

VANHUSTEN HOIVAPALVELUT SUOMESSA  
– Eduskunnan oikeusasiamiehen huomioita vanhusten  
kohtelusta ja kaltoinkohtelusta

Salla Stenman  
Maisterintutkielma  
Sosiaalityö  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Humanisyhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2021

# TIIVISTELMÄ

## **VANHUSTEN HOIVAPALVELUT SUOMESSA -Eduskunnan oikeusasiamiehen huomioita vanhusten kohtelusta ja kaltoinkohtelusta**

Salla Stenman  
Sosiaalityö  
Maisterintutkielma  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos  
Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Ohjaaja: YTT Johanna Kiili  
Kevät 2021  
Sivumäärä: 69 sivua

---

Tutkimukseni aihe käsittelee vanhusten hoivapalveluja Suomessa. Aineistona on 30 eduskunnan oikeusasiamiehen raporttia ennaltilmoittamattomista tarkastuskäynneistä hoivapalveluyksiköihin eri puolelle Suomea. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitä raporteista käy ilmi koskien vanhusten kohtelua ja mahdollista kaltoinkohtelua hoivapalveluyksiköissä. Vanhusten kaltoinkohtelu on ajankohtainen ja kansainvälisesti tunnustettu ongelma, joka vaatisi järeitä toimenpiteitä, mutta siihen puuttuminen vaikuttaa olevan vaikeaa. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä tai henkistä kaltoinkohtelua ja se voi tapahtua henkilöstön, muiden asukkaiden tai omaisten taholta tai näiden kaikkien yhdistelmänä. Muiden asukkaiden aiheuttamaa kaltoinkohtelua ei tässä tutkimuksessa havaittu, vaan suurimmat aiheuttajat olivat henkilöstö ja omaiset. Tutkimukseni on laadullinen tutkimus, jonka perustutkimusmenetelmä on sisällönanalyysi. Pääpaino on eduskunnan oikeusasiamiehen raporttien analysoinnissa.

Tutkimukseni osoitti, että vanhusten hoivapalveluyksiköissä ilmenee eriasteista kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista, seksuaalista, taloudellista tai ammatillista. Syitä kaltoinkohtelulle on useita, mutta yleisimmät syyt liittyvät vanhuksen huonoon fyysiseen kuntoon, muistin huonontumiseen, aggressiiviseen käytökseen, omaisten puuttumiseen vanhuksen hoitoon, henkilöstöön liittyvät syyt kuten kiire, stressi, ajanpuute tai uupumus. Lisäksi syynä voi olla epäpätevä henkilöstö tai liian alhainen henkilöstömitoitus. Ennaltaehkäisy on yksi tärkeimmistä keinoista ehkäistä kaltoinkohtelua. Parhaat ennaltaehkäisykeinot ovat tiedottaminen ja kouluttaminen, ohjeistaminen, johtamiskulttuuri ja yleisesti avoin ja keskusteleva ilmapiiri, jossa epäkohdista uskalletaan puhua.

Johtopäätöksenä voi sanoa, että raportteja lukiessa herää ihmetys ja epäoikeudenmukaisuuden tunne. Vanhusten hoivapalveluille ei ole olemassa yhtä yhteistä tunnustettua standardia, jonka mukaan yksiköt toimisivat. Ja joka määrittäisi vähimmäistason sille, millaista palvelua ja hoivaa vanhus vähintään voisi saada. Hoivapalveluyksiköiden taso vaihtelee jopa saman kaupungin sisällä. Lisäksi huomiota herättävä seikka on se, että raporttien joukossa on myös palveluyksiköitä, joihin on tehty vuosien aikana useita tarkastuksia ja ne ovat olleet tehostetun valvonnan piirissä vuosia, mutta silti samoista yksiköistä tulee epäkohtailmoituksia.

Asiasanat: Vanhukset, ikäihminen, ikääntyminen, kaltoinkohtelu, vanhustenhuolto

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b>	<b>4</b>
<b>2. VANHUUS JA VANHUSTEN HOIVAPALVELUT SUOMESSA</b>	<b>7</b>
2.1 Vanhuus	7
2.2. Vanhusten hoivapalvelut ja niiden kehittyminen	9
2.3 Vanhusten hoivapalveluihin liittyvä lainsäädäntö	11
2.4 Vanhusten hoivapalvelujen valvonta ja vastuukäytännöt	13
2.5 Vanhusten kaltoinkohteluun liittyvä keskustelu	16
<b>3. TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b>	<b>20</b>
3.1 Kaltoinkohtelun määritelmät ja ilmenemismuodot	20
3.2 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta	24
<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>27</b>
4.1 Tutkimuskysymykset	27
4.2 Aineisto ja aineiston käsittely	28
4.3 Tutkimuksen eettisyys	30
<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>32</b>
5.1 Tarkastusraporttien kertomaa vanhusten kohtelusta hoivapalveluissa	34
5.2 Yleisimmät tarkastusraporteista ilmi käyneet kaltoinkohtelun muodot	36
5.2.1 Rajoitustoimenpiteet	36
5.2.2 Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen	38
5.2.3 Erilaiset terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut	40
5.2.4 Fyysisestä voinnista huolehtiminen	42
5.2.5 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen eli normaalin elämän kieltäminen	44
5.3 Syitä vanhusten huonolle kohtelulle ja miten sitä voitaisiin ennaltaehkäistä?	47
5.3.1 Henkilöstö, aikataulut ja budjetti	49
5.3.2 Kaltoinkohtelun ennaltaehkäisymahdollisuudet	51
5.4 Yhteenveto raporteista	53
<b>6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>57</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>61</b>
<b>LIITTEET</b>	<b>69</b>
Liite 1: Taulukko raporteista	69

# 1. JOHDANTO

Vanhusten kaltoinkohtelu on ajankohtainen, mutta toisaalta vaiettu aihe. Se ei ole saanut yhtä paljon julkisuutta kuin vaikkapa lastensuojelu, joten se jää usein toisten aiheiden alle. Kuitenkin vanhukset ovat yhteiskunnan ja varsinkin suomalaisen nyky-yhteiskunnan perusta, joten heille toivoisi helpompaa ja parempaa loppuelämää kaikin tavoin. Vanhusten kaltoinkohtelu on myös tunnistettu kansainvälisesti laaja-alaiseksi ja vakavaksi ongelmaksi, joka vaatisi pikaisesti terveydenhuollon, sosiaaliviranomaisten, päättäjien sekä tavallisten kansalaisten huomiota. Ikääntyneen väestön määrän huomattava kasvu lähitulevaisuudessa tulee todennäköisesti lisäämään myös vanhusten kaltoinkohtelua, joten ennaltaehkäisevä työ asian suhteen olisi todellakin tarpeen. Vanhusten kaltoinkohtelu yhdistetään vakaviin henkilökohtaisiin seurauksiin ja yhteiskunnallisten kustannusten kasvuun, joten kaltoinkohtelu on myös vakava kansanterveydellinen ongelma nyky maailmassa. (Pillemer 2015, 194.)

Hain ensin Googlen kautta hakusanalla ”vanhusten kaltoinkohtelu” uutisotsikoita, mutta niitä ei löytynyt, sillä kaltoinkohtelun käsite on niin laaja. Kuitenkin hakusanayhdistelmällä ”vanhusten pahoinpitely” löytyy Googlen kautta muun muassa seuraavanlaisia otsikoita:

*”76-vuotias Vuokko hakattiin kuoliaaksi palvelukodissa”*

*”Vanhuksen pahoinpitely toi vankeustuomion”*

*”Yöhoitajaa epäillään vanhuksen pahoinpitelystä”*

*”Turun Kupittaaan sairaalan hoitaja tuomittiin vanhuksen törkeästä pahoinpitelystä”*

Kolme näistä otsikoista liittyi kaupungin tai kunnan ylläpitämiin tai vähintään valvoviin hoivakoteihin tai vastaaviin. Miten on mahdollista, että paikoissa, joissa pitäisi olla koulutettu ja ammattitaitoinen henkilökunta ja joiden pitäisi olla turvallisia paikkoja kaikkein heikoimmassa asemassa olevilla ihmisillä, voi vielä 2000-luvun Suomessa tapahtua vastaavaa?

Tutkin vanhusten kaltoinkohtelua hoivakodeissa Suomessa. Tutkielman pohjana toimivat oikeusasiamiehen ennalta ilmoittamattomien tarkastuskäyntien raportit, joita on yhteensä 30 kappaletta sijoittuen vuosille 2014–2019. Kaltoinkohtelulla, joka kohdistuu erityisesti vanhuksiin, tarkoitetaan kaikkea vanhuksiin kohdistuvaa tekoa tai toisaalta myös tekemättä jättämistä, joka jollain tavalla uhkaa vanhuksen hyvinvointia, turvallisuutta tai terveyttä. Usein on vaikea mieltää, että mikä on varsinaisesti kaltoinkohtelua ja missä sen raja menee. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Luoman ym. (2018) kirjoittaman lääketieteellisen julkaisun mukaan yleisesti kaltoinkohtelu määritellään fyysiseksi tai psyykkiseksi väkivallaksi. Se voi myös olla seksuaalista tai taloudellista hyväksikäyttöä, avun tai hoivan tahallista laiminlyömistä tai muunlaista oikeuksien rajoittamista, loukkaamista tai vastaavaa ihmisarvoa alentavaa käytöstä tai kohtelua. Tutkimusten mukaan kaltoinkohtelun esiintyvyys vanhusväestössä on 3,4–30 prosentin välillä, riippuen tutkimuksesta eli haitari on todella suuri. Parhaimmassa tapauksessa sadasta vanhuksesta vain noin kolme kohtaa kaltoinkohtelua ja pahimman skenaarion mukaan sadasta vanhuksesta kolmekymmentä joutuu kohtaamaan eriasteista kaltoinkohtelua. Vanhuksiin kohdistuva kaltoinkohtelua on vaikeasti tunnistettavaa piilorikollisuutta. Sillä on aina seurauksia vanhuksen elämään ja terveyteen. Suomessa ei ole kansallista toimintamallia kaltoinkohtelun tunnistamiseksi, mutta sosiaalihuolto- ja vanhuspalvelulaki velvoittavat ryhtymään toimenpiteisiin, jos kaltoinkohtelua havaitaan. (Luoma ym. 2018, 1797-1798.)

Vanhusten huolto ja siihen liittyvät kysymykset Suomessa ovat tällä hetkellä taas keskusteluissa. Jokin aika sitten julkaistiin Kunnallisalan kehittämissäätiön raportti aiheesta *Sote ja ikääntymisen ongelmat – Selviämispölyn etsintää* ja raportti on melko karua luettavaa vanhustenhoidon nykytilanteesta. Raportti tuo muun muassa esille sen, että vaikka julkisuudessa vanhustenhoidon ongelmat esitetään usein resurssiongelmina eli palvelusektorilla on pulaa rahasta ja henkilöstöstä, todellisuudessa se ei ole perimmäinen ongelma. Vaan ongelma liittyy erityisesti nykyiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään, joka on liian hajanainen, hajautettu ja kallis. On mielenkiintoista nähdä, seuraako raportista jotain poliittisella tasolla, sillä se toi esille suuriakin epäkohtia vanhustenhuollossa Suomessa. (Ryynänen ym. 2020.)

Olen itse ollut töissä ikäihmisten palveluissa sosiaalityöntekijän sijaisuudessa. Erään vanhuksen kohtalo kosketti minua, joten siitä syntyi halu tutkia aihetta. Vanhuus on osa ihmisen elämää siinä kuin nuoruuskin ja sen pitäisi olla yhtä arvokas myös yhteiskunnan silmissä, mutta onko asia näin? Jokainen ihminen vanhenee ja vanhenemisen pitäisi olla luonnollinen osa elämää. Vanhuksen ei pitäisi joutua pelkäämään hoivakotiin joutumista, vaan tarvittaessa hoivakodin pitäisi olla turvallinen ja hyvä paikka, jossa voi viettää loppuelämänsä päivät, jos ei enää omassa kodissa syystä tai toisesta pärjää. Liian usein kuulee nykyään puhetta, että ihmiset eivät toivo joutuvansa hoivakotiin vanhana, ikään kuin se olisi jonkinlainen rangaistus. Tämä kertoo siitä, että jossain on jotain vikaa, jos tällainen ajatus on jo nuorempienkin ihmisten ajatuksissa.

## **2. VANHUUS JA VANHUSTEN HOIVAPALVELUT SUOMESSA**

### **2.1 Vanhuus**

Vanhuuden terminologiasta on käyty paljon keskustelua eikä edelleenkään tutkijoiden mielestä ole selvää, mikä olisi oikea ilmaisu (ETENE 2008, 6). Itse käytän työssäni ilmaisua vanhus tai vanhuus, vaikka joissain yhteyksissä sen käyttöä suositellaankin välttämään. (Voutilainen 2010). Vanhuus ja vanhus ovat kuitenkin kuvaavia ilmaisuja enkä koe niiden käyttöä halventavana. Vanhuus ja vanheneminen näyttävät usein negatiivisina ilmauksina ja usein ajatellaan vain sitä, että vanhuuteen kuuluvat automaattisesti erilaiset sairaudet ja vaivat ja toimintakyvyn heikkeneminen. Toisaalta voitaisiin myös ajatella, että vanhuus on yksi elämänvaihe siinä kuin nuoruuskin ja vanhuus tuo mukanaan erilaisia elämän varrella opittuja taitoja ja voimavaroja sekä vain elämäkokemuksen myötä syntynyttä viisautta. (Fried ym. 2013, 3.)

Vanhusten määrä lisääntyy tulevaisuudessa ympäri maailmaa. Syitä tähän ovat alhainen syntyvyys sekä eliniän piteneminen. Väestörakenteen ikääntyminen tuo haasteita sekä kansainvälisellä, alueellisella että kansallisella tasolla. YK:n määritelmässä vanhuksia ovat 60-vuotiaat ja sitä vanhemmat ihmiset. Vuonna 2019 suomalaisista yli 65 vuotta täyttäneitä oli jo 1,2 miljoonaa ihmistä eli käytännössä se tarkoittaa, että 20 % suomalaisista miehistä ja 25 % suomalaisista naisista on 65 vuotta täyttäneitä tai vanhempia. Lisäksi nykyään jo joka sadas suomalainen on täyttänyt 90-vuotta. Ihmisten vanheneminen tuo haasteita myös kansanterveyteen, sillä ikääntymisen myötä lisääntyvät erilaiset sairaudet ja erityisesti muistisairaudet. Tämä on maailmanlaajuinen ongelma, sillä vuonna 2015 arvioitiin, että koko maailmassa on noin 50 miljoonaa muistisairasta ihmistä ja on esitetty arvioita, että määrä kaksinkertaistuisi joka kahdeskymmenes vuosi. Suomessa on tällä hetkellä arviolta noin vajaa 200 000 muistisairasta ihmistä. Lisäksi valtaosa eli noin 75 prosenttia pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista on muistisairaita ja vielä useammalla on kognitiivisia häiriöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 17–18.)

Tilastollisesti Suomessa vanhuksiksi luetaan 65 vuotta täyttäneet ihmiset. Perustana luokittelulle on se, että Suomessa 65 vuotta on yleinen eläkeikä. Tämä ei ole kuitenkaan

virallinen määritelmä sille, kuka on vanhus, sillä tilastollinen ikä on vain yksi tulkinta asiasta. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vain joka kolmas 70–74-vuotiaista kokee itsensä vanhaksi ja toimintakykyyn perustuva ikäkäsitys määrittää vanhuuden alkavaksi 75-vuotiaana. Ikä merkitsee monia erilaisia asioita. Voidaan ajatella, että sosiaalinen, fysiologinen, biologinen, psykologinen, ja subjektiivinen ikä ovat saman ilmiön eri puolia. Kalenteri-ikä viittaa suoraan kronologinen iän määrittely. Biologinen ja fysiologinen ikä määrittävät ihmisen kuntoa. Subjektiivinen ja kulttuurinen ikä määrittellään yleensä omien tuntemusten ja yhteisön odotusten mukaan. Ihminen ei vanhene vain yhdellä tavalla, vaan hän voi vanheta iän erilaisilla merkitystasoilla monella tavalla. Kuitenkin länsimaissa käsitys vanhuudesta ja sen etenemisestä perustuu useimmiten lääketieteeseen ja biologiaan. Ongelma tässä on se, että näkökulma korostaa ikääntymistä ja toimintakyvyn laskua ikään kuin vanhuus olisi sama asia kuin sairaus, vaikka vanhuuden pitäisi olla vain yksi normaali elämänsä osa-alue. Ikääntymisen määrittelyyn vaikuttaa myös iän ulottuvuuden tarkastelu sekä se, millaiset mahdollisuudet toimintakyvyn vaikuttamiseen on. ([www.thl.fi/ikääntyminen](http://www.thl.fi/ikääntyminen).)

Nykyään on alettu puhua myös kolmannesta iästä eli eläkeiän alkupäästä, joka tarkoittaa siis työiän ja vanhuuden välistä ikävaihetta. Kolmannen iän sanotaan olevan omalle hyvinvoinnille omistettua aikaa, jolloin työelämä on jo ohi, mutta ollaan silti vielä toimintakykyisiä, aktiivisia ja energisiä. Hieman eri mieltä ollaan siitä, että onko kolmas ikä aivan oikea ilmaisu, sillä ihmisten yksilöllinen vaihtelevuus on suurta. Toinen vajoaa vanhuuteen heti, kun jää eläkkeelle ja koko kolmas ikä jää elämättä ja toinen puolestaan ei ehdi edes sinne ennenaikaisen kuoleman vuoksi. Tämän takia kolmas ikä onkin määritelmä, joka sopii paremmin väestötasolla kuin yksilötasolla käytettäväksi. (Karisto 2004, 91.)

Ihminen miettii elämäänsä ja elämän tarkoitusta läpi vuosien. Nämä mietteet vaihtelevat ja saavat erilaisia merkityksiä eri elämänvaiheissa, mutta monilla ne korostuvat vanhuusikäen tullessa. Silloin monet alkavat viimeistään miettimään elämän lopullisuutta. Elämänteksteorioiden mukaan vanhuus on jatkumoa elämälle, jota on eletty siihenkin asti eikä se ole irrallinen osa ihmisen elämässä. Vanhuusiässä tulevaisuuden näkymät lyhenevät ja suhde menneisyyteen puolestaan kasvaa. Monille tulee tarve löytää merkitys jo eletylle elämälle. Vanhuus saattaa myös herättää monissa pelkoa ja turvattomuutta sekä epävarmuutta. Tulevaisuudesta ei välttämättä tiedä, ihmisillä saattaa olla pelkoja omasta terveydestä ja voinnista ja tulevaisuus näyttäytyy pelottavana. (Giele & Elder, 1998.)



Haavoittuvuus on käsite, joka tuodaan usein esille vanhuksista puhuttaessa. Käsite on alun perin syntynyt ympäristötieteiden parissa liittyen luonnonkatastrofeihin ja niihin joutuneiden ihmisryhmien käsittelyyn. Haavoittuvuus on saanut monia eri merkityksiä aikojen kuluessa, mutta nykykäsityksen mukaan yhdistävä tekijä on ihmisoikeuden käsite, johon myös vanhukset liittyvät. Vanhuksista puhuttaessa yleisin tapa käsitellä haavoittuvuutta on lähestyä sen ulottuvuuksia, joita ovat taloudellinen, oikeudellinen, kognitiivinen, emotionaalinen, ja fyysinen haavoittuvuus. Lisänä näihin on vielä asumiseen, yhteydenpitoon, läheisiin ihmissuhteisiin ja sairauksiin liittyvä haavoittuvuus. Nämä kaikki osa-alueet koskettavat yleensä vanhuksia. Haavoittuvuutta voidaan tutkia myös psyykkisen toimintakyvyn näkökulmista sekä selvittää haavoittuvuutta, herkkäuskoisuutta ja riskiä joutua hyväksikäytetyksi. (Kaskiharju 2019, 60.)

Erityisesti vanhuksiin liittyvät haavoittuvuuden osa-alueet ovat kehon, ihmissuhteiden ja mielen haavoittuvuus. Yhdessä ne voivat johtaa ihmisarvon haavoittuvuuteen. Vaikka ihmisen toimintakyky olisi heikentynyt, niin häntä koskevat samat oikeudet ihmisarvoiseen kohteluun kuin muitakin ihmisiä ja tähän tulisi erityisesti kiinnittää huomiota vanhusten kohdalla. Haavoittuvuus voidaan nähdä myös voimavarana eli vaikka vanhus olisi fyysisesti, psyykkisesti tai/ja sosiaalisesti heikko, hän voi olla samaan aikaan kuitenkin herkkä ja sensitiivinen, joka usein tarkoittaa vanhusten kohdalla avoimuutta ja vastaanottavuutta. Asia pitäisikin ajatella niin, että vanhuksille haavoittuvuus tarkoittaa elämää, voimavaroja ja kehittymistä ihmisenä. (Kaskiharju 2019, 60.)

## **2.2 Vanhusten hoivapalvelut ja niiden kehittyminen**

Esiteollisen maatalousyhteiskunnan aikaan vanhusväestöstä huolehtivat pääasiallisesti perhe ja suku. Osuutensa heikoimpien vanhusten huolehtimisessa oli myös osittain kirkolla ja seurakunnilla ja jonkinlainen rooli oli myös erilaisilla ammattikunnilla ja työnantajilla sekä julkisella köyhäinhoidolla. Kuitenkin tärkein vanhuksen turva maaseudulla oli jo 1700-luvulla kehitetty syytinki- eli kiinteistöeläkejärjestelmä. Tämä takasi sen, että kun tilan vanha isäntä ja emäntä eivät voineet tilaa enää jatkaa ja jättivät sen nuoremmille, niin näiden kahden sukupolven välillä sovittiin siitä, että vanhukset hoidetaan heidän elämänsä loppuun asti. Näin niin sanottu nykyajan tuntema eläketurva turvattiin kahden sukupolven välisellä

sopimuksella ilman yhteiskunnan osallistumista asiaan. (Koskinen ym. 1998, 44–45.)

Syytinkijärjestelmä ei kuitenkaan auttanut kaikista köyhimpiä eli tilatonta väestöä, vaan heidän vanhuudenturvansa takasi vaivaishoito. Lähtökohta oli kuitenkin se, että vanhukset asuivat kotona mahdollisimman pitkään ja laitoshoitoon joutuminen oli enemmänkin rangaistus ja sitä vältettiin, mikäli vain oli jokin muu paikka, jossa vanhus pystyi asumaan. 1800–1920-luku oli vaivaishoidon aikaa eli jos ihmisellä ei ollut muuta paikkaa, niin hän joutui vaivaistaloon. Vanhusten lisäksi vaivaistaloon joutui myös esimerkiksi tilattomia, sairaita, köyhiä, orpoja ja yksinäisiä naisia. Vuonna 1913 tuli kielto, ettei köyhäinhuutokauppoja saanut enää pitää eli huutokauppoja, joissa vanhukset, orvot ja muut vaivaiset määrättiin siihen taloon, joka pienimmästä rahamäärästä suostui heidät ottamaan luokseen asumaan ja hoitamaan. (Kan & Pohjola 2012.)

Vielä 1800-luvun lopulla yhteiskunnassa vanhukset määrittyivät lähinnä biologisen iän perusteella, joka näkyi ulkomuodossa, työkyvyssä ja mahdollisessa avuntarpeessa. Vanhuuden käsite kronologisen iän perusteella alkoi kuitenkin hiljalleen yleistyä ja yleisesti historiassa voidaan nähdä käänne siinä, että vanhusten asema alkoi heiketä 1800-luvulla. Suomessa alkoivat taloudelliset ja sosiaaliset muutokset yhteiskunnassa ja näiden sekä kulttuuristen arvojen ja ideologisten muutosten vuoksi vanhukset alettiin nähdä vanhanaikaisina ja hyödyttöminä yhteiskunnalle. Aikaisemmin vanhuus oli yksilön oma asia, mutta 1800-luvun lopulla alkoi yleistyä käsitys siitä, että vanhuus onkin sosiaalinen ongelma ja se vaatii yhteiskunnan puuttumista asiaan. Tähän vaikutti vanhusten määrän kasvu sekä muut yhteiskunnan muutokset kuten elinkeinorakenteen muutos ja nopeasti tapahtuva kaupungistuminen. Lisäksi teknologian kehitys alkoi työelämässä korostamaan tehokkuutta ja alettiin suosimaan nuorempaa työvoimaa. Vanhuuteen alettiin myös liittämään käsitys työkyvyn alentumisesta ja tuottamattomuudesta. Näiden ajatusten taustalla oli 1800-luvulla vallan saanut vanhuuden lääketieteellistyminen, kun lääketiede sai vallan vanhuuden ongelmien määrittelyssä. (Koskinen ym. 1998, 30–31.)

Vuonna 1922 vanha vaivaishoitolaki uudistettiin köyhäinhoitolaille ja vaivaiskodit muuttuivat kunnalliskodeiksi. Kunnalliskodeiksi joutuminen oli häpeällistä ja tässä vaiheessa vanhuksen varallisuudella alkoi olla ratkaiseva tekijä sen suhteen, missä hän loppuelämänsä vietti. Hiljalleen 1900-luvun alun jälkeen vanhustenhuolto alettiin lakisääteistämään ja alkoi syntyä hoitojärjestelmiä, joissa otettiin erikseen huomioon

vanhukset, kehitysvammaiset, alkoholistit, kroonisesti sairaat ihmiset ja asunnottomat. Kansanterveyslaki tuli voimaan vuonna 1972, jonka voimin kotona pärjäämättömiä vanhuksia vietiin vuodeosastoille terveyskeskuksiin. Tästä oli kuitenkin seurauksena, että vuodeosastot alkoivat täyttyä ja vanhukset laitostuivat, jonka myötä alkoi kotisairaanhoidon kehittäminen. 1980-luvulla alkoi kehittyä vasta kotipalvelu ja palvelutalo nykyisen tapaisessa muodossa. (Kan & Pohjola 2012.)

Voimakas keskustelu vanhustenhoidosta ja sen yleisestä tilasta sekä hyvinvointivaltiosta ja sosiaalipalvelujen kontrolloivasta ja ylisuojelevasta roolista virisi Suomessa 1980-luvun alkupuolella. Erityistä kritiikkiä sai pitkäaikaissairaiden vanhusten laitoshoido, jossa ei otettu huomioon laisinkaan vanhusten psykososiaalisia tarpeita. Tämä johti yleiseen keskusteluun vanhusten kuntoutuksesta, vanhussosiaalityöstä ja sen mahdollisesta tarpeesta. 1980-luvulla uudistettiin myös sosiaalihuollon lainsäädäntöä osana kokonaisvaltaista hyvinvointipalvelujen muutosta. (Koskinen & Seppänen 2013, 446–447.)

### **2.3 Vanhusten hoivapalveluihin liittyvä lainsäädäntö**

Suomessa vanhusten palvelujen kehittämisen suuntaviivat antaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Se myös suunnittelee ja valmistelee lait aiheeseen liittyen sekä ohjaa ja säätää uudistusten mahdollista toteuttamista. Vanhusten sosiaali- ja terveystalvet järjestää kunta ja vanhusten sosiaaliturva koostuu sosiaali- ja terveystalvetuista sekä toimeentuloturvast. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020.) Vanhusten hoivapalvelua ohjaavat monet lait. Tärkeimpiä näistä ovat Sosiaalihuoltolaki (1301/2014), Sosiaalihuoltoasetus (607/1983), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemista ja oikeuksista (812/2000), Laki yksityisistä sosiaalipalveluista (922/2011), Asetus yksityisistä sosiaalipalveluista (1053/2011) sekä niin kutsuttu Vanhustalvetulaki eli Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvetuista (980/2012).

Suomessa on kaikilla vanhuksilla yksilöllinen perustuslakiin nojautuva oikeus tarpeelliseen hoitoon ja huolenpitoon. Usein tähän oikeuteen vaikuttavat kuitenkin vanhuksen omaiset ja heidän aktiivisuutensa. Laki määrittää Suomessa, että omaisilla ei ole vastuuta vanhuksen hoivan järjestämisestä, mutta samaan aikaan ristiriitaisesti laki myös tulkitsee asiaa niin, että

se olettaa, että omaiset ovat vanhuksen apuna ja tukena. Vanhusten hoiva kuuluu sosiaalihuoltoon ja se on kuvattu sosiaalilainsäädännössä niin, että siihen sisältyy harkinnanvaraisia osia. Tästä johtuen oikeutta hoivaan saattaa olla vaikea todentaa ja yleisesti sitä ei pidetä välttämättä yhtä vahvana oikeutena kuin jotain toista. Lisäksi vanhustenhuolto on itsessään monimutkainen järjestelmä ja se haastaa omaisia tukemaan vanhusta, kun hänelle yritetään etsiä esimerkiksi sopivaa palvelua, arvioidaan palvelun laatua tai kun jälkikäteen mietitään oikeusturvan toteutumista. (Kalliomaa-Puha, 2017, 227–228.)

Yleisesti lakia tulkitaan Suomessa niin, että vanhuksilla on myös itsestään huolehtimisvelvollisuus, mutta jos se ei onnistu, niin yhteiskunnan tulee tarjota heille apua. Tähän on kaksi mahdollisuutta eli joko perustoimeentuloturvan avulla tai tarpeellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. Auttaminen ja hoiva ovat pääasiassa terveyden ja elinkyvyn säilyttämiseksi, tarpeellisen ravinnon ja asumisen turvaamiseksi ja tarpeenmukaiseksi huolenpidoksi joko kotona tai hoivalaitoksessa. Perustuslailla on vanhustenhuollossa vain periaatteellista merkitystä, mutta subjektiivisia oikeuksia se ei takaa, vaan kaikkiin palveluihin ja mahdollisiin etuuksiin sisältyy aina harkinta. Kuitenkin perustuslaki takaa kaikkien ihmisten oikeuden ihmisarvoiseen elämään ja tässä tapauksessa se on subjektiivinen oikeus. Joten siihen voi aina vedota, jos ihmisarvoinen elämä on vaarassa. (Kalliomaa-Puha 2007, 44-47.)

Vanhuspalvelulaki on tullut voimaan vuonna 2013. Sen päätavoitteet ovat Kaskiharjun (2019) mukaan vanhusten hyvinvoinnin tukeminen sekä auttaminen itsenäisessä suoriutumisessa sekä vanhusten hoidon ja palvelujen turvamainen lain avulla. Laki on ennen kaikkea keskittynyt laadun ohjaukseen ja laadunvarmistukseen. Lakia on tutkittu myös hoivan näkökulmasta ja on todettu, että ratkaisua hoivaan liittyviin ongelmiin ei ole löytynyt. Laki on siirtänyt hoivaa ja sitä määrittelevää politiikkaa kohti uusliberalismia. Vanhuspalvelulain perussäännös on 19 §, joka takaa sen, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat laadukkaita ja niiden tulee taata hyvä huolenpito ja hoiva. Hallituksen esityksessä (160/2012) perussäännöksen on tarkoitus täydentää asiakaslain 4 §:n ja potilaislain 3 §:n velvoitetta. Lain neljäs luku määrittää laadun kriteereiksi ammattitaitoisen henkilöstön (20 §), osaavan johtamisen (21 §), asianmukaiset toimitilat (22 §), toimivan omavalvonnan (23 §) ja toimivan viranomaisvalvonnan (24 §). Laatusuositus on kuntien päättäjien väline arvioitaessa lain toimeenpanoa ja valvontaa. Suositus kiinnittää huomiota vanhusten

toimintakyvyn turvaamiseen, asiakas- ja palveluohjaukseen, henkilöstöön, palvelujen rakenteeseen sekä teknologiaan. Kuntia velvoitetaan seuraamaan säännöllisesti palvelun laatua osana omavalvontaa. Arviointi tapahtuu asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden palautteen perusteella. (Kaskiharju 2019, 57-59.)

Vanhuspalvelulakia on kritisoitu muun muassa siitä, että se kuvailee vanhusten hoiva- ja palveluketjua, mutta ei kuitenkaan sisällä konkreettisia säännöksiä hoivasta. Lain sisältämät säännökset ovat luonteeltaan periaatteellisia ja ajatus siitä, että lain nojalla vanhus saa tarvitsemansa palvelut, johtaa monet harhaan. Suurin osa vanhusten palveluista järjestetään sosiaalihuoltolain perusteella. Toinen kritisoitava asia on ollut se, että laki ei sisällä subjektiivista oikeutta palvelujen saamiseen, hoivapalvelujen henkilömitoituksen määriä tai sanktioita siitä, jos lakia rikotaan. Lisäksi laista ei periaatteessa löydy mitään uutta, mistä ei jo löytyisi mainintaa vuoden 2015 uudistetusta sosiaalihuoltolaista. (Arajärvi 2014, 257–260.)

## **2.4 Vanhusten hoivapalvelujen valvonta ja vastuukäytännöt**

Hoivalla tarkoitetaan yleisesti ottaen kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa, jota ihminen tarvitsee, jos hänen toimintakykynsä on oleellisesti heikentynyt. Hoivan voi myös ajatella niin, että siihen osallistuvat vähintäänkin hoivan tarvitsija ja itse hoivaaja. Hoivan tavoite on aiheuttaa hyvinvointia hoivan tarvitsijalle. Hoiva on toisen ihmisen tarpeista huolehtimista fyysisesti tai psyykkisesti ja sen voidaan ajatella olevan fyysistä työtä tai vain läsnäoloa. Yleensä hoiva ajatellaan laajemmaksi käsitteeksi kuin apu, koska hoivan ajatellaan olevan huolehtimista ja vastuuta ihmisen hyvinvoinnista kokonaisvaltaisesti ja avun taas ajatellaan olevan käytännön toimia, jotka joko kuuluvat hoivan alle tai niitä voidaan antaa myös ilman hoivaakin kuten vaikkapa pihatöissä avustaminen tai kauppa-asioiden hoitaminen. Apua ja hoitoa voi saada omaisilta tai ostaa palveluina joko julkisesti rahoitettuina tai yksityisesti ostettuina. (Anttonen & Zechner 2009, 17-18.)

Sosiaalihuollon alaista lainsäädäntöä ja toimintaa kehittää ja tuottaa usea eri palveluntuottaja valtion, kunnan ja yksityisen sektorin puolella. Kuuluessaan sosiaalihuollon palveluihin vanhuspalvelut kuuluvat Sosiaali- ja terveysministeriön valvonnan ja kehittämisen alle.

Valtakunnallinen ohjaus ja valvonta kuuluu Sosiaali- ja terveysalan valtakunnalliselle lupavirastolle Valviralle. Aluehallintovirastoille kuuluvat alueelliset valvonta- ja ohjaustehtävät. Valviran tarkoitus on ohjata aluehallintovirastoja niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus- ja valvontakäytännöt olisivat mahdollisimman samanlaiset ympäri Suomen. Valviran tehtäviin kuuluvat myös valtakunnallisesti tärkeät kanteluasiat ja muut valitukset. (Karvonen-Kälkäjä & Mäki-Petäjä-Leinonen 2017, 266–268).

Vanhusten hoivapalveluissa palveluntuottaja on ensisijaisesti vastuussa siitä, että palvelu vastaa sille asetettuja vaatimuksia. Palveluntuottajilta edellytetään omavalvontasuunnitelmaa. Sitä edellyttää myös laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990) ja laki yksityisestä sosiaalipalvelusta (922/2011). Omavalvonta tarkoittaa palveluntuottajan omatoimista laadun tarkkailua ja selvitystyötä niin, että toiminnassa toteutuvat lainsäädäntö, valvontaohjelmat, laatusuositukset ja palveluntuottajan omat vaatimukset. Yksityisten palveluntuottajien omavalvontasuunnitelmat ovat pakollisia ja julkisia ja niiden tulisi olla aina asiakkaiden sekä omaisten nähtävissä kyseisissä hoivayksiköissä. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Kunnat, aluehallintovirasto ja Valvira valvovat lisäksi vanhusten hoivapalvelua. Kunta on palvelun järjestäjänä vastuussa palveluista ja kunnan velvollisuutena on valvoa ostamiaan palveluja sekä myös tuottamaansa omaa toimintaa. Aluehallintoviranomaiset valvovat puolestaan oman alueensa kuntien palvelujen järjestämistä ja toteutumista ja muiden yksityisten tai julkisten palveluntuottajien toimintaa. Valviran tehtävänä on valvoa suurempia ja periaatteellisempia kokonaisuuksia ja tarvittaessa aluehallintovirasto siirtää tapauksen käsittelyn Valviralle. Eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri ovat kaikista ylimpiä laillisuusvalvojia ja viimeisenä, kun kaikki suomalaiset oikeusasteet on käyty läpi, on vielä mahdollista valittaa asioista EU:n ihmisoikeustuomioistuimeen. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Lakien mukaisesti kunnat ovat vastuussa vanhuspalvelujen järjestämisestä sekä omien palvelujensa valvonnasta kuin myös sopimuksella hankkimiensa palvelujen valvonnasta. Kuntien tehtävä on raportoida havaitsemistaan epäkohdista tai puutteista aluehallintovirastolle. Kuntien tehtävänä on myös neuvoa ja ohjata palveluntuottajia. Tiettyjä lakiin perustuvia valvontatoimenpiteitä, kuten esimerkiksi toiminnan keskeyttäminen, on oikeus tehdä vain aluehallintovirastolla tai Valviralla.

Valvontatoimenpiteet on määritelty erikseen yksityisistä sosiaalipalveluista annetussa laissa. Kunnan vastuulla on varmistaa, että hankittaessa palveluita yksityiseltä palvelujen tuottajalta, kyseiset palvelut ovat samaa tasoa kuin vastaavat palvelut kunnallisella puolella. Kunnan tulee lisäksi valvoa kaikkia hoivapalvelun toimintayksiköitä omalla alueellaan. Vastuu tulee kunnalle sijainnin perusteella, sillä ei ole väliä, ostaako kunta palveluita yksiköstä vai ei. Kunta on valvontaviranomainen, jolla on oikeus tarkistaa palveluntuottajan toimintayksikkö, mikäli perusteltu syy on olemassa. Syy voi olla esimerkiksi kirjallinen tai suullinen epäkohtailmoitus. Kunnalla on mahdollisuus tehdä tarkastuksia myös ennalta ilmoittamatta. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Aluehallintovirastojen tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan hoitaminen alueillaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira neuvoo ja ohjeistaa aluehallintovirastoja. Ohjauksen tarkoituksena on saada aluehallintovirastojen toimintaperiaatteet, ratkaisukäytännöt ja menettelytavat yhdenmukaisiksi, koska niissä on suuria alueellisia vaihteluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön valvontatapaukset eli puuttumiset henkilön ammatinharjoittamisoikeuteen hoitaa Valvira. Samoin Valviralle kuuluvat tapaukset, joissa on epäily ihmisen kuolemasta tai vammautumisesta hoidon tai sen laiminlyönnin seurauksena. Valviran ja aluehallintovirastojen tehtävän jaosta on säädetty sosiaalihoitolain (1301/2014) 3 §:ssä. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Aluehallintovirastojen tehtävänä on vanhusten hoivapalvelujen tuottajien valvonta omilla alueillaan. Jos aluehallintovirasto mielestä on aiheellista tai tapaus on valtakunnallisesti merkittävä, niin tapaus voidaan siirtää valvottavaksi Valviralle. Järjestämisvastuu vanhusten hoivapalveluista on aina kunnilla. Niillä on mahdollisuus tuottaa palvelut omana toimintana tai ulkoistaa ne sopimuksella yksityisen puolen tai kolmannen sektorin palveluntuottajille. Kummassakin tapauksessa kuntien toimintaa valvovat aluehallintovirastot. Suunnitelmallinen valvonta perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaohjelmaan ja siihen liittyviin alueellisiin toimeenpanosuunnitelmiin. Valvonnan taustatietoina toimivat kunnista ja sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä kerätyt ja saadut tiedot sekä Valviran ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimat selvitykset. Suunnitelmissa on tarkoitus myös huomioida alueelliset erityispiirteet kuten yksittäiset hoitolaitokset. (Valvira.fi/vanhustenhuolto.)

Aluehallintovirastojen tehtäviin kuuluu myös ohjata kuntia valvontatehtävissä. Siihen on olemassa erilaisia keinoja kuten ohjauskirjeet, keskustelut, ohjaus- ja arviointikäynnit ja ennalta sovitut tarkastuskäynnit. Aluehallintovirastot tekevät myös ennalta ilmoittamattomia tarkastuskäyntejä. Näitä käyntejä tehdään esimerkiksi, jos tietoon tulee epäkohtia hoivapalveluyksiköiden toiminnassa. Sekä yksityisiä että kunnallisia hoivapalveluyksiköitä valvotaan samalla tavalla. Lupakäytäntö tosin eroaa näiden kahden välillä, koska yksityiselle palvelutoiminnalle aluehallintoviranomaiset toimivat myös lupaviranomaisena. Kunnat eivät tarvitse lupaa, jos aloittavat oman toiminnan. (Valvira.fi/vanhustenholto.)

Valviran mukaan vuonna 2018 yleisimmin mainitut syyt, aluehallintovirastojen saamista kanteluissa koskien vanhusten hoivapalveluja, olivat liian pieni hoitohenkilömitoitus, henkilökunnan puutteellinen ammattitaito, henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja vaihtuvuudesta johtuvat laatu- ja turvallisuusongelmat, ulkoilun ja muun toiminnan vähyys, puutteelliset tai kokonaan puuttuvat hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä omavalvonnan puute. (Valvira.fi/vanhustenholto.)

## **2.5 Vanhusten kaltoinkohteluun liittyvä keskustelu**

Vanhusten kaltoinkohtelu liittyy osana laajempaa keskustelua hyvästä vanhuudesta. Viime vuonna eli vuonna 2020 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto kokosivat yhdessä laajan julkaisun nimeltään ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 – Tavoitteena ikäystävällinen Suomi”. Julkaisun ajatuksena on kertoa siitä, mitä on hyvä ikääntyminen ja millaisia ovat laadukkaat palvelut kaikille niitä tarvitseville vanhuksille. Julkaisulle on tulossa jatkoa ja vanhustenpalveluihin on muutenkin tulossa uudistuksia esimerkiksi ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksen suhteen sekä palvelutarpeen arvioinnissa käytettävien mittareiden suhteen.

Valtioneuvosto on julkaissut internetsivuillaan Aejmelaeuksen ja Hetemäen artikkelin ympärivuorokautisen vanhustenhoidon vakavista ongelmista. Artikkelin mukaan asia vaatii pikaisia korjaavia tekoja, joiden tulisi puuttua ongelmien syihin, jotta niillä olisi pitkäaikainen ja pysyvä vaikutus. Artikkelin ydinajatus on se, että hoivan perusperiaatteet



eli hoiva itsessään sekä turvallisuus ja läsnäolo jäävät helposti erilaisten mittareiden ja puutteellisen valvonnan alle. Kaiken perusta pitäisi olla vanhusten laadukas hoito ja potilasturvallisuus. Vanhustenhoidon ongelmat ovat vakavia, pitkäkestoisia ja monia eri palveluntuottajia koskevia. Vaikka laadun varmistamiseksi käytetään esimerkiksi erilaisia mittareita, ne eivät kuitenkaan takaa laadukasta hoitoa vaan saattavat jopa olla este sille. Erilaiset mittarit ja muut tarkat, yksityiskohtaiset säädökset voivat olla rajoittavana tekijänä kehittäessä hoitoa sekä suoranaista esteenä hoitohenkilökunnan harkinnalle ja ammattitaidolle. Tämä ajatus juontaa juurensa siihen, että jos säädöksistä ja mittareista tulee politiikan tavoite, niin niiden takana oleva alkuperäinen ja hyödyllinen tavoite katoaa. (Aejmelaeus & Hetemäki 2019, osa 1.)

Suomessa vanhuksset ovat yhtä pitkäikäisiä kuin muissakin Pohjoismaissa, mutta Suomessa ollaan selvästi sairaampia. Lisäksi Suomessa niin sanotut suuret ikäluokat ovat huomattavan isoja ja suomalaisten vanhusten määrä kasvaa nopeammin kuin muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi vuonna 2018 syntyi noin 47 000 lasta, mutta vuosina 1945-1949 syntyi joka vuosi noin 104 000 lasta eli yli kaksi kertaa enemmän. Lisäksi muihin Pohjoismaihin nähden suomalaiset vanhuksset sairastavat huomattavasti enemmän. Esimerkiksi jos verrataan Ruotsiin, niin 65-vuotiailla on sairaita elinvuosia yli kaksi kertaa enemmän Suomessa. Suomessa muistisairaudet aiheuttivat vuonna 2015 vähintään 72 prosenttia vanhusten ympärivuorokautisen hoidon kustannuksista ja lisäksi Suomessa on EU-maiden korkein muistisairauskuolleisuus. Eli Suomessa on selkeästi sairaampia vanhuksia kuin muualla EU-maissa. Mistä tämä johtuu ja miten tätä asiaa voisi parantaa? (Aejmelaeus & Hetemäki 2019, osa 2.)

Selvää on, että elintapojen muutos ja terveelliset elintavat ehkäisisivät useimpia sairauksia sekä vakavaa sairastumista. Tähän tulisi kiinnittää huomiota, koska sillä olisi vaikutusta sekä vanhusten että heidän omaisten hyvinvoinnin parantamiseksi sekä julkisten sosiaali- ja terveysmenojen hallinnan ja rahojen riittävyyden turvaamiseksi. Tulevaisuuden näkymissä siintää myös suuri hoitajapula Suomessa, sillä seuraavan 20 vuoden aikana eläköityy iso joukko lähi- ja sairaanhoitajia ja vastaavasti vanhusten parissa hoivan ja huolenpidon tarve tulee vain kasvamaan. Joten herää kysymys, että mistä tulevaisuudessa saadaan ammattitaitoisia hoitajia hoitamaan Suomen vanhuksia? Tilastojen mukaan viimeisten elinvuosien aikana hoidon ja palvelun tarve kasvaa suurimmalla osalla vanhuksista. Tämän lisäksi oireita lievittävän ja saattohoidon tilanne vaihtelee suuresti alueellisesti ja on näin

epäoikeudenmukainen suurelle osalle vanhuksista. Suurin osa vanhuksista kuolee sairaalassa ja siirrot hoitopaikkojen välillä ovat erittäin tavallisia viimeisten kuukausien ja vuosien aikana. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista, koska ihanne olisi se, että vanhus voi viettää loppuelämänsä samassa paikassa eikä häntä tarvitsisi siirtää elämänsä loppumetreille toiseen paikkaan. (Aejmelaeus & Hetemäki 2019, osa 2.)

Vanhusten viimeisten elinvuosien sosiaali- ja terveystkustannukset ovat keskiarvon mukaan todella korkeat. Sen lisäksi viimeisten vuosien hoidon ja huolenpidon resurssit kohdistuvat epätarkoituksenmukaisesti sekä myös epätasa-arvoisesti. Päälähtökohta tulisi olla, että palveluntuottaja liikkuu, ei sairas vanhus. Hyvin organisoitu saattohoito parantaa vanhusten elämän laatua huomattavasti. Tietoon perustuva johtaminen korostuu ja lisäksi hoitotyössä arvopohjainen johtaminen houkuttelee myös työntekijöitä, joilla on sama näkemys hyvästä ja laadukkaasta vanhustenhoidosta. Hyvää johtamista ei tule aliarvioida, sillä on erittäin tärkeä merkitys sekä koko työyhteisölle että asiakkaille eli tässä tapauksessa vanhuksille. (Aejmelaeus & Hetemäki 2019, osa 2.)

Vanhusten kaltoinkohtelu on ajankohtainen, mutta toisaalta melko vaiettu aihe. Se nousee keskusteluihin aina välillä, kun esiin tulee vakavia kaltoinkohtelutapauksia kuten vaikkapa vuonna 2016 Suomessa, kun julkisuuteen tulivat Turun kaupunginsairaalan vanhuspsykiatrian suljettu osasto ja sen tapahtumat. Tietojen mukaan osastolla on tapahtunut muun muassa vanhusten tiedottomaksi ylilääkitsemistä, erilaista nöyryyttämistä, suoranaista fyysistä pahoinpitelyä, laitonta pakkoeristämistä ja lääkevarkauksia. Vanhukset olivat yrittäneet puhua ongelmista, mutta hoitohenkilökunta oli määrätietoisesti vähätellyt vanhusten puheita leimaten ne sekaviksi ja psykoottisiksi. Mutta kaikkein oleellisin asia tässä tapauksessa oli se, että väärinkäytökset olivat johdon tiedossa ja niistä keskusteltiin, mutta niille ei tehty mitään ja vanhusten kaltoinkohtelu saattoi näin jatkua vuodesta toiseen. Esimerkkinä kaltoinkohtelutapauksesta on se, että vanhukset ylilääkittiin säännöllisesti lääkärin tietämättä joka yö, jotta yövuoron hoitajat saattoivat nukkua. Ylilääkitseminen tarkoitti tässä tapauksessa vähintään tupla-annosta rauhoittavia. Oli myös tiedossa, että lääkkeitä kului osastolla jatkuvasti jopa kolminkertainen määrä siihen verrattuna, mitä vanhuksille oli lääkärin toimesta määrätty. (Härkönen & Korkki 2016.)

ETENE eli valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on Suomessa toimiva asiantuntijatoimielin, jonka tarkoitus on edistää ja kehittää terveydenhuollon

etiikkaa. ETENE:n raportissa (2008, 4) mainitaan näin: ” Pitkäaikaisessa hoitopaikassa vanhuksen toiveita, itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä on kunnioitettava aivan kuin oltaisiin hänen kodissaan.” Kuulostaa hienolta ja ylevältä lauseelta, mutta mikä on totuus pitkäaikaisissa hoivapaikoissa, joissa vanhukset saattavat maata vuodepotilaina pahimmillaan vuodesta toiseen. Toiveet, itsemääräämisoikeus tai yksityisyys ovat kaukana näistä paikoista. Tosin, toivon, että tutkimukseni raporteista kävisi ilmi, että joissain paikoissa nämä asiat kuitenkin toteutuisivat edes osittain.

### **3. TEOREETTINEN VIITEKEHYS**

Teoreettinen viitekehys muodostuu vanhusten kaltoinkohtelua koskevasta keskustelusta sekä siihen liittyvien eri muotojen hahmottamisesta raporteista. Vanhuksiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua on ollut aina, mutta itse käsite voidaan juontaa juurensa 1970-luvun Iso-Britanniaan (Baker 1975, 20–24). Vanhusten kaltoinkohtelun yksiselitteinen ja selkeä määrittely ei ole helppoa. Määrittelyä vaikeuttaa muun muassa käsitteiden vakiintumattomuus sekä niiden moninaisuus sekä se, kuka ilmiöstä puhuu. Lisäksi kansainvälisesti tunnustettu ja yhteneväinen määritelmä vanhusten kaltoinkohtelusta puuttuu. (Ylinen & Rissanen 2005, 58.)

Valviran tekemä kysely vuodelta 2016 vanhustenhuollon työntekijöille vahvistaa käsitystä siitä, että tarvetta tälle keskustelulle on edelleen. Raportissa esimerkiksi todetaan, että työntekijöiden käsitykset kaltoinkohtelusta vaihtelivat huomattavasti jopa saman yksikön työntekijöiden kesken. Toinen työntekijä oli huomannut kovakouraista vanhuksen käsittelyä päivittäin ja toinen ei laisinkaan. Lisäksi koko raportin mukaan kyselyyn vastanneista työntekijöistä yhteensä jopa 93 prosenttia oli huomannut vähintään jonkinasteista kaltoinkohtelua. Määrä on todella iso ja herättää huolta siitä, millaista kohtelua vanukset hoivapalveluissa saavat. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2016, 5–8.)

#### **3.1 Kaltoinkohtelun määritelmät ja ilmenemismuodot**

Vanhusten kaltoinkohtelu on jo vanha ilmiö. Ensimmäisen kerran se on mainittu brittiläisessä tieteellisessä julkaisussa vuonna 1975, jolloin aiheesta käytettiin termiä ”granny battering”. Vanhuksiin kohdistuvan kaltoinkohtelun tutkimus on lisääntynyt, mutta samoin ovat lisääntyneet myös kaltoinkohtelutapaukset. Alun perin vanhusten kaltoinkohtelun ajateltiin olevan lähinnä sosiaalisen hyvinvoinnin kysymys ja yleisesti ikääntymiseen liittyvä ongelma. Mutta nykyään ymmärretään, että kaltoinkohtelu kuuluu rikosoikeusjärjestelmän piiriin ja on tapahtuessaan rangaistava teko. Sekä samalla se on teko, johon jokaisen ammattilaisen tai läheisen tulisi puuttua, jos kaltoinkohtelua havaitsee. Läheisten aiheuttama kaltoinkohtelu on hankalasti tutkittava ilmiö johtuen myös osittain

käsitteiden selkiintymättömyydestä. Lähikäsitteitä asialle ovat perheväkivalta, pahoinpitely ja laiminlyönti. (Laaksonen 2010, 305.)

Vanhusten kaltoinkohtelu voi olla yksittäistä tai toistuvaa. Se voi olla myös tekemättä jättämistä. Yleistä on, että se tapahtuu luottamuksellisessa suhteessa ja se vaarantaa tai uhkaa vanhuksen hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Vanhuksilla tarkoitetaan tässä yhteydessä yli 65-vuotiaita ja nimenomaan heihin kohdistuvaa erilaista väkivaltaa, hyväksikäyttöä, hoidon tai avun laiminlyömistä tai muunlaista oikeuksien tai ihmisarvon rajoittamista tai loukkaamista. Kaltoinkohtelun muotoja voivat olla parisuhde-, perhe tai lähisuhdeväkivalta, johon liittyy olennaisesti läheinen ihmissuhde. Se voi olla myös hoitosuhteen aikana esille tulevaa huonoa tai epäeettistä kohtelua. Yksi kaltoinkohtelun muoto on myös yhteiskunnan tai palvelujärjestelmän osalta tuleva rakenteellinen muoto, josta voi olla esimerkkinä vanhusten ikäsyryntä tai palvelujen kieltäminen. (Luoma ym. 2018, 1797.)

Kaltoinkohtelu on jaettavissa fyysiseen ja henkiseen kaltoinkohteluun. Vanhusten fyysinen kaltoinkohtelu kattaa käytännössä kaikki erilaiset fyysisen väkivallan muodot. Fyysinen kaltoinkohtelu on helpommin tunnistettavissa kuin henkinen, koska siitä yleensä jää jälkiä. Fyysistä väkivaltaa voi olla esimerkiksi lyöminen, nipistäminen, potkiminen, läpsiminen tai erilaiset iskut. Fyysiseen väkivaltaan luetaan myös lääkkeiden väärinkäyttö eli yli- tai alilääkitseminen tai mahdollinen väkisin syöttäminen. Lisäksi vanhusten ollessa kyseessä, fyysistä kaltoinkohtelua voivat olla myös erilaiset mekaanisen kemiallisen rajoittamisen muodot. (Brandl ym. 2006, 24.)

Mekaaninen rajoittaminen tarkoittaa vanhuksen vapaan liikkumisen tai muun toiminnan rajoittamista ja sen keinoja ovat esimerkiksi liikuntaesteet tai erilaiset remmit. Hoitotyön puolella esimerkiksi juuri erilaisissa vanhusten hoivapalvelun yksiköissä tämän tapaisia rajoittamisen keinoja perustellaan yleensä vanhusten turvallisuudella. Keinoilla estetään se, etteivät vanhukset satuta itseään tai toisiaan tai mahdollisesti keinoilla helpotetaan hoitotyötä. Tapauksessa, jossa mekaaninen rajoitus on osa asianmukaista hoitoa, se ei ole kaltoinkohtelua, mutta jos rajoitustoimia tehdään väärin perustein, niin kyse on itsemääräämisoikeuden rikkomisesta ja kaltoinkohtelusta. Kemiallinen rajoittaminen tavoittelee samaa kuin mekaaninen rajoittaminen, mutta lääkkeiden avulla. Asianmukaiset lääkkeet ja annostukset kuuluvat osana hoitoa, mutta yli- tai alilääkitseminen ei ja se täyttää kaltoinkohtelun kriteerit. (Kivelä 2012, 160–163.)

Henkisessä kaltoinkohtelussa vanhukselle aiheutetaan kipua tai ahdistusta keinoilla, jotka vaikuttavat hänen psyykkeeseen. Keinot voivat olla verbaalisia tai non-verbaalisia kuten uhkaileminen tai sanallinen loukkaus tai muu häpäiseminen tai ahdistelu. Psykkistä kaltoinkohtelua on myös vanhukseseen holhoavasti tai alentuvasti suhtautuminen. Eriasteinen perusoikeuksien rajoittaminen voi olla henkistä väkivaltaa. Vanhuksen psyykinen hyvinvointi voi kärsiä vakavasti henkisen väkivallan johdosta. Vanhus voi olla sekaisin, selvästi järkyttynyt tai kiihtyneessä mielentilassa tai hyvinkin sisäänpäin kääntynyt tai häneen ei tunnu saavan kunnollista kontaktia. Psykkisinä oireina saattaa esiintyä syrjäytymistä, eristyneisyyttä tai muuta epänormaalia käytöstä kuten esimerkiksi puremista tai raapimista. Nämä oireet voivat aiheutua psyykkisestä huonovointisuudesta ja ahdistuneisuudesta ja seurauksena voi olla huono ruokahalu, yleinen rauhattomuus tai unettomuus. Ääritapauksissa oireina voi olla jopa vainoharhaisuus tai pelokkuus. (Brandl ym. 2006, 27.)

Jos vanhuksen hoitoa tai perustarpeita ei täytetä, niin se luokitellaan hoidon laiminlyömiseksi. Tähän voi olla syynä esimerkiksi niukat hoitoresurssit. Hoidon laiminlyönti täyttää kaltoinkohtelun kriteerit myös silloin, kun syynä on hoitovastuussa olevan ihmisen haluttomuus tai jonkinlainen epäonnistuminen vanhuksen hoitoon kuuluvissa tehtävissä tai yleisesti perustarpeiden täyttämässä. Laiminlyöviä asioita voivat olla muun muassa riittävä nesteen saaminen, kunnollinen ja asianmukainen ravinto, tarpeellinen vaatetus, avustaminen henkilökohtaisen hygienian hoidossa, huolehtiminen säännöllisistä lääkkeistä, vanhuksen turvallisuus ja muu yleinen hyvinvointi sekä muut elämän perusedellytykset ja välttämättömät tarpeet. (Brandl ym. 2006, 31–32.)

Toisaalta hoidon laiminlyöntiin kuuluvat osittain myös mekaaninen ja kemiallinen kaltoinkohtelu, vaikka ne varsinaisesti ovatkin fyysisen kaltoinkohtelun muotoja. Esimerkiksi jos liikkumisen apuvälineet tarkoituksella asetetaan niin, ettei vanhus ylety niihin eikä näin ollen pääse itsenäisesti liikenteeseen. Liikkumattomuus vaikuttaa heikentävästi vanhuksen toimintakykyyn ja saattaa näin eristää myös hänet. Hoidon laatua tulisi aina alkaa tarkkailemaan, jos vanhuksessa on huomattavissa yleiskunnan heikentymisen merkkejä tai jopa fyysisiä vammoja. Puutteellinen hoito voi aiheuttaa vanhukselle nestehukkaa tai paino voi laskea aliravitsemuksen johdosta. Laitoshoidossa erilaiset makuuhaavat ja yleinen huono hygienia ovat selviä merkkejä puutteellisesta hoidosta, johon tulisi kiinnittää huomiota. (Pritchard 1996, 14–15.)

Seksuaalinen hyväksikäyttö kattaa kaiken seksuaalisen kontaktin, joka ei ole vapaaehtoista. Ymmärtämättömät vanhuksat saattavat joutua tämän kaltaisiin tilanteisiin. Vanhuksen kaikenlainen koskettelu, seksuaalinen ahdistelu, pakkoriisuminen tai alastomuuteen pakottaminen, raiskaaminen tai muu vastaavanlainen toiminta ovat seksuaalista hyväksikäyttöä ja kaltoinkohtelua. (Brandl ym. 2006, 26–27.) Tämän kaltaisesta toiminnasta voi tulla vanhukselle monenlaisia vammoja tai merkkejä, jonka perusteella kaltoinkohtelua aletaan epäilemään. Vanhukselta voi löytyä esimerkiksi selittämättömiä mustelmia tai ruhjeita rintojen, genitaalialueen tai sisäreisien alueelta. Hyväksikäytön seurauksena voi syntyä selittämättömiä vagina- tai anaaliverenvuotoja, kävely- tai istumisvaikeuksia tai vanhus voi saada jopa sukupuolitaudin tai muun infektion. (Niskakoski 2017, 20.)

Taloudellinen hyväksikäyttö aiheuttaa nimensä mukaisesti vanhukselle taloudellista vahinkoa. Vanhuksen varoja tai muuta omaisuutta käytetään ilman lupaa. Esimerkiksi vanhuksen tililtä saatetaan nostaa rahaa ilman lupaa tai varastaa rahaa suoraan vanhuksen lompakosta tai kotoa. Jos vanhus ei ymmärrä enää mitä hänen ympärillään tapahtuu tai ei ole kykenevä päättämään omista asioistaan, niin erilaiset arvopaperihuijaukset tai edunvalvonta-aseman väärinkäyttäminen ovat hyvinkin helppoja toteuttaa läheisen toimesta. Taloudellinen hyväksikäyttö voi olla myös päinvastaista eli esimerkiksi niin, että vanhuksen rahoista vastaava ihminen tai edunvalvoja ei anna vanhukselle tarpeeksi käyttörahaa, jolloin vanhuksen rahat eivät riitä kaikkiin tarvittaviin kuluihin, lääkkeisiin tai ruokaan. Usein taloudellinen hyväksikäyttö ajatellaan juuri niin päin, että vanhuksen varoja käytetään ilman hänen lupaansa, mutta se voi tosiaan olla myös toisenlaista taloudellista hyväksikäyttöä. On ollut esimerkiksi tapauksia, joissa vanhuksen varoista huolehtiva läheinen onkin jättänyt vanhuksen ruokaostokset tekemättä ja vuokran maksamatta, vaikka hänen piti huolehtia niistä. Tällainen toiminta täyttää myös taloudellisen hyväksikäytön kriteerit. (Pritchard 1996, 13–14.)

Omaishoidon yleistymisen myötä viime aikoina on alettu kiinnittämään huomiota myös omaishoidon piirissä tapahtuvaan kaltoinkohteluun. Tällainen kaltoinkohtelu on usein vaikea tunnistaa ja todistaa, sillä omaishoitajalla ja hoidettavalla on yleensä erityinen ja läheinen suhde. Monissa tapauksissa molemmat osapuolet kieltävät kaltoinkohtelun, vaikka joku ulkopuolinen sitä saattaisikin epäillä. Omaishoidettava saattaa kokea olevansa läheiselleen taakka tai tuntee jatkuvaa kiittolisuudentunnetta ja tästä johtuen hyväksyä kaltoinkohtelun. Omaishoitaja harvoin myöntää puutteita tai kaltoinkohtelua, koska

hoidettava läheinen ihminen ja hoitaja ei välttämättä edes tunnista uupumusta tai halua myöntää sitä. Omaishoidettavat usein kuitenkin ovat myös hoivapalveluiden piirissä intervallijaksojen merkeissä, kun omaishoitajalla on vapaapäiviä eli mahdollisuuksia mahdollisen kaltoinkohtelun tunnistamiseen myös ulkopuolisilla yleensä on. (Isola & Backman 2004, 97–98.)

Vanhusten kaltoinkohtelu voidaan jakaa eri kategorioihin. Sitä on kaikenlainen *fyysinen väkivalta* mukaan lukien se, jos hoitotoimenpiteen aikana käytetään tilanteeseen nähden liian voimakkaita otteita, joilla aiheutetaan vanhukselle tarpeetonta kipua tai tuskaa. Fyysistä väkivaltaa ovat myös yli- tai alilääkitseminen tai muu hoidon laiminlyönti. *Psyykkisessä eli henkisessä väkivallassa* vanhukselle tuotetaan tarkoituksella henkistä ahdistusta tai pahoinvointia erilaisilla tavoilla. Psyykkistä väkivaltaa voivat olla esimerkiksi haukkuminen, huutaminen, pelottelu, uhkailu, eristäminen tai kiristäminen. (Luoma ym. 2018, 1797–1798.)

*Emotionaalisesta väkivallasta* on kyse, kun tekijän ja vanhuksen välillä on voimakas tunneriippuvuus. Toistuva, ei-toivottu yhteydenottoaminen, seuraaminen ja tarkkaileminen on *vainoamista*. Se yleensä aiheuttaa uhrissa pelkoa ja ahdistusta. Myös rikoksen tunnusmerkit voivat täytyä, jos kyseeseen tulevat uhkaukset tai väkivalta. Vainoaminen voi myös kohdistua vainotun läheisiin. *Hengellinen väkivalta* on henkistä väkivaltaa, johon liittyy uskonnon tai vakaumuksen nimissä tuotettu pelko, ahdistus tai tuska. *Seksuaalinen hyväksikäyttö* on seksuaalista itsemääräämisoikeutta rikkovaa käytöstä. Sitä voi olla esimerkiksi sukupuolinen häirintä, alistaminen, ahdistelu tai sukupuoliyhteyteen pakottaminen. *Taloudellinen hyväksikäyttö* on vanhuksen rahallisen omaisuuden käyttämistä tai myymistä ilman vanhuksen lupaa. Lisäksi sitä on vanhuksen rahojen tai muun omaisuuden kiristäminen vaikkapa väkivallalla, hoidotta jättämisellä tai hylkäämisellä uhkailemalla. (Luoma ym. 2018, 1797–1798.)

### **3.2 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta**

Vanhusten kaltoinkohteluun liittyen on tehty muutamia graduja. Esimerkiksi Miia Niskakoski on Lapin yliopistossa tehnyt vuonna 2017 gradun koskien Ikääntyneiden kaltoinkohtelua ja siihen puuttumisen haasteita vanhustenhuollon yksiköissä. Heidi



Sipiläinen on tehnyt aiheesta väitöskirjan. Lisäksi Lina Van Aerschot on tehnyt väitöskirjan aiheesta ”Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus; Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön”. Oulun yliopistossa lääketieteellisessä tiedekunnassa on tehty myös väitöskirja aiheesta ” Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa” Reetta Saarnion toimesta. Tämän lisäksi aihetta sivuten löytyy useita artikkeleita, joista moni löytyy lähdeluettelostani. Artikkelit käsittelevät vanhusten hoivan laatustandardeja sekä yleisesti koko vanhustenhoitoa hoivapalveluyksiöissä. Aihe on selvästi puhuttanut ihmisiä jo pitkään, mutta silti vanhuksiin kohdistuva kaltoinkohtelu itsessään on Suomessa melko vähän tutkittu ilmiö, sillä monissa tutkimuksissa vanhuksat rajataan iän perusteella pois. Toisaalta kaltoinkohtelututkimuksissa tai kaltoinkohtelutilastoissa ei yleensä tavoiteta vanhuksiin kohdistuvan kaltoinkohtelun erikoispiirteitä. Tästä johtuen Suomessa ei ole luotettavaa kokonaiskuvaa vanhusten kaltoinkohtelun yleisyydestä, riskitekijöistä tai vaikutuksista vanhuksiin. (Luoma ym. 2018, 1801.)

Vanhuksiin kohdistuva väkivalta ja kaltoinkohtelu mielletään usein piilorikollisuudeksi, koska se ei suoraan näy tilastoissa. Väestötutkimuksissa kerätään tietoa fyysisen väkivallan ja erilaisen uhkailun tavanomaisuudesta, mutta ilmiön kokonaiskuva jää saavuttamatta, sillä ammattihenkilöstön ja vanhusten omaisten on vaikea tunnistaa kaltoinkohtelua. Vanhusten kaltoinkohtelu herättää myös ihmisissä usein ahdistusta ja epätietoisuutta ja ihmiset eivät halua puuttua siihen. Lainsäädäntö velvoittaa ammattihenkilöstön puuttumaan havaitsemaansa kaltoinkohteluun, mutta silti usein henkilöstöltä puuttuu tarpeellinen koulutus, jonka avulla kaltoinkohtelun voisi tunnistaa ja siihen voisi puuttua. Kaltoinkohtelun tunnistaminen ja ennaltaehkäisy tulisi kuulua automaattisesti osana kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamiseen. (Luoma ym. 2018, 1797–1798.)

Ylinen ja Rissanen (2005, 57–59) kirjoittavat artikkelissaan, että Suomessa vanhusten kaltoinkohtelua on tutkittu lähinnä hoito- ja lääketieteessä. Gerontologisen sosiaalityön empiiristä tutkimusta tai yleisesti sosiaalitieteellistä tutkimusta on tehty melko vähän. Vanhusten kaltoinkohtelu on kuitenkin puhuttanut jo pitkään ja siitä käydään jatkuvaa keskustelua. Väestö ikääntyy myös Suomessa, joten vanhusten määrä kasvaa tasaisesti ja he elävät pidempään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän eurooppalaisen tutkimuksen mukaan 28 % ikääntyneistä naisista on joutunut kokemaan kaltoinkohtelua ([www.thl.fi/avow](http://www.thl.fi/avow)) ja Suvanto ry:n mukaan 68 % vanhusten kanssa työskennelleistä

hoitajista oli viimeisen vuoden aikana tavannut vanhuksen, joka oli joutunut kokemaan kaltoinkohtelua läheisen ihmisen taholta ([www.sivantory.fi](http://www.sivantory.fi)).

Esimerkiksi Valvira on vuonna 2016 tuottanut raportin ”Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana” kyselemällä työntekijöiltä havaitsemastaan kaltoinkohtelusta. Kyselyyn vastasi silloin 7406 työntekijää ja yhteenvetona voidaan todeta, että raportin mukaan 93 % työntekijöistä oli havainnut ainakin jonkinlaista kaltoinkohtelua. Väestötutkimuksen mukaan 3 % iäkkäistä miehistä ja 9 % iäkkäistä naisista ovat kertoneet joutuneensa kaltoinkohteluksi ja tutkimuksen mukaan suurin osa näistä tapauksista on eriasteista perheväkivaltaa. Tämä tilasto ei kuitenkaan anna todellista kuvaa tilanteesta, sillä suurin osa kaltoinkohtelutapauksista jää paljastumatta, joten todellisuudessa kaltoinkohtelu on huomattavasti luultua yleisempää. (Kan & Pohjola 2012, 253.)

## 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimukseni on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja tutkimusmenetelmäni on sisällönanalyysi. Menetelmä on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä ja monikäyttöinen tapa analysoida kirjoitettua ja suullista materiaalia. Sen avulla voidaan analysoida esimerkiksi kuultuja, nähtyjä tai kirjoitettuja sisältöjä. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään, jotta siitä on mahdollista tutkia ilmiöitä ja merkityksiä asioille sekä yhtäläisyyksiä ja seurauksia. Tutkimusaineistosta on tarkoitus erotella samanlaisuudet ja erilaisuudet analyysia apuna käyttäen. Sisällönanalyysi etenee yleensä niin, että aluksi valitaan aineisto, johon tutustutaan ja lopuksi karsinnan kautta jäljelle jää oman tutkimuskysymyksen kannalta olennainen aineisto. Sisällönanalyysin avulla on tarkoitus pyrkiä luomaan hajallaan olevasta aineistosta selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jotta sitä voidaan tulkita ja tehdä aineistosta johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–94.)

Samat tutkimuksen periaatteet, metodit ja teoriat ovat laadullisen sosiaalityön tutkimuksen perusta kuin yhteiskunnallisessa tutkimuksessa yleensäkin. Ainoa ero on se, että sosiaalityössä on tarkoitus liittää tutkitut ilmiöt osaksi sosiaalityön käytäntöä. Myös omassa tutkimuksessani on tarkoitus, että sosiaalityön käytäntöyhteys näkyy tutkimuksen tavoitteessa, joka on selvittää, mitä ennalta ilmoittamattomista raporteista käy ilmi ja miten sosiaalityön avulla voitaisiin ehkäistä vanhusten kaltoinkohtelua. Laadullinen tutkimus on niin sanottu sateenvarjokäsite, jonka alle kuuluu useita erilaisia lähestymistapoja. Laadullinen tutkimus on enemmän ymmärtävää kuin selittävää tutkimusta, mutta tarkoitus ei kuitenkaan ole vain kuvailla aineistoa, vaan pyrkiä myös muodostamaan teoriaa. (Carey 2012, 8–9.)

### 4.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykseni ovat:

- Miten ennalta ilmoittamattomissa tarkastuskäynneissä on raportoitu vanhusten kohtelusta hoivapalveluyksiköissä?
- Mitkä ovat yleisimmät kaltoinkohtelun muodot, jotka raporteista tulevat ilmi?

- Ovatko hoivapalveluyksiköt antaneet selityksiä havaituille kaltoinkohteluille ja jos, niin minkälaisia?

## 4.2 Aineisto ja aineiston käsittely

Työni perustuu Eduskunnan oikeusasiamiehen antamiin raportteihin ja tarkastuskertomuksiin. Ne ovat julkista materiaalia ja kaikkien saatavilla. Tutkielman aineistoksi valitut raportit ja tarkastuskertomukset käsittelevät kaikki ennalta ilmoittamattomia käyntejä vanhusten hoivapalvelun yksiköihin. Raportteja on yhteensä 30 kappaletta. Ne ovat eri mittaisia, sivumäärän vaihdellessa neljästä sivusta kolmeenkymmeneenseitsemään sivuun. Raportit ovat vuosilta 2014–2019 ja olen ottanut tutkimukseeni suoraan 30 uusinta raporttia. Sivumäärä kaikkien raporttien osalta on yhteensä 266 sivua. Raportit on seulottu käyttäen kahta hakukriteeriä eli sitä, että ne liittyvät vanhusten hoivapalvelujen yksiköihin ja sitä, että käynnit ovat ennalta ilmoittamattomia. Raportit sijoittuvat eri puolille Suomea ja joukossa on sekä yksityisiä, säätiöiden omistamia, että kuntayhtymän tai kunnan tai kaupungin omia yksiköitä. Raportit ovat löydettävissä osoitteesta: [https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi\\_FI/web/guest/tarkastukset-tarkea-osa-tyota](https://www.oikeusasiamies.fi/r/fi_FI/web/guest/tarkastukset-tarkea-osa-tyota). Tämän lisäksi Eduskunnan oikeusasiamies on koonnut raportin vuodelta 2019 koskien vanhusten oikeuksia. Lisäksi lähdemateriaalina käytän myös muuta vanhusten hoitoon liittyvää materiaalia ja tutkimuksia. Esimerkiksi Valvira on tehnyt tutkimuksen vanhusten kaltoinkohtelusta vuonna 2016. Materiaali on pääsääntöisesti kaikki kotimaista ja suomenkielistä.

## Eduskunnan oikeusasiamiehen raportit

Nu- mero	Vuosi	Sivumäärä	Paikkakunta	Hoivapalveluiden järjestäjä
1	2014	4	Mäntsälä	säätiö
2	2015	4	Hyvinkää	yksityinen
3	2016	5	Espoo	kaupunki
4	2017	4	Espoo	kaupunki
5	2017	5	Helsinki	säätiö
6	2017	4	Helsinki	säätiö
7	2017	4	Kajaani	säätiö
8	2017	5	Nastola	kuntayhtymä
9	2017	4	Kajaani	yksityinen
10	2017	5	Orimattila	kuntayhtymä
11	2018	5	Turku	kaupunki
12	2018	5	Turku	kaupunki
13	2018	5	Loviisa	kaupunki
14	2018	6	Loviisa	kaupunki
15	2018	7	Rovaniemi	kaupunki
16	2018	6	Lohja	kaupunki
17	2018	5	Lohja	kaupunki
18	2018	6	Lohja	kaupunki
19	2018	5	Lohja	kaupunki
20	2018	6	Tuusula	kaupunki
21	2018	6	Helsinki	yksityinen
22	2019	15	Padasjoki	kuntayhtymä
23	2019	8	Raasepori	kaupunki
24	2019	12	Mynämäki	kuntayhtymä
25	2019	37	Heinola	kaupunki
26	2019	36	Kotka	kuntayhtymä
27	2019	14	Helsinki	kaupunki
28	2019	12	Rovaniemi	yksityinen
29	2019	8	Pelkosenniemi	kunta
30	2019	18	Järvenpää	kuntayhtymä

Taulukko 1: Koonti eduskunnan oikeusasiamiehen raporteista

Käyttämäni tutkimusmenetelmä on siis sisällönanalyysi. Aloitin raportteihin tutustumisen lukemalla ne kaikki ensin kertaalleen läpi, jotta saan kokonaiskuvaa siitä, miten raportit on kirjoitettu ja mihin asioihin niissä on erityisesti kiinnitetty huomiota ja missä järjestyksessä

raportit etenevät. Toisella lukukerralla tein muistiinpanoja raportteihin eli alleviivasin tärkeänä pitämiäni asioita, tein erilaisia merkintöjä marginaaleihin sekä merkitsin ylös asioita, jotka toistuvat raportista toiseen. Tämän jälkeen tein Exceliin taulukon, numeroin jokaisen raportin ja kolmannen lukukerran aikana laitoin jokaisesta raportista ylös tietyt asiat, jotka olivat raportin numero, tarkastuspäivämäärä, hoivalaitoksen ylläpitäjä, lääkärinpalvelut suhteutettuna viikkotasolla, käytössä olevat rajoitustoimenpiteet, potilaiden määrä, henkilökunnan määrä, henkilökunnan mitoitus, raportista ilmenneet positiiviset asiat, raportista ilmenneet huomioitavat toimenpiteet sekä lisätietoja, jos raportista ilmeni jotain todella erityistä. Taulukko löytyy pienennettynä liitteiden joukosta (liite 1).

Käyttämäni sisällönanalyysin tarkoituksena oli kuvata raporttien sisältöä sanallisesti. Raporteista nousivat tietyt asiat esille, joten sen vuoksi kokosin ne erikseen taulukkoon. Oleellisten asioiden rajaaminen aineistosta eli tässä tapauksessa raporteista vaati hieman miettimistä, mutta lopulta päädyin ryhmittelyn kautta keräämään ylös tietyt asiat, jotka toistuivat melkein joka raportissa. Vaikka objektiivisuus on lähtökohta, niin täyttä sellaista on vaikea saavuttaa, koska analyysin tekemisessä on aina mukana tietty tutkimusasetelma sekä tutkijan oma aikaisempi tietämys aiheesta. Analyysin tekemisessä apuna toimi tutkielmani teoreettinen viitekehys, joka auttoi aineiston ymmärtämisessä. Koska tutkimukseni viitekehys on laadullinen sisältäen asiakirja-aineistot, jotka siis tässä yhteydessä ovat tarkastusraportteja, lähestyn niitä tekstianalyysin keinoin yrittäen tulkita raporteista erilaisia kategorioita ja näkökulmia, jotka tulevat selkeästi esille. Laadullisessa analyysissä on tärkeää tarkastella aineistoa yhtenä kokonaisuutena. Sisällönanalyysin tarkoitus on toimia keinona etsiä aineistosta sisällön merkityksiä ja pyrkiä saamaan tutkittava aihe tiivistetyksi kuvaukseksi yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110.)

### **4.3 Tutkimuksen eettisyys**

Kaikki tutkimuksessa käyttämäni materiaali on julkisesti saatavilla eli minun ei materiaalia käsitellessäni tarvitse ottaa suoranaisesti eettisiä näkökulmia huomioon eikä ottaa kantaa aineiston julkisuuteen liittyviin eettisiin seikkoihin, koska se on jo tehty, kun materiaali on ensimmäisen kerran julkaistu. Mutta muuten minua koskevat luonnollisesti yleiset tutkimuseettiset periaatteet. Ja erityistä huomiota tulee tutkimuksessa kiinnittää siihen, että

tutkimusta tehdään haastavista tilanteista eli vaikka raporttien aineisto onkin julkista, niin minun vastuullani on se, että aineistoa käsitellään ja tarkastellaan mahdollisimman kattavasti ja monipuolisesti sekä ennen kaikkea tasapuolisesti ja ilman ennakko-odotuksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 11.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eli TENK:n eettisesti tutkijaa ohjaavien yleisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksen tulee aina kunnioittaa tutkittavien yksityisyyttä, itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa sekä muita oikeuksia. Erityisesti alaikäisen tai toimintakyvyltään alentuneen tutkittavan kohdalla tulee varmistua siitä, että hän ymmärtää tutkimuksen ja siihen osallistumisen merkityksen. Jos tutkimuksessa joudutaan käsittelemään henkilötietoja, niin niiden lähtökohtana on oltava suunnitelmallisuus, vastuullisuus ja lainmukaisuus. Tutkimusta julkaistaessa yleisperiaatteena on, että tutkittavan ja muiden tutkimuksen kohteena olevien yksityisyyttä suojellaan. Lisäksi tulee muistaa, että tutkijalla on aina vastuu tutkimuksensa eettisyydestä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 7-10.)

Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista. Kulttuurimme olennaisia arvoja ovat itsemääräämisoikeus sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Laadukas tutkimus ottaa huomioon aina tutkittavien oikeudet ja on tavoitteiltaan ja metodeiltaan eettisesti korkeatasoista. Jokaisen tutkielmaa tekevän tulee jatkuvasti arvioida omaan tutkimukseensa liittyviä eettisiä näkökulmia. Tutkimuksen tekemistä säätelevät ohjeistukset, säädökset ja lait ovat lisääntyneet. Tutkimusetiikan perustana ovat aina elämän kunnioittaminen, hyödyn tuottaminen, haitan välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Tutkimus luo aina uusia mahdollisuuksia ja asioista käytävä keskustelu on oleellinen osa tutkimusetiikan kehitystyötä. Vaikka löytyy paljon eettisiä ohjeita ja toimintamalleja, ne eivät ole sääntöjä, joita noudattamalla eettiset ongelmat ratkeavat, vaan tutkijalla tulee olla valmiudet pohtia eettisiä kysymyksiä ja käydä jatkuvaa eettistä keskustelua. (Pietilä & Länsimies-Antikainen (toim.) 2008, 65–66.)

## 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tämän luvun tarkoituksena on esitellä tutkimustulokseni. Vastaan tutkimuskysymyksiini eli miten ennalta ilmoittamattomissa tarkastuskäynneissä on raportoitu vanhusten kohtelusta hoivapalveluyksiköissä. Raportointi ja oikeusasiamiehen havainnot ovat hyvinkin moninaisia ja vaihtelevia, aivan riippuen hoivapaikasta. Sen jälkeen kuvailen sitä, mitkä ovat yleisimmät kaltoinkohtelun muodot, jotka raporteista ovat tulleet ilmi. Ja viimeisenä kokoon yhteen sen, millä syillä hoivapalveluyksiköt ovat perustelleet tarkastuskäyntien havaitsemia epäkohtia ja onko olemassa jotain ratkaisuja epäkohtien poistamiseksi tai ehkäisemiseksi. Osa raporteista löydetyistä oikeusasiamiehen kommentaareista tai näkemyksistä on laitettu lainausmerkkeihin pitkin tutkielmaani havainnollistamaan sitä, miten viranomaiset ovat tarkastuskäyntien aikana asiat kokeneet tai nähneet tai mitä tietoja he ovat saaneet, kun ovat haastatelleet henkilöstöä tai vanhuksia. Sitaattien perässä on aina raportin numero, joten tiedetään, mistä raportista kyseinen sitaatti on peräisin.

Tutkimukseni perustuu eduskunnan oikeusasiamiehen raportteihin ennalta ilmoittamattomista tarkastuskäynneistä vanhusten hoivapalveluyksiköihin. Oikeusasiamies valvoo perustuslain 109 §:n 1 momentin nojalla sitä, että tuomioistuimet ja muut viranomaiset sekä virkamiehet noudattavat toimissaan lakia ja täyttävät velvollisuutensa. Oikeusasiamiehen tehtäviin kuuluu myös valvoa muita työntekijöitä, jotka hoitavat julkista tehtävää. Päätaavoite oikeusasiamiehen toiminnassa on erityisesti se, että hän seuraa ja valvoo sitä, että hyvä hallintotapa ja perus- ja ihmisoikeudet toteutuvat. Eduskunnan oikeusasiamies suorittaa tarpeen mukaan tarkastuksia, jotta hän pystyy perehtymään laillisuusvalvontaansa kuuluviin asioihin. (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.)

Ennalta ilmoittamattomien tarkastuskäyntien tarkoituksena on selvittää vanhuksille ympärivuorokautista palveluasumista tarjoavien yksiköiden hoivan ja hoidon ihmisarvoa kunnioittavaa luonnetta ja sitä, että kuntien tehtävä on huolehtia heikommassa asemassa olevien kuntalaisten perustuslaillisesta oikeudesta sosiaaliturvaan ja huolenpitoon. Eduskunnan oikeusasiamies on virallisesti nimetty Yhdistyneiden Kansakuntien eli YK:n epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen tarkoittamaksi kansalliseksi valvontaelimeksi ja tässä ominaisuudessa hän myös tekee tarkastuksia kaikkiin paikkoihin, joissa on mahdollista käyttää rajoitteita.



Oikeusasiamiehellä on myös mahdollista käyttää mukana tarkastuksilla ulkopuolisia asiantuntijoita. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019, 271-272.)

Vanhusten hoivapalveluyksiköissä tarkastuksien tarkoituksena on tutustua sosiaalihuollon asiakkaiden saamien palvelujen laatuun ja sisältöön, asiakkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, saattohoidon ja palliatiivisen eli parantumaton ja etenevää sairautta sairastavan hoidon toteuttamisen käytäntöihin ja periaatteisiin sekä asiakkaiden oikeuteen saada tarvitsemiaan sosiaalityön palveluja. Lisäksi vuonna 2019 oikeusasiamiehen erityinen tarkastuskäyntien teema oli asiakkaan oikeus yksityisyyteen. Tarkastuskäyntien aikana oikeusasiamiehellä ja kaikilla hänen määräämillään virkamiehillä on oikeus päästä kaikkiin valvottavan kohteen tiloihin ja tietojärjestelmiin sekä oikeus keskustella luottamuksellisesti tarkastuskohteen henkilökunnan sekä siellä olevien/asuvien asiakkaiden kanssa. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019, 271-272.)

Tarkastusraportit peilaavat siis edellä mainittuja asioita eli yleensä esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamiehellä on tietyt teemat mielessä, joita hän erityisesti haluaa tarkastella ja joihin hän kiinnittää erityishuomiota. Kaikki raportit ovat suunnilleen samansisältöisiä, mutta niiden pituuksissa on huomattavia eroja. Karkeasti voi sanoa, että mitä pidempi raportti, niin sitä enemmän hoivapaikassa on ollut moitittavaa. Vanhusten kaltoinkohtelu hoivapalveluissa voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista kaltoinkohtelua, hoidon laiminlyömistä tai hoivahenkilöstön ammattiasemasta johtuvaa kaltoinkohtelua. Altistavia tekijöitä kaltoinkohtelulle löytyy useita. Monet niistä liittyvät itse hoidettavaan vanhukseen, hoitohenkilökuntaan, hoitoympäristöön tai hoivapalveluiden työtapoihin tai toimintakulttuuriin. Kaltoinkohtelu voi olla vaikeasti tunnistettavissa, mutta sen tunnistamista ja puuttumista itse kaltoinkohteluun on mahdollista opetella. Ennaltaehkäisyä voi olla esimerkiksi kaltoinkohtelusta kertominen vanhuksille ja heidän omaisilleen sekä henkilökunnan infoaminen asiasta, henkilöstön kouluttaminen, henkilöstön työhyvinvoinnin tukeminen ja työssä jaksamisen tukeminen sekä yleinen ja avoin keskustelu hoitotyön etiikasta. Alla olevaan taulukkoon on selvyuden vuoksi koottu, miten kaltoinkohtelu voi ilmetä, yleisimmät syyt, mistä se voi aiheutua sekä mahdolliset ennaltaehkäisykeinot. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019, 278-279.)

<b>Miten ilmenee?</b>	<b>Mistä aiheutuu?</b>	<b>Ennaltaehkäisy?</b>
Fyysinen	Vanhukseen liittyvät:	Tiedottaminen
Psyykinen	Huono fyysinen kunto	Kouluttaminen
Sosiaalinen	Muistin heikkeneminen	Ohjeistaminen
Seksuaalinen	Aggressiivinen käytös	Johtamiskulttuuri
Taloudellinen	Omaisten puuttuminen	Avoin keskusteluilmapiiri
Ammatillinen	Henkilöstöön ja hoivayksikköön liittyvät:	
	Kiire, stressi	
	Uupumus, ajanpuute	
	Kouluttamaton henkilökunta	
	Alhainen henkilöstömitoitus, liikaa tukitöitä	

Taulukko 2. Vanhusten kaltoinkohtelu hoivapalveluissa

## 5.1 Tarkastusraporttien kertomaa vanhusten kohtelusta hoivapalveluissa

Raportit ovat hyvinkin vaihtelevia, aivan niin kuin vanhusten hoivapalvelupaikatkin ovat. Vaikka toisaalta voisi ajatella, että hoivan ja huolenpidon tulisi olla samanlaista kaikissa paikoissa ja tiettyjen standardien tulisi täyttyä automaattisesti, mutta näin asia ei silti tunnu olevan. Paljon puhuttu hoitajamitoituskin tuntuu olevan enemmän suositus, jota kukaan ei noudata. Hoitajamitoitukseen lasketaan raporttien mukaan täysiaikaiset työntekijät, mutta valtaosassa hoivapalveluyksiköissä oli kuitenkin osa-aikaisia työntekijöitä töissä sekä muita sijaisia ja heidät laskettiin siis täyden työajan mukaan, jolloin hoitajamitoitus pienenee heti. Tämän lisäksi henkilöstön mitoituksessa ei oteta huomioon sitä, että työaika kuluu muuhunkin kuin vain hoitoon ja huolenpitoon.

*”Henkilökunta tuo esille huolensa siitä, että työajasta suuri osa kuluu muuhun kuin suoraan asiakastyöhön. Pakolliset kirjaamiset, pyykkien lajittelu yms. vievät ison osan työajasta. Mitoituksia laadittaessa ei ole huomioitu sitä työaika, mikä kuluu muuhun kuin suoraan asiakastyöhön.” (Raportti nro 27)*

*”Tarkastajille kerrottiin, että palvelukodissa on ollut kielenkäyttöön liittyvää huonoa kohtelua asiakasta kohtaan ja tähän on puututtu.” (Raportti nro 26)*

Fyysiset rajoitukset vanhusten hoivapalveluissa ovat olleet Suomessa aina melko yleisiä. Tätä voidaan yrittää selittää vanhusten hoidon historiallisella taustalla, koska suomalaisen vanhustenhoitokulttuuriin on kuulunut olennaisena osana erilaisten rajoitteiden käyttö. Varsinkin aikaisemmin vanhustyössä hoitajien tehtävänä on ollut pääasiallisesti vanhusten valvominen ja hoitaminen itsessään on perustunut suurimmalta osin rutiininomaisiin tehtäviin, jotka ovat usein johtaneet vanhusten perustarpeiden kannalta epäkäytännöllisiin ja huonoihin tapoihin. Toimenpiteiden tarkoituksena on kuitenkin ollut pohjimmiltaan hyvä eli vanhusten turvallisuuden lisääminen ehkäisemällä vahinkoja ja tapaturmia. Esimerkiksi vielä 1960-luvulla vanhusten liikkumista rajoitettiin niin, että heidän suljettiin pieniin koppeihin yön ajaksi, koska yövalvontaa oli erittäin vaikea järjestää henkilökunnan vähyyden vuoksi. (Saarnio 2009, 78.) Mutta samaa raporttien perusteella tapahtuu vielä tänäkin päivänä eli rajoitteiden käyttöä perustellaan tai ainakin selitellään henkilöstön vähyydellä.

*”Hoitohenkilökunnan kertoman mukaan rajoitustoimenpiteitä, kuten sängynlaitoja, jouduttiin käyttämään enemmän kuin muuten olisi tarvinnut siksi, että yöllä oli niin vähän henkilökuntaa. Tätä pidettiin yksikössä ongelmallisena.” (Raportti nro 26)*

Osa hoivapalveluyksiköistä on puitteiltaan kelvoton tarkoitukseensa eli vanhuksilla ei ole yksityisyyttä ja tilat yleisesti ovat epäsopivia, mutta silti vanhukset asuvat niissä, vaikka tarkastuskäynnillä asia on nostettu esille. Lisäksi huomattavia puutteita tulee esiin turvallisuudessa ja yleisesti tilojen sopimattomuudessa vuoteissa olevien vanhusten käyttöön.

*”Vuoteissa olevilla asiakkailla ei myöskään ole mahdollisuutta osallistua yhteisiin tilaisuuksiin tai toimintoihin, koska toimintayksikössä ei ole suunnitelman mukaan riittävän isoja tiloja.” (Raportti nro 25)*

*”Toimintayksikön pelastussuunnitelmassa ja turvallisuusselvityksessä todetaan, ettei ole mahdollista saada kaikkia asiakkaita ulos.” (Raportti nro 25)*

Lisäksi erittäin vakavia puutteita ilmeni joidenkin hoivapalveluyksiköiden

pelastussuunnitelmissa ja turvallisuusselvityksissä. Niistä kävi suoraan ilmi, että hätätilanteen sattuessa kaikkia asukkaita ei olisi mahdollista saada pelastettua.

## **5.2 Yleisimmät tarkastusraporteista ilmi käyneet kaltoinkohtelun muodot**

### **5.2.1 Rajoitustoimenpiteet**

Raporteista nousevat esille yhtenä isona kaltoinkohtelun muotona erilaiset rajoitustoimenpiteet. Näitä perustellaan vanhuksen turvallisuudella tai henkilökunnan vähyydellä ja välttämättä mitään perustelua ei edes ole, vaan rajoitustoimenpiteitä käytetään vain tavan tai tottumuksen vuoksi. Erilaisten hoivapalveluyksiköiden käytössä olevien rajoitustoimenpiteiden kirjo on hyvin laaja ja rajoitustoimenpiteitä käytetään vaihtelevasti. Raporteista tulee selkeästi ilmi, että toisissa hoivapalveluyksiköissä pyritään pitämään rajoitustoimenpiteet minimissä ja toisissa paikoissa ne ovat yleisesti käytössä ja niitä pidetään lähes normaaleina tapoina kontrolloida vanhuksia.

*”Pyydän selvitystä siitä, mihin arvioon perustuu se, että asukas sidotaan ruokailun ajaksi ja miksi asiakkaan ei sallita poistua pöydästä ja myöhemmin ohjata häntä uudelleen, tarvittaessa useitakin kertoja, jatkamaan ruokailua.”  
(Raportti nro 18)*

Rajoitustoimenpiteet voivat olla joko fyysistä tai kemiallista rajoittamista. Fyysinen rajoittaminen tarkoittaa tapoja, joilla estetään vanhuksen vapaa liikkuminen. Tällaisia tapoja voivat olla esimerkiksi magneettivyöt, lepositeet, lannevyö, vuodevaatteet, ylös nostetut sängynlaidat, geriatrinen tuoli, huoneen oven lukitseminen, hygieniahaalari, henkilöstön fyysisen voiman käyttäminen, liikkumisen estäminen poistamalla vanhukselta apuväline käytöstä, avun saannin rajoittaminen tai rauhoittavien lääkkeiden käyttäminen. Kemiallinen rajoittaminen tarkoittaa esimerkiksi lääkkeiden käyttöä ilman lääketieteellisiä perusteita; näin pyrkimyksenä on hillitä vanhuksen käyttäytymistä ja liikkumista. Tavallisimpia kemiallisia rajoitteita ovat psyykenlääkkeet, jotka vaikuttavat muun muassa fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymiseen. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

*”Ensi vaikutelma keskustelussa oli, että kahden asukkaan sängynlaidat oli nostettu yöksi lähinnä omaisten huolen johdosta. Osalla laidat oli nostettu hoitajien riskiarvion perusteella.” (Raportti nro 14)*

Yhdessä raportissa ei ollut mainintaa rajoitustoimenpiteiden käytöstä, muuten ne olivat käytössä kaikissa raporttien hoivapalveluyksiköissä. Toisissa paikoissa oli käytössä vain haaravyö ja sängyn laitojen nosto, mutta monissa paikoissa oli vakituisesti käytössä näiden lisäksi geriatrinen tuoli, hygienihaalari, magneettivyö, turvaliivi, lepositeet, unipussi, rannesidokset sekä ovien lukitseminen. Lisäksi muutamassa raportissa mainittiin henkilöstön fyysisen voiman käyttäminen, liikkumisen estäminen poistamalla vanhukselta apuväline käytöstä, avun saannin rajoittaminen ja tahdosta riippumaton lääkitys. Yhteenvedon voidaan sanoa, että erilaiset rajoitustoimenpiteet olivat laajastikin käytössä eri hoivapalveluyksiköissä ja hoitajat eivät välttämättä edes ymmärtäneet, että heidän käyttämänsä menetelmät rikkovat vanhusten perusoikeuksia ja ovat näin ollen vapauden rajoittamista. Tämä oli yksi huolestuttavimmista asioista, joka raporteista tuli ilmi. Oli myös yksiköitä, jotka saivat kiitosta siitä, miten suhtautuivat rajoitustoimenpiteisiin, vaikka ne olivatkin vähemmistön joukossa.

*”Pyörätuoleissa ei käytetty minkäänlaisia haaravöitä, vaan hoitajat korjasivat asentoa tarvittaessa.” (Raportti nro 3)*

*”Esimiehen mukaan yhtymä on kieltänyt hygienihaalareiden käytön.” (Raportti nro 8)*

Vanhusten perusoikeuksien rajoittamisesta ei ole säädetty laissa eli vanhustenhuollon laitoksissa ei ole olemassa lainsäädäntöä koskien liikkumisvapautta, itsemääräämisoikeutta tai muiden perusoikeuksien rajoittamista. Kuitenkin laillisuusvalvonnassa on vakiintunut käytäntö olemassa siitä, että vapautta saa rajoittaa vain lääkärin päätöksen perusteella ja lääkärin tehtävänä on myös arvioida ja seurata sitä, ettei rajoitteita käytetä yhtään enempää kuin todellinen tarve on. Rajoitetta saa myös käyttää vain siinä tapauksessa, että lievempää vaihtoehtoa ei ole. Samoin rajoitteiden käyttö tulee lopettaa heti, kun käyttö ei ole enää välttämätöntä. Lisäksi rajoitteiden käytöstä tulee keskustella ennen niiden käyttämistä ihmisen itsensä kanssa ja hänen omaisiensa tai muiden läheisten kanssa. Rajoittaminen ei missään tapauksessa saa perustua vain omaisen lupaan tai haluun, vaan taustalla tulee olla

todellinen lääkärin toteama tarve ja välttämättömyys. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019, 277-278.)

*”Toimenpiteen on oltava eettisesti perusteltavissa ja se on suoritettava henkilön ihmisarvoa kunnioittaen.” (Raportti nro 29)*

*”Ryhmäkodin ovi on aina lukossa. Ryhmäkodista pääsee ulos pyytämällä.” (Raportti nro 16)*

### **5.2.2 Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen**

Vanhusten hoivapalveluiden ollessa kyseessä, palliativisella hoidolla ja saattohoidolla on tärkeä rooli ja merkitys, sillä valtaosa hoivalaitokseen joutuneista vanhuksista myös kuolee siellä ja kuoleman toivoisi aina olevan ennalta mietitty ja rauhallinen sekä ihmiselle itselleen että hänen läheisilleen. Jos esimerkiksi saattohoito hoidetaan huonosti, niin kaltoinkohtelu tällaisessa tapauksessa voi olla sekä fyysistä että henkistä riippuen siitä, onko hoito ollut puutteellista tai onko vanhus joutunut kokemaan henkistä ahdistusta tai muuta pelkoa tai hänet on jätetty täysin yksin kuolemaan.

*”Hoivalaitoksessa voi asua elämän loppuun saakka ja tavoitteena on välttää tarpeettomia muuttoa. Työntekijöiden mukaan saattohoitotilanteessa ei ole mahdollista saada lisää henkilökuntaa.” (Raportti nro 23)*

Sosiaali- ja terveysministeriön Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä koskevan suosituksen (2017:44) mukaisesti saattohoitosuosituksissa painottuu kuolevan ihmisen ja potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Palliativisen eli oireenmukaisen hoidon ja saattohoidon tavoitteena on lievittää ihmisen kipuja ja muuta mahdollista fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai henkistä kärsimystä sekä mahdollistaa niin hyvä elämänlaatu asukkaalle ja hänen läheisilleen kuin mahdollista. Hoivapalveluissa valmius palliativisen hoidon ja saattohoidon antamiseen on oltava kaikkina vuorokauden aikoina ympäri vuoden. On tarkoitus, että palliativisen hoidon ja saattohoidon antaminen perustuu jo hyvissä ajoin yhdessä asukkaan kanssa tehtyyn ennakoivaan hoitosuunnitelmaan ja saattohoitopäätökseen.

Palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämisen periaatteet tulee kirjata myös toimintayksikön omavalvontasuunnitelmaan ja pitää huolta siitä, että henkilöstöä koulutetaan ja perehdytetään asianmukaisen saattohoidon ja palliativisen hoidon toteuttamiseen. Erityisesti tähän tulee kiinnittää huomiota niissä tapauksissa, kun terveyspalveluksi kuuluvaa saattohoitoa tai palliativista hoitoa toteutetaan sosiaalihuollon toimintayksiköissä, joissa lääkäri ei ole paikalla tai helposti saatavilla ympäri vuorokauden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 44.) (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

*”Omaisilta oli saatu kiitosta saattohoidon laadusta.” (Raportti nro 10)*

Raporttien mukaan monissa hoivapalveluyksiköissä on mietitty palliativisen hoidon ja saattohoidon järjestämistä ja kiinnitetty huomiota siihen, mutta osassa hoivapalveluyksiköissä ei taas ollut mitään mainintaa asiasta. Monissa paikoissa oli mahdollista saada esimerkiksi saattohoitoa varten oma yksityinen huone tai tila ja useimmissa paikoissa myös omainen tai läheinen saattoi yöpyä vanhuksen kanssa. Joissain yksiköissä oli mahdollista saada lisähenkilökuntaa tarvittaessa saattohoitoa varten, mutta suurimmassa osassa palveluyksiköistä lisähenkilökunnan saaminen ei onnistunut, vaikka tarve sille monessa paikassa olisikin ollut. Lisäksi monissa yksiköissä oli käytössä vapaaehtoistyöntekijöitä esimerkiksi seurakunnan kautta, jotta vanhuksen vierellä olisi aina joku eikä saattohoidossa olevan ihmisen tarvitsisi olla yksin.

*”Haastatellun henkilökunnan mukaan saattohoito-osaamista ei ole kaikilla yksikön työntekijöillä, eikä henkilökunta osannut kertoa, milloin saattohoitoon liittyvää koulutusta olisi järjestetty tai milloin sitä tullaan järjestämään.” (Raportti nro 24)*

Oikeusasiamies on raportissaan painottanut sitä, että osaava saattohoito ja palliativinen hoito on jokaisen vanhuksen oikeus. Ja jotta tämä voitaisiin taata jokaiselle vanhukselle, niin hoitoa kuvaavat periaatteet tulisi kirjata jokaisen toimintayksikön omavalvontasuunnitelmaan. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota henkilökunnan asianmukaisesta koulutuksesta ja perehtymisestä saattohoidon ja palliativisen hoidon erityispiirteisiin. Tämän tulisi koskea jokaista hoitajaa ja tarkoitus olisi vahvistaa henkilöstön osaamista niin, että vanhukset voidaan hoitaa elämänsä loppuun asti hoivapalveluyksiköissä. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

### 5.2.3 Erilaiset terveyden- ja sosiaalihuollon palvelut

Oikeus erilaisiin terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin kuuluu vanhuksille. Jos palvelu evätään tai mahdollisuutta siihen ei ole, vaikka vanhuksella tarve olisikin, niin tilanne voidaan katsoa kaltoinkohteluun kuuluvaksi hoidon laiminlyönniksi. Vaihtelevuus erilaisten terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujen suhteen vanhusten hoivalaitoksissa on erittäin moninainen. Tietyissä paikoissa on lääkäri paikalla kerran viikossa ja joissain paikoissa lääkäri ei käy koskaan tai vain tarvittaessa. Sama toistuu myös esimerkiksi suun terveydenhuollon suhteen. On hoivapalveluyksiköitä, joissa käy esimerkiksi suuhygienisti tai jopa hammaslääkäri säännöllisesti, koska tiedetään suun terveyden tärkeys suhteessa muuhun terveyteen ja toisia paikkoja, joissa vanhukset eivät käytännössä pääse suuhygienistille koskaan. Lisäksi on hoivayksiköitä, joissa on oma fysioterapeutti ja toisia paikkoja, joissa lähihoitaja järjestää jumppaa vanhuksille kerran viikossa. Palvelujen vaihtelu ja saatavuus on yhtä kirjava kuin hoivapaikat muutenkin.

*”Lääkäri käy kerran viikossa ja tapaa asukkaita ja tekee yhteistyötä sairaanhoitajien ja lähihoitajien kanssa.” (Raportti nro 5)*

*”Tarkastuskäynnillä kävi ilmi, että lääkärin käynnillä tarkoitetaan sitä, että lääkäri ei tapaa pääsääntöisesti asiakkaita, vaan käy kansliassa antamassa konsultaatiota hoitajille. Jos lääkäri käy asiakkaan luona, siitä veloitetaan asiakkaalta erikseen.” (Raportti nro 25)*

*”Tarkastuksella saadun tiedon mukaan yksikössä ei ole säännöllisiä lääkärikäyntejä. Edellisenä vuonna lääkäri oli pyydettyäessä käynyt yksikössä kaksi kertaa.” (Raportti nro 29)*

*”Suun hygieniasta ja terveydestä huolehdittiin hyvin. Paitsi päivittäisiä hampaiden pesuja hoitajat pyrkivät seuraamaan, onko vanhuksella suussa kipuja.” (Raportti nro 20)*

Sosiaalihooltolain 11 §:n mukaisesti sosiaalipalveluja on järjestettävä tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen, asumiseen liittyvään tarpeeseen, taloudellisen tuen tarpeeseen,



sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja osallisuuden edistämiseksi, lähisuhde- ja perheväkivallan ja muun väkivallan tai kaltoinkohtelun aiheuttamaan tuen tarpeeseen, äkillisten kriisitilanteiden varalta, lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi, päihteiden ongelmakäytöstä, mielenterveysongelmista tai muusta sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä johtuvaan tuen tarpeeseen, muuhun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen tai kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvään tuen tarpeeseen tai tuen tarpeessa olevien ihmisten omaisten tai läheisten tukemiseksi.

*”Omaa fysioterapeuttia tai kuntahoitajaa ei ole, vaan erilainen asukkaiden kuntoutus ja jumppautus on vastuutettu siitä vastaavalle lähihoitajalle. Sairaanhoidajan mielestä tämä ei vastaa fysioterapeutin palveluita.” (Raportti nro 21)*

Sosiaalihuoltolain 41 §:n 1 momentin mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteestä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen on pidettävä huolta siitä, että käytössä on ihmisen yksilöllisiin tarpeisiin nähden tarpeeksi asiantuntemusta ja osaamista. Jos ihmisen tarpeiden arviointi ja niihin vastaaminen edellyttävät sosiaalitoimen tai muiden viranomaisten palveluja tai tukitoimia, on näiden tahojen osallistuttava toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä ihmisen palvelutarpeen arvioinnin tekemiseen ja asiakassuunnitelman laatimiseen.

Tarkastuksien aikana hoivalaitoksissa käytiin keskustelua esimiesten kanssa siitä, miten vanhusten tarve sosiaalityöhön tunnistetaan ja miten mahdollista tarvetta arvioidaan. Palveluasumisen piirissä oleva muistisairas vanhus saattaa olla sosiaalihuoltolain mukaisesti erityisen tuen tarpeessa oleva ja hänen palvelutarpeensa arviointi kuuluu silloin sosiaalityöntekijälle. Vastaukset hoivalaitoksissa olivat hyvin moninaisia. Toisissa paikoissa sosiaalityön tarve tunnistettiin ja siellä järjestettiin säännöllinen mahdollisuus tavata sosiaalityön ammattilaista.

*”Sosiaaliohjaaja on paikalla maanantaisin, jolloin hän tapaa asukkaita ja omaisia.” (Raportti nro 12)*

Toisissa paikoissa reaktio oli täysin päinvastainen eikä sosiaalihuoltolakia tunnutta tuntevan juuri ollenkaan. Lisäksi sen merkitys vaikutti olevan epäselvä henkilöstölle.

*”Pitkäaikaishoidon osaston henkilöstö kertoo, ettei näe tarvetta yhteistyölle kunnan sosiaalitoimen kanssa, eikä heillä ole tietoa siitä, miten kunta valvoo heidän toimintaansa yleisellä tasolla tai yksittäisen asiakkaan kohdalla.”*  
(Raportti nro 27)

Muistisairaat vanhukset ovat erityisen haavoittuvassa asemassa eivätkä yleisesti ottaen pysty valvomaan omaa etuaan. On erittäin haitallista, jos henkilö, jonka vastuulla on huolehtia siitä, että vanhus saa tarvittavat sosiaalipalvelut, ei ole sosiaalialan ammattihenkilö. Uhkana tällöin on, ettei vanhukselle tai hänen omaisilleen anneta tarpeeksi tietoa eri palvelumuodoista mahdollisen palvelutarpeen muuttuessa ja ääritapauksessa vanhus voi jäädä ilman tarvitsemiaan palveluita. Tehostettu palveluasuminen on kuitenkin sosiaalipalvelua ja sen yhteyteen kuuluvat riittävät terveydenhuollon palvelut sekä henkilöstön osaaminen ja ammattitaito. Monissa palveluyksiköissä oli sekoitettu palveluasumisyksikön nimetty omahoitaja ja sosiaalihoitolaik mukainen omatyöntekijä tai sitten oli katsottu, ettei molemmille ole tarvetta, vaikka ne ovat kaksi aivan eri asiaa. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

*”Esimiehen mukaan jokaisen asukkaan omahoitajalla on puolituntia viikossa aikaa varattuna asukkaalle.”* (Raportti nro 11)

Eduskunnan oikeusasiamiehen (2019) mielipide oli, että sosiaalityön palvelut ja jatkuvuus tulisi turvata myös silloin, kun vanhus siirtyy hoivapalveluyksikköön asumaan. Lisäksi oikeusasiamies painotti, että vanhukset ovat usein erityistä tukea tarvitsevia asiakkaita sosiaalihoitolaik mukaisesti ja heillä tulee olla sekä omatyöntekijä että asiakastyötä tekevä sosiaalityöntekijä, johon vanhus myös saa tarvittaessa yhteyden.

#### **5.2.4 Fyysisestä voinnista huolehtiminen**

Säännöllisestä ravinnosta huolehtiminen on elintärkeää vanhusten kohdalla, sillä esimerkiksi muistisairaus voi vaikuttaa vanhuksen kykyyn tunnistaa nälkää tai janoa, joten jos joku ei muistuta häntä, niin vanhus voi unohtaa syödä tai juoda. Joissain palveluyksiköissä seurataan jopa listojen avulla esimerkiksi nesteiden määrää, mutta eräissäkin tarkastuspaikassa herätti

huolta vanhusten alhainen painoindeksi.

*”Apulaisoikeusasiamies toteaa, että ruokailu, ravinnonsaanti ja ravitsemustila ovat kiinteästi yhteydessä ikääntyneen ihmisen terveydentilaan ja toimintakykyyn. Hoitamaton virheravitseminen lisää myös ennen aikaisen kuoleman riskiä.” (Raportti nro 25)*

*”Ateriointi ei enää tuota erityistä nautintoa eikä muodosta yhdessäolohetkeä, koska hoitajien on keskityttävä kunkin asukkaan ateriointiin erikseen. Ruokailut kestävät niin kauan kuin on tarve ja hoitajat kertovat saavansa keittiöstä säännöllistä palautetta astioiden palautuksen viipymisestä.” (Raportti nro 18)*

Jopa asiantuntijoiden mielestä Suomessa määrätään psyykenlääkkeitä muita Pohjoismaita enemmän rajoittamaan vanhuksen liikkumista ja muuta toimintaa. Kemiallinen rajoittaminen loukkaa ihmisen itsemääräämisoikeutta ja heikentää vanhuksen toimintakykyä. Saattaa tulla eteen esimerkiksi tilanne, että muistisairas vanhus tarvitsee sairautensa loppuvaiheessa ympärivuorokautista hoitoa ja hän joutuu odottamaan hoivapalvelupaikkaa kotonaan tai sellaisessa terveydenhuollon yksikössä, jota ei ole suunniteltu muistisairaana ihmisen hoitoon. Näin ollen hänelle saatetaan antaa psyykenlääkkeitä vain sen vuoksi, että voidaan rajoittaa häntä. Suomessa ei ole lainsäädäntöä, joka oikeuttaisi vanhusten itsemääräämisoikeuteen puuttumisen somaattisen sairaalahoidon tai pitkäaikaishoidon aikana, mutta silti sitä tapahtuu. (Karpila ym. 2016.)

*”Keskustelussa työntekijöiden kanssa he toivat esille huolensa asukkaiden lääkityksestä ja erityisesti alilääkityksestä.” (Raportti nro 23)*

Kemiallisen rajoittamisen käsite on ollut käytössä jo kymmeniä vuosia, mutta sen yleisyydestä tai ehkäisystä ei ole juurikaan tehty tutkimuksia. Lisäksi niissä tutkimuksissa, joita on tehty, vaihtelevat huomattavasti kemiallisen rajoittamisen määritelmät ja tutkimusasetelmat. On kuitenkin esitetty arvioita, että kemiallisen rajoittamisen yleisyys vanhusten hoivalaitoksissa olisi noin 11–45 %. Kemiallinen rajoittaminen on lääkkeiden käyttöä niin, että sen ainoana tarkoituksena on rajoittaa vanhuksen liikkumista, hillitä hänen käyttäytymistään tai muuta toimintaa. Kemiallinen rajoittaminen voidaan määritellä myös

jatkuvaksi kahden tai jopa useamman psykyenlääkkeen yhteiskäytöksi silloin, kun lääkkeiden tavoitteena on käyttäytymisen hillitseminen. (Karppila ym. 2016.) Aineiston raporteista ei paria raporttia lukuun ottamatta juuri tullut epäilystä siitä, että hoivapalveluyksiköissä käytettäisiin laajasti kemiallista rajoittamista. Muutama maininta rauhoittavien lääkkeiden käytöstä oli, mutta itse olisin henkilökohtaisesti ajatellut, että kemiallinen rajoittaminen olisi ollut yleisempää.

*”Henkilökunta kertoo, että asukkailla on myös ollut painehaavoja, koska heitä ei ole ehditty käntää.” (Raportti nro 28)*

Vanhus voi myös kärsiä fyysisistä oireista kaltoinkohtelun seurauksena esimerkkinä tästä erilaiset makuu- eli painehaavat. Niiden hoito on vaikeaa ja vaatii erityistä osaamista. Painehaavat ovat erityisesti vuodepotilaiden ongelma, koska he makaavat paikallaan pitkiä aikoja eivätkä pääse itse kääntymään tai vaihtamaan asentoa. Painehaavat syntyvät kudosten puutteellisen verenkierron vuoksi. Hoivapalveluyksiköissä tulisi kiinnittää erityistä huomiota painehaavojen syntymisen ehkäisyyn. Paras ehkäisykeino on, että vanhuksen asentoa muutettaisiin vähintään parin tunnin välein. Asennon vaihtaminen on hankalaa henkilöstölle, jos vanhus ei itse pysty lainkaan liikkumaan. (Lumio 2019.)

### **5.2.5 Itsemääräämisoikeuden toteutuminen eli normaalin elämän kieltäminen**

Tälle kappaleelle en keksinyt muuta otsikkoa, koska se kattaa kaikki normaalit asiat, joita ihminen asuessaan omassa kodissa voi vapaasti tehdä tai olla tekemättä. Mutta kun vanhus muuttaa hoivapalveluyksikköön, niin yhtäkkiä näistä asioista tulee mahdottomia. Vaikka lakien ja asetusten mukaisesti asiakkaan oma tahto tulisi ottaa huomioon ja häntä tulisi kuunnella ja hänellä pitäisi olla mahdollisuus vaikuttaa omaan elämäänsä niin sanotussa loppuelämän kodissaan. Vaikeiksi tai suorastaan mahdottomiksi asioiksi tulevat esimerkiksi ulkoilu ja yleensä vapaa ulkoilmassa oleilu vaikkapa vain omalla pihalla.

*”Tarkastuskäynnillä kävi ilmi, että asiakkaan toiveita useammin kuin kerran viikossa tapahtuvan ulkoilun osalta ei ole mahdollista toteuttaa, koska henkilökuntaa ulkoilun toteuttamiseen ei ole riittävästi.” (Raportti nro 22)*

Raporteissa itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja siihen liittyvät asiat ovat yleisimpiä kaltoinkohtelun muotoja. Ne usein muodostuvat lisäksi pienistä asioista kuten juuri vapaa ulkoilu, mutta vanhukselle ne voivat olla isoja asioita. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja siihen liittyvät asiat voivat lukeutua sekä fyysiseen että henkiseen kaltoinkohteluun, mutta yleisempää on, että ne kuitenkin menevät henkisen kaltoinkohtelun puolelle.

*”Keskustelussa työntekijöiden kanssa tuli esille, että työntekijät eivät ehdi ulkoiluttaa asukkaita.” (Raportti nro 15)*

*”Asukkailla ei ole mahdollisuutta päästä ulos päivittäin varsinkaan talviaikaan, mutta ulkoilua seurataan ja moni asukas siitä edelleen nauttii.” (Raportti nro 18)*

Tämän lisäksi vanhus ei voi enää vapaasti päättää ruokailuajoistaan, syömistahdistaan tai yleensäkin siitä, mitä syö. Nämä asiat ovat melko tarkasti sidottu palveluyksikön ruokailuaikoihin ja ruokailutapoihin, vaikka esimerkiksi öiseen aikaankin välipalaa pitäisi olla tarjolla palveluyksiköiden mukaan. Mutta tunnistaako muistisairas vanhus nälkänsä öiseen aikaan, vaikka paastoajat saattavat olla iltapalasta seuraavaan aamupalaan jopa 13-14 tuntia?

*”Yöajan paaston pituus vaikuttaa kuitenkin pitkältä. Olisi asianmukaista, että ryhmäkodissa on varalla syötävää myös yöajalle. Ottaen huomioon, että suurin osa asiakkaista on muistisairaita, yöpalkan saaminen ei saisi perustua kokonaan asukkaan omaan pyyntöön vaan tätä olisi hyvä tarjota.” (Raportti nro 26)*

*”Henkilökunta kokee, ettei syöttämiseen ole riittävästi aikaa. Asukkaat punnitaan kerran viikossa.” (Raportti nro 28)*

Samoin normaali hygieniasta huolehtiminen tulee ongelmalliseksi. Vanhus ei pääsekään

enää suihkuun oman tahtonsa mukaisesti, vaan suihkussa käyminen on sidottu henkilökunnan aikatauluihin.

*”Apulaisoikeusasiamies toivoo, että asiakkailta olisi mahdollisuus päästä suihkuun yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Kysymys on myös asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Apulaisoikeusasiamiehen mielestä asiakkaan toive päästä kahdesti viikossa suihkuun ei ole kohtuuton.” (Raportti nro 26)*

Myöskin niinkin luonnollisesta asiasta kuin wc:ssä käymisestä tulee aikataulutettua ja hankalaa. Jos vanhuksella on vaippa, niin häntä ei kovin usein wc:ssä ehditä käyttämään eikä ainakaan silloin, kun siihen olisi tarve.

*”Tarkastuksella saadun tiedon mukaan asukkaita käytetään wc:ssä aamulla ja illalla, mutta päivisin ei yleensä ehditä.” (Raportti nro 28)*

*”Aikataulusyistä yövaippa laitetaan joskus jo ennen klo 16.” (Raportti nro 28)*

Perustuslain 7 §:n 1 momentin mukaisesti jokaisella ihmisellä on oikeus elämään ja henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 8 §:n 1 momentin mukaisesti sosiaalihuoltoa toteutettaessa painotetaan sitä, että asiakkaan omat toivomukset ja mielipide tulee ottaa huomioon ja muullakin tavalla tukea itsemääräämisoikeutta. Tämän lisäksi asiakkaan tulee voida osallistua ja vaikuttaa omien palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Ja sama periaate koskee myös muita hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä asioita. Kaikessa toiminnassa tulee ensisijaisesti ottaa huomioon asiakkaan etu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 93.) Raporttien perusteella voidaan tehdä päätelmiä siitä, että vanhusten hoivapalveluyksiköissä vanhuksen etu ei ole ensimmäisellä sijalla. Tähän eduskunnan oikeusasiamieskin on raporteissa ottanut kantaa ja painottanut sitä, että vanhuksen oman äänen tulee kuulua häneen liittyvissä päätöksissä.

*”Apulaisoikeusasiamies kiinnitti huomiota siihen, että lähes kaikki laitoshoidossa olevat asiakkaat olivat huoneissaan tai vuoteissaan jo tarkastuksen alkaessa klo 19.30. Asiakkaalla on oikeus oman vuorokausirytmensä säilyttämiseen ja ihmisarvoiseen elämään, joka ei apulaisoikeusasiamiehen näkemyksen mukaan toteudu siten, että toimintayksikön toimintaedellytyksiin sidottu rytmi ohjaa asiakkaiden toimintoja.” (Raportti nro 24)*

*”Tarkastuksella haastateltu henkilökunta ei vaikuttanut täysin tunnistavan, mikä on itsemääräämisoikeuden rajoittamista.” (Raportti nro 25)*

*”Pariskunnat pyrittiin sijoittamaan samoihin yksiköihin/kerroksiin, jos he niin toivoivat. Perhehuoneita ei kuitenkaan ollut, joten samassa huoneessa asuminen ei onnistunut, vaikka se olisikin asiakkaiden toive.” (Raportti nro 26)*

Sosiaalihuoltolain mukaan palvelut tulisi toteuttaa niin, että aviopuolisoilla on mahdollisuus elää yhdessä myös palveluiden piirissä ollessaan. Tämä koskee kaikkia parisuhteessa olevia, riippumatta siitä ovatko he naimisissa tai eivät. Jos palvelut järjestetään niin, että yhdessä asuminen ei onnistu, niin tämä edellyttää asiakkaan etuun liittyvää erityisen painavaa perustetta. Ja mitä pidempiaikaisesta asumisesta on kyse, sitä painavampi perusteen tulee olla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 95.) Myös vanhuspalvelulaki (14 § 2 momentti) edellyttää, että vanhuksilla tulisi olla mahdollisuus asua yhdessä myös hoivalaitoksessa.

### **5.3. Syitä vanhusten huonolle kohtelulle ja miten sitä voitaisiin ennaltaehkäistä?**

Raporttien mukaan syitä vanhusten huonolle kohtelulle on useita, joista yleisimpinä mainitaan henkilökunnan kiire, vaihtuvuus ja vähyys. Lisäksi mainitaan myös motivoitunut henkilökunta yhtenä ehkäisykeinona. Muut syyt ovat esimerkiksi organisaation rakenteeseen liittyvät syyt tai itse hoivapalveluyksikköön liittyvät syyt eli esimerkiksi epäsojivat ja epäkäytännölliset tilat. Vanhusten huonon kohtelun ennaltaehkäisyssä erittäin isossa roolissa ovat esimiehet ja yleisesti henkilöstö, koska kyse on kuitenkin ihmisistä, jotka ovat

käytännössä hoitajistaan riippuvaisia.

Jotta vanhusten kaltoinkohtelu tunnistettaisiin, siihen voitaisiin puuttua ja sitä voitaisiin ehkäistä, tarvitaan käytännön toimenpiteitä. Tätä varten on kehitetty erilaisia tapoja ympäri maailmaa. Valitettavan usein käytännön toteutuksen kanssa tulee vaikeuksia. Pääkäsitteiden yhdenmukainen määrittely on hankalaa. Maailmanlaajuisesti tunnustettu ja yhtenäinen määritelmä vanhusten kaltoinkohtelusta puuttuu. Huonon tutkimustiedon takia syy-seuraussuhde-teoriat ovat edelleen lapsen kengissä ja kunnolliset käytännön mallit ovat puutteellisia. On maita, joissa vanhusten kaltoinkohteluun liittyvä lainsäädäntö, on vaatimatonta ja valtiovalta ei halua tunnustaa koko ongelmaa, joten silloin siihen on myös hyvin vaikea puuttua tai lähteä edes kehittämään koko määritelmää. (St. James 2008, 127–128.) (Niskakoski 2017, 23.)

Altistavat tekijät vanhuksen fyysisten rajoitteiden käytölle liittyvät vanhukseen itseensä, hoitajaan, fyysiseen hoitoympäristöön, yhteiskuntaan ja organisaatioon. Vanhukseen itseensä liittyviä tekijöitä ovat muun muassa korkea ikä ja sukupuoli, dementoiva sairaus ja siihen liittyvä vanhuksen haastava käytös, neurologiset sairaudet, runsas lääkkeiden käyttäminen, aikaisempi historia kaatumis- tai putoamistapauksista, omaisen huoli vanhuksen turvallisuudesta sekä muut yksilölliset tekijät kuten vanhuksen oma toive rajoitteiden käytöstä. Hoitajaan liittyviä tekijöitä ovat muun muassa huoli vanhuksen turvallisuudesta, lääkärin, työkaverin tai omaisen esittämän toiveen mukaan toimiminen, puutteellinen tietotaitotaso, heikko työviihtyminen dementoituvien vanhusten parissa, myönteinen suhtautuminen fyysisten rajoitteiden käyttämiseen, puutteellinen tietämys rajoitteiden käyttämisen seurauksista ja muista mahdollisista vaihtoehdoista sekä tyytymättömyys omiin vaikutusmahdollisuuksiin työssään. (Saarnio 2009, 26.)

Fyysisten rajoitteiden käytölle altistaa esimerkiksi fyysinen ympäristö, jossa vanhuksen on vaarallista liikkua. Tähän vaikuttavat esimerkiksi huono valaistus, portaat ja erilaiset askelmat, kulkutiellä olevat huonekalut, liukkaat lattiapinnat ja osaston sokkeloinen tai muuten hankalakulkuinen pohjaratkaisu. Organisaatiotasolla fyysisten rajoitteiden käyttöön altistavat tekijät liittyvät esimerkiksi laitospuotoon, hoitajien ja asiakkaiden määrään, johtamiskulttuuriin, talouteen sekä yhteiskunnallisella tasolla yhteiskunnan historialliseen ja kulttuuriseen taustaan ja puuttuvaan lainsäädäntöön. (Saarnio 2009, 26.)



Kaltoin kohtelun ennaltaehkäisyä mietittäessä, ennaltaehkäisy voidaan jakaa kolmeen eri tasoon sen perusteella, miten kaltoin kohtelua tulisi ennaltaehkäistä. Tasot ovat primaariehkäisy (eli universaali), sekundaariehkäisy (eli selektiivinen) ja tertiäariehkäisy (eli indikoitu). Primaariennaltaehkäisyllä pyritään jo ennen mahdollista kaltoin kohtelutapausta puuttumaan siihen ennakolta esimerkiksi yhteiskunnan toimenpiteiden avulla. Sekundaariennaltaehkäisyllä pyritään tunnistamaan mahdolliset riskiryhmät ja ehkäisemään sen perusteella kaltoin kohtelu, ennen kuin sitä ehtii tapahtua. Tertiäariennaltaehkäisyllä pyritään estämään jo tapahtuneen kaltoin kohtelun uusiutuminen. (Penhale 2010, 247.) Kaikki tasot tulevat aineistossani esille. Yhteiskunnan toimenpiteitä vanhusten kaltoin kohtelun ennaltaehkäisemiseksi on menossa ja siihen on yritetty kiinnittää huomiota myös valtiovallan tasolla. Hoivapalveluyksiköt toimivat usein sekundaariehkäisyn tasolla eli pyrkivät tunnistamaan mahdollisia riskiryhmiä kuten juuri aggressiivisesti käyttäytyviä asiakkaita tai pahasti muistisairaita ihmisiä.

### **5.3.1 Henkilöstö, aikataulut ja budjetti**

Yksi tärkeimmistä kaltoin kohtelua aiheuttavista syistä on henkilöstö ja toisaalta vastaavasti yksi tärkeimmistä kaltoin kohtelun ennaltaehkäisevistä tekijöistä on henkilöstö. Voidaan siis sanoa, että annettaessa laadukasta hoitoa ja huolenpitoa vanhuksille, avainasemassa on osaava ja aidosta työstään kiinnostunut henkilöstö. Aineiston melkein jokaisessa raportissa on mainintaa henkilöstöstä ja heidän vaikutuksestaan vanhusasiakkaisiin.

*”Henkilökunnan vähäinen määrä ei saa vaikuttaa asiakkaiden perusoikeuksien toteutumiseen eikä sitä voida pitää välttämättömänä syynä oikeuksien rajoittamiselle.” (Raportti nro 26)*

*”Osastonhoitaja toivoi, että tarkastajat tulisivat uudelleen käymään osastolla esimerkiksi ilta-ajaksi, jotta asiakkaiden haastavuus ja työn vaativuus tulisi paremmin esille. Hän on esittänyt pyynnön myös SAS-ryhmälle, jotta ryhmäkotiin ei sijoitettaisi liian hyväkuntoisia muistisairaita.” (Raportti nro 16)*

Eduskunnan oikeusasiamies tuo raporteissaan esille myös hoivapalveluyksikön organisaatioon liittyviä epäkohtia, jotka ovat vahvasti kytköksissä henkilöstön palkkakuluihin. Esimerkiksi oikeusasiamies erään hoivapalveluyksikön kohdalla kiinnitti huomiota siihen, että kaikkina muina ajankohtina ja viikonpäivinä vanhuksset tarvitsivat huomattavan paljon hoitoa ja huolenpitoa, mutta ainoastaan sunnuntaisin henkilöstön määrä oli poikkeuksellisen vähäinen.

*”Pidän henkilökunnan määrää sunnuntai aamuisin vähäisenä verrattuna muihin viikonpäiviin. Tarkastuksen perusteella minulle jäi epäselväksi, miten tämä on perusteltavissa vanhusten hoivantarpeen ja hoivan laadun kannalta.”*  
(Raportti nro 21)

Joissain hoivayksiköissä on jopa rajoitettu vanhusten käytössä olevien vaippojen määriä, vaikka eduskunnan oikeusasiamies pitää sitä lainvastaisena. Vaipat luonnollisesti maksavat, joten rajoittamalla niiden käyttömäärää, hoivapalveluyksikkö yrittää pysyä budjetissa.

*”Vaippoja on käytössä paljon ja niiden määrä on rajoitettu kolmeen vaippaan vuorokaudessa.”* (Raportti nro 9)

*”Apulaisoikeusasiamies totesi, että asukkaiden vaippojen lukumäärän rajoittaminen kolmeen vaippaan vuorokaudessa on lainvastaista.”* (Raportti nro 15)

Ajan puute ja kiire ovat ongelmallisia käsitteitä. Yleensä henkilöstö tietää, että vanhuksen omatoimisuutta tulisi tukea ja sille tulisi antaa enemmän sijaa työssä. Kaikissa laatusuosituksissa painotetaan kuntouttavaa työtettä ja sitä, että vanhuksen palvelu ja puolesta tekeminen pitäisi enemmänkin olla selkeästi yhdessä tekemistä vanhuksen voimavarat huomioon ottaen. Näin vanhuksen omatoimisuutta tuettaisiin, sillä heikkokuntoinenkin vanhus pystyy yleensä vielä jotain tekemään itse. Kuntouttavan työotteet tulisi perustua laaja-alaiseen vanhuksen psyykkiset, henkiset ja sosiaaliset kyvyt huomioon ottavaan työotteeseen, jonka pääpaino olisi vanhuksen elämänlaadun huomioimisella ja sen parantamisella. Laatusuositukset myös korostavat vanhuksiin kohdistuvan kaltoinkohtelun tunnistamista aiempaa tarkemmin ja nopeaa reagointia siihen. (Sarvimäki ym. 2004, 31-32.)

*”Kokonainen kerros voi olla ilman hoitajaa osan yötä, koska yöhoitajia on vain kolme. Yksikössä kerrottiin olevan yöaikaan yhden hoitajan vastuulla kolmessa kerroksessa yhteensä 33 asiakasta.” (Raportti nro 25)*

*”Henkilökunnan puute ei oikeuta asiakkaan rajoittamiseen.” (Raportti nro 29)*

### **5.3.2 Kaltoinkohtelun ennaltaehkäisymahdollisuudet**

Aineistoni raporttien perusteella vanhukset itse hyvin harvoin valittavat saamastaan kohtelusta, vaan he ovat tyytyväisiä siihen, että yleensä saavat hoitoa ja huolenpitoa ja tuntevat myös ymmärtävän, että henkilöstöllä on usein kiire. Kuitenkin vanhuksen joutuessa toisen ihmisen kaltoinkohtelemaksi, se on hänelle pahin mahdollinen ihmisarvoa ja turvallisuutta loukkaava teko. Kaltoinkohtelua tulisikin pyrkiä ennaltaehkäisemään kaikilla erilaisilla keinoilla. Yksi tärkeimmistä keinoista on lainsäädäntö. Kaltoinkohteluun tulisi puuttua heti, kun sitä havaitaan. Pitkään jatkunut kaltoinkohtelu voi jättää vanhukselle elinikäiset traumat, jotka voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai/ja aineellisia. Ääritapauksessa kaltoinkohtelu voi johtaa vanhuksen kuolemaan. Lainsäädäntö mahdollistaa jo erilaisia ennaltaehkäiseviä keinoja huomata ja puuttua mahdolliseen kaltoinkohteluun tai ehkäistä, ettei sitä tapahdu koskaan. (Kivelä 2012, 152–166.)

*”Ryhmäkodin asukas kertoi pääsevänsä suihkuun kerran viikossa ja tarvitsevänsä apua muun muassa peseytymisessä. Asukas halusi käydä suihkussa kahdesti viikossa, mutta totesi, että hoitajilla ei riitä siihen aikaa, kun on niin paljon muitakin autettavia.” (Raportti nro 26)*

Vanhusten kaltoinkohtelun ehkäisemiseksi ei ole olemassa mitään nopeita keinoja. Tutkimusta aiheesta on tehty melko vähän. Jonkinlaisia tutkimustuloksia on siitä, että esimerkiksi terveysalan ammattihenkilöstön koulutus, yleinen myönteisen asenteen ja ilmapiirin lisääminen, kaltoinkohtelun seulonta, omaishoitajien tukeminen ja erilaiset sosiaalipalvelut, joissa osattaisiin tunnistaa mahdollinen kaltoinkohtelu, auttaisivat ennaltaehkäisemään vanhusten kaltoinkohtelun eri muotoja. Lisää pitäisi tutkia muun

muassa erilaista tiedon jakamista ja kohdistamista suoraan vanhuksille kaltoinkohtelusta ja siitä, mitä se on sekä siitä, miten kaltoinkohtelusta voi ilmoittaa ja kenelle siitä tulisi kertoa. Lisäksi tutkimuksissa on tullut ilmi se, että lainsäädännön toimilla on tärkeä rooli vanhusten suojaamisessa kaltoinkohtelulta. Lainsäädäntö voi antaa selkeän viestin siitä, että yhteiskunnassa ei sallita minkäänlaista vanhusten kaltoinkohtelua ja, että vanukset ovat arvokas ihmisryhmä. (Oikeusministeriö 2011, 59–60.)

Valviran tutkijat ovat tuottaneet yli 60-sivuisen raportin terveydenhuollon vaaratapahtumista ja siitä, miten niistä tulisi raportoida. Raportti käsittelee vaaratilanteita, poikkeamia, virheitä ja läheltä piti -tilanteita terveydenhuollossa. Nämä liittyvät läheisesti myös vanhusten kaltoinkohteluun ja oikeusasiamies viittaa usein kyseiseen raporttiin tarkastuspöytäkirjoissaan. Oikeusasiamiehen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmän pääasiallinen tarkoitus on kehittää ja parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta, johon liittyy myös oleellisena osana henkilökunnan työturvallisuus sekä jaksaminen. Monet vanhusten hoivapalveluyksiköt käyttävät nykyisin HaiPro -järjestelmää. Sen kautta suositellaan tehtäväksi erilaiset vaara- ja haittatapahtumailmoitukset. HaiPro -järjestelmän kehittäminen aloitettiin vuonna 2005 ja sen päätavoite oli toimintatavan kehittäminen tilanteissa, joissa on turvallisuutta vaarantavia poikkeamia, virheitä tai muita havaittuja vaaratilanteita erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Lähtökohta oli se, että raportointi olisi vapaaehtoista ja järjestelmän ominaispiirre oli rankaisemattomuus. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 10–11.)

*”Sairaanhoitaja toivoi, että asukkaille olisi enemmän aikaa monipuoliseen virkistykseen. Hoitajat olivat niin kiireisiä, että aikaa ei jäänyt riittävästi asiakkaiden kanssa oleiluun kuin ehkä viikonloppuisin, jolloin oli hieman rennompaa.” (Raportti nro 10)*

Johtamiskulttuurilla on erittäin suuri merkitys siihen, miten alaiset toimivat ja millaisia käytäntöjä noudatetaan. Samoin johtamiskulttuuri vaikuttaa siihen, millaiseksi toimintakulttuuri esimerkiksi hoivapalveluyksikössä muodostuu ja miten vanhusta kohdellaan siellä. Esimiesten tulisi olla läsnä myös arjen työssä ja luoda omalla toiminnallaan avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri sen vuoksi, että näin tarvittaessa erilaisiin epäkohtiin tai suoranaiseen kaltoinkohteluun olisi kaikkien helpompi puuttua ja siitä olisi helpompi puhua. (Mäki 2017, 1.)

*”Apulaisoikeusasiamies toteaa yleisellä tasolla, että johdon vastuulla on se, että huono kohtelu määritellään selkeästi ja että henkilökunnalle viestitetään, että se ei ole sallittua.” (Raportti nro 26)*

*”Palveluesimies oli epävarma siitä, miten palveluasumisen maksut kokonaisuudessaan määräytyivät ja millä periaatteella palvelumaksu muodostui.” (Raportti nro 26)*

*”Palveluasumisen esimies kertoi, että ryhmäkodin työntekijät olivat ilmoittaneet hänelle, jos havaitsivat kaltoinkohtelua, joka oli ollut epäasiallista asiakkaan puhuttamista. Palveluasumisen esimies oli puuttunut asiaan välittömästi ja asia oli korjaantunut.” (Raportti nro 20)*

Havaitsemastaan kaltoinkohtelusta kertominen ei ole välttämättä helppoa. Esimiehille tieto kaltoinkohtelusta saattaa tulla usealta eri taholta. Hoivayksikön oma tai ulkopuolinen henkilöstö voi kertoa siitä. Yleensä henkilöstön on vaikea kertoa asiasta esimiehelle, mikäli kyse on omasta työkaveristaan. Jos kaltoinkohtelun tekijä on sijainen, niin hänestä on helpompi kertoa ja hänen toimiinsa on helpompi myös puuttua. Puuttuminen kaltoinkohteluun on rohkea teko ja siitä kertominen ole välttämättä helppoa. Myös omaiset ja läheiset voivat kertoa, jos havaitsevat kaltoinkohtelua tai epäilevät sitä. Nykypäivänä ihmiset ovat jo melko valveutuneita ja puuttuvat melko herkästi havaitsemiinsa epäkohtiin, mutta silti on ollut tilanteita, etteivät omaiset ole kertoneet asiasta, vaan kaltoinkohtelu on saattanut jatkua pitkäänkin. Jos kaltoinkohtelua havaitaan, niin esimiehen velvollisuus on puuttua siihen heti. Tapoja puuttumiseen on erilaisia ja joskus koetaan ongelmalliseksi se, että millaisiin tilanteisiin tulee puuttua heti ja millaisia tilanteita voi ehkä seurata vielä. (Muurinen ym. 2007).

## **5.4 Yhteenveto raporteista**

Raporttien perusteella tulee epäoikeudenmukainen olo. Tuntuu, että toisilla vanhuksilla on hyvä olla hoivapalveluiden piirissä ja toisessa paikassa taas tulee esiin räikeitäkin epäkohtia. Lisäksi ihmetystä herättää, että 2020-luvun lähestyessä, on edelleen yksiköitä, joissa ei ole

sähköistä asiakastietojärjestelmää. Itseäni mietityttää, että voiko se edes olla mahdollista?

*”Kunnassa ei ole sähköistä asiakastietojärjestelmää, mikä vaikeuttaa tiedonkulkua.” (Raportti nro 29)*

Raporteista tulee ilmi muutamia tietyn yksityisen palveluntuottajan paikkoja, joihin on tehty useita tarkastuksia ja ne ovat olleet tehostetun valvonnan piirissä jo vuosien ajan ja silti edelleen yksiköistä tulee epäkohtailmoituksia. Valvontatoimet ja niistä syntyneet korjaustoimenpiteet eivät siis ole olleet riittävän ankaria, jotta ne olisivat poistaneet hoivan ja hoidon laatuun liittyvät ongelmat ja ehkäissee uusien epäkohtien syntymistä. Voidaan myös arvioida, että tarkastuskäyntien lyhyt kesto ja niiden toteuttaminen yleensä ennalta sovitusti ovat voineet olla aiheuttamassa sitä, että osa epäkohdista on huomattu vasta viiveellä. Apulaisoikeusasiamiehen mielestä erityisen huolestuttavaa on se, että vanhustenhuollossa esiintynyt vakava kaltoinkohtelu on voinut aiheuttaa sen, että hoivan ja hoidon laadun vakavatkin ongelmat ovat jääneet tarkastustoiminnassa liian vähäiselle huomiolle, jos puutteiden korjaamisen ei ole arvioitu edellyttävän välittömiä toimenpiteitä palveluntuottajan osalta. Päävastuu hoivapalveluyksiköistä on kuitenkin kunnilla ja niiden on varmistettava omalla toiminnallaan, että asiakkaalle myönnetty palvelu vastaa hänen palveluntarvettaan ja, että hoivayksikössä on tarpeellinen määrä henkilökuntaa. Asiakkaiden palvelupäätösten tulee vastata asiakkaiden tarpeita ja toiminnan toteutuksen tulee vastata lupaehtoja. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

*”Vaihtuvuus osastoilla on sairaanhoitajan kertoman mukaan suuri. Hoivapalveluyrityksen edustaja myös totesi, että heidän tarjoamana palkat ovat hoiva-alan minimiä.” (Raportti nro 21)*

Apulaisoikeusasiamies pitää erityisen tärkeänä sitä, että toimintayksiköissä kuunnellaan asukkaiden toiveita ja pyritään selvittämään jokaisen asiakkaan oma tahto ja mielipide, vaikka se joskus voikin olla vaikeaa tai jopa mahdotonta. Kyse on loppujen lopuksi kuitenkin siitä, että asumispalveluyksikkö on vanhuksen koti ja hänen tulisi voida elää siellä mahdollisimman pitkälle juuri niin, kuin itse haluaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä ja päivitetäessä tulisi ottaa huomioon asukkaan näkemykset ja toiveet, riippumatta siitä liittyvätkö ne suihkussa käymiseen, nukkumiseen tai kahvihetkeen osallistumiseen. Näin asukas voi itse vaikuttaa omaan arkeensa, eivätkä muut ulkopuoliset tekijät sanele sitä. Kun

toiveet on kirjattu asianmukaisesti suunnitelmaan, niiden pitäisi olla kaikkien vanhuksen hoitoon osallistuvien tiedossa. (Eduskunnan oikeusasiamies 2019.)

*”Apulaisoikeusasiamies toteaa, että tarkastuksella havaitut ja henkilökunnan kertomat epäkohdat voivat johtaa kokonaisuutena asukkaiden kaltoinkohteluun, joka Valviran edellä mainitussa tutkimuksessa käytetyn määritelmän mukaisesti voi ilmetä hoidon ja avun laiminlyöntinä, jos vanhuksset eivät pääse ulkoilemaan, heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa ei pystytä vastaamaan, eikä heille pystytä järjestämään virikkeellistä toimintaa.”*  
(Raportti nro 28)

*”Apulaisoikeusasiamies piti myönteisenä yksikön avointa ilmapiiriä, joka mahdollistaa myös epäkohtien esiin nostamisen ja sitä kautta niihin puuttumisen.”* (Raportti nro 30)

Raporttien mukaan läheisten ja omaisten merkitys vanhusten hyvinvointiin hoivalaitoksissa on suuri. Mikäli vanhuksella on aktiivinen ja usein vieraileva läheinen, joka kiinnittää huomiota asioihin, niin todennäköisesti vanhus saa niin sanotusti parempaa palvelua ja hänen asioihinsa reagoidaan nopeammin kuin vanhuksen, jolla ei ole omaisia. Erityisesti eriarvoisuus ja riskin mahdollisuus hoivapalvelujen saamiseksi ja hankkimiseksi kasvaa niissä tapauksissa, kun vanhukselta vaaditaan henkilökohtaisia resursseja ja useinkaan niitä ei enää ole. Sosioekonominen tausta, fyysinen ja psyykkinen kunto, informaalin avun saatavuus ja lähiomaisten apu vaikuttavat mahdollisuuksiin suoriutua oikein järjestelmässä, jossa painotetaan yksittäisten ihmisten vastuuta omasta elämästään sosiaalisten oikeuksien sijaan. (Kröger, Karisto & Seppänen 2007, 12–13.)

Vanhusten liikkumisen fyysiseen rajoittamiseen käytetään hoivayksiköissä myös melko paljon niin sanottuja epäsuoria menetelmiä, joita hoitohenkilöstö ei välttämättä edes pidä rajoittamisena. Esimerkiksi hoitaja voi ottaa vanhukselta pois liikkumisen apuvälineen kuten vaikkapa rollaattorin tai kävelytelineen tai pitää vanhusta puutteellisesti pukeutuneena, jolloin tämä ei viitsi sen vuoksi liikkua. Epäsuoraan rajoittamiseen voi kuulua myös esimerkiksi soittokelloon vastaamatta jättäminen tai jopa soittokellon poisottaminen. Näin vanhukselta viedään mahdollisuus pyytää apua liikkumiseen. Epäsuoraa rajoittamista on myös se, joissa vanhukselle sallitaan liikkuminen vain liittyen erilaisiin hoitotoimenpiteisiin,

vaikka vanhus olisi halunnut liikkua enemmän. Osa näistä epäsuorista rajoittamistoimista voi tapahtua niin, ettei hoitaja välttämättä edes tiedosta rajoittavansa vanhuksen liikkumista, mutta niin tai näin lopputuloksena on kuitenkin vanhuksen liikkumattomuus. Erityisen tärkeää olisikin vanhusten hoivapalveluyksiköissä lisätä henkilöstön tietoisuutta erilaisten fyysisten rajoitteiden käytön haitoista ja painottaa kaiken liikkumisen tärkeyttä. (Saarnio 2009, 80.)

Saarnion (2009, 81) väitöskirjassa on tullut myös esille vanhusten liikkumisen rajoittamiseen liittyvä omaisten aktiivinen toimiminen. Omaisten rajoittaminen on ollut yleensä suoraviivaista eli omaiset ovat itse käyttäneet fyysisiä rajoitteita. He ovat esimerkiksi nostaneet itse sängynlaidat ylös tai kiinnittäneet vanhuksen pussilakanan avulla sänkyyn. Omaisten epäsuora rajoittaminen ilmeni omaisten pyytäessä tai joskus jopa vaatiessa henkilöstöä käyttämään fyysisiä rajoitustoimenpiteitä vanhuksen liikkumisen estämiseksi. Väitöskirjan mukaan todennäköisesti omaiset arvioivat hoivayksiköiden fyysisen ympäristön turvattomaksi vanhukselle ja ottavat myös mallia henkilöstön tavasta rajoittaa vanhusten liikkumista. Tässä kohtaa olisi myös tärkeää selvittää se, mikä vanhusten hoivapalveluyksiköiden rakenteissa ja toiminnassa aiheuttaa omaisille tunteen, että vanhus ei olisi turvassa siellä ilman rajoitteiden käyttöä? Jostainhan tämä tunne tulee. Vaihtoehdoksi on esimerkiksi tarjottu liian vähäistä henkilöstömäärää, liian isoja hoitoyksiköitä, huonokuntoisia vanhuksia ja henkilöstön toimintatapoja. Syitä voi olla useitakin, mutta harva omainen vain huvikseen pyytää läheiselleen rajoitustoimenpiteitä käyttäväksi, vaan huoli turvallisuudesta on varmasti todellinen. Tässä voisi olla toisen tutkimuksen paikka.



## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Aineistoni perusteella eriasteista kaltoinkohtelua ilmenee hoivapalveluyksiköissä ja se on myös melko yleistä. Henkilöstö ei välttämättä edes tunnista sitä tai miellä asiaa kaltoinkohteluksi, vaikka se sitä olisikin. Hoivapalveluyksiköiden välillä on myös todella suuria eroja ja asukkaan näkökulmasta tämä vaikuttaa erittäin epäoikeudenmukaiselta, sillä vaihtelu on myös suurta saman kaupungin välillä eri hoivapalveluyksiköissä. Jotta kaikki asukkaat saisivat vähintään samantasoista palvelua, tulisi tiettyjen standardien olla lainmukaisia, jotta voitaisiin taata tasalaatuinen palvelu kaikille. Tämän pitäisi olla peruslähtökohta.

Vanhusten hoidossa toiminnan tulee perustua asiakaslähtöisyyteen ja erilaisia hoitokäytäntöjä tulisi kehittää eettisesti kestävien arvojen ja toimintaperiaatteiden mukaan. Vanhusten hyvän hoidon ja laadukkaan palvelun tulisi perustua inhimillisiin arvoihin ja asianmukaiseen ja suunniteltuun hoitoon, josta on keskusteltu ja joka on suunniteltu yhdessä vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa. Vanhusten hoidon ja palvelujen tulisi perustua jatkuvuuteen ja saumattomuuteen ja siinä tulisi arvioida säännöllisesti vanhusten hoidon ja palvelujen tavoitteiden täyttymistä, täydentää tavoitteita aina tarpeen vaatiessa ja arvioida hoidon tuloksia ja tehdä tarvittaessa muutoksia siihen. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tulisi kehittää aina yksilöllisesti ja lait potilaan ja asiakkaan asemasta ja oikeuksista ovat tuoneet myös esille hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen. Vanhusten yksilöllisen hoidon ja palvelun sekä yleisesti koko toiminnan tulisi perustua hyvään ja kokonaisvaltaiseen hoitoon, joka on systemaattisesti suunniteltu ja sitä tulisi täydentää ja arvioida jatkuvasti. (Sarvimäki ym. 2004, 29-30.)

Vanhuus ja vanhusten hyvinvointi tulevaisuudessa on herättänyt viime vuosien aikana monenlaista keskustelua. Esimerkiksi Vaiva-kollektiivi (2017, 176–180) ottaa Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehdessä Januksessa kantaa tulevaan Sote-uudistukseen, jossa selvästi ohitetaan vanhukset. Sote-uudistus rakentuu sen varaan, että kaiken keskipisteenä on terve ja toimintakykyinen sekä järkeviä valintoja tekevä itsenäinen aikuinen ihminen. Ikääntyvä väestö ja huoltosuhteen muuttuminen huonompaan suuntaan on yksi suurimmista syistä sote-uudistukselle, mutta silti eniten apua ja palveluja tarvitsevat huonokuntoiset vanhukset on jätetty huomioimatta uudessa uudistuksessa.

Kritiikkiä herättää myös se, että uudistuksen lakiluonnoksessa vanhukset nähdään kuluerinä ja säästöjen kohteena sen sijaan, että pääosassa olisi vanhusten oikeus arvokkaaseen loppuelämään ja asianmukaiseen hoitoon ja huolenpitoon. Jo tämä ajatusmaailma vääristää koko kuviota ja luo paineita koko vanhustenholtoon.

Vanhuus voidaan nähdä elämäkokemuksen kasvuna ja eräänlaisena viisautena eletystä elämästä, mutta vanhuus tuo mukanaan myös haurauden ja haavoittuvuuden. Näillä usein perustellaankin sitä, että vanhuksia joudutaan rajoittamaan hoivapalveluissa. Haavoittuvuus tarkoittaa, että ihminen saattaa loukkaantua normaalia helpommin, koska hän on hauras, heikko tai herkkä. Tästä esimerkkinä vanhusten luut, jotka murtuvat helposti eli siitä syystä kaatumisia ja putoamisia tulee ehkäistä. Lisäksi muistisairaus hankaloittaa ihmisen mieltä ja samalla muuttaa ihmistä, joten muistisairaana ihmisen ympäristö ja koti pitäisi olla turvallinen ja kommunikaatio hänen kanssaan selkeää ja johdonmukaista. Vanhukset ovat usein myös herkkiä siinä mielessä, että he helposti aistivat ympäristön ilmapiirin ja lähellä olevien ihmisten mielialat ja tunteet. Tämä sama pätee erityisesti muistisairaisiin vanhuksiin, jotka ovat erityisen herkkiä ympäristön mielialalle eli negatiivisille ja positiivisille tuntemuksille. (Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011.)

Vanhuus ei ole yhtä kuin sairaus tai sen ei pitäisi ainakaan olla, vaikka monelle se tuntuu samaa asiaa tarkoittavankin. Esimerkiksi Italiassa vanhuksista noin 98 prosenttia asuu itsenäisesti ja vain 2 prosenttia erilaisissa laitoksissa. Perheen rooli on Etelä-Euroopassa tärkeämmässä roolissa kuin Pohjoismaissa, mutta lisäksi ihmisillä on halu huolehtia lähimmäisistään. Vastaavasti Suomessa erilaisissa laitoksissa asui vuoden 2000 tilastojen mukaan 6,7 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä. Lisäksi toisella 6,7 prosentilla oli säännöllinen kotihoito ja 86,7 prosenttia asui itsenäisesti. Italia on kuitenkin yksi Euroopan ikääntyneimmistä maista, joten mikä selittää sen, että italialaiset vielä ikääntyneimpinä pärjäävät paremmin kotonaan kuin suomalaiset? (Tuppurainen (toim.) 2006, 15 & 31–32.)

Hyvinvointi rakentuu kolmella eri tasolla, jotka ovat yhteiskuntataso, yhteisötaso ja yksilötaso. Yhteiskunnan tasolla toimintaa ohjaavat lait, asetukset ja politiikka. Näistä päättävät Suomessa hyvinvointihallinto sekä hyvinvointipolitiikka. Eettisellä tasolla tulisi miettiä sitä toteutuvatko sosiaalinen oikeudenmukaisuus, solidaarisuus ja tasa-arvo ja jos ne eivät toteudu, niin mistä asia johtuu? Yhteisö- eli kuntatasolla toimintaan kuuluu hyvinvointihuoltoa, -hallintoa ja -palveluja sekä niiden organisointia. Tällä tasolla on kyse

peruspalveluista ja niiden tuottamisesta, palveluista sekä asiakkaan huomioon ottamisesta. Yksikön kannalta tarkoitetaan hyvinvointityötä ja sitä, kuinka työ tehdään eettisesti. Erityisesti asiakastyössä ammattilaisella on oltava tietoa, taitoa ja etiikkaa, jotta he pystyvät parhaiten auttamaan ja tukemaan avuntarpeessa olevaa asiakasta. (Niemelä 2011, 13–21.)

Yhteiskunnallisella tasolla kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyä voitaisiin lisätä muokkaamalla asenteita vanhuksia kohtaan myönteisemmiksi sekä lisäämällä ihmisten tietoa muistisairauksista ja kaltoinkohtelusta. Yhteiskunnassa tulisi myös lisätä sosiaalista kontrollia sekä sosiaalista vastuuta vanhuksista. Tämä auttaisi ennaltaehkäisemään ja vähentämään kaltoinkohtelua. Kaltoinkohtelun ehkäisemiseen vaikuttaa positiivisesti myös se, että siitä olisi olemassa selkeä määritelmä. Kun jokin asia on määritelty, niin sille on helpompi sekä organisaatiotasolla että koko yhteiskunnan tasolla luoda toimintaohjeet, miten asiaa voidaan ennaltaehkäistä, miten siihen voidaan puuttua, jos kaltoinkohtelua havaitaan ja miten siitä on tarkoitus päästä eroon. (Sipiläinen ym. 2009, 38–44.)

Vanhusten oman äänen kuuleminen on tärkeä asia puhuttaessa hyvästä vanhuudesta tai ylipäättään vanhusten kaltoinkohtelusta. Myös informaation jakaminen sekä vanhuksille että omaisille on olennaisen tärkeää. On luonnollista, että omaiset esimerkiksi luottavat siihen, että vanhus on hyvissä käsissä ollessaan hoivapalveluiden piirissä eivätkä välttämättä edes osaa kuvitella mahdollisuutta, että hoivakodissa voisi tapahtua kaltoinkohtelua ammattilaisten osalta. Liian moni ei uskalla lisäksi valittaa kaltoinkohteleavasta hoitajasta tai huonosta hoidosta/palvelusta eikä välttämättä edes suoranaisista virheistä, koska saattavat pelätä, mitä siitä voi seurata tai pelkäävät jopa palvelun huononevan entisestään.

Vanhuksen oikeus hoivaan ja huolenpitoon on taattu lainsäädännössä ja viime kädessä Suomen perustuslaissa. Hoivan tarve voi olla joskus vaikea todentaa ja oikeasta hoivamuodosta voi tulla erimielisyyksiä, joten edes subjektiivinen oikeus hoivaan ei ole aina helposti osoitettavissa, vaikka sellainen olisikin olemassa. Ja vaikka vanhuksella olisi oikeus hoivapalveluihin, niin saattaa silti olla, että niitä tarjotaan tavalla, etteivät ne täytä vanhuksen tarpeita. Sopivien palvelujen löytäminen, palvelujen hakeminen sekä palvelujen koordinointi ja mahdollisten virheiden selvittäminen tai korjaaminen ovat hankalia tehtäviä, joissa useimmat vanhukset tarvitsevat apua. Lisäksi jatkuva näennäinen valinnanvapauden lisääntyminen ja kuluttajuus lisäävät palvelukuvion monimutkaisuutta ja tätä kautta myös omaisten vastuuta, jos heitä on olemassa, sillä vanhukset tulevat tarvitsemaan entistä

enemmän apua palvelujen hakemisessa ja saamisessa. (Kalliomaa-Puha 2017, 237.)

Ihmisellä on luontainen tarve liikkua ja tehdä asioita, joten varmaa on ainakin se, että vielä liikuntakykyisen vanhuksen makuuttaminen sängyssä tai sitominen paikalleen istumaan ei voi parantaa vanhuksen hyvinvointia millään tasolla riippumatta siitä, onko hän esimerkiksi muistisairas tai ei. (Mündermann ym., 2006.) Herää kysymys, että miten tällainen voidaan sallia vanhuksille? Sillä jos saisimme tietää, että aikuinen olisi vaikkapa sidottu haaravyöllä tuoliin, niin se herättäisi meissä heti ajatuksia siitä, miten väärin asia on. Miksi tätä samaa ajatusketjua ei tapahdu vanhuksen kohdalla?

Tutkielman kirjoittaminen oli mielekästä ja aihe kiinnosti minua erittäin paljon. Aineistoni raportit olivat sen kaltaisia kuin epäilinkin niiden olevan. Sain vastaukset tutkimuskysymyksiini niistä, mutta edelleen jäin miettimään sitä, että miten vanhusten kohdalla sallitaan tämän kaltaisia epäkohtia, mutta jos nämä samat asiat tulisivat esille esimerkiksi jossain muussa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä, niin niihin todennäköisesti puututtaisiin paljon nopeammin ja perusteellisemmin. Miksi vanhusten kohdalla ummistetaan silmiä helpommin? Tämä asia jäi vaivaamaan minua vielä.

## LÄHTEET

Aejmelaesus, Riitta & Hetemäki, Martti (2019). Vanhustenhoidon ongelmat, osa 1. Valtiovarainministeriö. <https://valtioneuvosto.fi/-/10623/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1>. (Haettu 1.3.2021.)

Aejmelaesus, Riitta & Hetemäki Martti (2019). Vanhustenhoidon ongelmat, osa 2. Valtiovarainministeriö. <https://valtioneuvosto.fi/-/10623/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-2>. (Haettu 2.3.2021.)

Arajärvi, Pentti (2014). Vanhuspalvelulaki – Mitä ja miksi? Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Nieminen, Liisa (toim.). Vanhuus ja oikeus, s. 257–282. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus.

Baker, Alex (1975). “Granny battering”. *Modern Geriatrics* vol 5:8, 20-24.

Bourne, Richard; Levin, Jack (1983). *Social problems: Causes, Consequences, Interventions*. St. Paul, Minnesota: West publishing co.

Brandl, Bonnie & Bitondo Dyer, Carmel & Heisler, Candace J. & Otto, Joanne Marlatt & Stiegel, Lori A. & Thomas, Randolph W (2006). *Elder abuse detection and intervention – a collaborative approach*. Springer Publishing Company. New York.

Carey, Malcolm (2012). *Qualitative research skills for social work: theory and practice*. Burlington: Ashgate.

Eduskunnan oikeusasiamies (2019). Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2019: Vanhusten oikeudet. [Kertomus 2019 Vanhusten oikeudet \(oikeusasiamies.fi\)](https://www.oikeusasiamies.fi/kertomus-2019-vanhusten-oikeudet). (Haettu 20.4.2021.)

Eduskunnan oikeusasiamies: Tarkastukset. [Tarkastukset - Oikeusasiamies](https://www.oikeusasiamies.fi/tarkastukset). (Haettu 25.4.2021.)

Fried, Suvi & Heimonen, Sirkkaliisa & Jokinen, Pirjo (toim.) (2013). Ikääntyminen ja mielen hyvinvointi; Katsaus kirjallisuuteen. ORAITA 1/2013. Ikäinstituutti.

<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/ikääntyminen-ja-mielen-hyvinvointi.pdf>. (Haettu 17.4.2021.)

Giele, Janet Z. & Elder Jr, Glen H. (1998). Life course research. Development of a field. Teoksessa Methods of life course research. Qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009). Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.

Härkönen, Rebekka & Korkki, Raisa (2016). Potilaita pahoinpideltiin vuosien ajan Turussa. Turun Sanomat 18.2.2016. [Potilaita pahoinpideltiin vuosien ajan Turussa - Uutiset - Turun Sanomat \(ts.fi\)](#) (Haettu 23.3.2021.)

Isola, Arja & Backman, Kaisa (2004). Vaiettu ääni – vanhusten kaltoinkohtelun olemus. Teoksessa Kankare & Lintula (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kalliomaa-Puha, Laura (2007). Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitotosopimus hoivan instrumenttina. Kela: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 90.

Kalliomaa-Puha, Laura (2017). Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. Gerontologia 31(3), 2017, s. 227–242.

Kan, Suvi & Pohjola, Leena (2012). Erikoistu vanhustyöhön. Sanoma Pro Oy.

Kansainvälisten asiain toimisto, Sosiaali- ja terveysministeriö (2003). Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Helsinki.

<http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm>

(Haettu 8.2.2021.)

Karisto, Antti (2004). Kolmas ikä – uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Teoksessa: Hyvä yhteiskunta kaikenikäisille. 5. liiteraportti Ikääntyminen voimavarana. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.

Karppila, Anni & Ilmoniemi, Kirsi & Mäkinen, Kaisa & Mustakallio, Meri & Laitinen-Parkkonen, Pirjo (2016). Kemiaallinen rajoittaminen voidaan tunnistaa moniammatillisella lääkityksen arvioinnilla. Sic! Lääketietoa Fimeasta 2/2016. [Kemiaallinen rajoittaminen voidaan tunnistaa moniammatillisella lääkityksen arvioinnilla - Sic! \(fimea.fi\)](#). (Haettu 2.5.2021.)

Karvonen-Kälkäjä, Anja & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna (2017). Vanhuusoikeuden perusteet. Helsinki: Alma Talent.

Kaskiharju, Eija (2019). Mitä virkaa on vanhuspalvelulaililla? Palvelun laatua jäljittämässä. Gerontologia 33(2), s. 57–73.

Kivelä, Sirkka-Liisa (2012). Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Knuuttila, Jari & Ruuhilehto, Kaarin & Wallenius, Jarkko 2007. Terveystuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007; Terveystuollon laadunhallinta. [LH-2007-1\\_vaatatapahtumien\\_raportointi.pdf \(valvira.fi\)](#). (Haettu 15.3.2021.)

Koskinen, Simo & Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva (1998). Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Koskinen, Simo & Seppänen, Marjaana (2013). Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Gerontologia (toim. Heikkinen, Eino & Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina). Helsinki: Duodecim, s. 444–453.

Kröger, Teppo & Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2009). Sosiaalityö vanhuuden edessä. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.). Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 7–18.

Laaksonen, Hannele (2010). Mistä merkeistä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö voi epäillä vanhusten kaltoinkohtelua? Julkaistu Työelämän tutkimus 3/2010. Uudistuneen työelämän tutkimus -lehden 8. vuosikerta.

Lumio, Jukka (2019). Painehaavat eli makuuhaavat. Duodecim Terveyskirjasto. [Painehaavat eli makuuhaavat - Terveyskirjasto](#). (Haettu 19.5.2021.)

Luoma, Minna-Liisa & Tiilikallio, Piia & Helakallio, Päivi (2018). Kotona asuviin ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu ja väkivalta. Julkaistu Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2018; 134 (18): 1797–1802.

Mündermann, Lars & Corazza, Stefano & Andriacchi, P Thomas (2006). The evolution of methods for the capture of human movement leading to markerless motion capture for biomechanical applications. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation 2006, 3:6. [1743-0003-3-6.pdf \(biomedcentral.com\)](#). (Haettu 5.5.2021.)

Muurinen, Seija & Mattila, Antti & Nuutinen, Hanna-Leena (2007). Omaisten mielipiteitä läheistensä hoidosta Helsingin palvelutaloissa ja vanhainkodeissa 2006. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto: Tutkimuksia 2007:1.

Mäki, Annastiina (2017). Johtajuuskulttuuri – toiveiden, tekojen ja tulkintojen tihentymä. Tutkimus johtajuuskulttuurin olemuksesta ja kehittämisestä asiantuntijaorganisaatioissa. Väitöskirja: Vaasan yliopisto.

Niemelä, Pauli (2011). Sosiaalityö hyvinvointietiikan toteuttajana. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Juva: PSkustannus.



Niskakoski, Miia (2017). Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ja siihen puuttumisen haasteet vanhustenhuollon yksiköissä. Pro gradu-työ: Lapin Yliopisto. [Niskakoski.Miia.pdf \(ulapland.fi\)](#). (Haettu 1.5.2021.)

Oikeusministeriö (Rikoksantorjuntaneuvoston työryhmä; puheenjohtaja Sirkka Perttu ja sihteeri Mervi Sarimo) (2011). Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. Oikeusministeriön Selvityksiä ja ohjeita 41/2011.

Pietikäinen, Sari & Mäntynen, Anne (2009). Kurssi kohti diskurssia. Vastapaino: Tampere.

Pietilä, Anna-Maija & Länsimies-Antikainen, Helena (toim.) (2008). Etiikkaa monitieteisesti, Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion yliopisto.

Pillemer, Karl (2015). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies 56 (2): 194-205.

Pritchard, Jacki (1996). Working with elder abuse: A training manual for home care, residential and day care staff. London: Jessica Kingsley Publishers LTD.

Ryynänen, Olli-Pekka, Vauramo, Erkki, Malmi, Teemu & Koikkalainen, Ville (2020). Sote ja ikääntymisen ongelmat – Selviämispolun etsintää. Kunnallisalan kehittämissäätöön Julkaisu 35.

Saarnio, Reetta (2009). Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja: Oulu 2009 D 1024.

Sarvimäki, Anneli & Simonen, Mika & Parviainen, Tuire (2004). ”Halusin toimia oikein. Mikä on oikein?” Vanhustyöntekijöiden kokemia eettisiä ongelmia. Raportteja 1/2004. Ikäinstituutti: Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö; Saarto, Tiina ja asiantuntijatyöryhmä (2017). Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatukriteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Helsinki 2017:44.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2020). Iäkkäiden palvelut. <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut>. (Haettu 10.11.2020.)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2020). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030; Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. [Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030 \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi). (Haettu 10.4.2021.)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2017). Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Julkaisuja 2017:5. [05\\_17\\_Sosiaalihuoltolain soveltamisopas.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.valtioneuvosto.fi). (Haettu 10.5.2021.)

St. James, Paulette (2008). Challenges in Elder Mistreatment Programs and Policy. Journal of Gerontological Social Work 36:3-4, s. 127-140.

Stenbock-Hult, Bettina & Sarvimäki, Anneli (2011). The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. Nursing Ethics 18.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. [Suomen perustuslaki 731/1999 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](https://www.finlex.fi). (Haettu 30.4.2021.)

Sunesson Sune 2006. Socialt arbete som internationellt forskningsområde. Teoksessa Meeuwisse Anna, Sunesson Sune & Swärd Hans (toim.) Socialt arbete. En grund bok. 4. painos. Författarna och bokförlaget, Stockholm.

Suoninen, Eero (1999). Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino, 17–36.

Suvanto ry (2020). Ikäihmisten kaltoinkohtelu. <https://www.suvantory.fi/ikaihmisten-kaltoinkohtelu/>. (Haettu 15.9.2020.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2020). Ikääntyminen. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen>. (Haettu 10.9.2020.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL (2011). Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women – Results of a Multi-cultural Survey Conducted in Austria, Belgium, Finland, Lithuania and Portugal. [Microsoft Word - AVOW EuropeanResearchReport2011 \(thl.fi\)](#). (Haettu 16.5.2021.)

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Tammi.

Tuppurainen, Yrjö (toim.) (2006). Tulevaisuuden senioriasuminen (TSA) -hanke, Loppuraportti. Oulun yliopisto – Arkkitehtuurin osasto -julkaisu AO/A 37. Oulun yliopistopaino, Oulu.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK (2019). Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. [Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa \(tenk.fi\)](#). (Haettu 16.5.2021.)

Törrönen, Maritta & Seppänen, Marjaana (toim.) (2013). Sosiaalityön tiedonmuodostus. Sosiaalitieteiden laitos; Helsingin yliopisto.

Sarvimäki, Anneli, Simonen, Mika & Parviainen, Tuire (2004). ”HALUSIN TOIMIA OIKEIN. MIKÄ ON OIKEIN?” Vanhustyöntekijöiden kokemia eettisiä ongelmia. Raportteja 1/2004. Ikäinstituutti: Helsinki.  
<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/11/Rap-1-2004-pdf.pdf>.

Sipiläinen, Helena & Kankkunen, Päivi & Kvist, Tarja 2009. Vanhusten kaltoinkohtelu ja sen ehkäisy – näkökulmana hoitotyön johtajien toiminta. Premissi 4, 38–44.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Valvira (2016). Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana – Valviran kysely 25.2.-18.3.2016. Selvityksiä 1:2016. Helsinki.  
[https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia\\_kaltoinkohtelu\\_vanhustenhuollon\\_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c](https://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c). (Haettu 24.8.2020.)

Sosiaali- ja terveystalouden lupa- ja valvontavirasto Valvira (2020).

<https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-palvelut/vanhustenhuolto>. (Haettu 4.9.2020.)

Vaivakollektiivi, 2017. Sote-norsu posliinikaupassa? Vanhuus ja vaivaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. *Janus* vol. 25 (1), 176–180.

Valokivi, Heidi & Zechner, Minna (2009). Ristiriitainen omaishoiva – läheisten auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.). *Hoiva – Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, s. 126-153.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008). *Vanhuus ja hoidon etiikka*. ETENE-julkaisuja 20: Vantaa.

<https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf>.

Voutilainen, Eero (2010). Vanhus on ruma sana. Kotimaisten kielten keskus. [Vanhus on ruma sana - Kotimaisten kielten keskus \(kotus.fi\)](#). (Haettu 17.5.2021.)

Ylinen Satu ja Rissanen Sari (2005). Sosiaalityö ja kaltoinkohdeltu vanhus. *Gerontologia* vol 2, 57-64.

Ylinen, Satu (2008). Gerontologinen sosiaalityö – Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Väitöskirja: Kuopion yliopisto. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1065-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1065-2.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1065-2/urn_isbn_978-951-27-1065-2.pdf).

Liite 1: Taulukko raporteista

RAPORTTI	Pvm	Väestö	Ääriarvot (*k)	Rajotusmenpiteet	Pöytäkäytöt	Henkilökunnan mihotus	Positiiviset asiat	Huonotavat toimenpiteet (negatiiviset)	Lisähuut
1	1.6.2014	Säästö	1	Sängyn laidat, geräritimer tuoli, hygieniahaari	12	0,53	Ei ole	Fysoterapia, säännöllinen ulkoilu	
2	1.7.2015	Yksityinen	0,33	Sängyn laidat, geräritimer tuoli, hygieniahaari, haaryö	11	6,5	0,59	Omaavolontausuunnitelma puutteellinen, säännöllinen ulkoilu, sisälmaoingelmat, saattohoito	
3	1.3.2016	Kaupunki	1	Sängyn laidat, hygieniahaari, luktut ovet	48	51	1,06	Fysoterapia	
4	1.3.2017	Kaupunki	1	Sängyn laidat, hygieniahaari, luktut ovet	56	43	0,77	Liikumalliset harjoitteet	
5	1.7.2017	Säästö	1	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö	94	60	0,64	Fysoterapia, sitoutunut henkilökunta, laadukas	Suun hoito, saattohoito, sisäruokailun järkytys
6	1.7.2017	Säästö	0,33	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö	64	41	0,64	Ei ole	Yksityisyys, suun hoito, kirjaukset, ulkoilu, rajotusmenpiteet ilman lupaa
7	1.10.2017	Säästö	0,25	Sängyn laidat, hygieniahaari	44	27	0,61	Hoidasuunnitelmissa esukaan mielipide huomioitu	Suun hoito, Yksityisyys, lääkäri, vaivapapojus (3x vuorokaudessa)
8	1.11.2017	Kuntayhtymä	1	Sängyn laidat, haaryö	19	11,5	0,61	Ei ole	Puutteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma, Omaavolontausuunnitelma puutteellinen, sisälmaoingelmat, suun hoito
9	1.10.2017	Yksityinen	0,10	Sängyn laidat, haaryö	30	16	0,53	Kodinomaaset tilat	Lääkäri, Rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus, Harjoitteet (torien suuks metelö)
10	1.11.2017	Kuntayhtymä	0,5	Sängyn laidat, haaryö, luktut ovet	45	26	0,58	Saattohoito, hyvä palvelus, suun hoito, ulkoilu	Kuntayhtymän nettisivut, omaavolontausuunnitelma puutteellinen, hoitajien kiire (ei ole aikaa virkistystoimille)
11	1.1.2018	Kaupunki	1	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö, magneettiyö	12	9	0,75	Kirjaukset, lääkäri, suun hoito, virkistämistä, oma vaivapapojus (5x vuorokaudessa)	
12	1.11.2018	Kaupunki	1	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö	23	16	0,70	Kirjaukset, hoitosuunnitelmat, viestittäminen, oma fysoterapeutti, sosiaaliohjaaja paikalla kerran	Rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus, vaivapapojus (5x vuorokaudessa)
13	1.2.2018	Kaupunki	0,25	Sängyn laidat, luktut ovet	9	7,5	0,83	Ulkoilu, kodinomaisuus	Lääkäri, yöhoito, rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus
14	1.2.2018	Kaupunki	0,25	Sängyn laidat, luktut ovet, haaryö	34	21,5	0,63	Henkilökunta yöllä (ISO MINUS), puutteellinen omaavolontausuunnitelma, yksityisyys, esteettömyys, työergonomia, voimakas virtsaari läji	
15	1.3.2018	Kaupunki	1	Sängyn laidat, luktut ovet, haaryö, hygieniahaari	23	15,5	0,67	Lääkäri, saattohoito	Puutteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma, suun hoito, ulkoilu, puutteellinen omaavolontausuunnitelma, vaivapapojus (3x vuorokaudessa)
16	1.4.2018	Kaupunki	0,08	Sängyn laidat, luktut ovet, haaryö, hygieniahaari	18	11	0,61	Esteettömyys ja viihtyisät tilat	Rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus, ulkoilu, suun hoito
17	1.4.2018	Kaupunki	0,08	Sängyn laidat, haaryö	11	7	0,64	Kodikkaat tilat	Vaivapapojus (4x vuorokaudessa), esteettömyys, puutteellinen omaavolontausuunnitelma, yksityisyys
18	1.4.2018	Kaupunki	0,08	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö, luktut ovet, raitiohittavat lääkkeet, värikkö episteiden käyttöön	9	6	0,67	Suun hoito	Ulkoilu, fysoterapia, rajotusmenpiteet (asukkaan sitominen tuolin rokkulain ajaksi), kirjaukset, huoneiden oven lukitseminen yön ajaksi (pöytästuvallisuus)
19	1.6.2018	Kaupunki	Ei tietoa	Ei tietoa				Kiire ilta- ja yökäikän, lääkkeiden joko ja säilytys, hygieniahaareiden käyttö, ilta- ja yökäikän osasto voi olla ilman valvontaa	Lisätarkistus koskien palkkoja 17 ja 18 Esimies kertoi että oli huomannut katonkivon, joka oli ilta epasaalilla
20	1.6.2018	Kaupunki	1	Sängyn laidat, luktut ovet, haaryö, hygieniahaari	24	14	0,58	Suun hoito, yksityisyys, reaalilinen ilmapiri	Fysoterapia, säännöllinen ulkoilu, kirjaaminen
21	1.7.2018	Yksityinen	0,13	Sängyn laidat, hygieniahaari, luktut ovet, haaryö	61	33	0,54	Yksityisyys, viihtyisät ja reaaliliset tilat	Lääkäripalveluiden huonontuminen, fysoterapia, ulkoilu, saattohoito, henkilökunnan suuri vaihtuvuus, ei sosiaaliryön neuvontaa, puutteellinen omaavolontausuunnitelma
22	1.3.2019	Kuntayhtymä	Ei tietoa	Sängyn laidat, hygieniahaari, luktut ovet, haaryö	36	19,5	0,54	Ei ole	Paljon tulipalveluettavia, ulkoilu, puutteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma, kirjaaminen, yksityisyys, rittakä henkilöstö, rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus, saattohoito,
23	1.3.2019	Kaupunki	0,08	Sängyn laidat, haaryö, liivit	29	21	0,72	Ei ole	Puutteellinen omaavolontausuunnitelma, yksityisyys, saattohoito, suun hoito, kirjaukset
24	1.4.2019	Kuntayhtymä	Ei tietoa	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö, tuoli huoneen oven edessä	48	25,5	0,53	Ei ole	Lääkkeiden säilytys ja lääkehoidon turvallisuus, henkilökunnan saatavuus ja vaihtuvuus, saattohoito, ei sosiaaliryön neuvontaa, yksityisyys, omaavolontausuunnitelma puutteellinen, rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus
25	1.6.2019	Kaupunki	0,02	ramneisobot, haaryö, hygieniahaari, luktut ovet, tahotta rippumaton injektiohäätys	73	46	0,63	Ei ole	(ei pääse buldessaar sulkuun), ulkoilu, syöminen (pöytä ruokavali yöllä), ravinnon saanti (lehtumien). Henkilöstö ei ymmärtänyt, mikä on itsenäisiänsiokeuden rajoittamista, ei lääkäri merkinä rajotusmenpiteistä, saattohoito, polttopöytä, suun hoito, polttopöytä, omaavolontausuunnitelma puutteellinen
26	1.6.2019	Kuntayhtymä	0,08	Luktut ovet, sängyn laidat, haaryö, hygieniahaari, luktut ovet, hoitajan Sängyn laidat, geräritimer tuoli, hygieniahaari	60	39	0,65	Ei ole	Omaavolontausuunnitelma puutteellinen, henkilöstö ei tunnista sosiaalihuoltolain mukaisia ilmoitusvelvoituksia, henkilökunnan rittävyys, lääkäri, öön liian väkän henkilökuntaa, suun hoito, hygienia (ei pääse halutessaan sulkuun), ulkoilu, syöminen (pöytä ruokavali yöllä 13-14h). Henkilöstö ei ymmärtänyt, mikä on itsenäisiänsiokeuden rajoittamista, ei sosiaaliryön neuvontaa, kriteerisen taakkeen teeminen; perusteell. mm puuttavat, asaksmaksujen määräytyminen; asualetta kohtaan, johon on puuttuu.
27	1.7.2019	Kaupunki	0,25	fyysinen voiman käyttö, liikuntien apuvälineen postostaminen,	145	94	0,65	Henkilöstön kunnioittava työote, päivitytys omaavolontausuunnitelma	Yksityisyys, suun hoito, ulkoilu, yöajan käyttö (paljon tulipalveluettavia), rajotusmenpiteiden tarkoituksenmukaisuus,
28	1.9.2019	Yksityinen	0,08	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö	23	12	0,52	Ei ole	Suun hoito, saattohoito, ulkoilu, henkilökunnan rittävyys, vaihtuvuus ja perehdytys, yövapa ja ennen kello 15:stä, vessaan pääsee aamun illoin ei paikallis, asukkailla paneelivaio kun ei enää kääntä, yöajan käyttö (paljon tulipalveluettavia), kirjaukset, laaketuallisuus
29	1.9.2019	Kaupunki	0	Haaryö	24	12	0,50	Ei ole	Henkilökunta ei tiedä, mitä ovat rajotusmenpiteet !!, henkilökunnan rittävyys, mihoitus ja ajksaminen, ulkoilu, saattohoito, lääkäri, puutteellinen omaavolontausuunnitelma, kirjaukset tehdään käsi (ei sähköistä jäljellelämä), ei sirinahoitaja
30	1.10.2019 ja 1.11.2019	Kuntayhtymä	0,08	Sängyn laidat, hygieniahaari, haaryö, unipussi, oven lukitseminen	87	44	0,51	Myönteinen ja avoin ilmapiri, esimeistö	Suun hoito, ilman valvontaa öön, yöajan käyttö (paljon tulipalveluettavia), saattohoito, yksityisyys, yhdessä yksiossa rajotusmenpiteet paljon käyttöä