

VANHUUSIIN KOHDISTUVA IKÄSYRJINTÄ SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISSA

Anna Zhidkikh

Kandidaatintutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2019

Tekijä Anna Zhidkikh	
Työn nimi Vanhuksiin kohdistuva ikäsyryjäntä sosiaali- ja terveystalveluissa	
Oppiaine Sosiaalityö	Työnlaji Kandidaatintutkielma
Aika (pvm) 28.5.2019	Sivumäärä 38
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kandidaatintutkielmassani tarkastelen syitä, jotka ovat yhteydessä ammattilaisten negatiiviseen ja ennakkoluuloiseen suhtautumiseen vanhuksiin ja vanhustyöhön sekä näiden kielteisten vanhuskäsitysten heijastumista ikäihmisten saamaan hoidon ja huolenpidon määrään ja laatuun. Ajankohtainen julkinen keskustelu vanhustalveluiden riittävydestä sekä ikäihmisten lukumäärän maailmanlaajuinen kasvu kannustavat pohtimaan nykyajan käsityksiä vanhuudesta ja vanhuksista. Samoin ammattilaisten olisi hyvää tiedostaa, miten ennakkoluulot ja stereotypiat voivat vaikuttaa vanhusasiakkaiden kohtaamiseen.</p> <p>Tuloksien mukaan kielteisesti vanhuksiin suhtautuvat ammattilaiset ovat peloissaan ikääntymisestä, tietävät vähän vanhuksien kanssa työskentelemisestä ja kohtaavat työssään paljon huonovointisia ikäihmisiä. He ovat haluttomia työskentelemään vanhusten kanssa, mihin vaikuttavat työkalvereiden ja läheisten arvostus vanhustyötä kohtaan. Vanhustyön arvostuksesta kertoo myös koulutuksen määrän ja laadun puute. Opetuksessa painottuu lääketieteellinen näkökulma vanhenemisesta. Kliinisissä tutkimuksissa on vähän mukana ikäihmisiä, jolloin tarpeeksi tietoa ikäihmisten hoitamisesta on vähän. Priorisointiin, tehokkuuteen ja hyödyllisyysajattelun painottunut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ei suosi vanhustalveluiden kehittämistä. Kiireiset ammattilaiset menettävät arvostuksen vanhustyötä kohtaan.</p> <p>Ammattilaisten kielteiset ennakkoluulot ja stereotypiat vanhuksista sekä puuttuva arvostus vanhustyötä kohtaan saavat aikaan sen, että ikäihmiset saavat puutteellista tai vääränlaista hoitoa ja huolenpitoa. Vanhuksen itsemääräämisoikeus ja osallisuus hoidon suunnittelussa ja arkipäivän asioissa jää toteutumatta. Vanhuksetkin sisäistävät ammattilaisten tuottamia negatiivisia vanhuskäsityksiä ja siten kadottavat motivaation hakea apua tai osallistua vuorovaikutukseen ammattilaisten kanssa. Toisaalta riski ylimeritöitetulle hoidolle on mahdollinen, jos ikä on ainoa peruste hoidolle tai jos ikäihminen pelkää vanhenemistä ja kaiken keinoin yrittää taistella sitä vastaan.</p> <p>Tutkielmassani on huomattavissa, miten monenlaiset yhteiskunnan toimijat vaikuttavat vanhuuteen liittyviin normeihin ja ikäihmisten arvostukseen. Sosiaalityöllä olisi tärkeä paikka osana vanhustyötä sen ammattieettisten periaatteiden vuoksi. Tutkielmani kannustaa jatkamaan aihetta pohtimalla keinoja edistää ikäsyryjäntää vastaista työskentelyä sosiaali- ja terveystalveluissa sekä tuomaan esille myös itse ikäihmisten ajatuksia ja kokemuksia tästä aiheesta.</p>	
Asiasanat Ikäsyryjäntä, vanhuskäsitys, sosiaalitalvelut, terveystalvelut, vanhus, ikäihminen	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 VANHUSKÄSITYS JA IKÄSYRJINTÄ KÄSITTEELLISINÄ VIITEKEHYKSIINÄ....	3
2.1 Vanhuskäsitys ja sen yhteiskunnallinen konteksti.....	3
2.2 Ikäsyryntä koskettaa meitä kaikkia	5
3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN AMMATTILAISTEN IKÄSYRJINTÄÄ SELITTÄVÄT SYYT	9
3.1 Ammattilaisiin ja ikäihmisiin liittyvät tekijät.....	9
3.2 Koulutuksen ja tutkimusten laadun ja määrän merkitys.....	11
3.3 Instituution priorisointi ja tehokkuusajattelu asennekysymyksenä	13
4 IKÄSYRJINNÄN SEURAUKSET VANHUSTEN SAAMIIN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIHIN	17
4.1 Puutteellinen, vääränlainen ja ylimitoitettu hoito.....	17
4.2 Ammattilaisen ja ikäihmisen välinen vuorovaikutus	21
4.3 Vanhusten ylläpitämät vanhuskäsitukset.....	23
5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	26
LÄHTEET	30

1 JOHDANTO

Mediassa on jälleen kerran herätty keskustelemaan vanhuksiin kohdistuvasta hoidosta ja huolenpidosta. Vuoden 2019 alkupuolella tehdyn Ylen selvityksen mukaan eri puolella Suomea toimivat yksityiset vanhusten hoitokodit ovat puutteellisesti huolehtineet muun muassa vanhusten ravitsemuksesta, hygieniasta, ulkoilusta, turvallisuudesta, lääkitsemisestä ja henkilökunnan riittävästä määrästä (Mäntymaa & Roslund 2019a; Mäntymaa & Roslund 2019b). Samaan aikaan keskustelu ikäihmisten lukumäärän suhteellisen osuuden kasvusta vieläkin on elossa. Tilastokeskuksen mukaan 1970-luvun Suomessa yli 65-vuotiaiden määrä 100 työikäistä kohden oli noin 15, mutta vuonna 2020 sen pitäisi nousta noin 38:aan. Ennusteiden mukaan ikäihmisten määrän kasvu ei tule pysähtymään, kun taas alle 15-vuotiaiden osuus tulee vähenemään. (Tilastokeskus 2018.) Mediassa puhutaan niin sanotusta ”eläkepommista”, kun pohditaan kuka huolehtii ikääntyneiden tarpeista väestörakenteen muutoksien seurauksena (Muhonen 2017).

Lukiessa artikkeleita vanhuspalveluiden riittämättömyydestä ja ikäihmisten näkemisestä tikkittäväna pommina herättää kysymyksen, mitä tuollainen uutisointi viestii yhteiskuntamme arvostuksesta vanhuksia ja vanhustyötä kohtaan. Onko kenties tämä suhtautuminen vanhuuteen yhteydessä siihen, millä tavalla olemme valmiita kohtaamaan ikäihmisiä ja järjestämään heille tarpeenmukaisen hoidon? Miten itse vanhuksia kohtaavat ammattilaiset asennoituvat vanhuuteen ja voiko sillä olla jonkinlainen yhteys ikääntyneiden saamaan hoitoon? Nämä kysymykset johdattivat minua tarkastelemaan kandidaatintutkielmassani vanhuksiin kohdistuvaa ikäsyRJintää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkökulmasta.

Vanhuspalveluihin kuuluvat Suomessa Järnströmin (2011, 23–24) mukaan sosiaalipalveluista päiväkeskukset, tukipalvelut kotiin, omaishoidon tuki, palveluasuminen ja vanhainkoti, ja terveyspalveluista taas perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon avohoito, päiväsaaraala ja vuodeosastot. En ole kuitenkaan nähnyt tarpeellisena keskittyä vain yhteen palvelunmuotoon ottaen huomioon, että aiheeni koskettaa kaikenlaisia vanhustyön parissa työskenteleviä ammattilaisia. Tämän lisäksi suurin osa aineistostani on kansainvälistä: vanhuspalveluiden järjestämistavat vaihtelevat maittain ja siten selkeää jakoa palveluiden välillä on vaikeaa rajata. Vanhuksen ja vanhuuden määrittelyä taas pohdin syvällisemmin seuraavassa luvussa, missä käsittelen vanhuskäsitystä ja ikäsyRJintää. Vanhuuden ja nuoruuden ikärajat

ovat hyvin yksilöllisiä ja kontekstista kiinni. Sen vuoksi tutkielmassani en tartu niin voimakkaaksi määrittelemään vanhuutta. Pidättäydyn kuitenkin yleiseen käsitykseen nähdä 65–74-vuotiata olevan siirtymävaiheessa keski-ikästä vanhuuteen (Niemelä 2007, 169).

Mielenkiintoni lisäksi aiheellani on suuri merkitys sen ajankohtaisuuden vuoksi: kuten edellä oli nähtävissä, julkisessa keskustelussa pohditaan vieläkin vanhuspalveluiden laatuun ja järjestämiseen liittyviä kysymyksiä. Sosiaalityön näkökulmasta meillä ammattilaisilla on vastuu tunnistaa johtopäätöksiemme taustalla olevia ennakkoluuloja ja stereotyyppioita, jotta pystyisimme tekemään yksilöllisyyttä ja oikeudenmukaisuutta kunnioittavia päätöksiä. Aihe voi havahduttaa meitä kaikkia siihen, että jokainen meistä väistämättä vanhenee. Varmasti haluamme, että tulevaisuudessa meitäkin kohdellaan ihmisarvoisesti iästä huolimatta.

Tutkielmani käsiteellisinä viitekehyksinä ovat vanhuskäsitös ja ikäyrjintä. Tarkoitukseni on vastata kahteen tutkimuskysymykseen: Mitkä syyt ovat yhteydessä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten negatiiviseen ja ennakkoluuloiseen suhtautumiseen vanhuksiin ja vanhustyöhön? Miten näiden ammattilaisten muodostamat kielteiset stereotyyppit ja ennakkoluulot heijastuvat ikäihmisten saamansa hoidon ja huolenpidon määrään ja laatuun? Tutkielmassani siis keskityn käsittelemään kielteisiä vanhuskäsitöksiä, mikä ei tarkoita sitä, että ammattilaiset ja ikäihmiset eivät ollenkaan ajattele myös positiivisesti vanhuudesta. Vastatuani tutkimuskysymyksiini palaan viidennessä luvussa pohtimaan tuloksia ja esittelemään johtopäätöksiäni.

2 VANHUSKÄSITYS JA IKÄSYRJINTÄ KÄSITTEELLISINÄ VIITEKEHYKSIINÄ

2.1 Vanhuskäsitys ja sen yhteiskunnallinen konteksti

Vanhuskäsitys on suhtautumis- ja asennoitumistapa vanhuuteen, vanhuksiin, vanhuspalveluihin ja -työhön. Vanhuskäsitteillä on sekä henkilökohtainen että yhteiskunnallinen, historiallinen ja kulttuurinen ulottuvuus. Jokaisella ihmisellä on ainutlaatuinen ja omista kokemuksistaan peräisin oleva ajatus siitä, mitä tiettyyn ihmisjoukkoon kuulumisen on ja mitkä tekijät ohjaavat tämän ihmisryhmän käyttäytymistä ja ajattelua. Toisaalta vanhuskäsitteet muodostuvat vastavuoroisessa kommunikaatiossa muiden ihmisten kanssa. Jokainen yhteisö, yhteiskunta ja kulttuuri muodostavat oman käsityksen siitä, mitkä asiat nähdään normaalina ja hyväksytyinä tietynikäisille ja miten vanhuudesta tulisi puhua. Taustalla vaikuttavat historialliset tapahtumat ja oma syntymäaika muokkaavat tapamme reagoida eri-ikäisiin ihmisiin. (Heikkinen 2008, 237–238,243; Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 11, 41–43.) Jyrkämä (2001, 276–277) kuvaa ilmiötä termillä sosiaalinen vanheneminen: ihmiset aina vanhenevat osana yhteisöä, joka luo selvän rakenteen sille, mitä tiettyyn ikään kuuluu. Samaan aikaan itse yksilöt toimivat aktiivisena subjekteina muokaten omaa ja ympäristönsä ymmärrystä ikäihmisistä. (mts.)

Koska niin monet toimijat osallistuvat vanhuskäsitteiden määrittämiseen, väistämättä yhteiskunnan jäsenten näkemykset ikääntymisestä voivat olla ristiriidassa ikäihmisen oman henkilökohtaiseen kokemuksiensa kanssa. Ikääntyneitä voidaan esimerkiksi luokitella pelkästään heidän fyysisen toimintakykynsä mukaan, keskittyen heidän raihnaisuuteensa ja sairaalloisuuteensa. Heiltä voidaan odottaa vetäytymistä yhteiskunnasta sekä hiljaiseen ja pidättyväiseen elämään sitoutumista. Näin vanhuskäsitteistä määrittäessä ikääntyneiden hyvällä mallilla oleva sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky voidaan sivuuttaa keskustelusta. Huomiotta jää ikäihmisen henkilökohtaiset kokemukset ja voimavarat. (Dunderfelt 2011, 205–206.) Rantamaa (2001, 51–64) toteaa, ettei ikää voi pelkästään määrittellä kronologisen iän eli kalenteri-iän mukaan, vaan sillä on muun muassa sosiaalinen, biologinen, psykologinen, historiallinen, juridinen, persoonallinen ja subjektiivinen ulottuvuus. Esimerkiksi ruumiillisesti ihminen voi havaita itsessään vanhenemisen merkkejä, mutta kokea mielensä yhä

nuoreksi. Nuori opiskelija ei taas välttämättä tarkoita kalenteri-ian mukaisesti nuorta henkilöä, vaan kyse voi olla vasta opintoja aloittaneesta henkilöstä. (mts. 55,61).

Vanhuuden ja nuoruuden ikäraajat ovat siis hyvin yksilöllisiä ja kontekstista kiinni. Iällä on sen verran monta ulottuvuutta, että ne voivat olla toisiinsa nähden kulkea ja kehittyä eri tahtiin. Sen mahdollistivat erityisesti muutokset väestörakenteessa ja ihmisten elämänlaadussa. Kun yhteiskunnassa väestön elinikä piteni, kuolleisuus väheni sekä ihmisten elintaso ja hyvinvointi kohenivat, terveiden ja aktiivisten ikäihmisten määrä kasvoi. (Jyrkämä 2001, 268–269.) Ikäihmisten elämäntyylit moninaistuivat, ja ”nuorisokulttuuri” on nyt yhä ajankohtainen myöhäisaikaisuudessakin. Individuaalisuuteen, vapauteen ja yritteliäisyyteen ihastunut nyky-yhteiskunta määrittelee uudelleen ikääntymistä sellaisilla termeillä kuin kolmas ikä, iätön minuus sekä aktiivinen, onnistuva ja tuottava ikääntyminen. Niillä viestitään, että ikääntyneillä on valtaa vaikuttaa oman vanhenemisensa laatuun ja että myös vanhusten elämä voi olla täynnä erilaista puuhastelua, taloudellisesti hyödyllistä tuottavuutta, itsensä toteuttamista ja yhteiskunnallista vaikuttamista erilaisilla areenoilla. Kalenteri-ästä huolimatta ikäihmiset voivat tuntea itsensä yhtä nuoreksi kuin 20-vuotiaina. (Saarenheimo, Pietilä, Maununaho, Tiihonen & Pohjolainen 2014, 11–16; Julkunen 2008, 19–21, 27.)

Nämä käsitteet herättävät myös kritiikkiä: niillä voi olla tarkoitus peitellä vanhenemisen epä-mukavia asioita ja antaa liian yksipuolinen kuva eläkeläisten toimeliaisuudesta ja vauhdikkuudesta, huomioimatta ikäihmisen yksilöllistä elämäntapaa ja mielenkiinnon kohteita. Yhteiskuntakin voi pyrkiä kontrolloimaan ikäihmisten arvoja ja käyttäytymistä kohti tuottavuutta, toimintaa ja osallistumista, jotta vanhuksista olisi hyötyä yhteiskunnalle. Näin vanhempiakin ihmisiä kannustetaan torjumaan itsessään vanhenemisen merkkejä niiden hyväksymisen sijaan. Keskustelussa vallitseekin vanhuskäsityksien kaksijakoisuus ja ristiriitaisuus, missä puhutaan aktiivisesta ikääntymisestä ja muodollisesti arvostetaan vanhuutta, mutta samalla ylläpidetään käsitystä vanhusten raihnaisuudesta: herkästi kalenteri-ialtään hyvin vanhat eli niin sanottuun neljänteen ikään kuuluvat ihmiset käsitellään keskusteluissa toimintakyvyttöminä, avuttomina ja muista riippuvaisina. (Saarenheimo ym. 2014, 13–14, 59; Saarenheimo 2014, 3, 6, 8; Julkunen 2008, 30.) Rintalan (2005, 23, 25–28) mukaan 150 vuoden aikana sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmässä ikääntyneitä luokiteltiin apua tarvitsevinä, osaamattomina ja köyhinä vaivaisina, kuntoutusta ja ehkäisevää apua tarvitsevinä,

itseään kehittävinä ja tulevaisuuteen suuntautuvina, aktivointia tarvitsevinä ja voimavaroiltaan toimintakykyisinä yksilöinä.

Rintala (2005, 23) korostaa, että vanhustenhuollossa ei ole ollut ikinä vain yhtä vanhuskäsitystä, vaan ne esiintyvät usein samanaikaisesti. Tämä näkyy Vallejo Medinan ja kumppaneiden (2006, 41–42) mainitsemassa Sirkka-Liisa Keiskin (1998) tutkimuksessa, missä on havaittu seitsemän erilaista tapaa suhtautua ikäihmisiin. *Arvostavassa vanhuskäsityksessä* ikäihmiset nähdään aktiivisina yhteiskunnan vaikuttajina ja arvokkaan tiedon tuottajina. *Myönteinen vanhuskäsitys* korostaa ikäihmisten itsenäisyyttä, ainutlaatuisuutta ja tasa-arvoista kohtelua. *Holhoavan myönteisessä vanhuskäsityksessä* ajatellaan ikääntymistä taantumisenä, joka vaatii ympäristön huolenpitoa. *Välinpitämättömän liberaali vanhuskäsitys* olettaa, että vanhuuden onnistuminen on kiinni itse ihmisestä. Vanhoja ihmisiä kohdellaan suvaitsevalla, mutta pahimmillaan välinpitämättömällä tavalla. *Sosiaaliseen huoltoon velvoittava vanhuskäsitys* liittyy ajatukseen siitä, että ikäihmisistä huolehditaan ainoastaan sen takia, koska se kuuluu sivistyneen ja byrokraattiseen yhteiskunnan velvollisuuteen, jolloin ikääntyneet useimmiten tulkitaan rasitteeksi yhteiskunnalle. *Kielteisessä vanhuskäsityksessä* ikääntyneitä luonnehtivat avuttomuus, sairaudet ja hyödyttömyys, ja heitä syrjitään passiivisesti viemällä heiltä mahdollisuus toteuttaa itseään. Vanhuuden näkeminen poikkeavuutena ja kyvyttömyytenä sopeutua yhteiskuntaan luo *nöyryyttävän ja alistavan vanhuskäsityksen*. (mts. 41–42.)

2.2 Ikäsyryjä koskettaa meitä kaikkia

Pyrimme kategorisoimaan tiettyjä ihmisryhmiä ja siten myös vanhuutta erilaisten ominaisuuksien mukaan. Muodostamme stereotypioita, jotta pystyisimme nopeasti ja helposti prosessoida ulkoa päin tulevaa, usein epäsäännölliseltä näyttävää tietoa. Pahimmillaan uskomme omiin luotuihin stereotypioihin enemmän kuin varsinaisesti tutkittuun todistusaineistoon (Healey 2013, 7) ja saamme epätodenmukaisen kuvan yksittäisten ikäihmisten kyvyistä ja tarpeista. Se mahdollistaa syrjivien asenteiden ja käyttäytymistapojen ylläpitoa.

Alkuperäisen määritelmän mukaan ikäsyryjä tai ageismi on järjestelmällinen prosessi, missä tiettyyn ikäryhmään kohdistetaan stereotypisointia ja syrjintää, samalla tavalla kuin rasismissa ja seksismissä tehdään. Se ilmenee ennakkoluuloisina asenteina, syrjivinä

käytäntöinä ja institutionaalisina toimintamalleina. (Iversen, Larsen & Solem 2009, 6, 12.) Ikäsyryntä poikkeaa rasismista ja seksismistä siten, että sen uhriksi voi joutua kuka tahansa: olemme kaikki jossakin vaiheessa nuoria tai vanhoja. Tunnistamme sen huonosti jokapäiväisessä elämässämme verrattuna muihin syrjinnänmuotoihin, sillä se harvoin näyttää yksittäisinä tapahtumina: se on moninainen, syvästi kulttuurissamme elävä sekä kasautuvista asenteista ja käytännöistä rakentuva ilmiö. (Jyrkämä & Nikander 2007, 182–183.) Okitikpi ja Aymer (2010, 10–11) täydentävät syrjinnän määritelmän sen psykologisilla, fyysisillä ja emotionaalisilla seurauksilla. Uhrin hyvinvointi kärsii, hänen identiteettinsä ja ihmishuhteensa tuhoutuvat. Hänen epäluottamuksensa muita ja itseään kohtaan kasvaa, hän kokee itsensä voimattomaksi ja yhteisöön kuulumattomaksi. (mts. 10–11.)

Ikäsyryntä on laaja käsite ja jakautuu erilaisiin tasoihin. Ensinnäkin ikäsyryntä voi ilmetä negatiivisen lisäksi myös positiivisena. Esimerkiksi pelkästään ikäihmisillä on oikeus tiettyihin etuihin ja ikäihmisiin liitetään myönteisiä käsitteitä, kuten viisaus ja onnellisuus. Ikäsyryntän voidaan myös jakaa tunnepitoiseen, kognitiiviseen ja käyttäytymisenä ilmenevään syrjintään: ikäsyryntässä tunteet kohti iäkkäitä ovat liian positiiviset tai negatiiviset, mielikuvat ikäihmisistä ovat hyvin kaavamaiset ja jäykät, ja käyttäytyminen syrjivä. Nämä ikäsyryntän tasot liittyvät mikro-tasolla tapahtuvaan ikäsyryntään, joka näyttää yksilöiden välisessä verbaalisessa ja non-verbaalisessa kommunikaatiossa. Makro-tason ikäsyryntässä taas instituutiot ja niiden prosessit sekä kulttuuri kannustavat ja hyväksyvät syrjinnän jatkumista. Työpaikan kulttuurissa voi olla esimerkiksi sellaiset kirjoittamattomat ja syrjivät säännöt, joita muidenkin työntekijöiden odotetaan noudattavan, tai sitten ikäsyryntä ilmenee kirjallisuudessa, mediassa, huumorissa ja niin edelleen. (Iversen ym. 2009, 11–12, 14, 16–17; Okitikpi & Aymer 2010, 15–18.)

Eroa on myös siinä, tunnistammeko ikäsyryntän ilmenevän jokapäiväisessä elämässämme vai onko se enemmän piilotettua ja tietoisuutemme ulkopuolella. Eksplisiittisesti ilmaistu ikäsyryntä on helposti havaittavissa, koska se on kaikille avoimesti ja julkisesti näkyvillä. Sen sijaan implisiittinen syrjintä operoi niin, että ennakkoluulot, tunteet ja syrjivä käyttäytyminen aktivoituvat automaattisesti, vaikka meillä ei edes ole välttämättä tarkoituksena syrjiä muita. (Okitikpi & Aymer 2010, 12–14; Iversen ym. 2009, 13.) Oletamme esimerkiksi, että iäkäs henkilö kuulee ja ymmärtää asioita huonosti, jolloin automaattisesti yksinkertaisitamme puhetta tai puhutaan liian kovaa.

Stereotypiat ja ennakkoluulot ilmenevät erilaisessa muodossa, kuten edellä olevan Sirkka-Liisa Keiskin tutkimuksessa on huomattu. Myötätuntoinen, huoltoon velvoittava vanhuskäsitys linkittyy ”hyväntahtoiseen” syrjimiseen, joka perustuu ikäihmisten säälimiseen ja tarpeettoman ylimalkaiseen suojelemiseen. Sen sijaan kielteinen, nöyryyttävä ja alistava vanhuskäsitys juontaa vihasta, pelosta, vastenmielisyydestä ja uhasta kohti vanhuutta ja vanhuksia. (Healey 2013, 8.)

Useita teorioita on kehitetty selittämään ikäsyrynnän alkuperää ja sen ylläpitäviä mekanismeja. Psykologisesta ja sosiologisesta näkökulmasta syrjintä liittyy ensinnäkin ihmisten tiettyihin persoonallisuuspiirteisiin, kuten pelokkuuteen, joustamattomuuteen, pessimistisyyteen, epätasa-arvon näkemiseen normaalina ja niin edelleen. Toiseksi elämän vaikeat tapahtumat, esimerkiksi köyhyys, voivat ajaa ihmisiä turhautuneena syyttämään haavoittuvissa olevia ihmisryhmiä yhteiskunnan ekonomisista ja poliittisista ongelmista, vaikka todellisuudessa syyt ongelmille löytyvät muualta. Kolmanneksi ikäsyryntää ylläpitää ihmisten tapamäärinellillä tietynikäisiä ihmisiä heidän ominaisuuksien kautta: omia oletuksia vahvistavat ominaisuudet, kuten harmaa tukka ja ryppyiset kasvot huomataan ikäihmisessä, ja niiden kanssa ristiriidassa olevat ominaisuudet torjutaan. Neljänneksi ihmisillä on tapana perustella toimintaa ja siten syrjintää rationaalisin keinoin. Näin ikäsyryntä ilmenee piilotetummassa muodossa, missä esimerkiksi ikäihmisen siirtämisen vanhainkotiin perustellaan toimimisena ikäihmisen omaksi parhaakseen, vaikka todellisuudessa omaiset haluavat välttyä huolehtimasta ikäihmisestä. (Palmore 1999, 61–65).

Omat kokemukset ja tieto ikääntymisestä sekä pelko heijastuvat suhtautumiseen ikäihmisiin (Palmore 1999, 65–66; Lev, Wurm & Ayalon 2018, 55). Vanhempia ihmisiä luokitellaan olevan muita lähempänä toimintakyvyn rappeutumista ja kuolemaa. Se muistuttaa ihmisiä ihmiselämän ja oman fyysisen ruumiinsa rajallisuudesta. Ikääntyminen voi näyttäytyä elämänvaiheena, missä ihminen on riippuvainen muista ja siten on – tyyliä sanoen – muiden silmissä hyödytön yksilö. Nuoret voivat yrittää paeta tätä pelkoa pitämällä etäisyyttä ikäihmisiin ja ylläpitämällä stereotypioita, jotka entistä enemmän leimaavat ikäihmisiä nuoremista poikkeaviksi. Tämän lisäksi ihmiset eivät toimi pelkästään omana persoonanaan, vaan samalla identifioivat itsensä osaksi erilaisia ryhmiä. Näin yhteisön jäsenten muodostamat negatiiviset vanhuskäsitykset saavat ikäihmisetkin sisäistämään niitä osaksi itsensä (Lev ym. 2018, 55–58, 61–62.) Ikäihmiset voivat alkaa ajattelemaan ja käyttäytymään niiden mukaan,

mikä entistä enemmän vahvistaa näitä stereotypioita ja tekee niistä todellisia. (Palmore 1999, 82).

Yhteiskunnalliset, erityisesti teollisuusmaissa tapahtuneet muutokset voivat osaltaan tehostaa negatiivisten vanhuuskäsitysten vakiintumista. Modernisoituneessa yhteiskunnassa ikääntyneiden suhteellinen määrä on kasvamisillaan verrattuna työikäisiin ja veroja maksaviin ihmisiin, jolloin valtion budjetti voi olla tiukoilla siitä, mihin ihmisryhmään pitäisi rahallisesti panostaa. Jatkuvasti kasvava teknologian käyttö, vanhojen ammattien katoamien ja uusien syntymien tilalle sekä maahanmuuttajien lisääntyminen poistavat tarpeen ikäihmisten taidoille sekä lisäävät kilpailua työpaikoista. Jos koulutus ja ammatillisten tietojen päivittäminen suuntautuu enemmän nuorempiin ihmisiin, ikäihmiset syrjäytyvät työelämästä puuttuvan osaamisen takia. Ikäihmisten eristäytyminen asumaan ainoastaan vanhoille ihmisille kuuluviin asuntoloihin tai hoitopaikkoihin voi vähentää nuorten ja vanhempien välistä yhteiseloä. Myös muuttuneet ihmisten arvot kohti aktiivisuutta, kilpailullisuutta ja itsenäisyyttä saattavat olla ristiriidassa ikäihmisten arvojen kanssa, jos he eivät tavoittele tai pysty tavoittelemaan niitä. (Palmore 1999, 68–69, 84–85, 99.)

3 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN AMMATILAI- LAISTEN IKÄSYRJINTÄÄ SELITTÄVÄT SYYT

3.1 Ammattilaisiin ja ikäihmisiin liittyvät tekijät

Palmoren (1999) sekä Lev ja kumppaneiden (2018) esittämä teoria kuolemaan ja siten vanhenemiseen suuntautuvasta pelosta näyttäisi heijastuvan myös sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin. Liun, Normanin ja Whilen (2015, 970) mukaan negatiivinen suhtautuminen ikäihmisiin on yhteydessä hoitajien pelkoon omasta vanhenemisesta. Koukouli, Pattakou-Parasyri ja Kalaitzaki (2013) vertailivat terveysalan ammattilaisten ja opiskelijoiden sekä valtaväestön pelkoa vanhenemista kohtaan. Terveysalan opiskelijoilla oli eniten pelkoa ja ammattilaisilla taas vähemmän pelkoa ikääntyneitä sekä ikääntymisen psykologisia ja fyysisiä muutoksia kohtaan. Opiskelijoilla oli taas vähemmän pelkoa iän mukana tulevista menetyksistä, kuten ystävien, elämän merkityksen ja yhteisöön kuulumisen tunteen vähentymisestä. Tutkijat pohtivat, että opiskelijoita ei vielä oman nuoren iän takia huolestuta ihmisuhteiden menetykset ja syrjäytyminen yhteisöstä. (mts. 207–208.)

Tutkiessa vastaajien kokemuksia dementoituneista ikäihmisistä Koukouli ja kumppanit (2013, 207–208) huomasivat, että se lisää ammattilaisten ahdistusta liittyen vanhenemiseen. Tämä voi liittyä siihen, että ammattilaiset ovat paljon tekemisissä dementoituneiden ikäihmisten kanssa ja ovat usein heidän hoitajinaan, mikä taas altistaa ammattilaisia näkemään työssään enemmän vanhenemista huonommassa valossa. (mts. 207–208.) Samaan johtopäätökseen ovat päätyneet Greene, Adelman, Charon ja Hoffman (1986, 113), joiden mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat valtaväestöön verrattuna enemmän sairaita ja hauraita, sairaalahoitoa tarvitsevia, mieleltään hämillään olevia iäkkäitä ihmisiä. Sen sijaan ammattilaisten positiiviset kokemukset ikäihmisten kanssa työskentelystä ja heidän suurempi sosiaalisten kontaktien määrä hyvinvoivien ikäihmisten kanssa luovat myönteiset vanhuskäsitukset (Leung, Giudice, Schwarz & Brand 2011, 312). Ammattilaisten mukaan tyypillisemmät ”ongelmavanhukset” eivät ota vastaan ammattilaisen neuvoja ja ehdotuksia, haluavat jatkuvasti huomiota ja valittavat, käyttäytyvät sopimattomasti ja aggressiivisesti ja ovat esteettisesti epämiellyttävä työskentelemisen kohde, erityisesti jos työhön kuuluu ikäihmisen hygieniasta huolehtiminen (Ben-Harush ym. 2017, 42–43). Jos tähän liittyy Palmoren

(1999, 64) esittämän teorian siitä, että opimme liittämään kohtaamiemme ikäihmisten usein toistuvia ominaisuuksia heidän ikäänsä, ei ole ihme, että terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset saattavat nähdä heidän kanssaan työskentelyn palkitsemattomana, vaikeana, tylsänä ja vastenmielisenä.

Sen lisäksi, että pelko vanhenemisesta ja kokemus ikäihmistä ovat yhteydessä käsityksiin ikäihmisistä, ammattilaisen iällä ja sukupuolella on väliä: kaikista positiivisemmat näkemykset ikäihmisistä näyttäisi olevan naisilla ja vanhemmilla ammattilaisilla. (Lambrinou ym. 2009, 621; Leung 2011, 312). Toisaalta Davis ja kumppanit (2011, 864) argumentoivat, että ammattilaisen nuori ikä voi päinvastoin suojata kielteisiltä vanhuskäsityksiltä, sillä ajan kanssa yhä positiiviseksi muuttunut suhtautuminen ikäihmisiin yhteiskunnassa ja ikääntyneiden hyvinvoinnin nousu ovat saattaneet vaikuttaa nuorempien vähäisiin negatiivisiin kokemuksiin ikääntymisestä niin arkielämässä kuin työpaikalla. Vanhemmat ammattilaisetkaan eivät välttämättä automaattisesti ajattele positiivisesti ikäihmisistä. Hekin voivat samaistua nuorempien ammattilaisten esittämiin ennakkoluuloihin ja stereotypioihin sekä vertailla omaa hyvää terveyttä ja toimintakykyä ikääntyneeseen, huonosti voivaan asiakkaaseen ja siten ylläpitää kielteisiä käsityksiään. (Youdin 2016, 34–35.)

Ikä näyttääkin olevan liian epämääräinen syytekijä. Systemaattista kirjallisuuskatsauksessa Liu, Norman ja While (2013) analysoivat iän ja sukupuolen lisäksi artikkeleita liittyen ammattilaisten asuinpaikan, etnisyyden, siviilisäädyn, sosioekonomisen aseman, työpaikan luonteen ja sijainnin sekä henkilökohtaisten kokemusten vaikutuksista ammattilaisten vanhuskäsityksiin. Selkeimmät vaikutukset ovat halukkuudella työskennellä vanhempien asiakkaiden kanssa ja tietomäärällä ikääntymisestä. Sen sijaan muiden tekijöiden vaikutukset vaihtelevat paljon ja siten niiden luotettavuudesta ei voi olla varma. (mts. 1279–1280.)

Halukkuus työskennellä ikäihmisten kanssa on väistämättä kiinni myös muiden ammattilaisten mielipiteistä ja kiinnostuksesta gerontologiaa kohtaan (Higashi ym. 2012, 481). Esimerkiksi ikäihmisten kanssa työskentelevät toimintaterapeutit ensinnäkin kuulivat negatiivisia kommentteja läheisiltä ja tutuilta, joiden mielestä työ vanhusten kanssa on masentavaa ja ikään kuin pienestä lapsesta huolehtimista. Myös ammattilaisten kesken on erilainen arvostus tiettyjä ammattinimikkeitä kohtaan: Klein ja Liun (2010, 337–338) tutkimuksessa gerontologia oli ammattilaisten mukaan vähemmän älyllisesti haastavaa ja oli vain työuran

välivaihe. Samoin sosiaalityön asiantuntijat saattavat edelleen suhtautua välinpitämättömästi vanhusten kanssa tehtävään työhön, vaikka kiinnostus ja tietomäärä gerontologisesta sosiaalityöstä jatkuvasti kasvaa (Ylinen & Rissanen 2007, 38, 45–46).

Ikäsyryjä voi osaltaan olla kiinni itse ikäihmisestä tai tarkemmin sanottuna hänen terveydestä. Kyse voi olla terveydentilaan liittyvästä syrjinnästä eli ikäihmisen huonoon fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikutuksesta ammattilaisten negatiiviseen suhtautumiseen. (Joseph & Haley 1995, 614). Gundersonin, Tomkowiakin, Menachemin ja Brooksien (2005) tutkimuksessa lääkärit suhtautuivat kaikista negatiivisemmin yli 85-vuotiaisiin ja hoitokodeissa asuviin ikääntyneisiin, joita he arvioivat olevan kaikista vähemmän kykeneviä vastaanottamaan uutta tietoa ja muuttamaan terveyskäyttäytymistä sen mukaan, vähemmän osaavaisia osallistua keskusteluun ja siten olla tarpeellisina tiedon antajina lääkärikäynneillä, ja vähemmän miellyttäviä ja mieleltään joustavia. (Wyman, Shiovitz-Ezra & Bengel 2018, 199.) Higashin ja kumppaneiden (2012, 479) haastattelussa lääkäriopiskelijat määrittivät vanhainkodin asukkaita ”potentiaalisena katastrofeina”, joita kuvastavat monien sairauksien yhtäaikaisuus ja niiden hoidon vaikeus. Jyrkämä ja Nikander (2007, 199) väittävätkin, että kolmannen iän eli 60–70-vuotiaat eläkeläiset eivät vielä kohtaa niin paljon ikään liittyvää syrjintää heidän aktiivisuutensa ja hyvinvointinsa vuoksi, vaan ikäsyryjä ajoittuu yli 75-vuotiaisiin ja ikävaiheeseen, milloin ihmisten toimintakyky alkaa kääntyä laskuun ja syntyy isompi tarve erilaisille arkielämää tukeville palveluille.

3.2 Koulutuksen ja tutkimusten laadun ja määrän merkitys

Liu ja kumppanit (2013, 1279–1280) sekä Palmore (1999) esittivät edellä, että tiedon määrä heijastuu syrjiviin asenteisiin. Koukoulun ja kumppaneiden (2013, 207–208) mukaan opiskelijoiden suurempi pelko saattaa yhdistyä tiedon ja koulutuksen puutteeseen. Terveysalan ammattilaisilla taas alhainen koulutustausta voi vaikuttaa ammattilaiseen kykyyn sietää stressiä huolehtiessa sairaista ikääntyneistä. (mts.) Ammattilaisten tietomäärä ikäihmisten kanssa työskentelystä sekä ikäihmisiin suuntautuvan opetuksen laatu ja määrä ovatkin puuttaneet ikäsyryjä tutkivia julkaisuja. Hoitoalan opiskelijoiden suhtautumisen vanhuuteen on havaittu olevan positiivisempi koulutuksen loppupuolella, mutta toisaalta melkein valmistuneiden opiskelijoiden tietämys ikääntymisestä ei ollut sen parempi verrattuna opin-
toja vasta aloittaneiden opiskelijoihin. Se saattaa kuvastaa opetuksen painottumista

biolääketieteelliseen ja fyysiseen näkökulmaan, jolloin ammattilaisilta voi puuttua ymmärrys ikääntymisen psykososiaalisista muutoksista ja tarpeista. (Lambrinou, Sourtzi, Kalokerinou & Lemonidou 2009, 620–621).

Eräänlainen lääketieteellistymisen kulttuuri niin opetuksessa kuin sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa tuottaa yksinkertaisen ja pinnallisen kuvan vanhenemisesta. Sen on huomattu Ngen, Alloren, Trentalangen, Monin ja Levyn (2015) tutkimuksessa, missä on analysoitu Yhdysvalloissa 200 vuoden aikana käytettyjä termejä ikäihmisistä. Lääketieteelliset käsitteet, kuten ”sairaus” tai ”stamina” käytettiin useammin ikäihmisten ja negatiivisten ikästereotyyppien yhteydessä. (mts. 2, 4.) Sairauslähtöinen ajattelumalli vie mahdollisuuden nähdä, mitä muuta vanheneminen on kuin taantuminen ja riippuvuus huolenpidosta.

Toinen erityisesti lääketieteessä vallitseva diskurssi on ammattilaisten halu parantaa potilastaan. Kuitenkin useilla ikäihmisellä ongelmat liittyvät parantumattomiin ja nipussa esiintyviin kroonisiin sairauksiin, jolloin hoito perustuu oireiden lieventämiseen ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Lääkärit voivat nähdä palkitsevampana auttaa esimerkiksi kahden pienen lapsen äitiä, jonka yhden ongelman parantaminen nostaisi hänet takaisin jaloilleen kuin että hieman lieventää 89-vuotiaan yhden hänen oireistaan. (Higashi ym. 2012, 479.) Jos ammattilaiset kokevat, että vanhenemisprosessiin voi vähemmän vaikuttaa mitä on olettanut, niin kaikki muutkin ikäihmisessä esiintyvät sairaudet ja oireet liitetään helpommin ikääntymiseen (Davis, Bond, Howard & Sarkisian 2011, 863).

Toisaalta ikäihmisiin suuntautuvaa opetusta voi olla jo itsessään vähän. Jos geriatria ja gerontologiaan erikoistuneita asiantuntijoita on vähän, heitä ei riitä työelämässä palvelemaan ikäihmisiä, koulutuksessa kannustamaan opiskelijoita syventämään osaamistaan, kehittämään opintosuunnitelmia ja panostamaan ikäihmisten hoitomuotojen tutkimiseen ja kehittämiseen. (Ouchide & Lachs 2015, 52–53.) Gerontologiaan painottuva koulutus voi olla marginaalisessa asemassa, ja ammattilaisilla ei ole riittävästi käytännönläheistä ja teoreettista tietoa, mitä on huomattu varsinkin sosiaalityössä (Ylinen & Rissanen 2007, 46–48). Näyttäisi siltä, että geriatria ja gerontologiaan erikoistuneiden ammattilaisten vähyys näkyy puutteellisena opetuksen ja tutkimuksellisen tiedon laadulla ja määrällä. Se taas ylläpitää opiskelijoiden negatiivista vanhuskäsityksiä ja vie opiskelijoilta motivaation työskennellä ikäihmisten kanssa.

Puutteita ohjeistuksissa ja tutkimuksissa ikäihmisille sopivista hoitomuodoista ja lääkkeistä on tulkittu esteeksi vanhusten kanssa työskentelyyn. Cox, Kloseck, Crilly, McWilliam ja Diachun (2011) analysoivat 14 erilaista ohjeistusta liittyen kroonisiin tauteihin ja havaitsivat, että 12 niistä tarjosivat ohjeet 65 tai vanhempien ihmisten hoitoon, mutta ainoastaan viisi niistä puhuivat yli 80-vuotiaiden ja toimintakyvyltään hauraiden ihmisten hoidosta. Noin yksi prosentti eli 31 kappaletta kaikista 2272 tutkimuksista keskittyivät pelkästään 80-vuotiaisiin tai sitä vanhempien tutkimiseen. (mts. 266–268.)

Vanhemmat ihmiset ovat siis vähän mukana tieteellisissä ja kliinisissä tutkimuksissa. Puutteellinen osallistuminen linkittyy ensinnäkin tieteellisiin käytäntöihin, joiden mukaan muita tuloksiin vaikuttavia tekijöitä, kuten tutkittavan huono toimintakyky, menneet ja nykyiset sairaudet ja samanaikaisesti käytettävissä olevat lääkkeet tulisi rajata pois tulosten luotettavuuden vuoksi. Ideana ei siis ole välttämättä selvittää, onko tulokset yleistettävissä koko väestöön, vaan varmistua tuloksien korreloimisesta tutkitun lääkkeen tai hoitomuodon kanssa. Ammatillaiset olivat myös huolissaan ikääntyneiden osallistujien turvallisuudesta samanaikaisesti esiintyvien sairauksien ja hoitojen vuoksi, tunsivat hankalaksi muokata tutkimuskäytäntöjään palvelemaan ikäihmisten toiminnallisia rajoitteita, pohtivat ikäihmisten jäljellä olevan eliniän vaikutusta tutkimuksen jatkumiselle ja epäilivät ikäihmisten kykyä ymmärtää tutkimuksen tarkoitusta, hyötyjä ja riskejä. (Cox yms. 2011, 268; Townsley, Selby & Siu 2005, 3116–3118.) Osallistujien turvallisuuden ja tieteellisen pätevyyden tärkeyttä ei voi unohtaa, mutta Wymanin ja kumppaneiden (2018, 205) mukaan tämä johtaa ”tuplasyrjintään”, missä tiedon puuttuminen uusien hoitomuotojen sopivuudesta rajoittaa tai jopa estää niiden käyttöä ikäihmisten kanssa, tai sitten ylläpitää epäsopivan hoidon tarjoamista ikäihmisille. Ammatillaisia voikin alkaa turhauttaa työskennellä monesta kroonisesta taudista kärsivien iäkkäiden ihmisten kanssa, koska ohjeita ja tutkimusta ei löydy niin paljon siitä, miten erilaisia kroonisia tauteja tulisi hoitaa samanaikaisesti ja miten erilaiset lääkkeet vuorovaikuttavat toistensa kanssa (Benjamin 2010, 626).

3.3 Instituution priorisointi ja tehokkuusajattelu asennekysymyksenä

Heikkisen (2008) sekä Vallejo Medinan ja kumppaneiden (2006) ajatuksia lainaten vanhuskäsitykset sisäistetään monesti suoraan tai huomaamattakin vuorovaikutuksessamme yhteisöme kanssa. Edellä tuli todettua, miten läheiset, valtaväestö ja muut ammatillaiset

viestivät omasta suhtautumisestaan kohti ikäihmisiä ja miten opetuksen järjestäjät ja tutkijat käyttävät tietynlaisia diskursseja puhuessa vanhuksista. Sen vuoksi on perustelua tarkastella ikäyrjintä makro-tasolta, missä erilaiset sosiaali- ja terveystalveluiden vakiintuneet toimintakäytännöt ja säädökset sisäistyvät ammattilaisenkin tapaan hahmottaa vanhuuden arvokkuutta. Nimittäin se, mikä voi ammattilaisten mielestä tehdä iäkkäiden kanssa työskentelemisestä turhauttavan, äärimmäisen haasteellisen ja vähemmän palkitsevan liittyy osaltaan Palmoren (1999, 68–69) mainitsemaan ikääntyneiden jatkuvaan väestölliseen ja suhteelliseen kasvuun. Valtion niukkaasta budjetista päättävät tahot joutuvat pohtimaan, minkä verran olemme valmiita panostamaan rahallisesti iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluihin. Ikäyrjintä on siis väistämättä moraalinen ja ekonominen kysymys (Shaw 1994, 188).

Resurssien priorisointia iän mukaan usein perustellaan Alan Williamsin (1997) luomalla käsitteellä ”fair innings” tai ”reilun osuuden argumentti”, jonka mukaan oikeudenmukaisempaa olisi kohdistaa hoidon nuorempiin ihmisiin, jotka eivät vielä ehtineet elää ”normaalin eliniän” verran ja joilla on ollut vähemmän onnea terveyden kanssa. Vanhemmat ihmiset ovat jo ehtineet nauttia pitkästä elämästään sekä saavuttaa haluamiaan asioita (Hazra, Gulliford & Rudisil 2017; Launis 2007, 162). Rajoitettujen resurssien aikaan ja tehokkuuden näkökulmasta kaikista välttämättömiin ja eniten yhteiskuntaa ja ihmisiä hyödynnettäviin sosiaali- ja terveystalveluihin pitäisi panostaa eniten. (Shaw 1994, 189–190.) Tämän ajatusmallin mukaan resursseja tulisi kohdistaa eniten nuorempiin, joilla on vielä koko elämä edessä ja jotka ovat tulevaisuuden veronmaksajat ja yhteiskunnan aktiiviset jäsenet. Sen sijaan se on turhaa pidentää vanhempien eliniän odotetta. Vanhempien ihmisten on tarkoitus väistyä yhteiskunnasta nuorten hyväksi. Tässä diskurssissa on havaittavissa Sirkka-Liisa Keiskin (1998) mainitsema sosiaaliseen huoltoon velvoittava vanhuskäsitys ja jopa kielteinen vanhuskäsitys, missä ikääntyneiden hoito on hyödytöntä ja suuri rasite yhteiskunnalle. (Vallejo Medina ym. 2006, 41–42).

Vastaavasti antiageististen argumenttien mukaan ongelma on ensinnäkin siinä, miten normaalia elinikää määritellään ja siten asetetaan ikärajoja tietyille hoitomuodoille. Elinikään vaikuttavat niin ekonomiset, sosiaaliset, poliittiset kuin teknologiset seikat. (Hazra ym. 2017.) Elinajanodotetta ja siten ”normaalin” iän pituutta on siis vaikeaa määritellä: 50-luvulla syntynyt elää eri verran kuin 80-luvulla syntynyt. Väitettä ikäihmisten suurentuneesta tarpeesta apuun on taas kritisoitu siitä, että ensinnäkin kehittyneet sosiaali- ja terveystalvelut

tuottavat entistä terveempiä ja hyvinvoivia nuoria ihmisiä, jolloin heidän tarpeensa hoitoon on pienempi. Toiseksi ikääntyneiden hoidon tarpeen lisääntyminen on nähty enemmänkin sidoksissa heidän jäljellä oleviin elinvuosiin kuin itse kalenteri-ikään. (Hazra ym. 2017.) Kronologinen ikä ei ole sama asia kun biologinen ikä (Shaw 1994, 189), kuten Rantamaa (2001) totesikin tutkiessa iän monikerroksisuutta. Toisin sanoen kaksi saman ikäistä ihmistä ovat terveydeltään ja toimintakyvyltään erilaisessa tilanteessa. Ammattilaisilla pitääkin jokaisen ikäihmisen kohdalla arvioida erikseen, mitä hyötyjä ja riskejä hoidolla on ikäihmisen elämän laadukkuuteen ja millä hinnalla ne ovat saavutettavissa (Shaw 1994, 189–190). Sen lisäksi, että ainoastaan elinikään perustuva hoito on epäeettistä (Launis 2007, 163), se voi Bowlingin (1999, 1353–1354) mielestä lisätä sosiaali- ja terveyspalveluiden kuluja, jos ehkäisevän hoidon sijaan siirrymme pelkästään hyvinvointia ylläpitävään huolenpitoon, joka näyttäytyy kotipalveluiden ja laitoshoidon lisääntyneenä käyttönä.

Siitä huolimatta lainsäädännössä sekä sosiaali- ja terveysorganisaatioiden toimintaperiaatteissa saatetaan oikeuttaa ikään perustuvaa priorisointia ja siten epäsuoralla tavalla viestiä, että ikäihmiset muodostuvat hyödyllisyysperiaatteen mukaisesti taakaksi yhteiskunnalle. Euroopan komissio (2008, 101—107) väittää, että vanhukset kohtaavat lukemattomia esteitä riittävien ja laadukkaiden palveluiden saamiseen. Rahallisesti puutteita on eläkkeissä ja muissa rahallisissa tuissa. Ikäihmisillä voi olla fyysisiä ja maantieteellisiä rajoitteita päästä hoitoon, ja palveluiden byrokraattisuus, hajanaisuus sekä erilaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden olematon yhteistyö heijastuu siihen, että ikäihmisellä voi olla yksin haastavaa löytää tietoa itselleen kuuluvista palveluista. Puutteita on ikäihmisille suunnatuissa palveluissa, kuten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä kuntouttamiseen ja ehkäisevään työhön pyrkivissä palveluissa. (mts. 101–107.) Taloudelliset seikat sekä työn rationalisointi ja tehokkuus siirtävät vastuun huolenpidosta ja hoidosta julkisesta yksityiselle, kolmannelle sektorille ja ikäihmisten läheisille, pakottavat luopumaan ehkäisevistä, psykososiaalisista ja kuntouttavista palveluista ja panostamaan akuuttihoitoon. (Hakonen 2008, 93,96–99; Pedersen ym. 2008, 234–235).

AGE Platform Europe -kansalaisjärjestön (2016, 2,5–6) katsastuksen mukaan ikärajoilla tiukennetaan ikäihmisten pääsyä testeihin, seuluntoihin ja hoitoon. Monissa Euroopan valtioissa yli 65-vuotaiden oikeus saada rahallista korvausta tai päästä tiettyjen palveluiden piiriin katkeaa tai vähenee. (mts. 5–6) Esimerkiksi Kreikassa on säädetty, että alle 65-vuotias

aivoverenkiertohäiriöstä kärsivä lähetetään neurologian osastoon, kun taas vanhemmat menevät yleiseen sisätautiosastoon (Theofanidis 2015, 139). Iso-Britanniassa käsite ”ennenaikainen kuolema” taas kuuluu ainoastaan alle 75-vuotiaille. Sellaiset ikäraajat viestivät yhteiskunnan näkemyksestä, että tietyn iän ylittänyt ihminen ei ole enää samalla tavalla oikeutettu elämän laatua tukevaan ja joissakin tapauksissa kalliiseen hoitoon. (AGE Platform Europe 2016, 6).

Ikäihmisten palveluihin liittyvä aliresurssointi ja tehokkuuteen painottuva ajattelu heijastuu siten ammattilaisten mahdollisuuksiin sosiaali- ja terveysalan työorganisaation jäsenenä palveluilla ikäihmisiä ja sitä kautta myös omaan käsitykseen, mitä apua ikäihmiset olisivat oikeutettuja saamaan. Ammattilaiset usein perustelivat iäkkäiden puutteellisen hoidon sillä, että työpaikan olosuhteet, kuten resurssien vähyys, ammattilaisten huono palkka, ajanpuute ja henkilökunnan vähäisyys vaikeuttavat hyvän ja kokonaisvaltaisen hoidon tarjoamista (Kydd, Touhy, Newman, Fagerberg & Engstrom 2014, 39). Ajanpuute ja yhä kasaantuvat asiakasjonot pahimmillaan nostavat pinnalle kärsimättömyyden ja turhautuneisuuden tunteet esiin, jos iäkäs henkilö tarvitsee enemmän aikaa ilmaista itseään, valittaa ammattilaisen mielestä mitättömistä vaivoista tai haluaa puhua ylimääräisistä, vastaanoton tarkoitukseen liittymättömistä asioista (Higashi ym. 2012, 479). Esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden arvioiminen ikäihmisissä vaatii perehtyneisyyden lisäksi myös enemmän aikaa, vaivaa ja joustavuutta sen suhteen, että ikäihmisillä voi olla erityistarpeita liittyen vastaanottojen pituuteen ja paikkaan kulkemismahdollisuuksien sekä terveydellisten ja taloudellisten ongelmien vuoksi (Bodner, Palgi & Wyman 2018, 246, 252.) Jatkuvan paineen ja stressin alla ammattilaiset palaavat loppuun ja kyynistyvät auttaa ikäihmisiä (Pedersen ym. 2008, 235), mikä ylläpitää kielteistä suhtautumista ikäihmisiin ja vanhustyöhön.

4 IKÄSYRJINNÄN SEURAUKSET VANHUSTEN SAAMIIN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIHIN

4.1 Puutteellinen, vääränlainen ja ylimitoitettu hoito

Ikäsyryntä ilmenee ikäihmisten puutteellisena ja vääränlaisena hoitona. Sen havainnollistaa Davisin ja kumppaneiden (2011, 860) tutkimus perusterveydenhuollon työntekijöistä ja heidän uskomuksistaan vanhempien ihmisten fyysistä, kognitiivista ja psyykkistä terveyttä kohtaan. Melkein kaksi kolmasosaa vastaajista oli sitä mieltä, että vanhempana on normaalia kärsiä kivusta ja särystä. Noin puolet ammattilaisista näki unohtelun olevan normaalia ikääntyneille ja noin viidesosa koki mahdottomaksi vältyä ”psyykkisten toimintojen hidastumisesta”. Noin 4–6 prosenttia vastaajista liitti yksinäisyyden ja noin 15 prosenttia masennuksen osaksi ikääntymistä. Kolmasosa uskoi siihen, että vanhemmat ihmiset ovat enemmän huolissaan asioistaan ja näiden energiensa vähenee. (mts. 860.) Jos ammattilaiset liittävätkin automaattisesti muun muassa kivun, masennuksen, ahdistuneisuuden, kognitiiviset ongelmat ja yksinäisyyden luonnolliseksi osaksi ikääntymistä, se vaikuttaa heidän kykyynsä havaita normaalista ikääntymisestä poikkeavia muutoksia. (Ouchida & Lachs 2015, 47–48). Liian negatiivisten tai positiivisten vanhuuskäsityksen vuoksi ammattilaiseen on helppoa syyttää iäkkäitä ihmisiä ongelmistaan kuin nähdä ikäihmisten taloudellisia, sosiaalisia, emotionaalisia ja älyllisiä resursseja, joita hänellä on tai joita hän tarvitsee (Davis ym. 2011, 863).

Ikäsyryntään viittaava puutteellinen hoito on havaittu muun muassa sydän- ja verisuonitautien, syövän ja aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa (Wyman ym. 2018, 196). Sydän- ja verisuonitaudit ovat hyvinkin yleinen ikäihmisten kuolinsyy, mutta sopivalla hoidolla voidaan lisätä ikäihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Siitä huolimatta nuoria asiakkaita diagnosoitiin ja tutkittiin enemmän käyttäen laajemmin erilaisia välineitä verrattuna samasta taudista kärsiviin ikäihmisiin. Nuoria hoidettiin enemmän leikkauksilla kuin lääkkeillä ja ylipäättänsä heidän hoitamiseensa käytettiin enemmän resursseja ja useita erilaisia hoitomenetelmiä. (Bowling 1999, 1353.) Lääketieteen opiskelijat taas suosittelivat nuoremmille naispotilaille rintasyövän leikkauksena enemmän vain tietyn rinnan pahanlaatuisen kudoksen osan poistoa verrattuna ikäihmisiin, joille suositeltiin koko rinnan poistoa. Lisäksi nuoremmille

suositeltiin leikkauksen jälkeen enemmän uuden rinnan rekonstruktiota syöpähoidon jälkeen verrattuna iäkkäisiin. (Madan, Cooper, Gratzner & Beech 2006.) Keuhkosyöpää hoidettaessa ikäihmisille suositeltiin vähemmän leikkausta, vaikka toipuminen leikkauksesta ei todettu olevan yhteydessä ikään (Peake, Thomson, Lowe & Pearson 2003, 175). Tulkitsisin tulokset siten, että ammattilaiset asettavat nuorten hoidon etusijalle, näkevät ikäihmisten hoidon tarpeettomana ja automaattisesti vaarallisena ikäihmiselle sekä olettavat ulkonäöllisten seikkojen ja siten kosmeettisten toimenpiteiden olevan vähemmän tärkeää ikäihmisille kuin nuoremmille.

Samoin ammattilaiset voivat ajatella, että seksuaalisuus ei enää kuulu vanhenemiseen. Oletukset liittyvät esimerkiksi siihen, etteivät iäkkäät ihmiset ole enää seksuaalisesti aktiivisia ja altistuisi sukupuolitaudeille tai etteivät he olisi kiinnostuneita seksistä. Oletuksena on, että ikäihmisillä olisi nuorempia henkilöitä enemmän terveydellisiä ja toiminnallisia esteitä seksin harrastamiseen tai että seksi kuuluu ainoastaan avioliittoon sisälle. (Beaulaurier, Fortuna, Lind & Emlet 2014, 353–363.) Vanhempien ihmisten seksuaalisuuden ilmaisua nähdään ulkonäöllisesti epämiellyttävänä ja häpeällisenä asiana, ja muut henkilöt eivät usein luokittele iäkkäitä kuuluvan seksuaalivähemmistöön (Hafford-Letchfield 2008, 390–391). Vaikka iän mukana ihmisten seksuaalinen aktiivisuus vähenee, Lindaun ja kumppaneiden (2007) mukaan 53 prosenttia 64–74-vuotiaista ja 26 prosenttia 75–85-vuotiaista ilmoitti olevansa vieläkin säännöllisesti seksuaalisesti aktiivisia. Seksillä on vieläkin tärkeä merkitys suuremmalle osalle iäkkäistä vastaajista, ja suurin syy seksin vähyydelle oli miespuolison huono fyysinen terveys ja naisilla kumppanin puute. (mts. 762, 768–769, 772).

Seksuaalisuus siis säilyy yhtä tärkeänä asiana monelle ikääntyneelle, mutta siitä huolimatta ainoastaan 38 prosenttia miehistä ja 22 prosenttia naisista on puhunut seksiin liittyvistä asioista lääkärintensä kanssa 50 vuoden iän jälkeen (mts. 762). Samoin Maesin ja Louisin (2011, 219) tutkimuksen mukaan 2 prosenttia 500:sta hoitajasta kysyi aina yli 50-vuotiaalta potilaalta tämän seksuaalisesta aktiivisuudesta, kun taas viidesosa ei ikinä tai harvoin otti asian puheeksi. Tämä vaikuttaa erityisesti ikääntyneiden sukupuolitautilien ehkäisyyn ja hoitoon, jos itse ikääntynyt ei usko omaan riskiinsä saada ja levittää sukupuolitauteja ja jos ammattilainen ei enää oletta ikäihmisten tarvitsevan tietoa turvallisesta seksistä ja hoitoa näihin tauteihin. (Beaulaurier ym. 2014, 361–362). Ikääntyneiden seksuaalisuus on myös tabu aihe hoitotyössä, missä ammattilaisilla voi puuttua osaamista ja instituution ohjeita käsitellä

ikäihmisten ilmaisemaa seksuaalisuutta. Näin ammattilaiset voivat väheksyä ja pilkata ikäihmisten seksuaalisuuteen liittyvää puhetta, kyseenalaistaa ikäihmisten tarvetta hellyydelle ja rakkaudelle ja jopa kokonaan kieltää seksuaalista puhetta ja käyttäytymistä vetoamalla esimerkiksi yksityisten tilojen puutteeseen. (Rautasalo 2008, 87–88.)

Erilaisia ikäihmisistä stereotyyppioita ylläpitävät ammattilaiset hoitavat eri lailla seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia. Gewirtz-Meydanin and Ayalonin (2017, 1479) tutkimuksessa lääkärit antoivat erilaisen diagnoosin ja määräsivät eri hoidon potilaan iän perusteella, vaikka lääkäreille annetuissa kuvauksissa potilaan oireista sekä nuoremmalla että vanhemmalla potilaalla oli kyseessä sama ongelma seksuaalisen suorituspaineen kanssa. Lääkärit liittivät vanhuksen oireita enemmän hormonaalisiin ja fyysisiin muutoksiin sekä ikään kuuluvaan seksin halun vähenemiseen, kun taas nuorille on diagnosoitu oikein psykologisten seikkojen olevan taustalla. Vanhusten hoitoon suositeltiin enemmän lääketieteellisiä ratkaisuja, sen sijaan nuoremmille suositeltiin seksologin vastaanottoa, ja nuorten on myös odotettu toipuvan helpommin ja varmemmin verrattuna ikääntyneisiin. (mts. 1479). Vanhempien ihmisten vaivoja tulkitaan siis usein lääketieteellisestä näkökulmasta ja osana normaalia ikääntymistä.

Ikäsyryjä vaikuttaa myös ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuteen. Vaikka Leen, Volansin ja Gregoryn (2003, 136–138) haastattelevat psykologit näkivät työnsä iäkkäiden kanssa palkitsevana ja ymmärsivät ikäihmisten individuaalisuutta, he määrittivät myös yleistävästi ikäihmisiä huonoiksi oppijoiksi, jotka suhtautuvat epäilevästi uusiin asioihin, ovat mieleltään joustamattomia ja eivät enää pysty terapeuttisessa työskentelyssä sitoutumaan työskentelyyn ja muuttumaan heidän lyhyen jäljellä olevan elinaikansa takia. Yli puolet vastaajista näkivät kognitiiviset vaikeudet, kuten muistin, tarkkavaisuuden ja psyykkisen jäykkyyden esteenä terapian toteutumiseksi. Noin puolet psykologeista myös luokittelivat kuulon heikkenemisen, apatian, passiivisuuden ja pessimistisyyden syyksi terapian epäonnistumiselle. (mts. 136–138.) Näin ikäihmisten pääsy terapiaan voi kokonaan estyä tai tiettyjä psykoterapiamuotoja ei tarjota ikäihmisille. Terapian laatu voi myös kärsiä, jos ikäihmisten luokittelu mieleltään kyvyttömiksi suosii terapeutin päätöstä helpottaa ja vähentää kognitiivisen käyttäytymisterapiaan liittyviä kotitehtäviä, vaikka niillä on suuri merkitys terapian onnistumiselle (Bodner ym. 2018, 253).

Ongelmat alkavat jo mielenterveyshäiriöiden tunnistamisen ja diagnosoimisen yhteydessä, koska ammattilaisilla voi olla puutteellisesti tietoa ja välineitä arvioida sitä, liittyvätkö ikään-tyneen oireet iän mukana tuleviin normaaliin muutoksiin vai onko kyseessä varsinainen poikkeavuus (mts. 246–247). Ammattilaiset voivat uskoa masennuksen ja itsetuhoisuuden olevan normaali osa ikääntymistä, sillä he ovat elämän loppuvaiheessa (Barnow, Linden, Lucht & Freyberger 2004, 264). Toisaalta masennus voi jäädä huomaamatta, koska se voi ilmetä erilailla ikäihmisillä, esimerkiksi kognitiivisina vaikeuksina tai ilman selvästi näkyvää surullisuutta ja apatiaa. Samoin häiriintynyt ajattelu ja todellisuudentajun heikentyminen liitetään helpommin dementiaan kuin psykoottisiin sairauksiin. Ammattilaiset voivat olettaa, että ikäihmisten elämä on muutenkin niin stressaava erilaisten menetyksien takia, että heille on normaalia olla enemmän huolissaan ja peloissaan asioista (Bodner ym. 2018, 248–250). Erilaiset ahdistukseen ja pelkoihin liittyvät häiriöt sekä niiden seurauksena ilmenevä välttelevä käyttäytyminen, esimerkiksi haluttomuus poistua kotoa, voidaan tulkita esimerkiksi ikäihmisen aiempiin kaatumisiin vai vaikeuteen suoriutua fyysisesti vaativista askareista. (Schuurmans & Balkom 2011, 269.)

Ympäri vuorokautisessa hoidon asukkaat eivät myöskään vältty hoidon laiminlyömisestä, joka yhtenä kaltoinkohtelun muotona näyttäytyy sairauksien tunnistamatta ja hoitamatta jättämisenä, puutteellisena tai ajankohdaltaan epäsojivana hoidon antamisena, liian rutiininomaisesti tehtynä hoitona, liiallisena lääkitsemisenä ja avun hälyttämisen estämisenä. Ammattilaiset tulkitsivat kaltoinkohtelun liittyvän henkilökunnan kielteiseen asennoitumiseen, mutta myös asukkaan käyttäytymiseen ja fyysisiin ominaisuuksiin, hoitavan henkilön osamiseen, tilojen ja välineiden sekä henkilöstön määrään ja laatuun, johtamiseen ja työyhteisön ilmapiiriin, kiireeseen, kuormittavuuteen ja toimintatapoihin työpaikalla. Nämä syyt johtavat ammattilaisten mukaan muun muassa siihen, että ikäihmisten hygieniasta, ravitsemuksesta ja lääkityksestä ei huolehdittu tarpeeksi, ikäihmisiä ei jaksettu nostaa vuoteesta ulos, apua joutui odottamaan pitkään tai sitä kokonaan estettiin vanhukselta. (Sipiläinen 2016, 16, 53–54, 68–76.)

Ikään perustuva diagnosointi ja hoito voivat altistaa ikäihmisiä tarpeettomalle ja ylimitoitulle hoidolle. Ammattilaiset voivat ylikäyttää testejä, ylidiagnosoida tai käyttää liian aggressiivista hoitoa, vaikka parempia vaihtoehtoja hoidolle olisi olemassa tai tiettyjen testien ja hoitojen käyttö ei ole tieteellisesti perusteltua. (Health Affairs 2012, 3–4.) American

Board of Internal Medicine- organisaation mukaan ammattilaiset voivat aiheuttaa ikäihmisille tarpeetonta ja haitallista hoitoa esimerkiksi syöttämällä dementoituneita ikäihmisiä putken kautta, käyttämällä ensisijaisesti antipsykoottisia lääkkeitä dementian hoitoon, tekemällä perusteetonta syöpäseulontaa ja rajoittamalla sekavuustilasta kärsivän fyysistä liikkuamista (Choosing Wisely 2015). Lääkkeiden käyttö onkin monesti ylikäytettyä erityisesti mielenterveydenhäiriöiden kohdalla, koska se nähdään lyhyellä aikavälillä helppona, nopeana ja rahallisestikin käytännöllisenä tapana kontrolloida muun muassa dementian aggressiivisuutta ja vainoharhaisuutta, kun henkilökunnan, ajan ja ei-lääkinnällisten hoitojen määrässä ja laadussa on puutteita (Bodner ym. 2018, 254; Kolanowski, Fick, Frazer & Penrod 2009, 216, 218). Ammattilaisten tulisi iän sijasta keskittyä jokaisen ikäihmisen kohdalla erikseen tämän terveydentilaan, tarpeisiin ja toiveisiin hoidon sopivuuden ja sen riskien ja hyötyjen arvioimiseksi.

4.2 Ammattilaisen ja ikäihmisen välinen vuorovaikutus

Jotta ikäihmisellä olisi mahdollisuus välttyä itselleen epäsopivalta ja riittämättömältä hoidolta, näkisin vastavuoroisen keskustelun olevan yksi tärkeimmistä ammattilaisen keinoista tarjota ikäihmisille tietoa erilaisista hoitomahdollisuuksista ja kartoittaa ikäihmisen tilanteen ja toiveet. Valitettavasti ammattilaiset saattavat kommunikoida eri tavalla ikääntyneiden kanssa verrattuna nuorempiin. Eroavaisuuden huomasivat jo Greene ja kumppanit (1986, 118–121), joiden tutkimuksessa lääkärit haastattelivat, informoivat ja tukivat paremmin nuoria potilaita. Lääkärit kohtelivat nuorempia asiakkaita tasa-arvoisemmin ja kunnioittavammin, panostivat enemmän vuorovaikutukseen ja olivat kärsivällisempiä verrattuna vanhempiin asiakkaisiin. Iäkkäiden kanssa keskustellessa lääkärit puhuivat enemmän lääketieteellisistä ja vähemmän psykososiaalisista aiheista ja huomioivat vähemmän itse iäkkään ihmisen nostattamat aiheet ja huolet. Tutkijoiden mukaan ikäsyryjä näkyy harvoin avoimena haukkumisena, vaan piilotetummassa muodossa, valtasuhteen vinoumana, missä ammattilaisella on suurempi valta määrittellä, mistä aiheista he ”antavat luvan” puhua iäkkäille potilaille. (mts. 118–121.)

Vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia on todettu muissakin tutkimuksissa: vanhemmilta ihmisiltä ei kysytty heidän tilanteestaan, heidän mielipiteitään, toiveitaan ja ajatuksiaan ei kartoitettu tai otettu tosissaan. Ikäihmisiltä puuttui tieto jatkohoitosuunnitelmasta, sairaudesta

ja ammattilaisten määräämistä lääkkeistä, ja heidän puolestaan tehdään päätöksiä (Ben-Harush ym. 2017, 44–45, Järnström 2011, 201–202). Ylipäättänsä heille ei puhuta paljon tai kerrota yksityiskohtia. (Higashi ym. 2012, 478). Pitkäaikaishoidossa on huomattu, että hoitajien negatiivinen suhtautuminen ikäihmisiin teki hoitajien puheesta hyvin pinnallisen ja vuorovaikutuksesta enemmän tehtävään painottuvaan: keskusteluun ei sisältynyt jokapäiväistä rupattelua, ajatuksenvaihtoa tai vitsailua. (Caris-Verhallen, Gruijter, Kerkstra & Bensing 1999, 1109–1110, 1114). Kohtelu on verrattavissa psyykkiseen ja sosiaaliseen kaltoinkohteluun, joka ympäristövuorokautisessa hoidossa on ilmennyt toiveiden ja pyyntöjen huomioimatta jättämisenä ja vähätteleminenä, päättämisenä vanhuksen puolesta, epäkunnioittavana puhumisena ja loukkaavana käyttäytymisenä kohti ikäihmisiä sekä ikäihmisten kohtelemista kuin ilmaa (Sipiläinen 2016, 48–49). Vanhuksia nähdään harvemmin itsenäisinä vaikuttajina ja tiedon tuottajina (Keiski 1998; viitattu Vallejo Medina ym. 2006, 41). Tulkitsisin, että pahimmillaan työskentelystä puuttuu tasavertaisen asiakassuhteen periaate, ja vanhukset ovat muiden ihmisten ja instituution toimintakäytäntöjen päätösten armoilla vailla itsemääräämisoikeutta.

Ikäsyrynnän näkökulmasta tämä vuorovaikutustapa on peräisin siitä oletuksesta, että vanhemmat ihmiset ovat kognitiivisesti vajavaisia tai jopa dementoituneita ja että heidän huono kuulonsa on esteenä keskustelulle. Monella lääkäriellä olikin kokemus siitä, että dementoituneet ikäihmiset eivät välttämättä osaa kertoa tarkasti oireistaan. Sen vuoksi ammattilaiset saattavat puhua ikäihmiseen liittyvistä asioista herkemmin muille ammattilaisille ja omaisille, jotka kuulevat hyvin ja ymmärtävät nopeasti, ilman että ikääntyneelle puhutaan saattikka katsotaan hänen suuntaansa. (Ben-Harush ym. 2017, 44; Higashi ym. 2012, 478–479.) Kolmannen osapuolen, kuten omaisen tai hoitajan läsnäolo muuttaakin merkittävästi ikäihmisen ja ammattilaisen vuorovaikutusta: Greenen, Majerovitzin, Adelmanin ja Rizzon (1994, 415–417) tutkimuksessa ikäihmisen, omaisen ja ammattilaisten vuorovaikutuksessa ikäihminen oli vähän äänessä ja nosti keskusteluun vähemmän erilaisia aiheita verrattuna pelkästään ikäihmisen ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Lääkäri ja omainen usein puhuivat ikäihmisestä ikään kuin tämä ei olisi samassa huoneessa, ja omainen vastasi kysymyksiin ikäihmisen puolesta, vaikka vanhus olisi ollut itse siihen kykeneväinen. Näin myös vuorovaikutustilanteessa tapahtui vähemmän yhteisymmärryksessä tehtyä päätöksentekoa. (mts. 415–417.)

Toki omaisilla on tärkeä tehtävä välittää tietoa ammattilaiselle, ottaa tiedon ylös tapaamisissa ja ajaa ikäihmisen asioita, erityisesti jos ikäihminen ei ole tottunut olemaan jämäkkä ja neuvotella tasa-arvoisesti asiantuntijoiden kanssa (Greene ym. 1994, 417–418.) Omaisilla ja myös ammattilaisillakin on yleensä halu olla auttavainen ja suojella ikäihmistä ja siten myös uskoa omien päätöksiensä olevan vain ikäihmisen omaksi parhaaksi (Kagan 2008, 248; Ben-Harush ym. 2017, 44). Tämä holhoavan myönteinen vanhuuskäsitys ikäihmisten hauraudesta, heikkoudesta ja suojelun tarpeesta (Vallejo Medina ym. 2006, 41) voi johtaa hyvää tahtoaan, mutta piilevään ikäsyryntään (Healey 2013, 8). Se vie mahdollisuuden ammattilaiselta todellakin tutustua ikäihmisen tarpeisiin, tavoitteisiin ja osaamiseen selviytyä oma-toimisesti arjessa ja heijastuu ikäihmisen itsemääräämisoikeuteen, kun hänellä ei ole enää oikeutta olla vastuussa omista asioistaan (Kagan 2008, 248). Omainen voi maalata ammattilaiselle todellisuudesta poikkeavan kuvan ikäihmisestä, jolloin ammattilainenkin saattaa uskoa ikäihmisen haurauteen ja kykenemättömyyteen huolehtia itsestään eikä huomaa esimerkiksi ikäihmisen masennusta vai olemista lähisuhdeväkivallan uhrina (Greene ym. 1994, 417–418; Ouchida & Lachs 2015, 51).

Toisessa päässä on ammattilaisten käyttämä lapsenmielinen, ylihuolehtivainen ja ikäihmistä alistava puhetyyli (Sipiläinen 2016, 48). Kirjallisuudessa sitä kuvataan termeillä ”elderspeak” tai ”babytalk”, missä ammattilainen muokkaa puhettaan hitaammaksi ja kovaääniseksi, tekee äänensä kimeäksi, yksinkertaistaa sanoja, lauseita ja kielioppia sekä toistaa sanomaansa. Lisäksi ikäihmisiä kutsutaan epäsovivan intiimeillä ja lapsellisilla nimillä. Ammattilaiset olettavat, että vanhemman ihmisen sensoriset ja kognitiiviset vajavuudet estävät häntä ymmärtämästä ja osallistumasta keskusteluun ja että itse ikäihmiset suosivat tämän puhettavan hoivallisuutta. Äänenvoimakkuuden nostaminen voi olla ehkä sopiva taktiikka huomattavasta kuulon heikkenemisestä kärsivien ikäihmisten kanssa, mutta muuten ne eivät auta parantamaan vuorovaikutusta. Senkaltainen vanhusta mitätöivä ja kyvyttömyyttä korostava puhetapa vaikuttaa iäkkäiden hyvinvointiin, kun se saa iäkkään tuntemaan itsensä arvottomaksi ja osaamattomaksi. (Williams, Kemper & Hummert, 2005, 12–15.)

4.3 Vanhusten ylläpitämät vanhuuskäsitykset

Ammattilaisten, mutta myös yhteisöjen ja kulttuurin luomat negatiiviset vanhuuskäsitykset sisäistyvät osaksi ikäihmistä (Lev ym. 2018, 61–62). Näin itse ikääntyneet tai ikääntyvät

alkavat uskoa negatiivisten stereotyyppien ja käsityksien ikääntymisestä olevan totta, mikä taas puolestaan vaikuttaa ikäihmisten saamansa avun määrään ja laatuun. Sarkisianin, Haysin ja Mangionen (2002, 1840–1841) tutkimuksessa noin puolet iäkkäistä uskoi siihen, että fyysinen ja kognitiivisen kunnan heikentyminen on odotettavissa oleva muutos vanhetessa. Ne vanhemmat ihmiset, jotka näkivät kivun, riippuvuuden toisista ihmisistä, masentavan mielialan, unettomuuden, energian vähenemisen, seksuaalisen aktiivisuuden vähenemisen ja mentaalisen ja älyllisen hitauden osana normaalia vanhenemista, eivät nähneet tärkeänä hakea ammattilaisilta apua näihin vaivoihin. Omien odotusten vähentäminen kohti terveyttä vanhuudessa voi olla tutkijoiden mukaan yksi iäkkäiden ihmisten tavoista ylläpitää elämänsä tyytyväisyyttä heikentyvästä terveydestä huolimatta (mts. 1840–1841), mutta toisaalta siinä on riskinä, että monet ikäihmisten oireista jäävät ilman hoitoa.

Ikäihmisiä saattaa myös pelottaa, että heidät leimataan normaalista poikkeaviksi yksilöiksi. Uskomus vanhuksien aseksuaalisuudesta voi saada ikäihmiset pelkäämään puhua seksuaalisuuteen liittyvistä ongelmista ammattilaisen kanssa (Gott and Hinchliff 2003, 692). Masennuksesta kärsivät ikäihmiset taas altistuvat stigmalle, jonka mukaan masennus on mielikuvituksen tuote ja merkki epäonnistumisesta, mikä pitäisi pitää muilta salassa. Jos samanaikaisesti ammattilaiset kohtelevat huonosti ikäihmisiä, rajoittavat heidän hoitomahdollisuuksiaan ja tulkitsevat masennuksen osaksi vanhenemista (Polacsek, Boardman & McCann 2019, 281–282), ikäihminen vetäytyy herkästi pois palveluiden piiristä. Mielenterveysongelmien lisäksi monet muut stigmat liittyen sukupuoleen, etniseen taustaan, seksuaaliseen suuntautumiseen ja köyhyyteen voivat vuorovaikuttaa yhdessä ikäsyrynnän kanssa ja entistä enemmän syrjäyttää palveluiden piiristä (Youdin 2016, 35–36).

Tarve avulle kuitenkin ei katoa tai voi jopa mielestäni lisääntyä, jos huomioi Chrislerin, Barney'n ja Palatinon (2016, 90) tarjoaman kuvan ikäsyrynnästä noidankehänä, missä muiden luomat negatiiviset käsitykset vanhenemisen toimintakyvyttömyydestä ja heikkoudesta voivat saada myös ikäihmisen käyttäytymään niiden mukaan. Ikäihmiset näkevät itsensä huonommassa valossa mitä he todellisuudessa ovat, tyytyvät sietämään vaikeuksia eivätkä suostu haastaa omaa osaamista, koska he jo tottuvat ajatukseen omasta heikkoudesta ja kyvyttömyydestä. Ikäihmistä passivoiva ja riippuvaiseksi tekevä ympäristö saa hänet siirtämään automaattisesti vastuun päätöksistä muille ihmisille. Näin nuorten muodostamat negatiiviset stereotyypit vahvistuvat ja tulevat yhä todellisimmiksi (Palmore 1999, 82).

Muiden ja omalla suhtautumisellaan ikääntymiseen on siis suuri vaikutus siihen, missä määrin ja minkälaista apua ikäihminen hakee ja miten hän itse tulee huolehtimaan terveydestään. Esimerkiksi ikääntymiseen positiivisesti suhtautuvat ikäihmiset todennäköisemmin suosivat sairauksia ja tapaturmia ehkäisevää käyttäytymistä liittyen esimerkiksi alkoholin ja tupakan käyttöön, liikuntaan, lääkkeiden ohjeidenmukaiseen käyttöön, ruokavalioon, turvavöitten käyttöön ja säännöllisiin lääkärikäynteihin (Levy & Myers, 2004, 628.)

Toisaalta ikäihmiset samalla tavalla kuin muut nuoret voivat sisäistää pelon kohti ikääntymistä (Palmore 1999, 66; Lev ym. 2018, 55) ja sen vuoksi pyrkiä entistä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin, mikä voi johtaa yli-diagnosointiin ja ylimitoitettuun hoitoon. Erityisesti toisen maailmansodan jälkeen muodostuneet suuret ikäluokat kuvaillaan haluavansa näyttää nuorelta, pelkäävänsä vanhenemista ja luottavansa teknologian kykyyn pidentää heidän elinvuosiensa (AARP 2011; viitattu Ouchida & Lachs 2015, 52). Yksi esimerkki on kaupallisen median kautta tuleva viesti siitä, että naiset ovat yhteiskunnassa haluttuja ja arvokkaita heidän kauneutensa ja hedelmällisyytensä takia. Näin ikääntyneille naisille sisäistyy ajatus siitä, että heidän vartalonsa ei ole enää viehättävä ja että heidän pitäisi vältellä vanhenemista niin pitkään kuin mahdollista. (Hafford-Letchfield 2008, 391.) Se taas kannustaa hakeutumaan kosmeettisiin ja farmaseuttisiin toimenpiteisiin ylläpitääkseen nuoruutta, vaikka niistä voi joskus olla valitettavasti vähän apua tyytyväisyyden saavuttamiseksi. (Gewirtz-Meydan ym. 2018, 154.)

Toisaalta voiko sama pelko vanheta ja halu olla identifioimatta itsensä iäkkäiden ryhmään toisiin päin saada ikäihmisen vetäytymään sosiaali- ja terveyspalveluita ja peitellä ongelmiaan? Ammattilaisilla on kokemuksia siitä, miten tuen piiriin joutunutta, mutta muuten hyvin itsenäisesti pärjäävää ikäihmistä voidaan yhtäkkiä kohdella vailla mitään itsenäisyyttä, esimerkiksi laittamalla ikäihmiselle vaipat, vaikka niille ei ole vielä tarvetta (Ben-Harush ym. 2017, 45). Pelko menettää itsenäisyytensä sekä leimautua raihnaiseksi ja avuttomaksi saa ikäihmiset mahdollisesti torjumaan avun tarvetta ja peittelemään ongelmiaan.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kandidaatintutkielmassani vanhuksiin kohdistuvasta ikäsyrynnästä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkökulmasta tarkastelin mahdollisia syitä, jotka voivat olla yhteydessä työntekijöiden kielteisiin asenteisiin ja stereotypioihin ikäihmisistä ja siten ylläpitää syrjintää. Negatiivisesti ikäihmisistä ajattelevat ammattilaiset olivat usein peloissaan omasta ikäänymisestä sekä olivat vailla kiinnostusta perehtyä ja työskennellä gerontologisen työn parissa. Mielenkiinnon puuttumiseen vaikuttavat ympärillä olevien työkavereiden, läheisten ja muiden ihmisten ajatukset vanhuksista ja vanhustyöstä. Ammattilaiset usein auttavat sellaisia ikäihmisiä, joiden terveys ja hyvinvointi voi olla hyvinkin heikko, mikä ylläpitää kuvan ikäihmisten raihnaisuudesta. Ikäihmisten fyysinen ja mentaalinen terveys, mutta esimerkiksi myös sukupuoli, etninen tausta, sosioekonominen asema ja seksuaalinen suuntautuminen saattavat tuottaa erilaisia syrjinnän kokemuksia.

Koulutuksella ja tietomäärällä on suuri vaikutus vanhuskäsityksiin. Jos opetuksessa käsitellään vanhuutta hyvin vähän tai vain lääketieteellisestä näkökulmasta, tulevat ammattilaiset saavat liian yksipuolisen näkemyksen vanhustyöstä tai kokonaan suuntautuvat pois siitä. Gerontologinen työ ei ole kovin helppoa, jos tutkimuksiin ei oteta mukaan vanhuksia, jolloin ammattilaista puuttuu mahdollisuudet tarjota ikäihmisille sopivaa hoitoa. Ikäihmisten psykososiaaliseen, ehkäisevään ja voimaannuttavaan hoitoon on myös vaikeaa panostaa, jos priorisointiin, tehokkuuteen ja hyödyllisyysajattelun painottuva sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä ei kykene panostamaan taloudellisesti vanhustalouteen. Kiireestä ja ajanpuutteesta kuormittuneet työntekijät menettävät arvostuksen vanhustyöhön.

Toiseksi käsittelin ammattilaisten kielteisten ennakkoluulojen ja stereotyyppien heijastumista ikäihmisten saamaan sosiaali- ja terveyspalveluiden määrään ja laatuun. Ammattilaisten yleistävät kielteiset normit ikäihmisistä voivat monella tavalla estää ikäihmisen pääsyn omia tarpeitaan vastaavaan hoitoon. Muun muassa kivut, kognitiiviset ja sensoriset vaikeudet, yksinäisyys, masennus ja ahdistus, passiivisuus, joustamattomuus ja pessimistisyys olivat ammattilaisten mielestä normaalia vanhuudessa. Kun taas esimerkiksi seksuaalisuutta ja ulkonäöllisiä seikkoja ei luetella ikäihmisten elämään kuuluvaksi asiaksi. Puuttuva arvostus vanhustyötä ja vanhuksia kohtaan vie ammattilaisilta motivaation suhtautua vakavasti ikäihmisten hyvän hoidon toteuttamiseen, ja ammattilaiset voivat keskittyä työssään vain

lääketieteelliseen näkökulmaan. Vanhuksen itsemääräämisoikeus ja osallisuus hoidon suunnitteluun jää vajavaiseksi, jos heillä automaattisesti ei nähdä olevan kykyä siihen. Vanhuksetkin voivat sisäistää ammattilaisten ja yhteiskunnan tuottamia negatiivisia vanhuskäsityksiä, mikä vie heiltä motivaation hakea apua ja olla aktiivisesti mukana päätettäessä omasta hoidostaan. Toisaalta vanhuksilla on riski ylimitoitettulle hoidolle, jos hoidon suunnittelun perusta on pelkästään iässä. Ylimitoitettu hoito voi tulla myös itse ikäihmisen toimesta, jos hän yrittää taistella negatiivisia vanhuskäsityksiä vastaan välttelemällä identifioitumista vanhuksiin ja siten hakeutumalla entistä enemmän hoitoon.

Sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien ammattilaisten toiminta oli hedelmällistä tarkastella vanhuskäsityksen ja ikäsyryjinnän kautta, koska se varoittaa, että ikäihmisten näkeminen samana ”harmaana massana” voi johtaa vanhushuolteen epäkohtien syntymiseen ja ikäihmisten avun saatavuuteen ja laadukkuuteen ongelmiin. Johdannossa mainitsemani väärinkäytökset hoitokodeissa ja pohdinnat vanhushuolteen kustannuksesta osittain heijastavatkin sen, miten meillä Suomessa suhtaudutaan vanhuksiin ja vanhustyöhön. Vaikka kyseisistä uutisartikkeleista ei voi suoraan päätellä ammattilaisten ylläpitämiä stereotyyppioita, ne ainakin viestivät siitä, että arvostus vanhustyötä kohtaan on sen verran matala, että joissakin vanhushuolteissa ei kyetä huolehtimaan ikäihmisten perustarpeista. Ikäihmiset ovat uhka taloudelle ja hyvinvointiyhteiskunnalle – niin sanottu ”eläkepommi” – jota tulisi kohdella säästämisen kohteena. Tällaisissa resursseja rajoittavissa olosuhteissa ei ole ihme, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset tuntevat itsensä kädettömiksi, kun vanhusten auttamista rajoitetaan ja tiukennetaan.

Vaikka rajasinkin tarkastelemaan ammattilaisten oletuksia ja käyttäytymistä, tärkeä tutkimukseni perusteella havaittavissa oleva tema on ikäsyryjinnän ilmeneminen syvästi yhteiskuntaamme ja kulttuurimme juurtuneena, kasautuvista asenteista ja käytännöistä muodostuvana ilmiönä. Työyhteisön jäsenet, opiskelijatoverit, perhe ja ystävät, koulutuksen sisällöstä ja toteutuksesta huolehtivat henkilöt, tutkijat, sosiaali- ja terveyspalveluita järjestävät tahot ja muut yhteiskunnan jäsenet kaikki yhdessä vaikuttavat vanhuuteen liittyviin normeihin. Vanhuskäsitysten varaan rakentuu sosiaali- ja terveyspalveluiden instituution ja niiden ammattilaisten toiminnan rajat. Tutkimukseni tekee näkyväksi ikäsyryjinnän todellisen koon ja avaa oven mahdolliselle lisätutkimukselle siitä, mitä ikäsyryjinnän vastainen työote tarkoittaisi sosiaali- ja terveyspalveluiden kontekstissa ja millä keinoin sitä on mahdollista

tavoittaa. Tutkimukseni perusteella ikäsyrynnän ehkäisy tulisi lähteä ammattilaisten tietomäärän ja mielenkiinnon lisäämisellä kohti ikääntymistä ja vanhustyötä, mutta myös laajemmalta skaalalta eli koulutusta, tutkimusta ja sosiaali- ja terveystalveluiden rahoitusta kehittäen. Toisenlaisia lähestymistapoja vanhuuteen tarvitaan. Samoin ikäihmisten ei ole suotavaa ajatella kovin stereotyyppisesti ja ennakkoluuloisesti vanhuudesta, vaan heille on annettava tarpeeksi ja todenmukaista tietoa, mitä vanhuuteen saattaa kuulua ja mitä taas ei.

Jos vanhuskäsitystä ja ikäsyryntää tarkastelee sosiaalityön näkökulmasta, tulee selväksi, että sosiaalityöllä olisi paljon enemmän annettavaa vanhustyössä. Vaikka Suomessa on entistä enemmän ilmestynyt julkaisuja vanhussosiaalityöstä, vanhuksien kanssa tehtävä työ ei ole siltikään vakiintunut osaksi sosiaalityötä. Kenties sosiaalityöntekijöiden tehtävä olisi tuoda toisenlaisia, kokonaisvaltaisempia ja fyysispsykososiaalisia diskursseja vanhuudesta verrattuna pelkästään lääketieteelliseen näkökulmaan. Näkisin myös sen, että sosiaalityön korostuvat eettiset periaatteet, kuten ihmisten arvokkuus ja yksilöllisyys, oikeudenmukaisuus, itsenäisyys ja osallisuus sekä syrjinnän ja syrjäytymisen vastaan työskenteleminen, palvelisivat vanhustyön kontekstissa. Sosiaalityöllä on pitkään ollut perinteenä laskeutua heikko-osaisten tasolle ja toimia asiakkaitensa äänitorvena. Toisaalta sosiaalityössä pyritään löytämään jokaisesta ihmisestä voimavaroja ja tukea ihmisen itsenäisyyttä, osallisuutta ja toimijuutta niin paljon kuin se on mahdollista. Myönteinen ja arvostava vanhuskäsitys vaatiikin siitä, että ikäihmisten itsenäisyyttä, ainulaatuisuutta ja tasa-arvoista asemaa vaalitaan. Se vaatii myös sitä, että ikäihmisilläkin tunnustetaan olevan tärkeää paikka tiedon tuottajina ja yhteiskunnallisina vaikuttajina. (Keiski 1998; viitattu Vallejo Medina ym. 2006, 41–42.)

Toinen mahdollinen lisätutkimuksen aihe on lähteä purkamaan ikäsyryntää ja vanhuskäsityksiä terveys- ja hyvinvointipalveluita käyttävien ikäihmisten näkökulmasta. Kohtaamisessa on aina kaksi osapuolta, ammattilainen ja vanhusasiakas, ja heillä molemmilla on oma käsityksensä siitä, mitä voidaan nähdä loukkaavana ja mitä ei. Vaikka tutkimuksessani on nähtävissä erilainen ikäihmisten kohtelu verrattuna nuorempiin, siitä on jäänyt puuttumaan laajempi ikäihmisten näkemys heidän kohtaamastaan kohtelustaan.

Keskityin tutkimuksessani enemmän kielteisiin vanhuskäsityksiin, mutta tässä vaiheessa on myös tärkeää tiedostaa, että monissa tutkimuksissa on myös havaittu positiivisia asenteita ja suhtautumista kohti ikäihmisiä: työn vaikeudesta huolimatta monet ammattilaiset arvostavat

työtään ja nauttivat auttaa ikäihmisiä. Okitilpi (2010, 17) totesikin, että ammattilaisten ennakkoluulot ja asenteet eivät välttämättä siirry suoraan käyttäytymiseen: negatiivisten vanhuskäsitteistä huolimatta ammattilainen monesti kykenee kohtaamaan kunnioittavasti ikäihmisiä. Ikäsyrynnän tunnistaminen ei ole myöskään aina niin yksinkertaista ottaen huomioon, että hoidon ja huolenpidon sisällöstä päättäminen on usein hyvin monimutkainen prosessi, johon vaikuttavat niin yksilöön kuin palvelujärjestelmään liittyvät tekijät. (Wyman ym. 2018, 206). Syryjintää tutkiessa syy-seuraussuhteet eivät siis ole aina helposti pääteltävissä, mutta toisaalta on vaikeaa kiistää sen väitteen, että muodostamamme ennakkoluulot ja stereotypiat edes jollakin tapaa vaikuttavat tapaamme kohdata tietynlaisia ihmisiä. Kenties selkeiden syy-seuraussuhteiden puuttuminen viestii siitä, että ikäsyryjintä on nykyään harvemmin selvästi havaittavissa oleva ilmiö, vaan se ilmenee piilotetummassa muodossa.

LÄHTEET

AGE Platform Europe. (2016). AGE platform Europe position on structural ageism. Viitattu 7.3.2019. <https://www.age-platform.eu/policy-work/news/age-issues-position-structural-ageism>

Barnow, S., Linden, M., Lucht, M. & Freyberger, H. (2004). Influence of Age of Patients Who Wish to Die on Treatment Decisions by Physicians and Nurses. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 258–64.

Beaulaurier, R., Fortuna, K., Lind, D. & Emlet, C.A. (2014) Attitudes and Stereotypes Regarding Older Women and HIV Risk, *Journal of Women & Aging*, 26(4), 351–68.

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Haron, Y. & Ayalon, L. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), 39–48.

Benjamin, R. M. (2010). Multiple Chronic Conditions: A Public Health Challenge. *Public Health Reports*, 125(5). 626–7.

Bodner E., Palgi Y., Wyman M.F. (2018) Ageism in Mental Health Assessment and Treatment of Older Adults. Teoksesta: Ayalon, L. t. & Tesch-Römer, C. t. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing. 241–262.

Bowling, A. (1999). Ageism in cardiology. *British Medical Journal*, 319(7221), 1353–5.

Caris-Verhallen, W. M. C. M., De Gruijter, I. M., Kerkstra, A. & Bensing, J. M. (1999). Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1106–17.

Choosing Wisely. (2015). American Geriatrics Society: Ten Things Physicians and Patients Should Question. Viitattu 9.3.2019. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/>

Chrisler, J. C., Barney, A. & Palatino, B. (2016). Ageism can be Hazardous to Women's Health: Ageism, Sexism, and Stereotypes of Older Women in the Healthcare System. *Journal of Social Issues*, 72(1), 86–104.

Cox, L., Kloseck, M., Crilly, R., McWilliam, C. & Diachun, L. (2011). Underrepresentation of individuals 80 years of age and older in chronic disease clinical practice guidelines. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 57(7). 263–9.

Davis, M. M., Bond, L. A., Howard, A. & Sarkisian, C. A. (2011). Primary Care Clinician Expectations Regarding Aging. *Gerontologist*, 51(6), 856–66.

Dunderfelt, T. (2011). *Elämäkaaripsykologia*. Helsinki: WSOYpro Oy.

European Commission (2008). Quality in and equality of access to healthcare services. Viitattu 7.3.2019. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/882>

Gewirtz-Meydan A., Hafford-Letchfield T., Benyamini Y., Phelan A., Jackson J. & Ayalon L. (2018) Ageism and Sexuality. Teoksesta: Ayalon, L. t. & Tesch-Römer, C. t. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing. 149–62.

Gewirtz-Meydan, A. & Ayalon, L. (2017). Physicians' response to sexual dysfunction presented by a younger vs. An older adult. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1476–83.

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: A qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690–5.

Greene, M. G. Majerovitz, S. D., Adelman, R. D. & Rizzo, C. (1994). The Effects of the Presence of a Third Person on the Physician - Older Patient Medical Interview. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42(4), 413–9.

Greene, M. G., Adelman, R., Charon, R. & Hoffman, S. (1986). Ageism in the medical encounter: An exploratory study of the doctor-elderly patient relationship. *Language & Communication*, 6(1-2), 113–24.

Gunderson, A., Tomkowiak, J., Menachemi, N., & Brooks, R. (2005). Rural physicians' attitudes toward the elderly: Evidence of ageism? *Quality Management in Health Care*, 14(3), 167–76.

Hafford-Letchfield, T. (2008). What's love got to do with it? Developing supportive practices for the expression of sexuality, sexual identity and the intimacy needs of older people. *Journal of Care Services Management*, 2(4), 389–405.

Hakonen, S. (2008) Palveluprofiili muuttunut. Teoksesta: Suomi, A., Hakonen, S. & Julkunen, R. *Kuluerästä voimavaraksi: Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 96–103.

Hazra, N. C. Gulliford, M. C., Rudisill, C. (2018). 'Fair innings' in the face of ageing and demographic change. *Health Econ Policy Law*. 13(2). 209–17.

Healey, J. (2013). *Age discrimination*. Thirroul, N.S.W.: The Spinney Press.

Health Affairs. (2012). *Health Policy Brief: Reducing Waste in Health Care*. Viitattu 9.3.2019. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hpb20121213.959735/full/>

Heikkinen, R-L. (2008). *Kokemuksellinen vanheneminen*. Teoksessa: Aromaa, A., Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (2013). *Gerontologia* (3. uud. p.). Helsinki: Duodecim. 234–44.

- Higashi, R. T., Tillack, A. A., Steinman, M., Harper, M. & Johnston, C. B. (2012). Elder care as "frustrating" and "boring": Understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies*, 26(4), 476–83.
- Iversen, T. N., Larsen, L. & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22.
- James, J. & Haley, W. (1995). Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology and Aging*, 10(4), 610–6.
- Järnström, S. (2011). "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni": Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere: Tampere University Press.
- Julkunen, R. (2008). Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksesta: Suomi, A., Hakonen, S. & Julkunen, R. *Kuluerästä voimavaraksi: Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 15–30.
- Jyrkämä, J. & Nikander, P. (2007) Ikäsyryjäntä, ageismi. Teoksessa: Lepola, O. & Villa, S. (2007). *Syryjäntä Suomessa 2006*. Helsinki: Ihmisoikeusliitto. 181–218.
- Jyrkämä, J. (2001) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa: Sankari, A. & Jyrkämä J. (2001). *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologia*. Tampere: Vastapaino. 267–323.
- Kagan, S. H. (2008) Ageism in Cancer Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(4), 246–53.
- Klein, J. & Liu, L. (2010). Ageism in Current Practice: Experiences of Occupational Therapists. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(4), 334–47.
- Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C. & Penrod, J. (2010) It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 214–22.

Koukoulis, S., Pattakou-Parasyri, V. & Kalaitzaki, A. E. (2013) Self-Reported Aging Anxiety in Greek Students, Health Care Professionals, and Community Residents: A Comparative Study, *The Gerontologist*, 54(2). 201–10.

Kydd, A. Touhy, T., Newman, D., Fagerberg, I. & Engstrom, G. (2014). Attitudes towards caring for older people in Scotland, Sweden and the United States. *Nursing Older People*, 26(2), 33–40.

Lambrinou, E., Sourtzi, P., Kalokerinou, A. & Lemonidou, C. (2009). Attitudes and knowledge of the Greek nursing students towards older people. *Nurse Education Today*, 29(6), 617–22.

Launis, V. (2007). *Moniarvoinen terveys: Arvopohdintoja lääketieteellisestä etiikasta*. [Turku]: Areopagus.

Lee, K., Volans, P. & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*, 7(2), 133–41.

Leung, S., LoGiudice, D., Schwarz, L. & Brand, C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41(4), 308–14.

Lev S., Wurm S. & Ayalon L. (2018) *Origins of Ageism at the Individual Level*. Teoksesta: Ayalon, L. t. & Tesch-Römer, C. t. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing. 51–72.

Levy, B. R. & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine*, 39(3), 625–9.

Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'muirheartaigh, C. A. & Waite, L. J. (2007). A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762–74.

Liu, Y., Norman, I. J. & While, A. E. (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1271–82.

Liu, Y., Norman, I. J. & While, A. E. (2015). Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: An explanatory model. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 965–73.

Madan, A. K., Cooper, L., Gratzner, A. & Beech, D.J. (2006). Ageism in breast cancer surgical options by medical students. *Tennessee medicine: Journal of the Tennessee Medical Association*, 99(5), 37–8.

Maes, C. A. & Louis, M. (2011). Nurse Practitioners' Sexual History-Taking Practices with Adults 50 and Older. *The Journal for Nurse Practitioners*, 7(3), 216–22.

Mäntymaa, J. & Roslund, R. (28.1.2019a) Ylen laaja selvitys paljastaa Esperi Caren hoivakotien karuja käytäntöjä: sängystä pudonneet jätetty lattialle, hoivakoti välillä ilman hoitajaa. <https://yle.fi/uutiset/3-10617945>

Mäntymaa, J. & Roslund, R. (29.1.2019b) Ylen selvitys: Hoivajätti Attendolla ongelmia ympäri Suomea – hoivakodeissa aliravittuja, ulkoilua harvoin ja likaisissa vaipoissa nukku-
maan. <https://yle.fi/uutiset/3-10618334>

Muhonen, T. (15.12.2017) Kommentti: Eläkepommi on vasta alkua – kuka maksaa Suomen seuraavan talouskurimuksen? <https://www.is.fi/taloussanomat/art-2000005490573.html>

Ng, R., Allore, H. G., Trentalange M., Monin, J. K. & Levy, B. R. (2015). Increasing Negativity of Age Stereotypes across 200 Years: Evidence from a Database of 400 Million Words. *PLoS ONE*10(2): e0117086.

Niemelä, P. (2007) Vanhuus ja turvattomuus. Teoksesta: Seppänen, M., Karisto, A., Kröger, T., Jyrkämä, J. & Koskela, H. Vanhuus ja sosiaalityö: Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus. 167–179

- Okitikpi, T. & Aymer, C. (2010). Key concepts in anti-discriminatory social work. London: Thousand Oaks (Calif.): SAGE.
- Ouchida, K. M. & Lachs, M. (2015). Not for doctors only: Ageism in healthcare. *Generations* (San Francisco, California), 39(3), 46–57.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive* (2nd ed.). New York: Springer Pub.
- Peake, M., Thompson, S., Lowe, D. & Pearson, M. (2003). Ageism in the management of lung cancer. *Age and Ageing*, 32(2), 171–7.
- Pedersen, R. Nortvedt, P., Nordhaug, M., Slettebø, Å., Grøthe, K. H., Kirkevold, M., Brinchmann, B. S. & Andersen, B. (2008). In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *Journal of Medical Ethics*, 34(4), 230–5.
- Polacsek, M., Boardman, G. H. & Mccann, T. V. (2019). Help-seeking experiences of older adults with a diagnosis of moderate depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 278–87.
- Rantamaa, P. (2001). Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa: Sankari, A. & Jyrkämä, J. (2001). *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino. 49–95.
- Rautasalo, E. (2008). *Hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ikääntyvien ihmisten seksuaalisuudesta*. [Helsinki]: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rintala, T. (1999). Miten vanhuuskäsitys voi heijastua palveluihin? *Gerontologia: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu*, 13(2), 92–9.
- Rintala, T. (2005). Vanhuskuvat muuttuvat - miten ja miksi? *Gerontologia: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu*, 19(1), 23–31.

Saarenheimo, M. (2014). Mitä vanhuudelle on tapahtunut? Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry.

Saarenheimo, M., Pietilä, M., Maununaho, S., Tiihonen, A. & Pohjolainen, P. (2014). Ikäpolvien taju: Elämänkulku ja ikäpolvet muuttuvassa maailmassa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Sarkisian, C. A., Hays, R. D. & Mangione, C. M. (2002). Do Older Adults Expect to Age Successfully? The Association Between Expectations Regarding Aging and Beliefs Regarding Healthcare Seeking Among Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837–43.

Schuurmans, J. & Balkom, A. (2011). Late-life Anxiety Disorders: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 267–73.

Shaw, A. B. (1994). In defence of ageism. *Journal of Medical Ethics*, 20(3), 188–94.

Sipiläinen, H. (2016). Hoitohenkikökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Theofanidis, D. (2015). A qualitative study on discrimination and ethical implications in stroke care in contemporary Greece. *Journal of Vascular Nursing*, 33(4). 138–42.

Tilastokeskus (16.11.2018) Liitekuvio 1. Väestöllinen huoltosuhde 1970–2060. Viitattu 1.5.2019. http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_kuv_001_fi.html

Townsley, C., Selby, R. & Siu, L. (2005) Systematic review of barriers to the recruitment of older patients with cancer onto clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 23(13), 3112–24.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. (2006). Vanhustenhoito. Porvoo; Helsinki: WSOY.

Williams, K., Kemper, S. & Hummert, M. L. (2005). Enhancing Communication with Older Adults: Overcoming Elderspeak. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43(5). 12–6.

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S. & Bengel, J. (2018). Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. Teoksesta: Ayalon, L. t. & Tesch-Römer, C. t. (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing. 193–212.

Ylinen, S. & Rissanen, S. (2007) Tiedonmuodostus gerontologisessa sosiaalityössä. Teoksesta: Seppänen, M., Karisto, A., Kröger, T., Jyrkämä, J. & Koskela, H. *Vanhuus ja sosiaalityö: Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus. 33–52.

Youdin, R. (2016). *Psychology of aging 101*. New York: Springer