuntaluokkaan kuuluvat omaiset vaativat hoidolta enemmän yksilöllisyyttä ja he ovat tietoisempia oikeuksistaan.

”Ajoittain korkeasti koulutetut omaiset vaativat eri tavoin huomiota omaiselleen” (kirjoituspyyntö)

Asukashuoneissa on esimerkiksi omaisten tekemät kirjalliset ohjeet omaisensa hoidosta, johon sisältyy eriteltyä esimerkiksi mielimusiikkiä, asennot, joihin vuoteessa avustetaan sekä jumppaohjeita. Havaittiin, että nämä omaiset koetaan myös vaativina ja ajoittain jopa hankalina, minkä pystyy havainnoimaan henkilökunnan kommentteista. Omaisten pyyntöjä ihmetellään ääneen ja todetaan ettei täysin räätälöity hoiva ole mahdollista. Lisäksi näitä omaisia jopa vähän pelätään ja heille puhutaan hyvin virallisesti. Joskus havaittiin henkilökunnan jännittävän omaisen kohtaamista ja omaisen saapuminen osastolle aiheuttaa edeltäviä toimenpiteitä, kuten asukkaan avustamisen sängystä pyörätuoliin, sillä omaisen on vaatinut, että asukas istuu pyörätuolissa. Joskus käy myös niin, että asukas saattaa olla vielä vuoteessa omaisen saapuessa, jolloin henkilökunnalle tulee sanomista.

Yhteiskuntaluokka vaikuttaa myös käyttövarojen niukkuuteen, jolloin se sulkee mahdollisuuksia palveluihin tai henkilökohtaisiin hygienia- ja vaateisiin.

Ympäristö on aineiston valossa sekä mahdollistava että rajaava. Ympäristönä laitos asettaa tietyt rutiinit ja aikataulut päivälle sekä estää sieltä poistumisen. Päivä rakentuu ruokailujen ympärille ja toimintoihin mitä niitä ennen ja jälkeen tehdään. Tämä näkyy henkilökunnan tavassa puhua *”kohta on lounas, pitää äkkiä tehdä ne pesut”*. Mielestäni ahtaat tilat *”hoivapuolella”* hankaloittavat apuvälineiden käyttöä ja siten heikentävät toimijuuden mahdollisuuksia. *”Hoivapuolella”* henkilökunnan on asukkaan liikkua siirreltävä osaston

käytävillä olevia kärryjä edestä ja kaksi asukasta ei mahdu apuvälineiden kanssa käytävälle vierekkäin. Lisäksi suuri osasto ja iso asiakasmäärä eivät voi olla vaikuttamatta yksittäisen asukkaan toimijuuden tukemiseen.

”Osasto/huoneet ovat ahtaat, voi vaikeuttaa esim. rollaattorin tai muiden apuvälineiden käyttöä” (kirjoituspyyntö)

”Isot asiakasmäärät ja suuret osastot vaikeuttavat toimijuuden ja kuntoutumisen tukemista” (kirjoituspyyntö)

”Dementiapuolella” ovet ovat lukossa, joka tekee siitä vielä rajatumman ympäristön. Toisaalta tämä mahdollistaa muistisairaiden vapaan liikkumisen, sillä ei ole pelkoa, että osastolta pääsee poistumaan.

”Osasto tehty turvalliseksi dementoituneille, ei tarvitse niin paljon rajoitteita” (kirjoituspyyntö)

Yhdessä kirjoituksessa nähdään laitos ympäristönä passivoivana ja asukkaat laitostuvat hyvinkin pian: aktiivisuus omien asioiden hoitamiseen vähentyy. Laitos ympäristönä poikkeaa omasta kodista ja se voidaan nähdä myös ”suljettuna laitoksena” tai mieltää vankilaksi. Lisäksi laitosympäristössä ei ole mahdollisuutta antaa aikaa riittävästi, koska on huomioitava myös muut asukkaat.

”Laitosympäristö vaikuttaa asukkaisiin ja vaikutuksen huomaa nopeasti. Asukkaat laitostuvat nopeasti. Tällöin heidän aktiivisuus omien asioiden hoitamiseen, keskustelemiseen ja asioiden suunnitteluun vähentyy” (kirjoituspyyntö)

Laitos ympäristönä antaa myös mahdollisuuksia. Se on turvallinen ympäristö liikkua, sillä tarvittavat apuvälineet ja tuki ovat koko ajan läsnä.

”Apuvälineet (kaiteet) mahdollistavat toimijana toimimisen, ympäristö on turvallinen” (kirjoituspyyntö)

”Ympäristö antaa tietyt puitteet esim. turvallisen liikkumisen suhteen” (kirjoituspyyntö)

Ympäristö on esteetön, jolloin se mahdollistaa liikkumisen kaikilla apuvälineillä. Kotioloissa liikkumista saattavat vaikeuttaa kynnykset sekä matot, joita taas osastolla ei ole. Henkilökunnan ollessa läsnä kaikkina vuorokauden aikoina on ympäristö myös valvottu ja

apua saatavissa aina, kun tarvetta on. Osasto on myös niin viihtyisä, kun laitospäristö voi olla ja tulee tunne, että viihtyvyyteen on panostettu.

”Tarvittavat välineet auttavat päivittäisissä toiminnoissa” (kirjoituspyyntö)

”Viihtyisä ympäristö tukee toimijuutta esim. kannustaa hakeutumaan yhteisiin tiloihin” (kirjoituspyyntö).

”Pitää olla esteettisesti kodinomainen, esteettömästi saatava liikkua” (kirjoituspyyntö)

Ajankohta nähdään positiivisena, sillä viime vuosina on alettu enenevässä määrin kiinnittää huomiota ikääntyneisiin ja nykyaikaisen hoivatyön katsotaan olevan edistynyt verrattuna entisaikoihin. Ikääntyneiden oikeuksia on parannettu sekä kehitetty muun muassa lailla (Laki ikääntyneen väestön... 28.12.2012/980), jonka ansiosta asianmukaiseen jatkohoitopaikkaan pääsy on nopeutunut. Myös ikääntyneen osallisuutta itseään koskeviin asioihin on korostettu. Toisaalta kirjoituksista huokuu ajankohdan tuomat rajoitteet, sillä budjetti rajaa viriketoimintaa ja nykyinen lainsäädäntö ja rakenteet tuovat hoivatyölle rajat ja osaltaan aiheuttavat suuret osastot ja asukasmäärät.

Kasvavan sosiaalisen median käytön myötä on ikääntyneiden asioista tullut julkisia. Itse näen ajankohdassa positiivisena sen, että nykyaikainen media mahdollistaa sellaisten asioiden julkitulemisen, jotka ennen olisivat jääneet huomiotta. Facebook sekä Instagram ovat esimerkiksi väyliä, joissa kuka tahansa sovelluksen käytön osaava henkilö voi kirjoittaa asiasta kuin asiasta ja siellä onkin ajoittain ollut tapauskuvauksia ikääntyneiden laitoshoidosta omaisten silmin. Omaisten kirjoitukset ovat herättäneet kansalaisissa tunteita ja päätyneet myös sanomalehtiin. Tätä kautta näen ajankohdan olevan otollinen palvelujen kehittämiseksi, sillä näistä kirjoituksista on lukemani mukaan poikunut myös työtehtäviä valvontaelimille. Toisaalta ajankohta on nyt sellainen, että henkilökuntaa on vähän ja vaihtuvuus koetaan kuormittavana. Fyysinen työ lisää sairauspoissaoloja, jolloin osastolla näkyy sijaisia. Lisäksi raskas työ ei houkuttele nuoria.

Yhdessä kirjoituksessa tuodaan esiin myös se, että asukkaan oman elämän ajankohdalla on merkitys toimijuuteen: esimerkiksi läheisen kuolema tai muu kriisitilanne voi heikentää toimijuutta. Omassa elämässä koettu kriisi auttamatta vaikuttaa ikääntyneen toimijuuteen, voi jopa olla, että halu toimijuuteen katoaa. Muutoksia tulee lisäksi toimijuuden

modaliteetteihin, sillä esimerkiksi osaaminen, haluaminen ja tunteminen voivat muuttaa muotoaan tai kadota.

”Sairastumisen/sairauden ajankohdalla on merkitystä. Elämän ajankohdalla, mitä on tapahtunut esim puolison kuolema” (kirjoituspyyntö)

Osaston vuoro vaikuttaa toimijuuteen, sillä aamuvuorossa on enemmän henkilökuntaa. Täten aamuvuorossa toimijuuden tukeminen mahdollistuu iltavuoroa paremmin ja esimerkiksi viriketoiminta sekä viikoittaiset pesut ovat aamuvuorossa henkilöstömitoituksen vuoksi. Havainnoituani myös muutamaa iltavuoroa, tein samansuuntaisia havaintoja. Iltavuoro näyttäytyy vielä aamuvuoroa rutinoituneemmalta.

”Aamussa enemmän hoitajia, jolloin voi paremmin huomioida asukkaita” (kirjoituspyyntö)

”Kun henkilökuntaa on vähän (yö/ilta) on asukkaan toiveiden toteuttaminen hankalampaa. Aina ei ole apulaista – käsiparia (jos tarvitaan kaksi)” (kirjoituspyyntö)

Yksi kirjoitus ottaa kantaa siihen, että asukkaiden vireystaso vaihtelee vuorokauden eri aikoina, jolloin toimijuuden tukeminen tulisi ajoittaa virkeään hetkeen ja tämä ei ole aina mahdollista. Usein samalla hetkellä on joko viriketoimintaa tai jotain muuta ohjelmaa.

Yhteenvetona luvun tuloksista voi siis todeta, että pitkäaikaishoidossa ikääntyneen iällä ja yhteiskuntaluokalla ei ole juurikaan merkitystä toimijuuden tukemiseen. Sukupuoli näyttää määrittävän ikääntyneiden ajanviettoa määrittäen katsottavat televisio-ohjelmat sekä keskustelun aiheet. Sukupolvi on tuonut asukkaille eriasteista vaatimuksen tasoa hoivansa suhteen ja kohortti määrittää osastolla niin tarjotun ruoan kuin virikeohjelman ja musiikin. Ympäristönä laitos nähdään sekä rajaavana että mahdollistavana. Osasto määrittää arkea ja päivittäisiin rutiineihin ei ole mahdollisuutta vaikuttaa. Toisaalta osasto tarjoaa turvallisen ympäristön antaen asukkaille tarvittavat apuvälineet sekä henkilökunnan avun ja turvan. Ajankohta tuo ikääntyneiden hoivaan kohennusta uusien lakien ja suositusten myötä, mutta tulosten valossa hoivaa määrittää osaltaan kunnan budjetti, joka näkyy hoitotarvikkeiden sääteltyssä sekä ylimääräisten virikkeiden puutteena.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkielmassani olen tarkastellut sitä, *millaisena ikääntyneen toimijuuden tukeminen näyttäytyy ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa?* Toimijuus pitkäaikaishoidossa on ikääntyneen mahdollisuutta vaikuttaa saamaansa hoivaan sekä mahdollisuutta toimia subjektina omassa elämässään. Hoivahenkilöstön on mahdollista tukea ikääntyneen toimijuutta, mikäli siihen on osaamista, halua sekä mahdollisuuksia kummallakin osapuolella.

Tutkielma avaa pitkäaikaisen laitoshoidon arkea ja tuo esiin niitä mahdollisuuksia sekä rajoitteita joita ikääntyneen toimijuuden tukemiselle on. Aikaisempi tutkimus on keskittynyt enemmän yksittäisiin tilanteisiin, kuten lounasruokailuun sekä ryhmätoimintatilanteeseen (ks. Koivula, 2006; Virkola, 2008), kun taas oma tutkielmani avaa koko aamuvuoroa. Kuvailmani osaston toimintakäytännöt tuovat uutta tietoa tämänhetkisestä hoivan organisoitumisesta kunnan toimipaikassa ja modaliteetit sekä koordinaatit tutkielman keskeisinä käsitteinä syventävät ikääntyneen toimijuuden tarkastelua. Tutkielmani hyödyttää hoivahenkilöstöä sekä heidän esimiehiään ja tutkielman kautta on mahdollista reflektoida omaa työtään. Toivon tutkielman herättävän keskustelua organisaatiolähtöisen hoivan tuomasta rutinoituneesta tavasta työskennellä ja siten nostavan ajatuksia, kuinka sitä voisi muuttaa asukaslähtöisemmäksi.

Hoivan kontekstissa tulokset tukevat ajatusta, että hoivan tarvitsijat eivät pärjää ilman toisen apua. Hoiva on eri ikääntyneiden kohdalla erilaista: toiset tarvitsevat vain suullista ohjausta toisten ollessa täysin toisen ihmisen avun varassa. Hoivassa ikääntynyt luovuttaa oman ruumiinsa toisen käyttöön. Ikääntyneet havainnoimallani pitkäaikaishoidon osastolla ovat hyvin heterogeeninen ryhmä ja esimerkiksi Koivula (2006) on tutkielmassaan havainnut saman. Hoivan tarvitsijat sekä antajat ovat tässä tutkielmassa pääsääntöisesti naisia, joka on myös havaittu hoivan tutkimuksessa (mm. Anttonen & Zechner, 2009; Räsänen, 2011; Hopponia ym. 2016). Vaikka yhteiskunnalla on vastuu ikääntyneiden hoivasta ei voida ohittaa omaisten merkitystä pitkäaikaishoidossa. Omaiset ovat edelleen tärkeimpiä hoivan tuottajia (Anttonen, 2009; Stone, n.d.). Omaisten vastuuseen ei suoraan vedota havaitsemallani osastolla, mutta oletetaan omaisten olevan kiinnostuneita hoivasta sekä

osallistuvan siihen edes jollain tapaa. Näin ollen jaettu hoivavastuu on edelleen ajankohtainen ja tulee luultavasti jatkumaan.

Ikääntyneiden hoiva on tulosten valossa hyvin rutinoitunutta ja sitä ei kyseenalaisteta. Henkilöstö työskentelee ja ikääntyvät elävät päivästä toiseen samojen toistuvien toimintojen parissa, johon vaihtelua tuovat vain rutiinien rikkojat kuten viriketuokioiden sekä omaisten vierailu. Virkola (2009) havaitsi omassa tutkimuksessaan ruokailun rytmittävän arkea ja havainnoimallani osastolla toimintakäytännöt muodostuvat perushoivasta jota etenkin ruokailut rytmittävät. Toimijuuden tukeminen rakentuu lounaan ympärillä saatavaan ja annettavaan hoivaan ja henkilökunta suunnittelee hoivan ennen ja jälkeen ruokailun tapahtuvaksi. Asukkaat istuvat ”hoivapuolella” ruokasalissa aina samoilla paikoilla, kuten myös Koivulan (2006) tutkimalla osastolla. Ruokailussa ruokasalissa istuvat ikääntyneet saavat ruoan ensin, jonka jälkeen ruoka viedään asukashuoneisiin järjestyksessä. Kuitenkin hitaasti syötettävät sekä PEG- ruokaletkulla ruokailevat jäävät viimeiseksi.

Hygienian hoito on hyvin rutinoitunutta myös, mutta verraten yksilökohtaista. Asukkaiden kanssa työskennellään samalla tavalla päivittäin, mutta tavat ovat yksilöllisiä. Hygienian hoitoon on varattu enemmän aikaa, kuin esimerkiksi ruokailuun ja nämä tilanteet näyttävät pääsääntöisesti rauhallisina. Hoivatyön lomassa käydään vaihtelevasti keskusteluita ikääntyneen kanssa ja on mahdollista ottaa huomioon yksilölliset toiveet ja mieltymykset. Liikkuminen tapahtuu ”hoivapuolella” vain apuvälineiden avulla ja merkitykselliseksi muodostuu oikeanlainen apuväline. Apuvälineillä mahdollistetaan heikonkin toimijuuden omaavan asukkaan liikkuminen sekä sitä kautta sosiaalisuus. Myös täysin vuoteessa olevia pyritään aktivoimaan pyytämällä esimerkiksi nostamaan kättä tai avustamaan asennon vaihdossa.

Kaikkein raskashoitoisimmat ja täysin toisen hoivan varassa olevat asukkaat ovat hoivahenkilöstön armoilla ja jäävät hoivassa järjestään viimeiseksi ja joskus henkilökunta joutuu keskenään sopimaan kuka heitä hoitaa: vapaaehtoisia ei ole. Järnström (2011) havaitsi tutkimuksessaan, että ikääntyneiden omat toiveet siivutetaan usein ja näin tapahtuu myös osastolla, josta aineistoni keräsin. Omassa tutkielmassani tämä näyttää erityisesti vuoteeseen hoivattavien kohdalla. Väitöskirjatutkimuksessaan Virkola (2014) toteaa, että toisen avun varassa olevat ikääntyneet joutuvat turvaamaan muihin ja osastoni asukkailla ei ole muuta vaihtoehtoa selvitäkseen arjestaan. Vuodepotilaiden kohdalla kommunikaatio ei

ole aina mahdollista ja ohjeiden sekä puheen ymmärtäminen ovat vajavaista. Tästä aiheutuu tilanteita, jolloin hoitohenkilökunta tekee asiat ikääntyneen puolesta eikä edes yritä tiedustella asukkaan mielipidettä. Näiden ikääntyneiden kohdalla on kirjoittamaton sääntö, että asiat tehdään puolesta ja kaikki toimivat sen mukaan. On ikään kuin päätetty, kuka ikääntynyt kykenee itseilmaisuuksiin ja kuka ei. Näin ollen toimijuus määritellään hyvin pitkälti hoitohenkilökunnan puolelta eikä sitä kukaan kyseenalaista. Kuukasjärvi (2011) sai saman tuloksen tutkielmassaan, jonka tuloksissa todetaan henkilökunnalla olevan suuri merkitys ikääntyvän toimijuuteen.

Pekkarinen ym. (2004) havaitsivat tutkimuksessaan, että kiire ja fyysisesti raskas työ vaivaavat työntekijöitä. Oman tulokseni mukaan henkilökunnan vaihtuvuus sekä kiire vaikuttavat toimijuuden tukemiseen siten, että aikaa yksilökohtaisiin mieltymyksiin perehtymiselle ei ole, jolloin yksilöllisyyttä ei huomioida, eikä toimijuuden tukemiselle jää aikaa. Kiire aiheuttaa kireyttä hoitajissa; kaikki ylimääräinen työ tuntuu olevan ylitsepääsemätöntä ja joskus jätetään asukkaan toiveet tämän vuoksi huomiotta. Sijaiset toimivat ruokailuissa ruokakorttien mukaisesti ja tekevät helpommin asioita puolesta. Kiire ei mahdollista perehdytystä eikä työn lomassa ole mahdollisuuksia tiedustella vakituiselta henkilökunnalta asukkaiden yksilöllisiä hoivatapoja. Fyysinen rasitus puolestaan näkyy sairauspoissaoloina ja tämä heijastuu sijaisten käytössä. Jatkuva sijaisten käyttö kuormittaa henkilökuntaa entisestään. Kiire ja fyysinen rasitus näyttävät jatkuvan pitkäaikaisessa laitoshoidossa, eikä suositus henkilöstömitoituksesta ole tuonut asiaan helpotusta.

Henkilökunta kokee, että yksilöllisyys toteutuu osaston arjessa hyvin, mutta tutkijana näin tässä hyvinkin tilannekohtaista vaihtelua. Yksilöllisyyden tukeminen osaston arjessa on hyvin asukaskohtaista ja riippuvaista muun muassa asukkaan terveydentilasta sekä hoitajasta. Asukkaiden välillä on kuilu; toimintakykyä omaavilla on reunaehtojen puitteissa paljonkin mahdollisuuksia huonokuntoisten jäädessä hoitajien armoille. Lisäksi liikkuviin asukkaisiin suhtaudutaan eri lailla kuin vuoteessa oleviin. Vuoteessa oleville asukkaille on mahdollista tarjota samat mahdollisuudet valintaan kuin muillekin, mutta vastauksen saaminen on haastavaa. Havaitsin, ettei mahdollisuuksia läheskään aina edes tarjota ja yksilöllisyyttä ei tueta. Henkilökunta ei päivittäin jaksa kysyä kommunikaatioon kykenemättömiltä, kuinka haluaisivat asiat tehtävän tai onko halua esimerkiksi osallistua osastolla järjestettävään toimintaan. Tämä voidaan luokitella passivoivaksi toiminnaksi, joka

Saarnion (2009) tutkimuksen mukaan on yksi fyysisten rajoitteiden epäsuorasta käytöstä ikääntyneiden laitoshoidossa.

Vaikka ikääntyneiden kotona asumista tuetaan, joutuu silti osa ikääntyneistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Aerschot (2014) havaitsi tutkimuksessaan, että avun tarpeen lisääntyessä apua toivotaan nimenomaan julkisilta palveluilta. Ikääntyneiden laitoshoidtoa on siirretty osittain avopuolen palveluksi, joten aika näyttää kokeeko laitoshoidon lopullisen muutoksen, jolloin se kokonaisuudessaan siirtyy tehostetuksi palveluasumiseksi. Ikääntyneet itsessään kuitenkin tulevat pysymään samana: osalla tulee olemaan tarvetta ympärivuorokautiseen toisen antamaan hoivaan, johon ei pystytä vastaamaan esimerkiksi informaalilla hoivalla. Lisäksi tulevaisuus näyttää, työskenteleekö tulevaisuuden laitoshoidossa yhä enenevässä määrin maahanmuuttotaustaisia hoitajia.

Tulosten valossa näyttää siltä, ettei pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutuminen ole passivoittanut asukkaita, sillä halua toimijuuteen löytyy. Toimijuuden näkökulmasta tutkielma paljastaa, että modaliteetit ilmenevät yksilökohtaisina kombinaatioina, mutta yleistyksenä voi sanoa halua ja voimista itse tekemiseen olevan muttei enää osaamista tai kykenemistä. Laitosympäristössä täytyy tehdä asioita omasta tahdosta riippumatta jolloin asukkaat kohtaavat myös pakkoa ja täytymistä. Tunteita on mahdollista havainnoida myös niiltä ikääntyviltä, joiden kommunikaatio tai liikehdintä ovat olemattomia. Nämä asukkaat viestivät eleillä, ilmeillä sekä äännähdyksillä. Asukkaiden terveydentilaan vedoten itsemääräämisoikeutta ei voida kunnioittaa asukkaalle epäedullisissa tilanteissa. Pääsääntöisesti niin omassa tutkielmassani kuin Koivalankin (2006) sitä pyritään kuitenkin mahdollisuuksien mukaan kunnioittamaan.

Koordinaattien analysointi antoi mielenkiintoisia tuloksia, sillä niiden kautta havaitsin, että asukkaan sukupuolella on yllättävän suuri merkitys toimijuuden tukemiseen. Koivulan (2006) tutkimuksessa havaittiin sukupuolen määrittävän keskustelun aiheita ja saman tuloksen antoi myös omakin tutkimukseni; naisten kanssa keskustellaan perheestä ja käsitöistä, miesten kanssa muun muassa urheilusta. Yhteneväistä omassa tutkielmassani Koivulan (2006) tutkimukseen on myös kohortin vaikutus tarjottavaan ruokaan sekä kronologisen iän merkitsemättömyys suhteessa toimijuuteen. Soinin ym. (2009) ja Räsänen (2011) tutkimusten mukaan iällä ja sukupuolella ei ole vaikutusta myöskään ikääntyneiden elämänlaatuun. Virkolan (2014) tutkielman ikääntyneet kokevat korkean iän positiivisena,

sillä siihen vedoten voi esimerkiksi vapautua käytännöistä. Ikääntyneen yhteiskuntaluokka ei nouse tulosten perusteella merkitykselliseksi, mutta omaisen yhteiskuntaluokalla on vaikutusta; ylemmästä yhteiskuntaluokasta tulevat omaiset ovat vaativampia. Osasto ympäristönä nähdään sekä mahdollistava että rajaava ja ajankohta on hoivatyön näkökulmasta hyvä, sillä hoivatyön katsotaan olevan edistynyt. Suuret osastot ja kuntien heikko talous kuitenkin rajoittavat hoivatyötä ja vaikuttavat sitä kautta ikääntyneiden toimijuuteen. Omassa tutkielmassani koordinaateista jäi puuttumaan kulttuurinen tausta ja se on oman virheen syy. Tehdessäni kirjoituspyyntöä minulta jäi epähuomiossa liittämättä se koordinaatteihin ja jälkikäteen en sitä enää lähtenyt kysymään. En voi siis antaa tuloksia siitä, onko kulttuurisella taustalla vaikutusta toimijuuden tukemiseen.

Henkilökunnan kirjoituksissa on laajasti mietitty toimijuuden tukemisen keinoja, mutta käytäntöön niitä kaikkia ei tulla saamaan, mikäli muutosta toimintaympäristössä ei tapahdu. Muutos vaatisi ennen kaikkea lisää henkilökuntaa sekä henkilöstömitoituksen uudelleen arviointia. Omaisten toiveita noudatetaan resurssien puitteissa, mutta niitä kommentoidaan ja ihmetellään ääneen. Vaativat omaiset (omaiset, joilla on tarkkoja toiveita hoivan suhteen) koetaan hankalina ja ne asukkaat sekä omaiset helppoina, jotka eivät vaadi ja pyydä mitään. Omaisten vierailut koetaan kuitenkin positiivisena ja esimerkiksi ruokailussa omaisten avulla on suuri merkitys. Koivulan (2013) tutkimuksessa omaiset nähdään resurssina myös. Omaiset mahdollistavat asukkaan ulkoilemisen, johon hoivatyön lomassa on vain niukasti aikaa ja mahdollisuuksia. Lisäksi omaiset toimivat informanteina asukkaan ja henkilöstön välillä.

Tutkielman tekeminen oli työläs, mutta antoisa prosessi. Tutkielman tekemiseen meni enemmän aikaa kuin olin osannut ajatella, joskin osasyynä tähän on perussairas lapseni, jonka kanssa arki on ollut ajoittain hyvin haastavaa. Olen kunnianhimoinen enkä päästä itseäni helpolla, joten halusin tehdä tutkielman kunnolla. Niinpä pidin luovia taukoja ja annoin alitajunnan työskennellä sekä itseni levätä. Loppujen lopuksi sain aikaan kattavan kuvauksen ikääntyneiden toimijuuden tukemisesta pitkäaikaishoidossa, vaikka useampi erilainen aineisto toi enemmän työtä kuin yksi aineisto. Näen kuitenkin, etten olisi kyennyt vastaamaan tutkimuskysymykseen ilman näitä erilaisia aineistoja. Tutkiessani koko aamuvuoroa ja siinä tapahtuvia toimintakäytäntöjä, ovat tulokset enemmän yleistyksiä kuin yksittäisen tilanteen syvempää analyysia. Asioiden tarkempi ja yksityiskohtaisempi analysointi ja kuvaus eivät olisi olleet mahdollisia tämän tutkielman puitteissa.

Toimijuuden tukemisen tarkastelu etnografisella tutkimusotteella näyttäytyi hyvänä metodina, sillä se mahdollisti sellaisten asioiden tutkimisen, jotka muuten olisivat olleet haastavia saavuttaa. Havainnointi toi esiin ikääntyneiden aktuaalista toimintakykyä, joka olisi ollut haastavaa selvittää esimerkiksi haastatteleamalla ikääntyneitä heidän heikentyneen kognition vuoksi. Tutkielman validiteetti on näin ollen hyvä, sillä metodi mahdollisti tutkimuskysymykseen vastaamisen. Ikääntyneiden tutkiminen heidän luonnollisessa ympäristössään antaa realistisen kuvan toimijuuden ilmenemisestä.

Lukiessani aikaisempia tutkimuksia ajattelin, että tulokseni tulevat osittain olemaan yhteneväisiä. Perustin nämä ennako-oletukseni aikaisempaan työkokemukseeni. Tiesin, että asukkaiden toimintakyvyllä on vaikutusta toimijuuden tukemiseen, mutta minut yllätti suuri kuilu, joka asukkaiden välillä on. Pitkäaikaishoidossa tuetaan niiden asukkaiden toimijuutta, jotka koetaan kykeneväksi vastavuoroiseen kommunikaatioon ja luovutetaan niiden suhteen, joilla ei kykyä enää ole. Sairaudet ja toimintakyky ohjaavat toimijuuden tukemista enemmän kuin olisin osannut kuvitella. Osittain tulokseni ovat yhteneväisiä aikaisempaan tutkimukseen ja tästä voidaan päätellä laitoshoidon olevan edelleen samanlaista, kuin kymmenen vuotta sitten (esim. Koivula, 2006). Pitkäaikaishoidossa on havaittu olevan epäkohtia, mutta miksi niihin ei ole puututtu, vaikka tutkimukset tuovat niitä esiin? Onko ikääntyneiden tutkiminen sittenkin vain keino saada säästöjä ja eikö suljetuissa tiloissa asuvilla ole väliä? Pitkäaikaishoidettavat jäävät helposti vaille huomiota, sillä he eivät näy ihmisten arjessa. Ajankohtaiseksi se tulee vasta, kun ihmiselle tulee omakohtainen kokemus. Kuitenkin tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä kasvaa ja olisikin aiheellista pureutua ikääntyneiden tutkimukseen ja varautua suurten ikäluokkien hoidon tarpeeseen.

Jatkotutkimuksena on paikallaan tehdä tutkimusta modaliteettien moniulotteisesta esiintymisestä. Koska modaliteetit ilmenevät yksilöllisesti eri variaatioin, on mahdollista pureutua niihin yksilökohtaisemmin analysoimalla tarkemmin esimerkiksi vain muutamaa ikääntynyttä. Toimijuuden modaliteettien pohdiskelulle on varmasti paikkansa, sillä se kuvaa moniulotteisesti ikääntyneen toimijuutta. Modaliteettien monipuoleisella tutkimisella voidaan kuvata pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden aktuaalista toimintakykyä, joka muilla tavoin muodostuu haasteelliseksi.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, Merja (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.

Anttonen, Anneli (2009) Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli & Zechner, Minna. Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Vastapaino.

Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli & Zechner, Minna (2009a) Johdanto. Teoksessa Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Vastapaino, 7–15.

Anttonen, Anneli; Sointu, Liisa; Valokivi, Heli & Zechner, Minna (2009b). Lopuksi. Teoksessa Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli ja Zehner, Minna. Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Vastapaino, 238–254.

Anttonen, Anneli & Zechner, Minna (2009) Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli ja Zehner, Minna. Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Vastapaino, 16–53.

Atkinson, Paul; Coffey, Amanda; Delamont, Sara; Lofland, John & Lofland, Lyn (2001) Handbook of ethnography. SAGE publications.

Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena & Voutilainen, Päivi (2002a) Ikäihmisiä kunnioittava kohtaaminen. Erilaisia asiakkaita – erilaisia kohtaamisia. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 21–25.

Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Voutilainen, Päivi & Isola, Arja (2002b) Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmisten hoidossa – gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 70–76.

Bettio, Francesca & Verashchagina, Alina (2010) Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries. European Commission. [viitattu 3.4.2016] saatavissa: ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care_en.pdf

Blomgren, Jenni; Martikainen, Pekka; Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2006) Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71 (2), 167–178.

Büscher, Andreas (2007) Negotiating helpful action – A Substantive Theory on the Relationship between Formal and Informal care. Academic dissertation, Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, hoitotieteiden laitos.

Delamont, Sara (2004) Ethnography and participant observation. Teoksessa Seale, Clive; Gobo, Giampietro; Gubrium, Jaber F. & Silverman, David (toim.) Qualitative research practice. London: Sage, 217–229.

Eurostat (2017) [viitattu 6.9.2017] saatavissa:

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde510&plugin=1>

Finlex, kuntalaki [viitattu 17.11.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365#L1P2>

Finlex, laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystoimista [viitattu 17.11.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Finlex, laki potilaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 27.11.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P4a>

Finlex, sosiaalihuoltolaki [viitattu 30.8.2017] saatavissa:

[http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki#L4P36](http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki#L4P36)

Finlex, yhdenvertaisuuslaki [viitattu 11.4.2017] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325#Pidp897216>

Finne-Soveri, Harriet U. & Rasila, Ilona (2002) Arvokkaan kuoleman tukeminen.

Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 181–185.

Garfinkel, Harold (1964/1984) *Studies in ethnomethodology*, Cambridge.

Gobo, Giampietro (2008a) What is ethnography? Teoksessa Gobo, Giampietro. *Doing ethnography*. London: Sage, 2–14.

Gobo, Giampietro (2008b) Method or methodology? Locating ethnography in the methodological landscape. Teoksessa Gobo, Giampietro. *Doing ethnography*. London: Sage, 15–32.

Grönfors, Martti & Vilkkä, Hanna (toim.) (2011) *Laadullisen tutkimuksen kenttätöyömenetelmät*. Hämeenlinna: SoFia.

Halonen, Ulla (2011) *Hoivaa miten taidat – Omaishoitajan arki ja toimijuus*. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiologia/sosiaaligerontologian linja.

Heimonen, Sirkkaliisa (2002) Vapaaehtoistyöntekijät voimavarana. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 84–87.

Helin, Satu (2002) *Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukemisena*. Teoksessa Heikkinen, E & Marin, M (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 35–67.

Heritage, John (1984) *Harold Garfinkel ja etnometodologia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Holma, Tupu; Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (2002) *Kuntouttava työote*. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu*. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 43–48.

Honkasalo, Marja-Liisa (2008) Etnografia terveyden, sairauden ja terveydenhuollon tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 4–17.

Hoppania, Hanna-Kaisa; Karsio, Olli; Näre, Lena; Olakivi, Antero; Sointu, Liina; Vaittinen, Tiina & Zechner, Mina (2016) *Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä*. Tallinna: Gaudeamus Oy, Printon Trükikoda

Hänninen, Katariina (2011) *Huolta ja hyväksyntää samassa suhteessa? : omaishoitajan tunteet puolisoheivassa*. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiologia.

Hyvärinen, Soili (2013) ”VAIKKA MISSÄ OLIS NIIN SE ELÄMÄ PYÖRII SEN HOIDON YMPÄRILLÄ” Etäomaishoitajien kokemuksia hoivasta. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, yhteiskuntapolitiikka/ sosiaaligerontologian linja.

Jones, Julie Scott & Watt, Sal. (2010) *Ethnography in social science practice*. London and New York: Roudledge

Jones, Julia Scott (2010a) *Origins and ancestors. A brief history of ethnography*. Teoksessa Jones, Julie Scott & Watt, Sal. *Ethnography in social science practice*. London and New York: Roudledge, 13–27.

Jones, Helen (2010b) *Being really there and really aware. Ethics, politics and representation*. Teoksessa Jones, Julie Scott & Watt, Sal. *Ethnography in social science practice*. London and New York: Roudledge, 28–41.

Jyrkämä, Jyrki (2003) *Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet*. Teoksessa Marin, Marjatta & Halonen, Sinikka (toim.) *Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Juva: PS-kustannus, 94–103.

Jyrkämä, Jyrki (2007) *Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen*. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Juva: WS Bookwell Oy, 195–217.

Jyrkämä, Jyrki (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehikseksi. *Gerontologia* 4, 190–203.

Järnström, Sanna (2011) "En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö, sosiaalityö.

Kane, Robert L. & Kane, Rosalie A. (2001) What older people want from longterm care, and how they can get it. *Health Affairs*, 20(6), 114–127.

Kauppi, Eija; Määttä, Niku; Salminen, Tomi & Valkonen, Tarmo (2015) Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 90. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Karisto, Antti (2010) Laitoshoitoon joutumisen taustat. *Gerontologia* 24:1 (2010) [viitattu 10.9.2017] saatavissa:

<http://ezproxy.jyu.fi/login?qurl=http%3A%2F%2Felektra.helsinki.fi%2Fse%2Fg%2F0784-0039%2F24%2F1%2Flaitosho.pdf>

Kehusmaa, Sari; Autti-Rämö, Ilona & Rissanen, Pekka (2013a). Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2) 138–151.

Kehusmaa, Sari; Autti-Rämö, Ilona; Helenius, Hans & Rissanen, Pekka (2013b) Does informal care reduce public care expenditure on elderly care? Estimates based on Finland's age study. *BMC Health Services Research* 13: 317 [viitattu 20.11.2013] saatavissa:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/317>

Kansaneläkelaitos (KELA) (2017) Hoitotuen määrä. [viitattu 13.7.2017] saatavissa:

http://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki_maara

Kinni, Riitta-Liisa (2007). Sosiaalityö vanhus kuntoutujan toimintakykyä määrittämässä. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Juva: WS Bookwell Oy, 219–234.

Klemola, Annukka (2006) Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Akateeminen väitöskirja, Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kokko, Simo & Valtonen, Hannu (2008) Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka 73 (1), 12–23.

Komu, Hannele (2016) Organisaatiokulttuuri hoivakodissa – julkinen ja yksityinen hoivapalvelu toimintaympäristön ja henkilöstön vertailuna. Akateeminen väitöskirja, Itäsuomen yliopisto, sosiaalitieteet.

Kotilainen, Helinä (2002) Yksityisyyden ja yhteisöllisyyden turvaava laitoshoidoympäristö. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 122–127.

Kröger, Teppo (2009) Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli ja Zehner, Minna. Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki. Tallinna: Vastapaino, 99–125.

Kröger, Teppo; Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti (2009) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. NORDCARE tutkimushanke. Jyväskylän yliopisto: Sosiaalityön julkaisusarja 6.

Kujala, Tarja; Tiirinki, Hanna & Paasivaara, Leena (2011) Vanhusten laitoshoido – lähiesimiesten kokemuksia mediakeskustelusta. Gerontologia 25 (4), 228–239

Kuntaliitto (2017) Omaishoito. [viitattu 30.8.2017] saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/omaishoito>

Kuukasjärvi, Eija (2011) ”SE ON TÄÄLLÄ TÄMMÖSTÄ JA... KOTONA ON ERILAISTA” - Hoivaympäristössä asuvan ikääntyneen toimijuus elämänlaadun ulottuvuuksissa. Pro gradu-tutkielma, Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityö. [viitattu 30.8.2017] saatavissa: <http://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61415>

Kuusinen-James, Kirsi (2009) Yhteinen vastuu – muuttuva työnjako. Uusi sosiaalinen sopimus ikääntyneiden hoivan järjestämisestä. Sosiaalityön erikoistumiskoulutukseen

kuuluva lisensiaatin tutkimus, Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, yhteisösosiaalityön erikoisala.

Laakso, Riitta (2009) Arjen rutiinit ja yllätykset – etnografia lastenkotityöstä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, sosiaalityöntutkimuksen laitos. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66529>

Laitinen, Merja & Niskala, Asta (toim.) (2013). Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino.

Laitinen, Pirjo (1993) Yli 75-vuotiaiden potilaiden omaisten ja läheisten hoitoon osallistuminen sairaaloissa. *Gerontologia* 7 (3) 177–187

Laitinen, Pirjo (1997) Omaisten ja läheisten hoitoon osallistuminen ja hoidon laatu vanhustenhoitolaitoksissa. *Hoitotiede* 9 (2) 92–93.

Laitinen-Junkkari, Pirjo (1999) Vanhukset ja omaiset entisaikaan. Teoksessa Laitinen-Junkkari, Pirjo (toim.); Isola, Arja; Rissanen, Sari & Hirvonen, Raija. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö, 9–17

Laitinen-Junkkari, Pirjo & Rissanen, Sari (1999) Vanhuksen omaiset hoitoon osallistujina. Teoksessa Laitinen-Junkkari, Pirjo (toim.); Isola, Arja; Rissanen, Sari & Hirvonen, Raija. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö, 61–78.

Lamminniemi, Terhi & Nurminen, Katja (2008) Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, gerontologia ja kansanterveys.

Lappalainen, Sirpa (2007a) Johdanto. Teoksessa Lappalainen, Sirpa; Hynninen, Pirkko; Kankkunen, Tarja; Lahelma, Elina & Tolonen, Tarja (toim.) Etnografia metodologiana: lähtökohtana koulutuksen tutkimus. *Gaudeamus*, 9–14.

Lappalainen, Sirpa (2007b) Havainnoinnista kirjoitukseksi. Teoksessa Lappalainen, Sirpa; Hynninen, Pirkko; Kankkunen, Tarja; Lahelma, Elina & Tolonen, Tarja (toim.) Etnografia metodologiana: lähtökohtana koulutuksen tutkimus. *Gaudeamus*, 113–136.

Lehtonen, Tiia (2005) Yhteistyö vanhainkodin hoitohenkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Light, Duncan (2010) The final stage? Writing up ethnographic research. Teoksessa Jones, Julie Scott & Watt, Sal. *Ethnography in social science practice*. New York: Routledge, 173–186.

Liikanen, Hanna-Liisa (2007) Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Juva: WS Bookwell Oy, 69–91.

MacDonald, Alastair & Cooper Brian 2006: Long-term care and dementia services: an impending crisis. *Age and Ageing* 36 (1) 16–22.

Marin, Marjatta (2002) Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa Heikkinen, Eino & Marin, Marjatta (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 89–117.

Marin, Marjatta (2008) Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.). *Gerontologia*. Duodecim, Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 64–75.

Martelin, Tuija & Kuosmanen, Noora (2007). Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas Kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007.

Misukka, Sanna (2012) Oman näköinen vanhuus – kuvaus aktiivisen arjen ja toimijuuden tukemisesta. Opinnäytetyö, Metropolia Ammattikorkeakoulu, ylempi korkeakoulututkinto, kuntoutus.

Mäkelä, Kati (2013) Vanhus kotona omaishoidon turvin: omaishoidettavan kokemuksia kodista, hoivasta ja rooleista. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, liikuntatieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, gerontologia.

Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2006) Dementian vaikutuksesta oikeudelliseen toimintakykyyn. Julkaisussa Topo, Päivi (toim.) *Eettisen kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa*. Seminaari 26.1.2006. Stakes, työpapereita 21/2006, 20–23.

Nikkonen, Merja; Janhonen, Sirpa & Juntunen Anitta (2001) Hoitokulttuurin tutkimuksesta: etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) (2001) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy, 44–80.

Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva (2004) Omaisten näkemyksiä vanhuksen pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisestä ja sen myöhentämisestä. *Gerontologia* 2, 140–151.

Nuutinen, Hanna-Leena & Raatikainen, Ritva (2005) Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* 3 (17), 131–143.

Paasivaara, Leena; Nikkilä, Juhani & Voutilainen, Päivi (2002) Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 49–56.

Parviainen, Tuire & Päivärinta, Eeva (1998) Palvelurakenteen muutokset ja vanhusväestön tarpeet. Teoksessa Parviainen, Tuire (toim.) *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*. Tampere: Tammerpaino Oy, 153–173.

Pekkarinen, Laura; Sinervo, Timo; Elovainio, Marko; Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet U. & Laine, Juha (2004) Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes, aiheita* 11/2004.

Perälä, Marja-Leena & Räikkönen, Outi (2000) Hoidon laatu omaisten silmin -avun saamisen ja yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. *Gerontologia* 14 (2) 89–101.

Piirto, Heidi (2013) ”Että jos vähän jotaki apua saa, niin sitte ihan pärjään kyllä” Ikääntyneiden kotihoidon palveluja käyttävien naisten määritelmiä arjen toimijuudestaan. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, sosiaalityö.

Putkisaari, Minna (2013) Masennus ikäihmisten pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeen ennustajana. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Risku, Ismo; Elo, Kalle; Klaavo, Tapio; Lahti, Sergei; Sihvonen, Hannu & Vaittinen, Risto (2012) Lakisääteiset eläkkeet- pitkän aikavälin laskelmat 2011. Tiivistelmä. Eläketurvakeskuksen raportteja 02/2012. [viitattu 6.9.2017] saatavissa: http://www.etk.fi/wpcontent/uploads/Tiivistelma_Statutory_pensions_in_finland_long_term_projections_2011.pdf

Rusi, Reetta (1998) Vanhusten toimintakyvyn merkitys tutkimusten valossa. Teoksessa Parviainen, Tuire (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammerpaino Oy, 25–46.

Räsänen, Riitta (2011) Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Akateeminen väitöskirja, Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Saarnio, Reetta (2009) Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja, Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, hoitotiede.

Sairaanhoitajat (2014) Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. [viitattu 20.1.2018] saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salin, Sirpa & Åstedt-Kurki, Päivi (2009) Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P & Tiikkainen, P (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro, 171–181.

Sarvimäki, Anneli (2006) Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Julkaisussa Topo, Päivi (toim.) Eettisen kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Seminaari 26.1.2006. Stakes, työpapereita 21/2006, 8–13.

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

Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) (2007) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: WS Bookwell Oy.

Silventoinen, Karri (2015) Väestön ikääntyminen on Suomen tulevaisuuden haaste. [viitattu 6.9.2017] saatavissa: <https://www.uutistamo.fi/vaeston-ikaantyminen-on-suomen-tulevaisuuden-haaste/>

Sippola, Lea (2012) Työikäisenä omaishoitajana – parisuhteesta hoitosuhteeseen. Pro gradu-tutkielma, Tampereen yliopisto, yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö, sosiaalityö.

Soini, Helena; Luoma, Minna-Liisa; Muurinen, Seija & Varis, Maarit (2009) Muistisairaiden asukkaiden elämänlaadun mittaaminen. Havainnointi QUALID-mittaria käyttäen Helsingin vanhainkodeissa ja palvelutaloissa vuonna 2008. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2006) Ikäihmisen toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja sosiaalijaosto, tiedote 7.6.2006 [viitattu 17.11.2013] saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2013) Ikäihmisen palveluja ja etuuksia koskevaa lainsäädäntöä [viitattu 17.11.2013] saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/lainsaadanto

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2017a) Iäkkäiden palvelut [viitattu 11.4.2017]

saatavissa: <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2017b) Terveystuella maksut. [viitattu

18.8.2017] saatavissa: <http://stm.fi/terveydenhuollon-maksut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2017c) Laitoshoidon maksut. [viitattu 25.8.2017] saatavissa:

<http://stm.fi/laitoshoidon-maksut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2017d) Iäkkäiden pitkäaikaisen laitoshoidon perusteiden alatyöryhmän muistio. Iäkkäiden laitoshoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:30 [viitattu 6.9.2017] saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3880-9>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) (2017e) Laatusuositus hyvän ikäänymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6, Helsinki.

Spradley, James P. (1980) Participant observation. New York: Holt, Rinehart and Winston

Stone, Robyn I. (n.d) Long-term Care for the Elderly with Disabilities: current Policy, emerging Trends, and Implications for the Twenty-first Century. Milbank Memorial Fund

[viitattu 26.11.2013] saatavissa:

http://www.milbank.org/uploads/documents/0008stone/LongTermCare_Mech5.pdf

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2015) Väestöllinen huoltosuhde 1865–2065.

[viitattu: 12.4.2017] saatavissa: : http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_kuv_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2017) Väestörakenne 2016. Liitetaulukko 3. Väestöllinen huoltosuhde maakunnittain 1996–2016 [viitattu: 12.4.2017] saatavissa:

http://www.stat.fi/til/vaerak/2016/vaerak_2016_2017-03-29_tau_003_fi.html

Suomen YK-liitto (2017) Ihmisoikeudet. [viitattu 11.4.2017] saatavissa:

<http://www.ykliitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet>

SuPer (2015) Lähihoitajan eettiset ohjeet. [viitattu 20.1.2018] saatavissa:

https://www.superliitto.fi/site/assets/.../lahihoitajan_eettiset_ohjeet_148x148_12s.pdf

Talentia (2017) Arki, arvot ja etiikka. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet.

PunaMusta Oy.

Tedre, Silva (2000) Hoivaa jokapäiväisten toistojen maailmassa. Yhteiskuntapolitiikka 65: 6, 520–526.

Tedre, Silva (2007) Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana; Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: WS Bookwell Oy, 95–119.

Tehy (2017) Henkilöstömitoitus ikäihmisten hoidossa. [viitattu 8.9.2017] saatavissa:

<https://www.tehy.fi/fi/apua/tyosuojelu/henkilostomitoitus-ikaihmissen-hoidossa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2013) Vanhuspalvelulait vaikutukset ikääntyneiden palveluihin [viitattu 20.11.2013] saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/vanhuspalvelulain_seuranta/ikaantyneiden_palvelut

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2014) Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2013. [viitattu 18.8.2017] saatavissa:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127104/Tr21_15.pdf?sequence=4

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2015) Mitä on elämän loppuvaiheen hoito. [viitattu 8.9.2017] saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/elaman-loppuvaiheen-hoito/mita-on-elaman-loppuvaiheen-hoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2017a) Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2015. Tilastoraportti 2/2017, 14.2.2017. [viitattu 18.8.2017] saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2017b) Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017, 30.6.2017. [viitattu 18.8.2017] saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2018) Toimivat vanhuspalvelut. [viitattu 20.1.2018] saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut>

Tikkanen, Ulla (2016) Omaishoidon arki: tutkimus hoivan sidoksista. Akateeminen Väitöskirja, Helsingin yliopisto, sosiaalitieteiden laitos. [viitattu 13.9.2017] saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5>

Tilastokeskus (2015) Väestöllinen huoltosuhde heikkenee [viitattu 18.4.2017] saatavissa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus (2016) Väestöennuste [viitattu 18.4.2017] saatavissa: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#v%C3%A4est%C3%B6ennuste

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2011) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. [viitattu 8.1.2018] saatavissa: <http://www.tenk.fi/>

Tuukkanen, Eija (2013) Kuntouttava työote hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö, Centria ammattikorkeakoulu, Kokkola-Pietarsaaren yksikkö, hoitotyön

koulutusohjelma. [viitattu 7.9.2017] saatavissa:

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59831/tuukkanen_eija.pdf?sequence=

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi (2002) Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 77–83.

Vaarama, Marja; Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2003) Eläkeläisten palvelut. Teoksessa Hagfors Robert; Hellsten Katri; Ilmakunnas Seija & Uusitalo Hannu (toim.) Eläkeläisten toimeentulo 1990-luvulla. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2003:1. Helsinki: Eläketurvakeskus, 151–176

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) (2008) Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti, julkaisuja 20. Vantaa: Kirjapaino Keili Oy.

Valtioneuvoston kanslia (2009) Väestöllinen huoltosuhde maakunnittain 2010 ja 2030. [viitattu 13.11.2013] saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/kunnat/fi.pdf>

Valtioneuvoston julkaisuarkisto (Valto) (2017) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. [viitattu 30.8.2017] saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

Van Bilsen, PMA (toim.); Hamers, JPH; Groot, Wim & Spreuwengerg, C (2006) Demand of elderly people for residential care: an exploratory study [viitattu 13.9.2017] saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/39>

Vanhala, Anni (2005) Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten Asuntolasta. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

Vasara, Paula (2011) Hoivan tarinoita. Tutkimus äitiään hoivaavien tyttärien narratiiveista. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Virkola, Elisa (2008) Dementiakodin asukkaiden toimijuus ryhmätoimintatilanteissa. Pro gradu-tutkielma, Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos, sosiaalityö.

Virkola, Elisa (2009) Dementiakodin asukkaiden toimijuus ryhmätoimintatilanteissa. *Gerontologia* 3/2009, 146–156.

Virkola, Elisa (2014) Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Akateeminen väitöskirja, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos.

Voutilainen, Päivi; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena (2002a) Ikäihmisten laitoshoido. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 115–121.

Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (2002b) Kokonaistilanteen selvittämällä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 91–95.

Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja & Peiponen, Arja (2002d) Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, Harriet U. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Stakes, oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 38–42.

Voutilainen, Päivi (2004) Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes. Tutkimuksia* 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väestörekisterikeskus (2013) Kuntien asukasluvut aakkosjärjestyksessä [viitattu 17.11.2013] saatavissa: <http://vrk.fi/default.aspx?docid=7693&site=3&id=0>

Watt, Sal & Jones, Julie Scott (2010) Let's look inside. Doing participant observation. Teoksessa Scott, Julie & Watt, Sal. *Ethnography in social science practice*. New York: Routledge, 107–125.

Zechner, Minna (2010) Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa. Väitöskirjatutkimus. Sosiaalitutkimuksen laitos, Tampereen yliopisto.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anttonen, Anneli; Valokivi, Heli; Zechner, Minna. Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki, 154–175.

LIITTEET

LIITE 1

TUTKIMUSLUPA

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaanottaja!

Olen Suvi Paananen, sosiaalityön pääaineopiskelija Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisestä tiedekunnasta. Teen maisterin tutkintooni liittyvää tutkielmaa siitä, millaisena ikääntyneen toimijuuden tukeminen näyttäytyy ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Toimijuudella tarkoitan itsenäistä selviytymistä arjen toiminnoista kuten ruokailusta, liikkumisesta sekä hygienian hoitamisesta ja olen kiinnostunut siitä, kuinka niitä osastolla tuetaan.

Tutkielmaa ohjaa Jyväskylän yliopistosta professori Marjo Kuronen. Tutkielmaa varten olen hakenut ja saanut tutkimusluvan X kaupungilta.

Pyydän Teitä/ omaistanne osallistumaan tutkimukseeni.

Tutkimuksen aineisto kerätään etnografisesti, joka tarkoittaa sitä, että tulen havainnoimaan eli katselemaan ja olemaan osa XXX arkea kaksi kuukautta kesällä 2014. Havainnoin osaston asukkaita, hoitohenkilökuntaa sekä osaston päivittäistä elämää. Havainnointi ei tule kohdistumaan yksittäisiin asukkaisiin, vaan tarkoituksena on havainnoida koko osaston toimintakäytäntöjä. Tutkimuksessani en käytä henkilötietoja enkä potilastietoja tai muita asiakirjoja, eivätkä asukkaiden henkilökohtaiset tiedot, kuten nimi, esiinny missään muodossa. Aineisto tulee koostumaan pitämästäni päiväkirjasta, johon kirjaan tekemiäni havaintoja. Lisäksi aion keskustella osastolla sekä asukkaiden, henkilökunnan että omaisten kanssa heidän suostumuksellaan sekä kirjoittaa niistä itselleni muistiinpanoja. Nämä eivät ole virallisia haastatteluja, joten niitä ei tulla nauhoittamaan. Tarvittaessa teen muutamia haastatteluja keskustelujen sekä päiväkirjan tueksi, jotka nauhoitan osallistujan luvalla. Aineisto on vain minun käytössäni ja hävitän aineiston heti, kun tutkimus on valmis. Valmis tutkielma on saatavissa Jyväskylän yliopiston kirjastosta ja toimitan yhden kappaleen myös osastolle, jossa sen voi halutessaan lukea.

Tutkimukseen, keskusteluihin sekä haastatteluihin osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja niistä voi kieltäytyä missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuminen mahdollistaa hoitotyön arviointia sekä hoivakäytäntöjen tarkastelua. Lisäksi se mahdollistaa asukkaiden oman kokemuksen tutkimisen.

Pyydän Teiltä kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta liitteenä olevalla lomakkeella. Lomakkeen voitte palauttaa suoraan osastolle tai mukana tulevalla vastauskuorella 13.6.2014 mennessä. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin

Suvi Paananen, p. 044-XX XX XXX, E-mail: suvi.t.paananen@student.jyu.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Tällä lomakkeella annan suostumukseni osallistumisestani/ omaiseni osallistumisesta tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistujan nimi_____

Luvan myöntäjä (jos muu kuin osallistuja)_____

pvm ___ / ___ / 2014

Allekirjoitus_____

Nimenselvennys_____

Täytetty lomake palautetaan joko suoraan XXX osastolle tai vastauskuoressa postitse 13.6. 2014 mennessä. Lisätietoja tutkimusta koskien voi tiedustella:

Suvi Paananen, p. 044 XX XX XXX

E-Mail: suvi.t.paananen@student.jyu.fi

Kiitos yhteistyöstä!

LIITE 2

KIRJOITUSPYYNTÖ HENKILÖKUNNALLE SEKÄ ESITETYT KYSYMYKSET.

Kysymykset olivat kukin omalla sivullaan, jolloin oli tilaa vastata. Lisäksi koordinaatit olivat lueteltu allekkain, jolloin niihin vastattiin järjestyksessä.

Toimijuus on ihmisen osallisuutta omaan elämäänsä, siinä subjektina olemista sekä mahdollisuutta vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja valita sekä tehdä asioita toisin. Toimijuus nähdään mahdollisuutena vaikuttaa toiminnan sekä arjen kulkuun.

Pitkäaikaishoidossa toimijuus on esimerkiksi mahdollisuutta vaikuttaa ruokailuun, hygienian hoitoon tai pukeutumiseen. Toisin sanoen onko ikääntyneellä mahdollisuutta vaikuttaa esimerkiksi siihen, milloin hän syö aamiaisen tai menee nukkumaan? Otetaanko/ onko mahdollista ottaa yksilölliset toiveet ja mieltymykset sekä elämäntapa huomioon? Toimijuuteen liittyy myös oleellisena osana ikääntyneen toimintakyky (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen). Onko jäljellä olevaa toimintakykyä – kuten itsenäistä ruokailua tai liikkumista ja hygienian hoitoa – mahdollista tukea? Miten sitä tuetaan? Toimijuutta tarkastellaan iän, sukupuolen, sukupolven, yhteiskuntaluokan sekä ympäristön ja ajankohdan koordinaateilla; millä tavoin nämä vaikuttavat toimijuuden tukemiseen. Millä tavoin tiettyyn sukupolven kuuluminen vaikuttaa esimerkiksivirikkeiden tai ruoan osalta? Onko laitosympäristöllä vaikutusta?

Seuraavaksi pyydän Sinua miettimään, millä tavoin omassa työssäsi ikääntyneen toimijuutta on mahdollista tukea ja mitkä asiat hankaloittavat tai jopa estävä sitä. Tämän lisäksi lopussa kysytään koordinaattien vaikutusta toimijuuden tukemiseen.

Dementiaosasto___

Pitkäaikaisosasto___

Sairaanhoitaja___

Perushoitaja___

Lähihoitaja___

Muu, mikä?_____

1. Millä tavoin ikääntyneen toimijuutta (mahdollisuus vaikuttaa ja tehdä valintoja sekä toimintakyvyn tukeminen) on mahdollista työssäsi tukea ja miten itse tuet toimijuutta?
2. Mitkä asiat vaikeuttavat tai rajaavat ja jopa estävät toimijuuden tukemista? Missä tilanteissa ikääntyneen ei ole mahdollista vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja toimintoihin?
3. Onko ikääntyneen iällä, sukupuolella, sukupolvella, yhteiskuntaluokalla tai laitosympäristöllä vaikutusta toimijuuden tukemiseen? Jos kyllä, niin miten?

LIITE 3

OMAISTEN HAASTATTELUN KYSYMYKSET

1. Millä tavoin osastolla läheisesi toimijuutta tuetaan?
2. Kuinka itse tuet läheisesi toimijuutta?
3. Mitkä asiat vaikeuttavat toimijuuden tukemista?