



”EI OO MITÄÄN PAKKO, EI OLLENKAAN”

Vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutuminen
tehostetussa palveluasumisessa

Katja Hakkarainen
Pirjo Kalenius

Opinnäytetyö
Toukokuu 2012
Sosiaalian koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma

HAKKARAINEN, KATJA & KALENIUS, PIRJO:

”Ei oo mitään pakko, ei ollenkaan”

Vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa

Opinnäytetyö 74 sivua, josta liitteitä 7 sivua

Toukokuu 2012

Opinnäytetyössä selvitettiin, miten vanhusten itsemääräämisoikeus toteutuu tehostetussa palveluasumisessa asukkaiden itsensä, työntekijöiden ja johtajien kokemana sekä mitkä tekijät itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat. Työelämätahona toimi eräs länsisuomalaisen yhdistyksen omistama osakeyhtiö, joka muun muassa tuottaa asumispalveluita vanhuksille. Haastattelut toteutettiin yhtiön kahdessa eri asumispalveluyksikössä.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja sovellettiin BIKVA-arviointimallia. BIKVA-arviointimallin mukaisesti aineiston keruu aloitettiin haastattelemalla asukkaita. Opinnäytetyöhön haastateltiin yhteensä kahdeksaa asukasta avoimena yksilöhaastatteluna. Molemmista palveluasumisyksiköistä haastateltiin neljä asukasta. Asukkaiden haastattelujen jälkeen haastateltiin ryhmähaastatteluna kummankin yksiköiden työntekijöitä, minkä jälkeen toteutettiin yksiköiden johtajien ja yhtiön toimitusjohtajan ryhmähaastattelu. Aineiston analyysissä sovellettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analyysin edetessä aineistoon yhdisteltiin teoriaa ja aikaisempia tutkimuksia. Teoreettisena viitekehysenä opinnäytetyössä on itsemääräämisoikeus ja siihen vaikuttavat tekijät. Lisäksi tarkasteltiin, miten itsemääräämisoikeutta rajoitetaan ja mitä on eettisyys vanhustyössä.

Opinnäytetyön tuloksena on, että tehostetun palveluasumisen vanhusasukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu hyvin. Asukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu, kun he ovat osallisia omaan arkeensa ja hoitonsa suunnitteluun. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen mahdollistaa fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Tärkeintä toimintakyvyn arvioinnissa on vanhuksen oma kokemus omasta toimintakyvystään. Pelkkä toimintakyky ei kuitenkaan riitä, vaan yksilöllä tulee olla myös halua ja osaamista kykyjensä käyttämiseen eikä täytymisiä saa olla liikaa, eli yksilön tulee olla toimija. Voimavarat tukevat toimintakykyä ja toimijuutta, ja sairaudet sekä yksinäisyys puolestaan heikentävät niitä. Vanhuksen itsensä ohella myös omaisilla ja hoitotyöntekijöillä on suuri merkitys sen suhteen, kuinka itsemääräämisoikeus toteutuu. Omaiset ja työntekijät voivat omalla toiminnallaan tukea ja edistää vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumista, mutta myös evätä sen toteutumisen.

Itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen on aina kehittämistä ja parantamista. Olennaisinta on keskustella aiheesta ja tuoda esiin sen tärkeyttä myös koulutuksessa ja perehdytyksessä. Kuntouttavaa työtettä tulee käyttää, jotta vanhuksen toimintakyky ja toimijuus toteutuvat mahdollisimman pitkään. Vanhuksen kohtaaminen yksilönä ja eettisyys ovat kaiken sosiaalialan toiminnan lähtökohtana.

Asiasanat: Itsemääräämisoikeus, vanhus, tehostettu palveluasuminen, BIKVA-arviointimalli

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Social Services

HAKKARAINEN, KATJA & KALENIUS, PIRJO:
“There is nothing I have to do, nothing at all”
Elderly Persons` Self-Determination in Intensified Service Accommodation

Bachelor's thesis 74 pages, appendices 7 pages
May 2012

The purpose of this study was to collect information on elderly persons` self-determination in intensified service accommodation. Finding out which factors affect elderly persons` self-determination was a further goal. The data was collected by interviewing elderly persons themselves, employees and managers in two different service accommodations units which are owned by a private company in the west of Finland.

This study employed a qualitative research method. Along with the BIKVA evaluation model. The data were collected from eight accommodation service clients by personal interviews. After that, employees of both accommodation service units were invited to a group interview. Furthermore, three heads of the units were also group interviewed. The data were analyzed by means of qualitative content analysis.

The interviewees stated that elderly persons have a high level of self-determination. Client`s self-determination actualizes when they are participating in the planning of their daily life and care. Comprehensive ability to function enables self-determination. However a client must also have desire and knowledge to use her abilities. In other words, she has to become an agent in her own life. Available resources support her ability to function and her agenthood, whereas diseases and loneliness can debilitate. Elderly persons` relatives and practical nurses can support elderly persons` self-determination or deny it trough their own behavior.

It is important to discuss self-determination and emphasize how important it is. To use rehabilitation as a working method contributes to a person`s ability to function and agenthood. Individual encounters and ethicality are always necessary in social work.

Key words: self-determination, elderly person, intensified service accommodation, BIKVA evaluation model

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	5
2	VANHUSTEN ASUMISPALVELUT	7
2.1	Vanhusten asumispalveluiden järjestäminen Suomessa	7
2.2	Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen	10
3	ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS	13
3.1	Itsemääräämisoikeuden käsite.....	13
3.2	Itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia tekijöitä	15
3.2.1	Toimintakyky	15
3.2.2	Voimavarat	17
3.2.3	Toimijuus	18
3.2.4	Muistisairaudet ja dementia	20
3.2.5	Yksinäisyys ja mielenterveysongelmat	21
3.3	Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen.....	22
3.4	Eettisyys vanhustyössä.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
4.1	Tutkimustehtävä.....	26
4.2	Tutkimusmenetelmät.....	26
4.2.1	Kvalitatiivinen tutkimus.....	27
4.2.2	BIKVA-arviointimallin soveltaminen.....	28
4.3	Tutkimusaineiston hankinta	29
4.4	Tutkimusaineiston analysointi	32
4.5	Tutkimuksen eettisyys.....	34
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	35
5.1	Itsemääräämisoikeus asukkaiden kokemana.....	35
5.1.1	Asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen	36
5.1.2	Asukkaiden osallistuminen arkeen ja hoidon suunnitteluun.....	40
5.1.3	Hoitajien vaikutus asukkaan itsemääräämisoikeuteen	43
5.2	Työntekijöiden näkemykset asukkaiden itsemääräämisoikeudesta	45
5.3	Johtajien näkemykset asukkaiden itsemääräämisoikeudesta	50
5.4	Yhteenveto itsemääräämisoikeuteen vaikuttavista tekijöistä.....	54
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	56
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	68

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme kohteena ovat vanhukset ja eettisyys. Olemme molemmat työskennelleet vanhusten parissa sekä asumispalveluyksiköissä että kotihoidossa. Työkokemuksiemme ja sosionomi (AMK) -opintojemme vuoksi olemme pohtineet paljon eettisyyttä vanhustyössä ja erityisesti pakkoja ja rajoitteita, joita vanhustyössä on. Mediassa on tuotu viime aikoina paljon esiin vanhusten huonoa kohtelua. Myös Järnströmin tutkimus (2011), jonka mukaan vanhusten omaa ääntä ei kuulla ja itsemääräämisoikeus ei toteudu geriatriassa sairaalassa, on herättänyt paljon keskustelua. Olemme myös keskustelleet aiheesta opinnoissamme. Näistä syistä johtuen halusimme lähteä selvittämään, kuinka vanhukset itse kokevat palveluasumisen. Meitä molempia kiinnostaa vanhustyö, joten oli luonnollista tehdä opinnäytetyö yhdessä.

Vanhusten määrän arvioidaan kasvavan jatkuvasti, jolloin myös palvelujen tarve lisääntyy. Tämä tarkoittaa sitä, että vanhustenhoito tulee myös maksamaan kunnille entistä enemmän. Eläkeikäisten määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan vuoteen 2060 mennessä, jolloin yli 65-vuotiaiden osuus on 29 % väestöstä eli eläkeikäisiä on 1,79 miljoonaa (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2009). Vanhusten määrän kasvaessa vanhuspalveluita tulee kehittää kustannustehokkaammiksi, mutta mielestämme erityisesti laadukkuus ja yksilöllisyys tulisi huomioida entistä paremmin. Vanhusten kotona asumista tulee tukea mahdollisimman pitkään, mutta mikäli kotona asuminen vaikeutuu kotona pärjäämättömyyden vuoksi, tulisi uuden hoitoympäristön olla kodinomaisen ja viihtyisä sekä mahdollisimman vähän laitospäinen ilman rajoitteita ja pakkoja.

Eettisistä tilanteista vanhustyössä itsemääräämisoikeuskysymykset ovat tärkeitä ja mielestämme kiinnostavia, joten halusimme tarkastella opinnäytetyössämme vanhusten itsemääräämisoikeutta. Keskusteltuamme opettajamme kanssa päädyimme käyttämään BIKVA-arviointimallia, jonka yhtenä tarkoituksena on löytää kehittämiskohteita asiakkaiden kokemusten pohjalta. Työelämätahanamme toimi eräs länsisuomalainen asumispalveluita tarjoava osakeyhtiö, jonka omistaa yhdistys. Yhtiön toimitusjohtaja kiinnostui yhteistyöstä kanssamme ja toivoi, että haastattelut toteutetaan kahdessa heidän asumispalveluyksikössään. Opinnäytetyössämme lähdimme haastattelemalla selvittämään, miten vanhusten itsemääräämisoikeus eri toimijoiden eli vanhusten

itsensä, työntekijöiden ja johtajien mielestä toteutuu tehostetussa palveluasumisessa sekä mitkä tekijät itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat.

Näemme, että opinnäytetyöstämme on itsemme lisäksi hyötyä useille tahoille, niin yksilöllisesti kuin yhteiskunnallisestikin. Yksilöllisesti ajatellen vanhukset hyötyvät, koska palveluita voidaan kehittää työmme tulosten perusteella laadukkaammiksi. Työntekijät ja yhtiö saavat tietoa asukkaiden kokemuksista, jolloin pystyvät kehittämään omaa toimintaansa, eli näin ollen koko yhteisö hyötyy. Erityisesti kuntouttava työote tulisi ottaa huomioon, jotta vanhusten toimintakyky pysyisi yllä. Tämän myötä vanhukset pystyvät toimimaan itsenäisemmin ja itsemääräämisoikeus toteutuu paremmin. Yhteiskunta hyötyy saamalla tietoa vanhusten kokemuksista itsemääräämisoikeudesta ja siitä, miten palveluasuminen eroaa laitoshoidosta. Suomessa on tutkittu vanhusten itsemääräämisoikeutta melko vähän.

Nykyään vanhus ja vanhuus -termien rinnalle on noussut uusia termejä, kuten aktiivinen ikääntyminen ja menestyksellinen ikääntyminen, joiden tarkoituksena on korostaa vanhuuden voimavaroja raihnaisuuden sijasta ja tuoda esiin nuorekkuutta (Julkunen 2008, 18, 20). On kuitenkin muistettava, että kaikki tarvitsevat jossain vaiheessa apua ja avuntarve sekä sosiaaliset ongelmat ovat todellisia. Haasteena onkin yhdistää nämä kaksi näkökulmaa: voimavarat ja tarpeet. (Kröger, Karisto & Seppänen 2007, 12–13.) Opinnäytetyössämme tuommekin esiin itsemääräämisoikeuteen sekä myönteisesti että kielteisesti vaikuttavia asioita. Käytämme opinnäytetyössämme termiä ”vanhus”, koska se mielestämme nimenomaan herättää kunnioitusta eikä ole loukkaava, ja haastattelumme asukkaat ovat jo iältäänkin biologisesti vanhoja.

Opinnäytetyömme toisessa luvussa kuvaamme opinnäytetyömme kontekstia eli vanhusten asumispalveluita ja niiden järjestämistä Suomessa. Kolmannessa luvussa esittelemme opinnäytetyömme keskeisen käsitteen eli itsemääräämisoikeuden ja sen ulottuvuudet sekä mitkä tekijät vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Tarkastelemme myös vanhustyön eettisyyttä suhteessa itsemääräämisoikeuteen. Teoreettisen viitekehiksemme jälkeen kuvaamme opinnäytetyömme toteutuksen ja kerromme opinnäytetyömme tulokset aloittaen asukkaiden haastatteluista. Viimeisenä ovat johtopäätökset ja pohdinta, jossa kerromme opinnäytetyömme keskeisimmät tulokset ja pohdimme opinnäytetyöprosessiamme.

2 VANHUSTEN ASUMISPALVELUT

Suomen sosiaalihuoltolaki velvoittaa kuntia hankkimaan asumispalveluja henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asumisensa tai asunnon järjestämisessä. Kunnan tulee järjestää tarvettaan vastaava määrä palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. Ne voivat olla joko kunnan itsensä perustamia tai muulla tavoin hankittuja paikkoja. (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.) Jokaiselle tulee turvata oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun riippumatta asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 12). Palveluasumisen ohella keskeisiä vanhuksille suunnattuja sosiaali- ja terveyspalveluita ovat omaishoidon tuki, kotipalvelu ja kotisairaanhoido sekä laitos- ja muut asumispalvelut (Virnes 2004, 31).

2.1 Vanhusten asumispalveluiden järjestäminen Suomessa

Julkisen sektorin tuottama hoito ja hoiva ovat vähenemässä. Sen sijaan yritysten ja järjestöjen rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa kasvaa. (Helminen & Karisto 2005, 9.) Julkinen sektori rahoittaa ja järjestää palveluja tuottamatta niitä kuitenkaan itse. Palveluita voidaan hankkia ostopalveluina, jolloin kyse on tuotantovastuun siirtämisestä yksityiselle palveluntuottajalle, ei yksityistämisestä. Ostopalvelutilanne on eräänlainen tilaaja-tuottajamalli, jossa kunta tilaa palvelut valitsemaltaan ulkopuoliselta palveluntuottajalta. (Sinervo ym. 2010, 22–23.) Kunnan tulee varmistaa, että ostamiensa yksityisten palvelujen laatu vastaa kunnallisten palvelujen laatua (Syrjä 2010, 43). Omaisten ja vapaaehtoisten eli ei-ammattillisen hoivan merkitys on myös kasvussa (Helminen & Karisto 2005, 9).

Kilpailuttaminen on tapa organisoida palveluntuotannon tarjontaa (Mönkäre 2003, 14). Aiemmin kunta määritteli sopimuksen ehdot ja neuvotteli yhteisymmärryksessä lopputuloksesta palvelun tuottajien kanssa ostaessaan palveluita julkisilta ja kolmannen sektorin toimijoilta sekä yksityisiltä yrityksiltä. Kilpailulainsäädännön tultua voimaan kunnat ovat velvoitettuja kilpailuttamaan julkisen sektorin ostot, jolloin palveluntarjoajat kilpailevat omilla ehdoillaan tarjouskilpailussa. Yritykset ovat kuitenkin sidottu noudattamaan poliittisten elinten asettamia ehtoja. Kilpailuttamisen

myötä markkina-ajattelu on tullut julkisen sektorin sisälle. (Koskiahon 2008, 24.) Kilpailuttaminen on keino tehostaa ja parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Ollila 2003, 11). Briitta Koskiahon (2008) mukaan kustannusten osuus näyttää olevan kilpailutuksessa suuremmassa osassa kuin laatutekijät, ja henkiset kustannukset. Kaikkia kilpailutuksen kustannuksia ei osata ottaa huomioon ja laadulliset kustannukset eivät edes ole rahassa mitattavia. Kilpailuttamisen taustalla olevan ideologian mukaan tarkastellaan sitä, tyydyttäväkö palvelu yksilön tarpeet, mutta sitä, että tyydyttyvätkö tarpeet tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti kaikille, ei oteta huomioon. (Koskiahon 2008, 24–25.)

Palveluseteli on yksi tapa kunnalle järjestää sosiaali- ja terveystalveta. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä tuli voimaan vuonna 2009. Palveluseteli lisää asiakkaan valinnanmahdollisuuksia, parantaa palvelujen saantia ja lisää yhteistyötä kuntien ja yksityisten palvelujen tuottajien välillä. Kuntien tulee pitää luetteloa hyväksymistään yksityisistä palveluista, joissa asiakas voi maksaa palvelusetelillä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.) Esimerkiksi Tampereen kaupungin ikäihmisten palveluja, joihin palveluseteli voidaan myöntää, ovat muun muassa palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen (Palveluseteli: Tampereen kaupunki 2012). Asiakas valitsee itse palveluntuottajan, jonka palveluita hän haluaa käyttää. Palvelusetelin antaja arvioi asiakkaan palvelutarpeen ja oikeuden palveluun samalla tavalla, kuin asiakas olisi kunnan itsensä tuottamassa palvelussa. (Uotinen 2009, 13–14.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan pitkäaikaishoivaa järjestävissä yksiköissä asukkaiden huoneiden, yhteisten tilojen ja käytävien tulee olla esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. Fyysisen esteettömyyden lisäksi tulisi panostaa myös sosiaaliseen esteettömyyteen. Ikääntyneen pitää pystyä toimintakyvyn vajeistaan huolimatta olemaan täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Asukkailla on oltava mahdollisuus yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen, mutta myös asukkaan yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Itsenäisen suoriutumisen mahdollistaa turvallinen, viihtyisä ja esteetön asuinympäristö, joka lisää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä kompensoi toimintakyvyn rajoitteita. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 41–43.)

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, mikäli kyseessä ei ole tilapäinen neuvonta tai ohjaus. Suunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa, omaistensa tai muiden läheistensä kanssa, jos siihen ei ole ilmeistä estettä. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.) Hyvään hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu tiiviisti asiakkaan yksilöllinen tilanne ja hänen tarvitsemansa palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi ottaa huomioon voimavaranäkökulma, kuntoutuksen ja kuntouttavan työtteen näkökulma sekä asiakkaan muut erityiskysymykset, esimerkiksi ravitsemus. Suunnitelmaa käytetään arjen työkaluna ja apuna työn vaikuttavuuden ja asukkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Suunnitelman laatiminen antaa asukkaalle mahdollisuuden osallistua itseään koskeviin päätöksiin ja hoitoon. Asukas voi halutessaan liittää hoito- ja palvelusuunnitelmaan omat toiveensa ja tahdonilmaisunsa siitä, miten häntä tulisi hoitaa toimintakyvyn alentuessa, kun hän ei enää itse kykene ilmaisemaan omaa tahtoaan häntä koskevissa asioissa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13, 15, 30.)

Hoitohenkilöstön mitoituksessa asumispalveluissa tulee ottaa huomioon asiakkaiden fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Olennaista henkilöstömitoituksessa on myös huomioida asiakkaiden oikeudet sekä toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset. Henkilöstömitoitus on onnistunut, kun asiakkaiden tarpeet on huomioitu ja ammattitaitoista henkilökuntaa on riittävästi tuottamaan laadukasta palvelua inhimillisesti ja kustannustehokkaasti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 33.) Lain mukaan sosiaalihuollon ammattilaisella tulee olla tarvittava koulutus ja perehtyneisyys työhön, jotta sosiaalihuollon asiakkaiden laadukas ja hyvä kohtelu pystyttäisiin turvaamaan (Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272).

Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton toiminnanjohtajan Marja-Liisa Kunnaksen (2009) mukaan vanhusten hyvinvointiin ja hoivaan kohdenneet rahat ovat riittämättömiä. Hoitajilla on ainainen kiire työntekijöiden vähyyden vuoksi, joten työskentely on raskasta. Työolosuhteet rasittavat hoitajia, koska jokainen haluaisi tehdä työnsä mahdollisimman hyvin. Jotta tilanteeseen saataisiin muutosta, tulee vanhustenhuoltoon kohdentaa riittävästi rahaa. Myös henkilöstömitoitus tulisi kirjata vanhuspalvelulakiin. (Kunnas 2009, 3.) Vanhuspalvelulakia valmistelleen ohjausryhmän mukaan henkilöstömitoitusta ei olla kirjaamassa lakiin, koska ohjausryhmän mukaan pelkkä

hoitajien määrä ei takaa laatua. Henkilöstön määrän sijaan olennaista on kiinnittää huomiota taitavaan johtamiseen, töiden järkevään organisointiin ja henkilöstön osaamiseen ja asenteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä 2012, 31–32.)

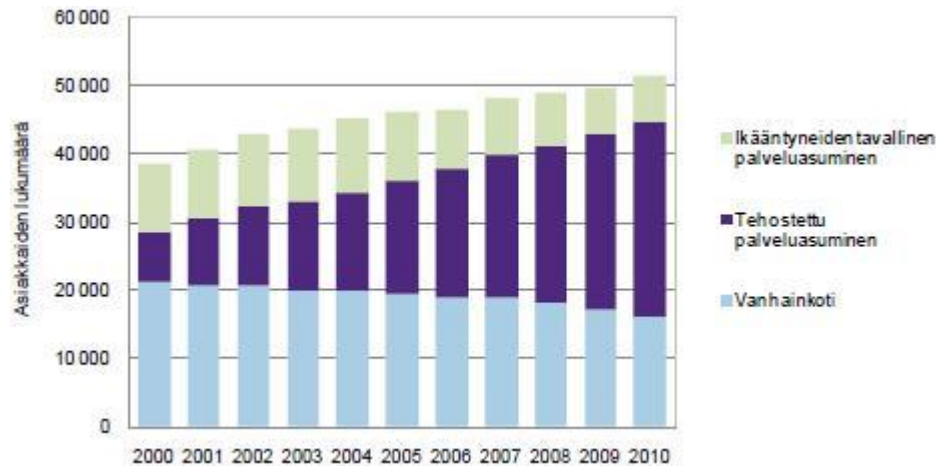
Professori Erkki Vauramo (2009) näkee, että hoitohenkilökunnan määrä voitaisiin puolittaa, jos hoitokulttuuri uudistettaisiin nykyaikaisemmaksi. Vanhustenhoito on nykyisellään vanhanaikaista, epäkäytännöllistä ja kallista. Vanhuksia makuutetaan, jolloin heidän toimintakykynsä laskee lihaskunnan heikentymisen vuoksi, eivätkä he pysty enää osallistumaan omaan hoitoonsa. Vanhusten tulisi päästä liikkumaan, ja heitä tulisi kuntouttaa, jotta heistä tulisi itsehoitoisempia, jolloin hoitajien määrä voisi olla vähäisempi ja useamman vanhuksen hoito voitaisiin taata. Jotta vanhustenhuoltoa pystyttäisiin uudistamaan, pitäisi hoitokulttuurin uudistua sisältäpäin. Hoitohenkilökunta on erittäin motivoitunutta ja ongelma onkin lähinnä koulutuksessa, jossa välitetään vääriä asenteita. (Vauramo 2009, 8–9.)

Kokemuksemme mukaan hoitohenkilöstön määrän tulisi olla riittävä asumispalveluissa, jotta hoitajat jaksavat tehdä työnsä laadukkaasti ja väsymättä. Kuitenkin hoitokulttuuri vanhustyössä kaipaa myös uudistusta. Vanhuksia tulisi osallistaa enemmän ja ottaa heitä mukaan päivittäisiin askareisiin omien kykyjensä mukaisesti. Ylipäätään sosiaalista tulisi saada enemmän asumispalveluihin, jotta vanhukset voisivat paremmin. Nykyisessä hoitokulttuurissa on totuttu tekemään työt nopeasti, jotta välttämättömät työt saadaan tehtyä. Kiire aiheuttaa väsymystä, jonka seurauksena hoitajat eivät jaksavat välttämättömien töiden tekemisen jälkeen seurustella asukkaiden kanssa ja pakenevat mielellään taukotiloihin saadakseen hengähtää hetkeksi. Näemme myös koulutuksen erittäin tärkeänä, erityisesti työskennellessä muistisairaiden vanhusten kanssa.

2.2 Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen

Vanhuspalvelurakenteen muutokset alkoivat 1990-luvulla, jolloin laitospaikkojen määriä alettiin vähentää merkittävästi ja samanaikaisesti palveluasumisen määrä lisääntyi. 2000-luvulla sosiaalihuollon ikäihmisille tarkoitettujen laitos- ja asumispalvelujen yhteenlaskettu asiakasmäärä nousi noin 26 %. Vanhainkoti- ja terveyskeskusten vuodeosastopaikat ovat vähentyneet, ja niiden tilalle on tullut tehostetun palveluasumisen paikkoja. (Sinervo ym. 2010, 20—21.) Alun perin

palveluasuminen on ajateltu vaihtoehtoiseksi asumismuodoksi kotona asumisen ja laitoshoidon välille (Pikkarainen 2007, 61). Ensisijaisesti kuntien tulee kehittää palvelujärjestelmää niin, että kotona asuminen mahdollistuu ympärivuorokautisten palvelujen turvin (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 25). Vuonna 2010 tehostetussa palveluasumisessa asui yli puolet kaikista iäkkäistä, jotka asuivat laitos- tai asumispalveluissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Kuvio 1 kuvaa asumispalveluiden suunnan muutosta 2000-luvun alussa.



KUVIO 1. Ikääntyneiden sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen asiakkaiden määrä vuosien 2000–2010 lopussa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012)

Palveluasumiselle ei ole olemassa virallista määritelmää, ja siksi käsitteellä on kunnissa hyvin eriäviä merkityksiä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisimmin käytetyissä määritelmässä nostetaan esiin se, että palveluasumiseen kuuluu aina sekä asuminen että palvelut. (Andersson 2007, 9.) Vuonna 2007 julkaistiin sosiaalihuollon sanasto, jonka tarkoituksena on selkiyttää sosiaalihuollon palveluiden termejä sekä palvelujen kuvauksia. Tämän sanaston mukaan palveluasumiseen kuuluu asunnon lisäksi myös erilaisia sosiaalipalveluja tukemaan henkilön jokapäiväistä selviytymistä. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 18.) Palveluasuntojen tarkoitus on tarjota ikäihmisille kodinomainen asuinympäristö (Helin 2002, 43). Palveluasumiseen muuttamisen syitä voivat olla kotona pärjäämättömyys, yksin asuminen, sosiaalinen eristäytyminen, asunnon muutostöiden tarve ja erityisesti liikuntakyvyn ongelmat (Pikkarainen 2007, 61). Sairausryhmistä muistisairaudet ovat ikääntyneiden piirissä yleisin syy sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen (Sulkava 2010, 135).

Palveluasuminen jaetaan yleensä kahteen eri palveluun: tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on saatavissa ympäri vuorokauden, kun taas tavallisessa palveluasumisessa vain päiväsaikaan. Kansaneläkelaitos määrittelee palveluasumisen avohoidoksi, joka erottaa sen vanhainkodeista. Avohoito eroaa laitoshoidosta siten, että asiakas maksaa vuokraa ja vastaa omista elinkustannuksistaan sekä saamistaan palveluista. (Andersson 2007, 9–10.) Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asiakkaan hoitomaksu määräytyy nettotuloista maksukyvyn mukaan. Enintään maksu voi olla 85 % nettotuloista. (Laitohoito: Sosiaali- ja Terveysministeriö 2011.)

Palveluasumisessa on yhteisiä tiloja ja jokaisella asiakkaalla oma huone (Andersson 2007, 9). Asiakkaalle oma huone on koti, jonka voi sisustaa haluamallaan tavalla viihtyisäksi ja kodinomaiseksi (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 41). Palveluasumisen lähtökohtana on tarjota asiakkaalle itsenäisyyttä ja itsemääräämisoikeutta arvostava asuinympäristö ja palvelut (Andersson 2007, 9). Palvelutaloista kuitenkin vain osa on rakennettu vanhuksille sopiviksi, esimerkiksi värien ja sisustuksen suhteen. Tämä saattaa osaltaan edistää laitostumista ja vähentää halua itsemääräämiseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 349.)

Ikäihmisten kotona asumista ja palveluasumista kehittävän ympäristöministeriön asuntoneuvoksen Raija Hynysen (2008) mukaan tehostetun palveluasumisen paikkoja tulisi tarjota vain niille, joiden fyysinen toimintakyky on alentunut tai jotka kärsivät dementiaoireista. Ensisijaisena hän pitää kotona asumista ja siinä tukemista kotihoidon turvin. Myös lievästi dementoitunut henkilö kykenee asumaan kotona, mikäli kotiin tehdään tarvittavat muutokset. (Hynynen 2008, 16.) Kotona asumisen tukemiseksi on myös kehitetty paljon erilaisia paikannus- ja seurantateknologisia laitteita, kuten esimerkiksi turvaranneke ja -puhelin, liesivahti ja palovaroitin (Topo 2005, 139–141).

Kokemuksemme mukaan kotona asumisen tukeminen ensisijaisena vaihtoehtona on hyvä asia. Se ei kuitenkaan saisi olla ainoa vaihtoehto ja kääntyä vanhuksia vastaan siten, että palveluasumiseen pääsy tehdään liian vaikeaksi. Moni yksinasuva vanhus kokee olonsa turvattomaksi ja yksinäiseksi. Palvelutaloon tulisi päästä silloin, kun vanhus itse kokee olevansa kykenemätön asumaan omassa kodissaan, eikä ainoastaan silloin, kun ammattilainen arvioi sen mahdottomaksi.

3 ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUS

Itsemääräämisoikeus eli autonomia tarkoittaa ihmisen oikeutta päättää itseään koskevista asioista (Pahlman 2003, 170). Vanhusten itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus tehdä valintoja ja päätöksiä omasta hoidostaan sekä palveluistaan (Kivelä & Vaapio 2011, 18). Sosiaali- ja terveysalalla ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen ovat toiminnan perustana, siihen kuuluvat ihmisen perus- ja ihmisoikeudet, itsemääräämisoikeus sekä valinnanvapaus (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) itsemääräämisoikeus mainitaan yhtenä eettisenä periaatteena turvaamaan ihmisarvoista vanhuutta. Muita eettisiä periaatteita laatusuosituksessa ovat voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 12–13.) Lain mukaan sosiaalihuollon asiakkaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja hänen toivomuksensa ja mielipiteensä on otettava huomioon (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812). Itsemääräämisoikeus on yksi sosiaalialan keskeisimmistä arvoista. Asiakkaiden itsemääräämisen toteutumiseen vaikuttaa heidän kokemuksensa, käsityksensä ja toiveensa. (Niemi 2011, 169, 184.)

3.1 Itsemääräämisoikeuden käsite

Jotta ihminen voisi käyttää itsemääräämisoikeuttaan, täytyy hänellä olla kykyjä ja mahdollisuuksia käyttää tätä oikeutta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 238). Juhani Pietarinen (1994) jakaa itsemääräämisoikeuden kolmeen eri ulottuvuuteen: ajattelun autonomiaan, tahdon autonomiaan ja toiminnan autonomiaan. Ajattelun autonomia eli sisäinen hallinta tarkoittaa sitä, että henkilö kykenee harkitsemaan ja vertailemaan asioita järkevästi ja ymmärtää oman toimintansa seuraukset. Tahdon autonomiaan kuuluu kyky muodostaa omia haluja sekä se, että pystyy kriittisesti ajattelemaan ja hallitsemaan halujaan. Näiden kykyjen avulla ihminen pystyy arvioimaan elämänsä kokonaisuutena ja päättämään, mitä hän elämältään haluaa. (Pietarinen 1994, 17–18, 20; Heikkinen 1997, 161.) Jotta ihminen voi suoriutua älyllisistä ja muista henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä, hän tarvitsee psyykkistä toimintakykyä (Vallejo Medina ym. 2006, 58). Eli ilman psyykkistä toimintakykyä ei ajattelun ja tahdon autonomia voi toteutua.

Mielestämme ajattelun autonomiaan voidaan ajatella kuuluvan toimijuus-teorian ”osata” ja ”tuntea” -ulottuvuudet ja tahdon autonomian ”haluta” -ulottuvuus. Jyrkämän (2007) mukaan ”osata” -ulottuvuuteen liittyvät ihmisen taidot ja tiedot. ”Tuntea” -ulottuvuuteen liittyy ihmisen perusominaisuus arvioida, arvottaa, kokea ja liittää tunteita kohtaamiinsa asioihin ja tilanteisiin. ”Haluta” -ulottuvuuteen liittyvät ihmisen tahto, tavoitteet ja motivaatio sekä päämäärät. (Jyrkämä 2007, 206–207.)

Toiminnan autonomia on kolmas itsemääräämisoikeuden ulottuvuuksista. Se kytkeytyy vahvasti tahdon autonomiaan, erityisesti ikääntyessä. Toiminnan autonomialla tarkoitetaan sitä, että ihminen kykenee toteuttamaan suunnitelmia, joita hän on halujensa pohjalta tehnyt. Tämän edellytyksenä on sekä fyysinen toimintakyky että laaja tietotaito ja sen hallinta. (Pietarinen 1994, 21; Heikkinen 1997, 161–162.) Myös Jyrkämän (2007) toimijuusteorian mukaan ihmisellä täytyy olla sekä fyysistä että psyykkistä toimintakykyä, jotta hän kykenee tekemään haluamiaan asioita (Jyrkämä 2007, 206). Ihmisen kyky ja mahdollisuus päättää hoidostaan tai asioistaan edellyttää, että hänelle on annettu riittävästi tietoa eri vaihtoehdoista. Pelkkä tiedon antaminenkaan ei riitä, vaan on varmistuttava myös siitä, että ihminen myös ymmärtää ja kykenee käsittelemään saamaansa tietoa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 129.)

Aidon itsemääräämisoikeuden toteutumisen edellytyksenä on se, että vanhuksen itsemäärääminen lähtee aidosti hänestä itsestään ja omista arvoistaan. Vanhukset saattavat helposti tehdä päätöksiä miellyttäkseen muita ja siten, etteivät olisi muille vaivaksi. Hoito- ja palvelurutiinien tulisi olla sellaisia, että ne ylläpitävät vanhuksen omaa halua, taitoa ja kykyä itsemääräämiseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 347–348, 350.) Hoitajan empaattisuus eli kyky asettua vanhuksen asemaan sekä kiinnostus ja tahto ymmärtää asioita vanhuksen näkökulmasta on välttämättömyys laadukkaassa hoitotyössä (Näslindh-Ylispangar 2005, 159). Asukkaan itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitohenkilökunnalla olisi oikeus sanoutua irti omasta vastuustaan. Hoitohenkilökunnan tulee kuunnella asukasta, antaa hänelle ymmärrettävällä tavalla tietoa ja tukea asukasta hänen päätöksissään. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 148.) Kaikki ihmiset eivät kuitenkaan halua päättää hoitoaan koskevista asioista, tai he luovuttavat päätösvallan mieluummin muille (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 128).

Yksi itsemääräämisoikeuden ilmenemistapa on oikeus tehdä hoitotahto, jossa asiakkaan mielipide on ilmaistu. Hoitotahdossa on esimerkiksi ilmaistu määräys siitä, saako potilasta hoidettaessa käyttää keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitäviä hoitoja. Alzheimer Europe laati vuonna 2001 ehdotuksen, että hoitotahtoon voisi lisätä muitakin hoitoon ja hoivaan liittyviä asioita, esimerkiksi toiveen siitä, kuka määrättäisiin edunvalvojaksi. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 19–20.)

3.2 Itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia tekijöitä

Itsemääräämisoikeuteen vaikuttavat erityisesti yksilön toimintakyky (Vallejo Medina ym. 2006, 349) ja toimijuus. Saarenheimon (2012) mukaan toimintakyky- ja toimijuusnäkökulmat täydentävät toisiaan ja antavat mahdollisuuden tarkastella vanhenevan ihmisen tilannetta moniulotteisesti. Toimintakyvyn voi ajatella olevan toimijuuden yksi osa, jossa fyysiset ja kognitiiviset osaamiset sekä kykenemiset korostuvat. (Saarenheimo 2012, 29.) Erilaiset voimavarat, kuten sosiaaliset suhteet, osaltaan edistävät toimintakykyä (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72). Vanhuksen heikentynyt toimintakyky ja sairaudet saattavat viedä halun ja kyvyn itsemääräämiseen (Vallejo Medina ym. 2006, 349). Myös psyykkiset sairaudet saattavat heikentää yksilön päätöksentekokykyä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 147).

Voidaan ajatella, että mitä enemmän voimavaroja yksilöllä on, sen parempi on hänen toimintakykynsä. Uuden asukkaan muuttaessa palvelutaloon on tärkeää tutustua hänen elämäntarinaansa ja voimavaroihinsa, jolloin laitostumista voidaan ehkäistä (Semi 2007, 146). Riittävän hyvä toimintakyky mahdollistaa toimijuuden ”kyetä”, ”osata”, ”haluta” ja ”voida” -ulottuvuuksia. Eli riittävän hyvä toimintakyky ja toimijuus edesauttavat itsemääräämisoikeuden toteutumista.

3.2.1 Toimintakyky

Gerontologiselta kannalta tarkastellen toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sekä yksilön kykyä selvitä arjessa että yksilön kokemusta omasta toimintakyvystään suhteessa aiempaan toimintakykyynsä tai suhteessa muihin omanikäisiinsä (Noppari & Leinonen 2005, 46). Toimintakyky tulisi ymmärtää laajasti ihmisen ja ympäristön väliseksi

suhteeksi, johon kuuluvat terveyden lisäksi asuminen, elinolot ja sosiaalinen ympäristö (Virnes 2004, 30). Ikääntyessä terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttaa olennaisesti myös lapsuudessa ja nuoruudessa ansaittu terveys- ja sosiaalinen pääoma (Heikkinen 2003, 30). Toimintakyky voidaan jakaa eri osa-alueisiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Eri osa-alueet liittyvät kuitenkin vahvasti toisiinsa ja ovat osittain päällekkäisiä. (Lyyra 2007, 21.)

Fyysinen toimintakyky muodostuu hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimistön ja keskus- ja ääreishermoston toimintakyvystä. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen johtuu osittain biologisista vanhenemismuutoksista ja osittain sairauksista. Sairauksilla on kuitenkin suurempi vaikutus fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 58.) Fyysisen toimintakyvyn muuttuminen voi altistaa psyykkisen toimintakyvyn heikkenemiselle, esimerkiksi lihaskunnan heikkenemisen vuoksi ihminen ei liiku, mikä voi johtaa yksinäisyyteen ja yksinäisyys taas voi altistaa masennukselle (Noppari & Leinonen 2005, 47).

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat kognitiiviset toiminnot, psyykkinen hyvinvointi ja yksinäisyys (Lyyra 2007, 21). Kognitiiviset toiminnot, eli tiedon käsittelyyn tarvittavat toiminnot, ovat havaitseminen, oppiminen, muistaminen, kielelliset toiminnot ja ajattelu sekä ongelmanratkaisukyky ja päätöksentekokyky. Tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä on yksilön oma käsitys siitä, millainen tiedon käsittelyyn liittyvä kyky eli metakognitio hänellä on. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen on selkeästi yhteydessä lisääntyneeseen palvelujen tarpeeseen. (Suutama & Ruoppila 2007, 116–117.) Psyykkinen toimintakyky vaikuttaa myös siihen, miten hyvin yksilö pystyy selviytymään elämän kriisitilanteista (Vallejo Medina ym. 2006, 58).

Sosiaaliseen toimintakykyyn ajatellaan kuuluvan yksilön ja ympäristön väliset vuorovaikutukset, kuten harrastukset, ystävät ja tuttavat, sekä se, kuinka hyvin ihminen pystyy solmimaan uusia ihmissuhteita (Lyyra 2007, 21). Myös kyky ylläpitää ihmissuhteita kuuluu sosiaaliseen toimintakykyyn (Vallejo Medina ym. 2006, 59). Monet fyysiset ja psyykkiset tekijät saattavat vaikuttaa sosiaalisiin toimintoihin heikentävästi, esimerkiksi huono liikuntakyky ja sairaudet sekä aistitoimintojen ja muistin heikkeneminen (Tiikkainen & Lyyra 2007, 78).

Toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa ympäristön ohella päivittäisistä askareista selviytymistä (Vallejo Medina ym. 2006, 57). Biologisesta vanhuudesta aletaan puhua n. 75–85-vuoden iässä, jolloin myös toimintakyky alkaa heikentyä (Helminen & Karisto 2005, 15). Toimintakykyä voidaan kuitenkin ylläpitää erilaisen toiminnan avulla ja kuntouttamalla. Fyysiseen toimintakykyyn auttaa liikunta, ja sosiaalinen kanssakäyminen ylläpitää sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä. (Strandberg & Tilvis 2003, 336–337.) Liikunta tekee hyvää myös muistille (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 33). Hoitoyössä tulisi käyttää kuntouttavaa työtettä, eli kaikkea ei tehdä puolesta vaan osallistetaan myös asiakas toimimaan oman kykynsä mukaisesti (Vallejo Medina ym. 2006, 63). Toimintakyvyn vajeita voidaan kompensoida erilaisilla teknologisilla laitteilla, esimerkiksi helppokäyttöisillä puhelimilla (Topo 2005, 142, 144). Myös muita erilaisia apuvälineitä on kehitetty paljon, esimerkiksi tukikahvoja estämään kaatumista (Vallejo Medina ym. 2006, 62–63).

3.2.2 Voimavarat

Vanhuus tulisi nähdä yhtenä elämänvaiheena muiden joukossa, joka on monien muutosten kokonaisuus ja johon kuuluu luopumista, mutta myös uusia mielenkiintoisia asioita (Vallejo Medina ym. 2006, 11). Voimavaranäkemyksessä raihnaisuuden lisäksi kiinnitetään huomiota ikääntyvän osaamiseen, kykyihin, taitoihin, tietoihin, elämäkokemukseen ja myönteisiin asenteisiin. Voimavaroilla voidaan tarkoittaa konkreettisia asioita, joita ikääntyneillä on, kuten tulot, omaisuus ja terveys. Myös erilaiset mielen voimavarat, elämänarvot ja hyvät ihmissuhteet sekä koti ovat tärkeitä voimavaroja ikääntyneille. (Koskinen 2004b, 111–112.) Uskonnolla ja rukoilemisella on monille vanhuksille suuri merkitys, jonka pohja on rakentunut jo heidän lapsuudenkodeissaan (Gothöni 2005, 101). Voimavarojen ylläpitämisen ja saamisen kannalta tärkeitä asioita ovat itsensä toteuttaminen, vuorovaikutteiset ihmissuhteet ja yhteisöllisyys. (Koskinen 2004a, 38, 75). Voimavarakäsite on suhteellinen käsite: toisilla voimavaroja on enemmän kuin toisilla (Koskinen 2004b, 112).

Sosiaaliset suhteet auttavat selviytymään ikääntymiseen liittyvistä menetyksistä, sopeutumaan sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Hyvä ja toimiva sosiaalinen verkosto edistää fyysistä ja psyykkistä terveyttä. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72.) Yksinäinen ja turvaton vanhus saattaa hakeutua jatkuvasti hoitokontaktiin, esimerkiksi

terveyskeskukseen, saadakseen muutosta sosiaaliseen elämäänsä (Noppari & Leinonen 2005, 49). Aktiivinen elämä, harrastukset ja hyvät ystävyysuhteet vahvistavat myös muistia. Iäkkäillä ystävien merkitys korostuu entisestään, koska ystävien kanssa voi muistella sekä jakaa iloja ja suruja. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 30, 34.)

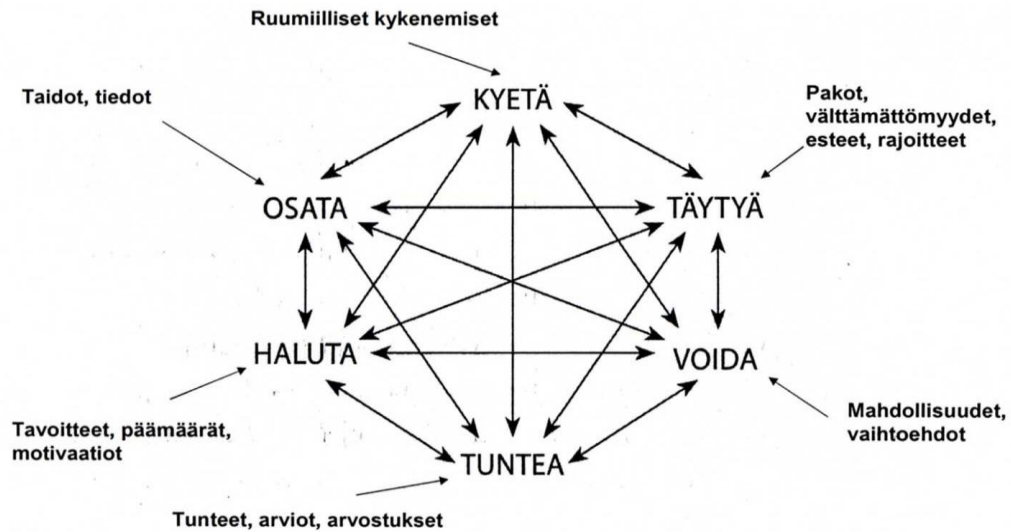
Yhteisenä tekijänä vanhoilla ihmisillä on usein todettu olevan hyvä selviytymiskyky, huumorintaju ja viisaus. Viisauteen yhdistyy olemassa oleva tietoperusta ja sen soveltaminen. (Vallejo Medina ym. 2006, 26–28.) Vanhuuteen liittyy myös tyytyväisyyden tunteita, elämäkerrallista rikkautta ja muistoja (Helminen & Karisto 2005, 15). Pettymysten ja erilaisten menetysten kohtaaminen ovat opettaneet tekemään myönnytyksiä ja kompromisseja. Myös kontrolloimiskyky ja tunteiden hallinta kehittyvät iän myötä. (Heikkinen 2007, 131.)

3.2.3 Toimijuus

Sosiaaligerontologian professori Jyrki Jyrkämä (2007, 26) tarkastelee vanhuksen toimintakyvyn arviointia toimijuuden näkökulmasta. Saarenheimon (2012) mukaan toimintakyvyn voidaan nähdä olevan yksilön ominaisuus ja toimijuus taas kuvaa enemmän käytännön tilanteita ja arjen kokemuksia. Toisaalta toimintakyvyn voidaan ajatella oleva toimijuuden yksi osa, jossa korostuvat ihmisen fyysiset ja kognitiiviset osaamiset ja kykenemiset (Saarenheimo 2012, 29.) Jyrkämän (2003) mukaan toimintakyky ja toimijuus ei ole ainoastaan yksilöllä olevaa kyvykkyyttä, vaan se on lisäksi osaamisen ja haluamisen asia, johon vaikuttaa myös täytyminen eli se, mitä ympäristö yksilöltä edellyttää (Helminen & Karisto 2005, 15). Kokemuksemme mukaan vanhusten hoidossa edellytetään liikaa vanhuksen sopeutumista hoitokulttuuriin ja -ympäristöön, jolloin yksilöllisyydelle ei jää riittävästi tilaa.

Toimijuuden ulottuvuuksina pidetään kuutta eri seikkaa, jotka ovat toisiinsa kytkeytyneinä. Nämä kuusi eri ulottuvuutta ovat kyetä, täytyä, voida, tuntea, haluta ja osata (kuvio 2). Tässä yhteydessä ”osata”-ulottuvuus tarkoittaa tietoa, taitoa ja pysyvää osaamista. ”Kyetä”-ulottuvuus puolestaan viittaa fyysisiin ja psyykkisiin kykyihin. ”Haluta” yhdistetään motivaatioon, tahtoon ja tavoitteisiin. ”Täytyä” liittyy fyysisiin ja sosiaalisiin pakkoihin ja rajoituksiin. ”Voida” viittaa erilaisiin mahdollisuuksiin, joita avautuu kulloisenkin tilanteen mukaan. ”Tuntea”-ulottuvuus puolestaan tarkoittaa

perusominaisuutta, kuinka ihminen arvioi, kokee ja yhdistää asioihin ja tilanteisiin omia tunteitaan. (Jyrkämä 2007, 206–207.)



KUVIO 2. Toimijuuden kuusi ulottuvuutta (Jyrkämä 2008a, 195)

Edelliset ulottuvuudet ovat eri tavoin yhteydessä ikään, ikäryhmään tai sukupolveen, ajankohtaan sekä senhetkiseen aikaan ja paikkaan. Esimerkiksi iän karttumisen mukana monenlainen osaaminen lisääntyy, mutta toisaalta voi tulla tilanteita, joissa henkilö ei enää kykene toimimaan samalla tavoin tai ei ainakaan yhtä hyvin. Ollessamme nuoria tai vanhoja mahdollisesti myös haluamme eri asioita. Myös se, että kuulumme tiettyyn ikäryhmään saattaa vaikuttaa siihen, mitä haluamme tai mitä emme halua. Ajankohta tai sen vaihtuminen saattavat tuoda mukanaan sellaisia asioita, joita emme mahdollisesti enää kykene tai osaa tehdä, mutta joita emme haluaisikaan enää tehdä. Tarkasteltaessa yksilön elämäntilannetta peruskysymyksiä ovat mitä kyseinen ihminen osaa, kykenee, haluaa, tuntee ja mitä täytyy tehdä tai täytyy olla tekemättä kyseisessä tilanteessa sekä mitä mahdollisuuksia tässä tilanteessa on. (Jyrkämä 2007, 207–208.)

Jyrkämä (2007) käyttää esimerkkinä pankkiasioimista. Pankkiautomaatin käyttö edellyttää tietynlaista osaamista ja kykenemistä. Sen käyttöön voi liittyä erilaista haluamista: halu opetella käyttämään sitä tai ei ollenkaan halukkuutta käytön opetteluun tai halu pyytää joku osaava ja kykenevä mukaan avuksi. Toisaalta voi olla, että paikkakunnalla ei saa pankkipalveluita tiskiltä, joten automaattia täytyy käyttää tahdosta riippumatta. On myös mahdollista, että ihminen haluaa ja kykenisi, mutta ei silti osaa käyttää automaattia. (Jyrkämä 2007, 208.)

Osaaminen, kykeneminen, täytyminen, voiminen, haluaminen ja tunteminen ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja muuttuvia, joihin jokainen ihminen törmää iästä riippumatta (Jyrkämä 2007, 208). Jotta vanhuus voisi olla hyvää ja myönteistä ympäristöstä huolimatta, tulisi edellä mainittujen ulottuvuuksien olla sopuoinnussa keskenään (Jyrkämä 2008b, 277). Eli osaamisia, kykenemisiä, täytymisiä, voimisia, haluamisia ja tuntemisia tulisi olla määrällisesti sopivassa suhteessa toisiinsa nähden. Esimerkiksi täytymisiä eli pakkoja, rajoitteita ja esteitä ei saisi olla liikaa suhteessa voimisiin eli mahdollisuuksiin ja arvostuksiin. Tällöin myös itsemääräämisoikeus voi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla.

3.2.4 Muistisairaudet ja dementia

Toimintakykyä heikentävissä dementoivissa muistisairauksissa ihmisen kyky päätöksentekoon heikkenee tai se voi loppua kokonaan (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 15–16). Dementialla tarkoitetaan aivoja vaurioittavan sairauden aiheuttamaa henkisten toimintojen heikentymistä. Yleisin dementoiva muistisairaus on Alzheimerintauti, jota on jopa 60 % kaikista muistisairauksista. (Sulkava 2003, 72–73.) Dementia on oireyhtymä, johon kuuluu laaja-alaista kognitiivisten kykyjen heikentymistä, toimintakyvyn laskua ja päivittäisistä toimista suoriutumisen vaikeutumista (Sulkava 2010, 120). Dementian oireita ovat muistihäiriöt sekä päättelyn ja hahmottamisen häiriöt. Muita oireita ovat puheen tuottamisen häiriö eli afasia sekä tahdonalaisten liikkeiden ja kätevyyden häiriö eli apraksia, joka vaikeuttaa esimerkiksi pukeutumista. Dementoiviin sairauksiin liittyy myös käyttäytymisen häiriöitä, kuten huutelua, levottomuus ja aggressiivisuus, sekä psykologisia oireita, kuten masennus ja unihäiriöt. (Sulkava 2003, 72, 84.)

Dementian edetessä ihmisen kyky valvoa omia etujaan ja oikeuksiaan heikkenee (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 15). Dementoituneen elämänkaaren tunteminen on tärkeää ja auttaa hänen kohtaamistaan sekä toiveiden, käyttäytymisen ja puheen ymmärtämistä (Kekola ym. 2006, 74). Noin puolet vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavista asuu hoitopaikassa, jossa on yövalvonta (Sulkava 2003, 87). Sosiaalinen eristäytyneisyys ja yksinäisyys voivat myös olla syitä dementoitumiselle (Routasalo & Pitkälä 2005, 19).

3.2.5 Yksinäisyys ja mielenterveysongelmat

Vanhuksilla yleisimmät syyt tuntea itsensä yksinäiseksi ovat heikentynyt toimintakyky, puolison kuolema ja ystävien vähyys. Yksinäisyys voidaan jakaa myönteiseen ja kielteiseen yksinäisyyteen. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista ja rentouttavaa, kun taas kielteinen on pakottavaa, ahdistavaa ja pelottavaa. (Routasalo 2010, 411, 414–415.) Ihminen saattaa tuntea olevansa yksinäinen, vaikka ei olisikaan varsinaisesti yksin, ja toisaalta taas yksin ollessa ei kuitenkaan koeta, että oltaisiin yksinäisiä. Jotkut ihmiset hakeutuvat tietoisesti omiin oloihinsa. Hoitoyhteisöissä ihmisellä pitäisi olla mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä myös yksityisyyteen. (Heikkinen 2007, 154, 158.)

Tutkimuksen mukaan yli 75-vuotiaista kotona, kodinomaisissa olosuhteissa ja palvelutalossa asuvista ikääntyneistä noin 40 prosenttia kärsii yksinäisyydestä (Routasalo, Pitkälä, Savikko & Tilvis 2003, 15, 28). Yksinäisyys on yksilötason haasteen lisäksi myös taloudellinen haaste, koska yksinäisyyden kokemus johtaa vähitellen avun tarpeeseen ja laitoshoitoon (Routasalo & Pitkälä 2005, 23). Laitoksissa asuvat kärsivät kuitenkin useammin yksinäisyydestä kuin kotona asuvat (Heikkinen 2007, 151). Yksinäisyydestä kärsivät ikääntyneet sairastuvat herkästi mielenterveydellisesti, erityisesti masennukseen (Routasalo 2010, 414). Yksinäisyys ja masentuneisuus taas johtavat toimintakyvyn alenemiseen ja avun tarpeen lisääntymiseen (Routasalo & Pitkälä 2005, 19). Vanhuksen yksinäisyys lisää myös itsemurhariskiä, ja sen on todettu altistavan ennenaikaiselle kuolemalle (Routasalo 2010, 415).

Yksinäisillä ikääntyneillä on käytössään voimavaroja, joiden avulla he selviytyvät yksinäisyytensä kanssa. Hoitajan tulisi tuntea nämä voimavarat tukeakseen ihmistä eteenpäin. Jos ulkoiset tekijät, kuten vaikeus kuulla, estävät voimavarojen käyttöä, on hoitajan edesautettava niiden poistamista. Mikäli henkilö ei kuitenkaan ole itse valmis luomaan uusia tai elvyttämään vanhoja ihmissuhteita, ei hänen kokemaansa yksinäisyyden tunnetta voida lievittää. Esteinä suhteiden luomiselle saattavat olla koetut menetykset ja pettymykset ihmissuhteissa. Hoitaja voi harvoin korvata oikeaa ystävää. (Routasalo & Pitkälä 2005, 27–28.)

Mielenterveysongelmat johtuvat ystävyysuhteiden puuttumisen lisäksi monista eri tekijöistä, kuten huonosta toimintakyvystä ja heikosta taloudellisesta tilanteesta (Heikkinen 2007, 140). Vanhuuteen vaikuttaa olennaisesti eletty elämä ja sen varrella tapahtuneet asiat. Mikäli lapsuudessa tai nuoruudessa on joutunut kohtamaan vastoinkäymisiä tai kriisejä, voivat ne vanhuudessa aiheuttaa mielenterveydellisiä oireiluja. Vanhuuteen vaikuttavat siis menneisyys ja tämänhetkinen tilanne sekä persoonallisuus, joka on muodostunut perinnöllisten ja kokemuksellisten asioiden pohjalta. Myös koulutus, työhistoria ja saavutettu elintaso ovat yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin. Mikäli vanhus on kokenut menestystä ja onnellisuutta aikuisiällä, on hänen helpompi saada ja pyytää apua ongelmiin ikääntyessään. (Pajunen 2004, 193–194.) Psykkisesti sairaiden ihmisten päätöksentekokyky voi olla heikentynyt, jolloin he eivät kykene käyttämään itsemääräämisoikeuttaan täysin (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 146–147).

Masennus on yleisin ikääntyneiden mielenterveysongelma (Saarela 2010, 159). Masennuksesta kärsii 5 % ja lieviä mielialaoireita kokee 20 % kaikista eläkeläisistä. Ikääntynyt sairastuu herkästi masennukseen fyysisen toimintakyvyn laskun vuoksi. Vanhusten masennuksen diagnosoiminen on todettu hankalaksi, koska vanhuksella voi olla useita somaattisia sairauksia ja fyysinen toimintakyky on laskenut. Masennuksesta johtuen toimintakyky voi laskea entisestään, jolloin palvelujen tarve lisääntyy ja myös omaiset voivat kokea itsensä kuormittuneiksi. (Pajunen 2004, 219–221.) Vanhus ei voi suunnata kovin pitkälle tulevaisuuteen, joten senhetkiset virikkeet ja iloa tuottavat asiat ovat erityisen tärkeitä, jotta masennus ei uusiutuisi (Heikkinen 2007, 141).

3.3 Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen

Ihminen ei aina kykene toteuttamaan itsemääräämisoikeuttaan täysin. Ihmiselle tulee kuitenkin antaa ensisijaisesti oikeus päättää omista asioistaan niin pitkään, kuin hän siihen kykenee. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 15–16.) Jos itsemääräämisoikeus ei voi toteutua täysin, tulee etsiä tilanteita, joissa itsemäärääminen voisi toteutua mahdollisimman hyvin. Keinoja auttaa itsemääräämisen toteutumista ovat esimerkiksi tiedon antaminen, henkilön mielipiteen kysyminen ja valintavaihtoehtojen antaminen päätöksen tueksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 131–132.) Päätöksentekokyky tulee suhteuttaa aina kyseiseen päätökseen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 147). Jos

yksilö ei itse kykene ilmaisemaan tahtoaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunta miettivät, mikä ratkaisu on hänelle paras (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 131).

Itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen vaaditaan aina hyvät perustelut. Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ihmisellä, jolla on joko tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt päätöksentekokyky. Nämä voivat johtua siitä, että ihmisellä ei ole ajattelun ja tahdon autonomiaa eli kykyä ottaa vastaan tietoa ja ymmärtää sitä. Yksi peruste itsemääräämisoikeuden rajoittamiselle voi olla myös se, että henkilön toiminta aiheuttaa vaaraa muille. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141, 146.) Itsemääräämisoikeutta rajoittavia tapoja ovat muun muassa odotuttaminen, sitominen, istuttaminen ja makuuttaminen sängyssä laitojen takana. Vanhuksen itsemääräämisoikeutta ja valintoja saatetaan myös vaikeuttaa tekemällä asioista hankalia, esimerkiksi ulos haluavan tahto syrjäytetään huonon sään varjolla tai sillä, että vanhuksella ei ole sopivia vaatteita. (Vallejo Medina ym. 2006, 349.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on tehnyt vuonna 2009 kannanoton, jossa se esittää, että itsemääräämisoikeuden rajoitteista tulisi säätää erillisessä laissa. Lain tulisi vahvistaa itsemääräämisoikeutta ja arvioida rajoitustoimenpiteiden käyttöä, niiden hyväksyttävyyttä ja välttämättömyyttä. Lain tavoitteena olisi rajoitustoimenpiteiden tarpeen ja käytön vähentäminen sekä välttämättömien suoja- ja rajoitustoimenpiteiden salliminen turvallisuuden perusteella. (Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet 2009, 3.)

Estettäessä asiakasta vahingoittamasta itseään on vaarana, että hänen itsemääräämisoikeuttaan loukataan (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 132). Liikkumisvapautta saatetaan rajoittaa lukoilla sekä kemiallisella sitomisella eli lääkitsemällä sekä fyysisellä sitomisella, esimerkiksi nostamalla sängyn laidat. Tausta-ajatuksena tässä on eksymisen ja vaarallisten tilanteiden estäminen. (Topo 2005, 136–139.) Dementoitunut ihminen ei kuitenkaan ymmärrä liikkumattomaksi sitomista ja ahdistuu. Myös kemiallinen sitominen johtaa samankaltaiseen ahdistuksen kokemukseen. Sitomisen voidaan ajatella olevan rankaisemista. (Jääskeläinen 2006a, 150.) Psykyklääkkeiden määrääminen ei saisi olla seurausta henkilöstön vähyydestä (Kivelä & Vaapio 2011, 20). Ulkomailta tehdyissä tutkimuksissa sängynlaitojen nostamisen ja muun fyysisen rajoittamisen on lisäksi todettu lisäävän kaatumisesta aiheutuvia vammoja. Fyysiselle rajoittamiselle on vaihtoehtona esimerkiksi kuntoutus,

kävelyn harjoittaminen sekä erilaiset hälyttimet ja valvonnan lisääminen. (Hartikainen & Jäntti 2003, 291–292.)

Suostumuksen antamisen ja yhteisymmärryksessä päätöksen tekemisen vastakohtana on pakottaminen. Pakkokeinoja pidetään hyväksyttävänä, kun niillä suojataan asianomaista itseään tai muita. Pakottaminen aiheuttaa kuitenkin aina vahinkoa pakotettavalle ja lisää pelkoa muissa osastolla olevissa ihmisissä. Pakottaminen on kuitenkin joskus ainoa keino päästä yli hankalasta tilanteesta. Tällöin olennaista on, että käytetyt toimenpiteet mitoitetaan minimiin sekä ajan että menetelmän suhteen. (Jääskeläinen 2006a, 147, 151, 153.) Pakottaminen on aina eettisesti erittäin vaikea tilanne ja vahva keino puuttua itsemääräämisoikeuteen. Pakottamisen tulisi aina olla keinoista viimeinen. Pakkokeinoja ovat muun muassa pakkosyöttäminen ja pakkolääkitys. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 147.)

3.4 Eettisyys vanhustyössä

”Etiikkaa” ja ”moraalia” käytetään yleensä rinnakkaistermeinä. Molemmissa on kyse niistä tavoista ja tottumuksista, jotka ohjaavat toimintaa, ja siitä, millä tavalla toimitaan. Toisistaan ne voi erottaa siten, että moraalilla viitataan niihin käsityksiin ja periaatteisiin, jotka ovat yhteiskunnan ja ihmisten hyväksymiä elämässä ja toiminnassa. Etiikka taas on tiede, joka tutkii ja pohtii moraalilla. Eettiset arvot ovat etiikan perusta, ne käsittelevät sitä, millainen maailman tulisi olla, ei sitä, mitä maailma on. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 36–38.)

Itsemääräämisoikeuskysymykset ovat kaikkein haasteellisimpia eettisiä tilanteita hoitotyössä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141). Vanhustyössä eettisten periaatteiden noudattaminen korostuu, koska vanhusten toimintakyky on heikentynyt ja monet heistä sairastavat muistisairautta tai dementiaa. Vanhusten hoidon ja palveluiden eettisissä ohjeissa korostuu vastuullisuuden periaate hoitoa toteuttavien työntekijöiden, kuten hoitajien ja lääkäreiden kohdalla. Vanhustyössä on vaarana, että vanhat ja hauraat joutuvat heitä hoitavien vallankäytön kohteeksi. Vanhuksille ei aina kerrota riittävän selkeästi heidän sairauksistaan, ja joku muu saattaa tehdä hoitopäätökset heidän puolestaan. Eettisesti hyvä hoito sisältää huolenpidon, joka edistää hyvää elämää ja luo turvallisuutta. Eettisesti hyvä hoito on jokaisen iäkkään oikeus, riippumatta kulttuurista,

taloudellisesta tilanteesta tai asuinpaikasta. (Kivelä & Vaapio 2011, 17–19, 21–22.) Vanhuksen kuunteleminen ja kuuleminen ovat eettisesti hyvän hoidon lähtökohtia (Lahtinen 2006, 55).

Etiikka on läsnä arkipäivissä ja kaikissa vuorovaikutustilanteissa, ei ainoastaan ristiriidoissa ja ongelmissa. Eettisyys välittyy tavassamme toimia, katsoa ja koskettaa sekä siinä, kuinka puhumme vanhukselle. (Lahtinen 2006, 53.) Erityisesti dementiahoivatyössä tulee jatkuvasti vastaan tilanteita, joissa hoitaja joutuu miettimään, mikä on eettisesti oikein. On tilanteita, joissa asukas ei halua itselleen tehtävän jotain, mikä on kuitenkin hänen hyvinvointinsa kannalta tärkeää, esimerkiksi peseytyminen ja välttämättömien lääkkeiden ottaminen. (Kekola ym. 2006, 80.)

Vuorovaikutustilanteessa vanhustyössä on aina kaksi eettistä näkökulmaa. Hoitajalla on omat eettiset käsityksensä ja vanhuksella omansa. (Lahtinen 2006, 50.) Gilliganin (1982) välittämisen etiikan mukaan sekä vanhuksen että hoitajan eettiset käsitykset ovat yhtä arvokkaita. Eettiseen käsitykseen vaikuttavat jokaisen oma historia ja tausta, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus, mutta myös tämä hetki ja tulevaisuus. Työntekijän toimintaan vaikuttavat omien eettisten käsitysten lisäksi lait, jotka ohjaavat työn tekoa. Lisäksi jokaisessa työpaikassa on omat eettiset ohjeensa ja monella ammattikunnalla on myös omat kirjoitetut ammattieettiset ohjeensa. (Lahtinen 2006, 50–51, 53.) Sosiaalialan ammattilaisten eettiset ohjeet (2009) on koottu Talentia Ry:n arki, arvot, elämä, etiikka julkaisuun.

Eettisesti tasokasta vanhustenhoitoa saattavat horjuttaa ylikuormittuneet työntekijät. Vanhustyötä ohjaa taloudellisuus ja mitattavissa olevat suureet, minkä seurauksena vanhuksille taataan lähinnä vain elossa pysymisen kannalta keskeiset palvelut. (Vallejo Medina ym. 2006, 344.) Henkilöstöressurssien lisäksi vanhustyössä uhkana on eettisyyden ja moraalin puute, toisinaan unohtuu se, että vanhukset ovat yksilöitä ja heillä jokaisella on arvokas elämäntarinansa (Näslindh-Ylispangar 2005, 153).

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimustehtävä

Opinnäytetyössämme tutkimustehtävämme on selvittää, miten tehostetun palveluasumisen vanhusasukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu asukkaiden itsensä, hoitotyöntekijöiden ja johtajien kokemana. Haluamme opinnäytetyössämme myös selvittää, mitkä asiat vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Sovellamme työssämme BIKVA-arviointimallia, joten yhtenä tavoitteenamme on löytää kehittämiskohteita asukkaiden haastattelujen pohjalta (Krogstrup 2004, 7). Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Miten asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu eri toimijoiden kokemana?
2. Mitkä asiat vaikuttavat asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumiseen?

Halusimme kuulla asukkaiden omia kokemuksia itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta haastattelemalla heitä. Lisäksi haastattelimme työntekijöitä, jolloin saimme kuulla myös heidän pohdintojaan asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Asukkaiden ja työntekijöiden haastattelujen pohjalta haastattelimme vielä yksiköiden johtajat ja yhtiön toimitusjohtajan, jolloin myös heidän näkemyksiään kuultiin. Opinnäytetyömme tulosten pohjalta työelämätaho voi kehittää toimintaansa ja hoitokulttuuriaan.

4.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen menetelmää. Aineiston hankinnassa sovelsimme BIKVA-arviointimallia, joten haastattelimme palveluasumisen asukkaita, työntekijöitä ja johtoa. Analyysimenetelmänä sovelsimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

4.2.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan laadullista tutkimusta, jonka avulla tutkitaan asioita, joita ei voi määrällisesti mitata. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja sen tutkiminen mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tai paljastaa tosiasioita eikä todentaa jo tiedossa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin (Eskola & Suoranta 2005, 61).

Asukkaiden haastattelut toteutimme avoimena haastatteluna, jossa kysymykset ovat avoimia. Haastattelijä syventää haastateltavan vastauksia ja rakentaa niiden perusteella haastatteluun jatkoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 45.) Avoin haastattelu muistuttaa tavallista vapaata keskustelutilannetta eli se ei ole tiukasti sidottu kysymys-vastausmuotoon (Tiittula & Ruusuvoori 2005, 11). Haastattelu eroaa kuitenkin tavallisesti keskustelusta siinä, että haastattelu on ennalta suunniteltua ja sillä on tietty päämäärä. Tavoitteena on saada haastattelusta tietoa koskien tutkimusongelmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 42–43.)

Työntekijöiden ja johtajien haastattelut toteutimme teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa ei käytetä yksittäisiä kysymyksiä, vaan haastattelu etenee tiettyjen teemojen mukaisesti. Teema-alueiden järjestys muotoutuu yksilöllisesti jokaisen haastattelun kohdalla sen mukaan, mikä tuntuu luontevimmalta. Teema-alueiden alle muodostetaan kysymyksiä, joilla tarkennetaan teemoja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48, 66, 104.)

Sosiaaligerontologian tutkija Kirsi Lumme-Sandt (2005) kokee, että vanhoja ihmisiä on helppo saada haastateltaviksi, koska heillä on yleensä enemmän vapaa-aikaa kuin työikäisillä. Vanhat ihmiset myös kokevat arvokkaaksi asiaksi haastateltavaksi pääsemisen. Vanhojen ihmisten kohdalla kannattaa ottaa huomioon se, että vastaaminen saattaa kestää pidempään kuin nuoremmilla. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että he eivät ymmärtäisi kysymyksiä. Vanhat ihmiset tulee kohdata yksilöinä avoimin mielin. (Lumme-Sandt 2005, 128, 132, 143, 144.) Vanhuksen huono kuulo saattaa joskus haitata haastattelua, mutta tällöin usein auttaa se, että siirrytään lähemmäksi haastateltavaa tai puhutaan hiukan kovempaa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 134).

4.2.2 BIKVA-arviointimallin soveltaminen

BIKVA on arviointimalli, joka on kehitetty tarpeeseen saada esiin asiakkaiden näkökulma ja palaute heitä koskevista palveluista. BIKVA tulee tanskankielisistä sanoista ”Burgerinddragelse I KVALitetsvurdering”. Tämä tarkoittaa ”asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana”. Malli on kehitetty alun perin Tanskassa sosiaalipsykiatrian alalla 1996–1997. Tämän jälkeen mallia on käytetty sosiaalityön monilla aloilla. BIKVA-malli ei korvaa perinteistä asiakastytyväisyytutkimusta. Mallissa arviointiprosessin suunta on alhaalta ylöspäin. (Krogstrup 2004, 7, 15.)

Asiakkaille on BIKVA-mallissa keskeisin rooli. Ajatuksena mallissa on, että asiakkailla voi olla tietoa ongelmakohdista, joista työntekijät, johtajat tai poliittiset päättäjät eivät tiedä. Asiakkailta saadun tiedon ja ideoiden perusteella voidaan kehittää sosiaalipalveluita laadukkaammiksi. Asiakkailta saadun palautteen perusteella voidaan sanoa, että yleisimmin laatu syntyy asiakkaan ja työntekijän kohtaamisesta. Mallissa lähdetään liikkeelle siitä, että asiakkaiden ryhmähaastattelu järjestetään ensimmäiseksi. (Krogstrup 2004, 7–9.)

Kenttätyöntekijöiden ajatellaan saavan mallista kaikkein suurimman hyödyn. Työntekijöiden päätavoitteena on BIKVA-mallissa oppiminen ja kehittyminen. Heidän ottamistaan mukaan haastatteluihin perustellaan sillä, että heillä voi olla erityisiä näkemyksiä työstä liittyen esimerkiksi lainsäädäntöön ja poliittiseen päätöksentekoon. Haastatteluissa halutaan selvittää myös, kuinka paljon työntekoon vaikuttavat työorganisaation kulttuuri, rakenne ja prosessit. Työntekijöiden haastattelut tehdään ryhmähaastatteluina asiakkaiden haastattelujen jälkeen. Työntekijöiden haastattelun pohjana käytetään asiakkailta saatua palautetta työntekijöiden toimintatavoista. (Krogstrup 2004, 9, 13, 16.)

Vaikka työntekijöiden ajatellaan hyötyvän eniten BIKVA-mallista, on siitä hyötyä myös muille organisaation tahoille. Johtajien ja poliittisten päättäjien mukaan ottamista perustellaan sillä, että työntekijät usein kuvaavat heidän työntekoonsa vaikuttavan myös lainsäädäntö, esimiehet ja poliittiset päättäjät. Esimiehille ja poliittisille päättäjille laaditaan haastattelu asiakkaiden ja työntekijöiden esiin tuomien asioiden perusteella. BIKVA-mallissa kuitenkin painotetaan sitä, että vain sellaiset asiakkaiden ja

työntekijöiden palautteet tuodaan esiin, joihin esimiehet ja poliittiset päättäjät voivat vaikuttaa. (Krogstrup 2004, 9-10.)

BIKVA-mallissa tieto kerätään kvalitatiivisesti eli laadullisesti. Kvalitatiivisen tiedonkeruun ajatuksena on antaa uusia ideoita ja näkökulmia sosiaalityöhön ja mennä syvemmälle asiaan. Tiedonkeruu mallissa tapahtuu yleensä ryhmähaastatteluilla. Myös yksilöhaastattelua voidaan käyttää. Ryhmähaastattelun etuna on muun muassa se, että ryhmähaastatteluissa haastattelijat ottavat kantaa toistensa kertomiin, joten palaute on vivahteikkaampaa eikä niin yksilöllistä ja tunteikasta. Yksilöhaastattelua on kuitenkin perusteltua käyttää esimerkiksi silloin, kun halutaan kysyä jotain henkilökohtaista tai asiakkaiden sosiaaliset kyvyt ovat liian heikot ryhmähaastatteluun. (Krogstrup 2004, 10–12.)

BIKVA-mallin neljä eri vaihetta pääpiirteittäin:

1. Asiakkaat haastatellaan (ryhmä)haastatteluna, jossa heiltä pyydetään tietoa ja perusteluita hyvistä ja huonoista kokemuksista. Tuloksena haastattelusta saadaan tietoa asiakkaiden kokemuksista sekä subjektiivisia arviointeja.
2. Asiakkailta saatu palaute esitetään työntekijöille. Työntekijöiden kanssa pohditaan mihin asiakkaiden arviot perustuvat erityisesti työntekijöiden omassa toiminnassa.
3. Asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluista tullut palaute esitellään esimiehille. Esimiesten kanssa on tarkoitus pohtia syitä asiakkaiden ja työntekijöiden antamaan palautteeseen.
4. Asiakkaiden, työntekijöiden ja esimiesten haastatteluista saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille. Poliittisten päättäjien kanssa pohditaan syitä edellä mainittujen haastateltavien antamaan palautteeseen. (Krogstrup 2004, 15.)

4.3 Tutkimusaineiston hankinta

Opinnäytetyömme haastattelut toteutimme kahdessa eri palveluasumisyksikössä, jotka toimivat voittoa tavoittelemattoman yhdistyksen omistaman osakeyhtiön alaisuudessa. Ennen opinnäytetyön haastatteluja pyysimme tutkimusluvan yhtiön toimitusjohtajalta. Organisaatio halusi pysyä opinnäytetyössämme nimettömänä. Yhtiön toimitusjohtajan toiveena oli, että heidän molempien palvelutalojensa asukkaita haastateltaisiin, jotta

mahdolliset eroavaisuudet talojen välillä tulisivat esille. Eroavaisuuksia talojen välillä ei kuitenkaan juuri näyttänyt olevan. palvelutalot sijaitsivat eräässä länsisuomalaisessa kaupungissa. Toisessa yksikössä on 41 asumispalvelupaikkaa ja lisäksi kaksi 12 hengen ryhmäkotiä. Toisessa yksikössä on 64 palveluasumisen paikkaa ja yksi 12 hengen ryhmäkoti. Molemmat yksiköt tarjoavat asumispalveluiden lisäksi palveluja myös muille alueen vanhuksille. Molempiin yksiköihin voi hakeutua asukkaaksi joko oman kuntansa ostopalveluna tai yksityisenä asiakkaana.

Haastattelimme yhteensä kahdeksaa asukasta, joista kuusi oli tehostetun palveluasumisen ja kaksi oli tavallisen palveluasumisen asukkaita. Palveluasuminen eroaa tehostetusta palveluasumisesta siten, että palveluasumisessa ei ole ympärivuorokautista hoitoa (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2007, 18–19). Tehostetun palveluasumisen ja tavallisen palveluasumisen asukkaiden kokemukset eivät eronneet toisistaan. Yksiköiden johtajat valitsivat meille sopivat haastateltavat ja kysyivät heiltä alustavat suostumukset haastatteluun osallistumiseen. Kriteereinä haastateltaville oli, että he ovat yli 65-vuotiaita, asuneet tehostetussa palveluasumisessa vähintään kaksi kuukautta ja he kykenevät vastaamaan meidän laatimiimme kysymyksiin. Haastattelun runko oli kaikille haastatelluille asukkaille sama (liite 1).

Molemmista yksiköistä haastattelimme neljää asukasta. Molemmissa yksiköissä kolme haastateltavaa oli tehostetun ja yksi tavallisen palveluasumisen asukkaita. Kahdeksasta haastateltavasta naisia oli seitsemän ja miehiä yksi. Haastateltavat olivat iältään 78–87-vuotiaita. Palveluasumisessa asumisen aika vaihteli noin kuudesta kuukaudesta noin 13 vuoteen. Yksi haastatelluista asui palvelutalossa yhdessä puolisonsa kanssa. Kaikki haastateltavat olivat muuttaneet palveluasumiseen fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Haastateltavien avuntarve vaihteli suuresti. Haastateltavista neljä liikkui rollaattorin avulla, kolme pyörätuolilla ja yksi oli jatkuvasti sängyssä. Kolmen asukkaan avuntarve oli melko vähäinen, kolme tarvitsi apua melko paljon ja kaksi tarvitsi apua lähes kaikissa päivittäisissä toimissa. Asukkaiden taustatietoja kokosimme taulukkoon 1. Kaikki asukkaat kykenivät vastaamaan kysymyksiimme. Emme huomanneet heillä huomattavaa muistin alenemista, mutta osa heistä koki muistinsa jo heikentyneen jonkin verran. Muistin heikkeneminen kuuluu normaaliin ikääntymiseen, yleensä se alkaa asioiden mieleen painamisen vaikeutena ja unohteluna (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 23).

Hlö	Kauanko asunut palveluasunnossa	Tehostettu	Liikkuminen			Avuntarve		
			Rollaattori	Pyörätuoli	Sängyssä päivät	Vähän	Melko paljon	Paljon
nainen 78v.	1 vuoden			X*	X			X
mies 82v.	4 vuotta	X	X			X		
nainen	3,5 vuotta	X		X			X	
nainen	2 vuotta	X	X*	X		X		
nainen 84v.	1 vuoden		X			X		
nainen 87v.	3,5 vuotta	X	X	X*			X	
nainen	0.5 vuotta	X	X				X	
nainen 86v.	13 vuotta	X		X*				X

X*= avustettuna

TAULUKKO 1. Asukkaiden taustatietoja

Asukkaiden haastattelut toteutimme yksilöhaastatteluina haastattelemalla ensin toisessa yksikössä asukkaat yhtenä päivänä. Seuraavana päivänä haastattelimme toisen yksikön asukkaat. Kumpikin meistä haastatteli kaksi asukasta molemmista yksiköistä. Päädyimme asukkaiden kohdalla yksilöhaastatteluihin, koska koimme, että haastattelut on helpompi toteuttaa siten, että me menemme asukkaiden luo. Koimme myös pystyvämme keskittymään yhteen ihmiseen kerrallaan ja etenemään hänen ehdoillaan haastattelussa. Haastattelut nauhoitimme, jonka jälkeen ne litteroitiin ja analysoitiin. Haastattelujen alustavan analysoinnin jälkeen teimme työntekijöiden haastattelujen kysymykset.

Asukkaiden haastattelujen jälkeen haastattelimme molemmissa yksiköissä työntekijät ryhmähaastatteluina, jossa olimme molemmat mukana. Yksiköiden haastattelurungot erosivat hieman toisistaan (liite 2). Ryhmähaastatteluihin osallistui molemmista yksiköistä neljä hoitotyöntekijää. Myös työntekijöiden haastattelut nauhoitettiin, jonka

jälkeen ne litteroitiin ja analysoitiin. Työntekijöiden sekä asukkaiden haastattelujen pohjalta teimme johtajien haastattelurungon (liite 3). Molemmat työntekijöiden haastattelut kestivät noin puoli tuntia. Kaikki haastatellut olivat naisia, kuusi heistä oli lähihoitajia, yksi kehitysvammahoitaja ja yksi oppisopimuskoulutuksessa oleva lähihoitajaopiskelija. Suurimmalla osalla oli pitkä työkokemus vanhustyöstä; työvuosien määrä vaihteli kahdesta vuodesta 26 vuoteen.

Kolmantena vaiheena, BIKVA-mallin mukaisesti, haastattelimme molempien yksiköiden johtajat ja yhtiön toimitusjohtajan (Krogstrup 2004, 15). Johtajien haastattelun teimme myös ryhmähaastatteluna, jossa olimme molemmat mukana. Johtajien haastattelu kesti noin 50 minuuttia. Kaikki kolme johtajaa olivat naisia. Kaikille heille oli kertynyt pitkä, vähintään 10 vuoden työkokemus vanhustyöstä. Kaikilla heillä oli sosiaali- tai terveysalan ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto ja lisäksi erilaisia johtajakoulutuksia.

BIKVA-mallin mukaisesti viimeisessä vaiheessa haastateltaisiin vielä poliittisia päättäjiä (Krogstrup 2004, 15). Tämän vaiheen jätimme kokonaan pois, jolloin pystyimme paremmin keskittymään muihin sidosryhmiin. Koimme myös, että poliittisten päättäjien haastattelu ei toisi lisäarvoa opinnäytetyöhömmem.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Haastatteluiden jälkeen litteroimme nauhat, jolloin poistimme aineistosta opinnäytetyömmem kannalta epäolennaiset asiat. Litteroimme molemmat itse haastattelemamme asukkaiden haastattelut. Työntekijöiden haastatteluissa toinen meistä litteroi toisen nauhan ja toinen toisen. Johtajien haastattelun litteroi Pirjo. Litteroinnin jälkeen aloitimme yhdessä aineiston analysoinnin. Opinnäytetyössämme sovelsimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Analysoinnin edetessä muokkasimme hieman tutkimuskysymyksiämme, jotta saimme kirjoitettua selkeämmän raportin.

Aineistolähtöisessä analyysissä kuvataan aineiston sisältöä sanallisesti ja selkeästi. Sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa lähdetään liikkeelle empiirisestä aineistosta ja edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä analyysissä tekstistä etsitään ensin pelkistettyjä ilmauksia,

joita yhdistelemällä muodostetaan alaluokkia. Alaluokat yhdistetään yläluokiksi, joita yhdistämällä saadaan eri käsitteitä, joista saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkijan tulisi pyrkiä ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 91, 106, 109, 112–113.)

Aloitimme analysoinnin etsimällä aineistostamme samankaltaisia asioita, jotka yhdistimme alaluokiksi. Esimerkiksi yhdistimme sitaatit, jotka liittyivät asukkaiden omaisiin. Alaluokat kävimme uudelleen läpi etsien sieltä samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Näistä saimme kolme eri alaluokkaa ”omaisten vierailut”, ”omaiset auttavat” ja ”omaiset osallistuvat hoitoon”. Alaluokista muodostimme suurempia kokonaisuuksia eli yläluokkia, joista saimme yksittäisiä käsitteitä. Yllä mainituista alaluokista muodostimme yläluokan ”omaiset”, jonka yhdistimme muihin saamiimme yläluokkiin kuten ”ystävät” ja ”vapaaehtoiset”. Näistä yläluokista muodostui käsite ”voimavarat”. Käsitteiden kautta saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Eli esimerkiksi voimavarat vaikuttavat myönteisesti itsemääräämisoikeuden toteutumiseen.

Käytimme analysoinnissa lisäksi luokittelua, jotta joistakin vastauksista saataisiin määrällisesti tarkempia, esimerkiksi kerroimme, että kuusi haastateltavaa koki, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu hyvin. Näin saimme tarkemman vastauksen, kuin jos olisimme maininneet, että suurin osa haastateltavista koki itsemääräämisoikeutensa toteutuvan hyvin. Tuomen ja Sarajärven (2011) mukaan luokittelussa aineistosta määritellään luokkia, joiden esiintyvyys aineistossa voidaan laskea. Luokittelua voidaan pitää kvantitatiivisena analyysinä laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 93.)

Aineiston käsitteellistämisen jälkeen yhdistelimme aineistoa, teoriaa ja aiempia tutkimuksia toisiinsa eli siirryimme teoriaohjaavaan analyysiin, jossa on kyse abduktiivisesta päättelystä. Abduktiivisessa päättelyssä vaihtelevat aineistolähtöisyys, aiemmat tutkimukset ja teorit, joita tutkija pyrkii yhdistelemään toisiinsa. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 97.)

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu muun muassa tutkijan rehellisyys ja huolellisuus tutkimustyössä sekä eettisesti kestävät tiedonhankinta periaatteet. Tutkijan tulee myös antaa muille tutkijoille heille kuuluva kunnia. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen 2002, 3.)

Luottamuksellisuus on tutkimuksen teon tärkeimpiä asioita. Tutkittavalla ihmisellä sekä organisaatiolla on oikeus säilyä nimettömänä tutkimuksessa. Heidän on voitava luottaa siihen, että heidän asioitaan ei kerrota eteenpäin. Tutkittaville on kerrottava, kuinka materiaaleja säilytetään ja kuka ne näkee. Lupaus pysyä nimettömänä myös rohkaisee tutkittavia puhumaan arkaluontoisistakin asioista. (Mäkinen 2006, 114–116.) Kerroimme haastateltavillemme nauhoittavamme haastattelun, jonka käsittelemme luottamuksellisesti, haastateltavat pysyvät nimettöminä ja hävitämme nauhat haastattelujen purkamisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuvilta on pyydettävä suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Osallistujan tulee ymmärtää, mistä tutkimuksessa on kyse ja mihin hän on suostumassa. Erityisryhmien kohdalla tämä tulee huomioida asian esittämisessä, ja tieto tulee antaa myös kirjallisesti. (Mäkinen 2006, 64–65.) Pyysimme yksiköiden johtajia kertomaan haastateltaville opinnäytetyöstämme ja kysymään halukkuutta haastatteluihin. Haastatteluiden alussa kerroimme haastateltaville keitä olemme, mihin haastatteluja käytetään ja mikä on opinnäytetyömme tarkoitus. Tämän jälkeen pyysimme allekirjoitukset haastattelulupalomakkeisiin (liite 4). Ne allekirjoitettiin kahtena kappaleena, joista toinen jäi haastateltavalle. Yksi haastateltava halusi haastattelun alussa perua osallistumisensa. Saimme kuitenkin uuden haastateltavan hänen tilalleen.

Tutkijan pitäisi pystyä luomaan mahdollisimman tasa-arvoinen tutkimustilanne, jotta tutkittava ei tuntisi oloaan uhatuksi tai pakotetuksi missään vaiheessa. Tasa-arvoiseen tutkimustilanteeseen voi vaikuttaa esimerkiksi haastattelupaikan valinnalla. Kysymyksenasettelussa tulee huomioida kysymysten ymmärrettävyys ja yksiselitteisyys sekä se, etteivät ne ole johdattelevia. (Mäkinen 2006, 93, 110.) Haastateltavamme saivat itse valita mieleisensä paikan haastattelulle. Suurin osa haastatteluista tapahtui asukkaiden omissa asunnoissa. Yhden haastateltavan asunnossa oli paikalla myös haastateltavan tytär.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Opinnäytetyössämme selvitimme, miten tehostetun palveluasumisen vanhusasukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu vanhusten itsensä, hoitotyöntekijöiden ja johtajien kokemana sekä mitkä tekijät vaikuttavat sen toteutumiseen. Kahdeksasta haastatellustamme asukkaasta suurin osa koki, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu hyvin, koska he saavat osallistua omaan elämäänsä ja heitä kuullaan. Ajateltiin jopa, että itsemääräämisoikeuden toteutuminen on itsestään selvä asia ja sitä pidettiin tärkeänä. Kaikki asukkaat kokivat, että toiminta talossa perustuu vapaaehtoisuuteen eikä mitään ole pakko tehdä. Ainut asia, johon asukkaat eivät juuri saaneet vaikuttaa, olivat aikataulut. Työntekijät olivat myös sitä mieltä, että asukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu suhteellisen hyvin. Työntekijät ja johtajat näkivät, että itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen voitaisiin kuitenkin tehdä vielä enemmän töitä ja kehitettävää riittää tulevaisuudessakin.

5.1 Itsemääräämisoikeus asukkaiden kokemana

Asukkaiden kokemukseen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta vaikutti mielestämme eniten asukkaiden kokemus osallistumisesta omaan arkeensa ja hoidon suunnitteluun. Asukkaiden haastattelujen perusteella voidaan ajatella, että yksilön toimintakyky, toimijuuden kuuden ulottuvuuden tasapaino ja voimavarat vaikuttivat vahvasti kokemukseen itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Asukkaiden itsemääräämisoikeutta horjuttaa erityisesti heikentynyt toimintakyky, johon on vaikuttanut muun muassa erilaiset sairaudet. Yksi itsemääräämisoikeutta heikentävä tekijä on myös yksinäisyys. Voimavaroista omien raihnaisuuksien hyväksyminen ja positiivinen ajattelutapa tuntuivat olevan merkittävässä osassa oman itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen. Toimijuus ilmenee siten, että omia taitoja ja kykenemisiä haluttiin hyödyntää, jotta toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään ja sen myötä täysivaltainen osallistuminen omaan elämään olisi edelleen mahdollista.

Työntekijöillä on vanhuksen itsensä lisäksi suuri vaikutus itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Työntekijät voivat omalla käytöksellään edistää tai evätä

itseäänmääräämisoikeuden toteutumisen. Kaikki asukkaat olivat muuttaneet palvelutaloon, koska he eivät enää pärjänneet yksin kotona toimintakyvyn heikentymisen vuoksi.

5.1.1 Aukkaiden itseäänmääräämisoikeuden toteutuminen

Kahdeksasta haastatellustamme asukkaasta viisi koki itseäänmääräämisoikeutensa toteutuvan hyvin eli heidän mielipiteitään kuullaan, he saavat päättää arjestaan ja osallistua hoitonsa suunnitteluun. Kaksi asukasta oli sitä mieltä, että heidän itseäänmääräämisoikeutensa ei toteudu täysin. Toinen heistä tunsii itseäänmääräämisoikeutensa toteutuvan hoidon suhteen, mutta autolla ajamisesta luopumisen vuoksi se ei enää toteudu täysin. Toinen heistä taas ajatteli, että itseäänmääräämisoikeus ei toteudu täysin, koska hän ei tule kuulluksi hoitajien taholta riittävän hyvin. Yksi asukas kertoi, ettei hän itse osaa enää vaikuttaa asioihinsa, ja tämän myötä hän ei osannut sanoa, kuinka hänen itseäänmääräämisoikeutensa toteutuu. Kaikki haastatellustamme asukkaista oli kuitenkin sitä mieltä, että palvelutalossa mitään ei ole pakko tehdä.

”Kyllä mä saan sanoa oman mielipiteeni, ei täällä sillai määrätä.”
(Asukas 4)

”Ei oo mitään pakko, ei ollenkaan.” (Asukas 5)

Lehtosalon (2011) tutkimuksessa, jossa tutkittiin itseäänmääräämisoikeuden toteutumista palvelutalossa, ilmeni, että aukkaiden itseäänmääräämisoikeus toteutuu hyvin ja sitä pidettiin itsestään selvänä asiana. Asukkaat olivat niin tottuneita päättämään omaa elämäänsä koskevista päätöksistä, että siinä ei nähty olevan mitään erikoista. (Lehtosalo 2011, 26, 44.) Tämä eroaa täysin Järnströmin (2011) tutkimuksesta, jossa tutkittiin asiakaslähtöisyyden toteutumista geriatrisessa sairaalassa. Vanhukset kokivat, että kukaan ei kysy heidän toiveitaan ja mielipiteitään, eikä niistä olla kiinnostuneita. (Järnström 2011, 201.)

Haastattelemamme asukkaat, joiden itseäänmääräämisoikeus toteutui, olivat fyysiseltä toimintakyvyltään erilaisia. Osalla heistä oli suhteellisen hyvä fyysinen toimintakyky, he liikkuiivat itsenäisesti rollaattorin avulla ja pystyivät tekemään itse paljon asioita. Osalla taas fyysinen toimintakyky oli suuresti heikentynyt, he eivät pystyneet enää kävelemään ja yhden heistä kädet eivät juuri enää toimineet, joten hän ei pystynyt aina

edes itse syömään. Huolimatta siitä, millainen fyysinen toimintakyky heillä oli, kokivat he itsemääräämisoikeutensa toteutuvan hyvin eli heillä oli ajattelun, tahdon ja toiminnan kompetenssit. Kaikilla heillä oli hyvä psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. He myös halusivat käyttää kykyjään mahdollisimman pitkään. He olivat toimijoita, koska heillä oli halua, voimisia, kykyjä ja osaamista osallistua omaan elämäänsä. Toimijuuden eri ulottuvuuksien tasapaino mahdollistaa hyvän ja myönteisen elämän (Jyrkämä 2008b, 277). Myönteisen elämän myötä positiivinen ajattelutapa vahvistuu.

”Emä halua enää mitää isommalti ja mä pystyn sen minkä haluan viä tekee.” (Asukas 5)

Niiden asukkaiden kohdalla, jotka tunsivat, ettei heidän itsemääräämisoikeutensa toteudu täysin, oli mielestämme itsemääräämisoikeuden toteutumattomuuden yhtenä syynä fyysisen toimintakyvyn heikentyminen. Itsemääräämisoikeutta voivat rajoittaa yksilön terveys ja toimintakyky (Sarvimäki & Stenbock–Hult 2009, 140). Fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi toisen asukkaan avuntarve oli lisääntynyt ja hän oli entistä riippuvaisempi hoitajista. Osa hoitajista ei asukkaan mielestä ottanut hänen mielipiteitään riittävästi huomioon, toisin sanoen kaikki hoitajat eivät osanneet kohdata asukasta hänen haluamallaan tavalla. Toisella asukkaalla taas fyysisen toimintakyvyn heikentyminen oli johtanut autoilun lopettamiseen, joka oli ollut hänelle erittäin tärkeää. Rothen (1993) mukaan autoilu lisää tunnetta riippumattomuudesta, kyvykkyydestä, sosiaalisesta asemasta ja osallisuudesta yhteiskuntaan, joten sen lopettaminen on merkittävä elämäntapahtuma vanhuudessa (Raitanen & Kuikka 2004, 470).

”Määräämisoikeus on ollut sidottu, koska ei pysty ajamaan autoa.”
(Asukas 2)

Yksi haastatelluistamme asukkaista kertoi, ettei tiedä kuinka hänen itsemääräämisoikeutensa toteutuu. Asukkaan fyysinen toimintakyky oli laskenut hengityselimistön sairauden vuoksi. Asukas tunsu, ettei itse enää osaa tehdä päätöksiä, joten hän oli antanut päätöksenteon omaisilleen.

”Lapset huolehtii mun asioistani, että ei mun siinä mielessä tartte mitää (päättää). – Oon antanu iha lasten huoleks, että saavat tehdä niinku tykkäävät.” (Asukas 6)

Kyseinen asukas oli eristäytynyt omaan huoneeseensa ja koki itsensä yksinäiseksi sekä kaipasi vanhoja ystäviään. Asukas vaikutti jopa masentuneelta ja kertoikin toivovansa jo ”*pois täältä taivaan kotiin*”. Jääskeläisen (2006b, 84) mukaan kuoleman kaipuu voi liittyä toimintakyvyn alenemisesta johtuvaan masennukseen. Yksinäisyyttä lisäsi myös se, että asukas ajatteli, ettei osaisi jutella muiden ihmisten kanssa, jota vaikeuttaa lisäksi huono kuulo. Lehtosalon (2011) tutkimuksessa ilmeni, että toisten asukkaiden kanssa seurustelu ei ole itsestänselvyys ja sukulaissuhteet sekä nuoruuden tuttavuudet ovat tärkeitä. Asukkaiden keskinäistä seurustelua ja osallistumista yhteiseen toimintaan hankaloittavat asukkaiden muistihäiriöt, kuulo-ongelmat ja huono näkö. (Lehtosalo 2011, 38, 42.)

”– tietysti on ikävä vaan, kun tää on nii yksinäistä ja käy aika pitkäks, ku yksin täällä on.” (Asukas 6)

Edellä mainitun haastattelemamme asukkaan tahdon, ajattelun ja toiminnan kompetenssit vaikuttivat olevan heikentyneet eli hän ei itse enää kyennyt tekemään päätöksiään tai ainakin hän koki niin. Yksinäisyys ja masentuneisuus ovat saattaneet myös osaltaan heikentää asukkaan luottamusta omiin kykyihin ja taitoihin. Sarvimäen ja Stenbock-Hultin (2009) mukaan ihmisen ajattelun ja tahdon autonomiaan saattavat vaikuttaa dementia ja masennus sekä fyysiset sairaudet ja fyysinen väsymys. Toiminnan autonomiaa voivat rajoittaa resurssipula ja ympäristöltä saatava tuen ja rohkaisun puute. (Sarvimäki & Stenbock–Hult 2009, 140.) Vanhuksen itsetunto vaikuttaa oleellisesti hänen haluunsa ja kykyynsä olla itsestään määräävä ja päättävä henkilö (Vallejo Medina ym. 2006, 349).

Suurin osa haastatelluistamme asukkaista koki, että toimintakyvyn heikentyessä myös itsemääräämisoikeus heikkenee. Asukkaat olivat samaa mieltä kuin Tuominen (2006) tutkimuksessaan. Tuominen (2006, 76) tutki asiakaslähtöisyyden toteutumista vanhuksilla geriatrisella osastolla, jossa tultiin siihen tulokseen, että toimintakyvyn heikentyminen vaikuttaa alentavasti itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. Samaan tulokseen Tuomisen kanssa ovat tulleet myös Hyyryläinen ja Turta (2010, 39) opinnäytetyössään, jossa selvitettiin ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden toteutumista tehostetussa palveluasumisessa. Yksi haastattelemistamme asukkaista näki itsemääräämisoikeuden heikentymisen pelottavana asiana, kun taas toinen ajatteli sen

kuuluvan vanhuuteen eikä pitänyt sitä yhtään pelottavana. Yksi asukkaista pohti, että hänen itsemääräämisoikeutensa tulee säilymään loppuun asti.

”Kuinka sit käy ku kunto heikkenee ja muuten.” (Asukas 2)

Anderberg & Berglund (2009) tutkivat ruotsalaisessa vanhainkodissa vanhojen ihmisten kokemuksia hoidosta. Tutkimuksessa ilmeni, että haastateltavat vanhukset olivat huolissaan itsemääräämisoikeudestaan ja yrittivät pärjätä itsenäisesti niin pitkään, kuin mahdollista. He halusivat pitää yllä omia kykyjään, jotta kontrolli omaan elämään säilyisi. (Anderberg & Berglund 2010, 64–65, 67.)

Voimavaroilla on suuri merkitys sen suhteen, kuinka vanhus kokee itsemääräämisoikeutensa toteutuvan. Positiivisen ajattelutavan myötä osa haastatelluistamme asukkaista oli hyväksynyt omat raihnaisuutensa. Omien raihnaisuuksien hyväksyminen vahvistaa toimijuutta. Asukkaat, jotka olivat hyväksyneet omat raihnaisuutensa, kertoivat enemmän tämänhetkisistä kykenemisistä ja osaamisista, joita myös haluavat pitää yllä, sen sijaan, että olisivat takertuneet entisiin osaamisiin ja kykenemisiin. Osa asukkaista tunsu kykenevänsä edelleen tekemään paljon asioita, vaikka fyysinen toimintakyky oli saattanut heikentyä huomattavasti.

”Mä oon positiivinen luonteeltani, mun mielestä kaikki on aina hyvin, vaikka mä oonki täällä petin pohjalla.” (Asukas 1)

Toiset asukkaista taas keskittyivät enemmän omiin raihnaisuuksiinsa eli siihen, mitä he eivät enää kykene tekemään. Tästä tuli vaikutelma, että he eivät olleet täysin hyväksyneet omaa vanhenemistaan ja raihnaisuuttaan.

”En mä voi enää. Kun nää kädet rupes tämmöseks. – – se on nii surkeeta, kun ei enää tuu tommosta oikeen maalausta.” (Asukas 3)

Asukkaat näkivät omaisensa tärkeinä voimavaroina omassa elämässään. Asukkaiden omaiset vierailevat asukkaiden luona, auttavat heitä asioiden hoidossa, esimerkiksi raha-asioissa ja kaupassa käymisessä, sekä osallistuvat yhdessä asukkaan kanssa hoidon suunnitteluun. Yksi asukkaista asui palvelutalossa yhdessä puolisonsa kanssa, jonka näimme erittäin suurena voimavarana molemmille puolisoille.

”Se ois surkeeta, kun ei ois yhtään lasta, ei kävis kukaan kattomassa.”

(Asukas 6)

”Mun nuorin tyttäreni pitää huolen kaikista laskuista ja lääkkeistä ja sillai, että niinku hyvällä tavalla vaikuttaa, ettei mun tarte niinku ajatella rahaa ja enkä mä oo kiinnostunukkaa.” (Asukas 1)

Myös vanhojen ystävien merkitys ilmeni haastatteluissa. Asukkaiden mielestä oli todella tärkeää, että vanhat ystävät käyvät heidän luonaan. Ystävien kanssa voi jutella vanhoista asioista ja tehdä erilaisia asioita. Yksi asukas kertoi esimerkiksi käyvänsä ystävänsä kanssa asioilla, jota ei muuten pystyisi tekemään. Moni asukkaista kertoi kaverustuneensa myös talon muiden asukkaiden kanssa ja saavansa heistä seuraa. Muutama asukas toi esille sen, että he kaipaavat vanhoja ystäviään, koska ystävät olivat jääneet palvelutaloon muuton tai sairastumisen vuoksi.

”Siinä mä oon itte, mulla on kuski, semmonen mun hyvä ystävä, joka vie mut kauppaan. –—. Siinä mulla on ystävä.” (Asukas 1)

Saarenheimon (2003, 43) mukaan perheen, sukulaisten ja ystävien olemassa olo on hyvin merkittävä vanhuksen psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Lehtosalon (2011, 34) tutkimuksessa ilmeni, että asukkaat virkistyvät vieraiden käymisestä. Muita tärkeitä voimavaroja, joita haastattelemamme asukkaat mainitsivat, olivat vapaaehtoisten vierailut ja usko Jumalaan. Voimavaroja tukemalla mahdollistetaan pidempi elinikä sekä itsemääräämisoikeuden ja hyvän elämänlaadun jatkuminen mahdollisimman pitkään (Lyyra 2007, 26).

5.1.2 Asukkaiden osallistuminen arkeen ja hoidon suunnitteluun

Arkeen asukkaat kokivat saavansa osallistua muun muassa siten, että he voivat valita, mitä vaatteita hoitajat heille pukevat tai mitä he haluavat ruokalistalta syödä. Tärkeimpänä asiana asukkaat näkivät, että he saavat itse päättää, miten he päivänsä viettävät.

”Saan vaikuttaa mitä laitan päälleni ja kaikessa kysyvät.” (Asukas 8)

Osa asukkaista piti erittäin tärkeänä sitä, että heidän toimintakykynsä oli vielä sen verran hyvä, että he kykenivät halutessaan edelleen käymään talon ulkopuolella, esimerkiksi kaupungilla tai kaupassa. Moni haastattelemistamme asukkaista kertoi myös ulkoilevansa jonkin verran, erityisesti kesäisin.

”Mä oon vielä liikkunu ja mennyt ovelta ovelle tuolla taksilla.” (Asukas 5)

Kaupungilla käyminen ja vapaa liikkuminen lisäävät normaalin elämän tuntua palvelutalossa (Lehtosalo 2011, 33). Itsenäinen liikkumismahdollisuus parantaa myös elämänlaatua ja tukee psyykkisen toimintakyvyn säilymistä (Raitanen & Kuikka 2004, 468–469). Yksi haastatelluistamme asukkaista kertoi, että haluaisi päästä ulos useammin, mutta yksin ei sinne pääse, joten ulkoilu on kiinni muista ihmisistä. Yksi haastatelluistamme asukkaista toi esille myös sen, ettei hän enää edes halua lähteä ulos, vaan on mieluummin sisällä lämpimässä.

Haastattelemamme asukkaat kokivat, että talossa on toimintaa riittävän paljon ja monipuolisesti. Asukkaat kertoivat osallistuvansa toimintaan voinnin salliessa ja niin halutessaan. Moni pitikin talon toimintaan osallistumista tärkeänä, koska toimintaan osallistuessa sai mielekästä tekemistä ja näki muita talon asukkaita.

”Täällä perustuu se toiminta juuri siihen vapaaehtoisuuteen kyllä, että kaikennäköstä toimintaa on vapaaehtosesti.” (Asukas 2)

Tuloksemme ovat yhteneväisiä Lehtosalon (2011) tutkimuksen kanssa, jossa haastateltavat kokivat, että palvelutalossa on tarjolla riittävästi monipuolista ohjelmaa ja ketään ei pakoteta osallistumaan. Se, että saa itse päättää osallistumisestaan, vahvistaa itsetuntoa ja oman arvostuksen tunnetta. (Lehtosalo 2011, 26, 36.) Hoitoyhteisöissä tulee olla mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä yksityisyyteen. Jotkut hakeutuvat myös tietoisesti omiin oloihinsa. (Heikkinen 2007, 158.)

Osa haastatelluistamme asukkaista toi esille sen, että he viihtyvät hyvin myös omissa oloissaan ja kaipaavat yksinoloa. Asukkaat kertoivat pitävänsä erityisesti television katsomisesta, nukkumisesta ja lukemisesta. Muutama asukas mainitsi harrastavansa hyötyliikuntaa kävelemällä talon käytäviä päästä päähän, jonka he kokivat hyväksi keinoksi ylläpitää toimintakykyä.

”Aina kun on, jos on tv:stä, että mää haluaisin katsoa ja kuunnella, niin aina mää oon saanu kattoo ja mää pääsen sängystä tähän (autettuna). Radiota mää kuuntelen sängyssä.” (Asukas 8)

Mielestämme asukkaiden asunnoista huokui kotoinen tunnelma. Huoneet oli sisustettu asukkaiden omilla tavaroilla, kuten he itse ovat halunneet. Lehtosalon (2011, 26) tutkimuksessa palvelutalon asukkaat kokivat, että he saavat päättää omista tekemisistään, tavoistaan ja sisustuksestaan aivan kuin he eläisivät omistusasunnoissaan. Myös meidän haastattelemamme asukkaat kokivat, että heidän asuntonsa ovat heidän kotejaan, jossa he voivat olla kuten tahtovat.

”Tää on niinku minun kotini, minähän saan täällä olla niinku tykkään.” (Asukas 6)

Aikataulut olivat asia, johon asukkaat kokivat, etteivät voi juuri vaikuttaa. Esimerkiksi ruokailut ovat tiettyyn aikaan, aamulla ei välttämättä saa nukkua niin pitkään kuin haluaa ja asukkailla on määrätty suihkupäivät. Asukkaat kertoivat, että aikatauluissa joustetaan jonkin verran, mutta osa asukkaista toivoi vielä enemmän joustavuutta. Muutama asukkaista koki olevansa sidottuna tähän systeemiin tai olevansa kuin laitoshoidossa. Ajattelemme, että nämä kokemukset saattavat johtua juuri aikatauluista. Asukkaat olivat kuitenkin tottuneet ja hyväksyneet aikataulujen noudattamisen.

”Tavallaan sidottuna on tähän systeemiin, kun kerta tässä on jäsenenä, mutta kauheen vapaa täällä on olla kaikin puolin.” (Asukas 2)

”No siihen on sopeutunut (aikatauluihin), alussa sitä vähän kapinoitiin täällä. Haluais nousta silloin kun itselle sopii, mutta ei, täytyy nousta kun hoitajille sopii.” (Asukas 3)

Kaikki asukkaat kokivat saaneensa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Jokaiselle asukkaalle on tehty hoito- ja palvelusuunnitelma heidän muutettuaan palvelutaloon. Monen asukkaan omaiset olivat myös osallistuneet hoidon suunnitteluun, mikä nähtiin tärkeänä asiana. Myös Saarenheimo (2003, 43) näkee tärkeänä, että läheiset ihmiset ovat mukana suunnittelemassa vanhuksen palveluita ja hoitoratkaisuja. Yksi asukkaista toi vahvasti esiin sen, että hän ei halua, että omaiset osallistuvat hoidon suunnitteluun,

koska hän ei koe tarvitsevansa siihen heidän apuaan. Yksi asukkaista tunsi, ettei hän osaa enää itse suunnitella tai osallistua omaa arkeaan koskeviin päätöksiin, joten omaiset päättivät asiat hänen puolestaan. Järnströmin (2011) tutkimuksessa vanhukset kokivat, että heidän avuntarpeensa määriteltiin muiden taholta eivätkä heidän omat toiveensa saaneet juuri arvoa. Vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumista hankaloitti se, että jotkut heistä eivät tieneet, millaiset jatkosuunnitelmat heille oli osastolla tehty. (Järnström 2011, 201.)

Hoitotahdon tekeminen on yksi tapa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja itsemääräämisoikeuden varmistamiseen myös jatkossa (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004, 19). Haastatelluistamme asukkaista kolme oli tehnyt hoitotahdon ja yksi mietti, että se pitäisi tehdä vielä, kun siihen kykenee.

”Mä oon sen päättäny, että mua ei elvytellä.” (Asukas 5)

Osa asukkaista kertoi, että he olivat nimenomaan toivoneet pääsevänsä muuttamaan kyseiseen palvelutaloon. He olivat myös erittäin tyytyväisiä tekemäänsä päätökseen ja siihen, että he olivat päässeet asumaan kyseiseen palvelutaloon.

”Se oli ihan lottovoitto, että tänne pääs.” (Asukas 5)

Se, että on päässyt asumaan toivomaansa paikkaan, on mielestämme iso asia itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Se vahvistaa asukkaan tunnetta siitä, että hän on kykenevä tekemään omat päätöksensä ja hänen myös annetaan tehdä niitä.

5.1.3 Hoitajien vaikutus asukkaan itsemääräämisoikeuteen

Mielestämme vanhusten itsensä ohella myös hoitajilla on suuri merkitys vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen. Kunnioittaminen nousi esille isona teemana asukkaiden haastatteluista. Hoitajien kunnioitus asukkaita kohtaan ilmeni vastauksista asukkaiden kuulemisena ja kuuntelemisena sekä hyvänä kohteluna. Teoriatiedon lisäksi, ihmisen ymmärtäminen ja auttaminen vaatii aina ihmisen kuulemistä (Gothöni 2005, 93). Asukkaista puolet tunsi, että he tulevat kuulluksi eikä sillä ollut merkitystä, kuka hoitaja on kyseessä.

”Kuuntelevat ja hoitavat kaiken mitä mä pyydän.” (Asukas 7)

Kaksi asukkaista ajatteli, että sillä on merkitystä kuka hoitaja on kulloinkin kyseessä, koska osa hoitajista kuulee asukkaita paremmin kuin toiset hoitajat. Yksi asukkaista ei osannut sanoa, kuuntelevatko hoitajat hänen mielipiteitään vai eivät.

”Hoitajiahan on monenlaisia.” (Asukas 2)

Yksi asukkaista oli sitä mieltä, että kukaan hoitajista ei kuuntele eikä kuule asukasta. Asukas myös koki, että hoitajat eivät aina kohtele häntä hyvin. Huono kohtelu ilmeni siten, että asukkaan mielestä jotkut hoitajat eivät kunnioita häntä ihmisenä vaan käsittelevät kuin ”jauhosäkkiä” ja hoitaessa eivät puhu hänelle.

*”Ei ne kysy, mitä mieltä sää oot. Jos tahtoo sanoa, ei ne kuuntele.”
(Asukas 3)*

Halldorsdottirin (1996) mukaan hoitotyöntekijän mielenkiinnottomuus, karkeus, kylmyys ja epäinhimillisyys hoidettavia kohtaan voivat olla merkkejä työuupumuksesta. Hoitotyöntekijöiden välinpitämätön toiminta voi ilmetä juoksemisena, turhautumisena, väsymisenä ja vastuuntunnottomuutena. Välinpitämättömyys ei usein ole hoitotyöntekijän tietoinen valinta, vaan se voi johtua monesta eri tekijästä, kuten tietotaidon puuttumisesta tai kokemattomuudesta. (Kankare & Lintula 2006, 37–38, 40–41.)

Yksi merkittävä, asukkaiden haastatteluista ilmennyt asia itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta oli avunsaaminen. Asukkaat, jotka mielestään saivat apua sitä tarvitessaan, tunsivat myös, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu paremmin. Haastatelluistamme asukkaasta kuusi tunti saavansa pääosin apua sitä tarvitessaan.

”– sitte saa apua sillon, kun tarttee.” (Asukas 5)

Kaksi asukasta ajatteli kyllä saavansa apua sitä tarvitessaan, mutta avuntulo saattoi kestää välillä liian kauan. Tämä heikensi osaltaan heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumista.

”– kun tulisivat äkkiä, kun painaa hälytintä.” (Asukas 8)

Tuomisen (2006) tutkimuksessa ilmeni, että suurin osa asukkaista koki, etteivät he saa apua. Jos asukas ei pyynnöistä huolimatta saa apua, johtaa se riippuvuuden tunteeseen ja jatkossa ei välttämättä enää edes pyydetä apua. Vaikka avunpyytämättömyys onkin asukkaan tietoinen valinta, ei se ole omaehtoista vaan pakon sanelemaa ja huonosta kokemuksesta johtuvaa. (Tuominen 2006, 61.)

Hoitajien kiire nousi myös asukkaiden vastauksista esille asiana, joka heikentää itsemääräämisoikeuden toteutumista. Osa asukkaista tunsi, että nimenomaan kiireen vuoksi apua joutuu odottamaan liian kauan. Yhden asukkaan mielestä apua ei aina saanut pyynnöistä huolimatta, esimerkiksi vaatekaapin järjestelyyn. Toinen asukas pohti, että kiireen vuoksi hoitajat eivät juttelemaan hänen kanssaan riittävästi. Vaikka hoitajien kiire nähtiin huonona asiana, asukkaat ymmärsivät kuitenkin sen, että hoitajilla on paljon muitakin hoidettavia.

”Kuinka ne vois toisin tehdä, ku niillä on aina nii kiire, totta kai kun on paljon kiertämistä.” (Asukas 6)

Järnströmin (2011) tutkimuksessa hoitajien kiire ja avun saannin odottaminen nousivat myös esiin. Itsemääräämisoikeuden kannalta avun saamisen viipyminen on erityisesti ongelmallista silloin, kun vanhus on todella riippuvainen hoitajasta ja joutuu odottamaan hänen apua. Esimerkiksi pidätyskyvyttömyys on yksi vaikea tilanne itsemääräämisoikeuden kannalta – vaipoissa oleminen on epämiellyttävää. Vanhuksen tyytyväisyyttä henkilökuntaan lisää pieni avuntarve ja pienempi riippuvuus työntekijöistä. Suurempi avuntarve ja riippuvuus taas saattavat tuoda esiin asiakassuhteen negatiivisia puolia. (Järnström 2011, 169, 180.)

5.2 Työntekijöiden näkemykset asukkaiden itsemääräämisoikeudesta

Työntekijät kokivat, että asukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu melko hyvin ja asukkaiden ei ole pakko tehdä mitään, mitä eivät halua. Työntekijät kunnioittavat asukkaita, ja heillä on aito halu kuunnella sekä auttaa. Työntekijät kysyvät asukkaiden mielipidettä, esimerkiksi siitä, mitä asukkaat haluavat pukea päälleen tai syödä,

kuuntelevat asukkaita ja tukevat asukkaita mielipiteiden ilmaisemisessa sekä auttavat, missä apua tarvitaan.

”Sitä vartenhan me ollaan täällä, että autetaan siinä missä tarvii apua.”
(Työntekijä 1)

”Varmaan täytyy olla halu kuunnella, jos tälle alalle lähtee, että tavallaan niinku huomioidaan se ihminen kaikin tavoin, että jos ei hirveesti kuuntele, ni ei se hirveen hyvin se asiakaspalvelukaa oikein toteudu.” (Työntekijä 2)

Asukkaiden mielipiteitä ja toiveita yritetään noudattaa mahdollisimman hyvin, mutta kaikkea ei kuitenkaan voida toteuttaa. Esimerkiksi heräämisissä pyritään joustamaan, mutta jonkinlainen päivärytmi on kuitenkin pidettävä. Lääkkeiden osalta asukkaat pystyvät itse jossain määrin vaikuttamaan, mutta tärkeät lääkkeet on otettava, kuten insuliini.

Työntekijät korostivat, että asukkaat asuvat palvelutalossa kuten kotonaan, jossa he saavat olla kuten haluavat, liikkua missä haluavat, kutsua vieraita kylään ja halutessaan tilata vaikka pizzaa. Työntekijät näkivät, että edellä mainittua asiaa tulisi korostaa entisestään myös omaisille. Omaiset ovat tervetulleita vierailemaan ja jopa yöpymään asukkaiden luona, ja asukkaat taas voivat puolestaan vierailla omaistensa luona milloin haluavat. Työntekijät kertoivat, että he menessään asukkaiden huoneisiin menevät asukkaiden koteihin, joissa työntekijöiden on kunnioitettava asukkaiden omaa tahtoa ja yksityisyyttä. Työntekijät sanoivat kannustavansa asukkaita osallistumaan talon toimintaan, mutta ketään ei kuitenkaan pakoteta mukaan.

”Tavallaan me mennään sinne kotiin, niin silloin meidän pitää kunnioittaa sitä asukkaan omaa tahtoo.” (Työntekijä 4)

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että asukkaat saavat apua tarvittaessa. Täytyy kuitenkin muistaa, että kaikkea ei ole tarkoitus tehdä asukkaan puolesta. Jos asukas kykenee tekemään joitakin asioita itse, tulisi häntä kannustaa siihen sen sijaan, että tehdään asia hänen puolestaan. Kuntouttava työote on tärkeä, jotta asukkaan jäljellä oleva toimintakyky pysyisi yllä mahdollisimman pitkään. Työntekijät mieltivät, että osa asukkaista haluaa, että kaikki asiat tehtäisiin puolesta, vaikka itse pystyisi sen tekemään.

Työntekijät pohtivat toisessa palveluasumisyksikössä, että osa asukkaista saattaa edelleen ajatella, että kun asutaan palvelutalossa, ollaan palveltavana. Lehtosalon (2011, 31) tutkimuksessa palvelutalon asukkaat olivat niin tottuneita kuntouttavaan työotteeseen, että he kokivat, että heitä ei tarvitse palvella, vaan yrittävät tehdä itse mahdollisimman paljon. Järnströmin (2011, 171) tutkimuksessa taas vanhukset olivat sitä tyytyväisempiä, mitä enemmän heidän puolestaan asioita tehtiin.

Työntekijät näkivät, että niiden asukkaiden kohdalla, joilla on hyvä toimintakyky, itsemääräämisoikeus toteutuu paremmin kuin huonokuntoisten kohdalla. Heikentynyt toimintakyky aiheuttaa avuntarvetta, ja apua ei aina saa sillä hetkellä, kun sitä haluaa tai tarvitsee. Työntekijöillä on monta asukasta autettavana, ja kiireessä asukkaiden avuntarpeet laitetaan kiireellisyysjärjestykseen, jolloin ensin autetaan kiireellisintä.

Myös muistisairaus nähtiin yhtenä tekijänä, joka saattaa heikentää itsemääräämisoikeuden toteutumista. Tuomisen (2006) mukaan muistisairaiden sisäinen autonomia on heikentynyt, koska autonomia edellyttää tietoa omaan elämään vaikuttavista asioista. Varsinkin, jos muistisairaalle ei anneta riittävästi tietoa, on hänen vaikea tehdä päätöksiä ja toimia haluamallaan tavalla. Arjen rutiinit asettavat myös esteitä vanhuksen toiminnalle, joten ulkoiselle autonomialle ei myöskään ole juuri mahdollisuuksia. (Tuominen 2006, 76.) Muistisairaana vanhuksen itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa muun muassa neuvottelemalla eri vaihtoehtoista, pyytämällä lupa esimerkiksi johonkin hoitotoimenpiteeseen tai kunnioittamalla vanhuksen toivetta, jos hän haluaa olla yksin (Saarnio & Isola 2010, 329).

Työntekijät toivat esille myös sen, että asukkaat, jotka eivät tuo ääntänsä esille ja vaadi paljoo, jäävät helposti vähemmälle huomiolle. Lindqvistin (2002) mukaan hoitajat varovat luonnostaan asiakkaita ja heidän omaisiaan, jotka saattavat mahdollisesti nostaa kiista- ja kanteluprosesseja. Tästä johtuu, että ne, joilla on kykyä, halua ja voimaa ajaa omaa etuaan ja puolustaa asemaansa, saavat eniten huomiota ja parempaa hoivaa. (Lindqvist 2002, 251.)

Työntekijät kertoivat pyrkivänsä ottamaan huomioon asukkaiden yksilölliset toiveet aikatauluissa, esimerkiksi siinä, mihin aikaan asukkaat haluavat herätä. Työntekijät sanoivat kuitenkin, että yksilöllisten toiveiden huomioon ottamisessa olisi parantamisen varaa. Työntekijät kokivat säännöllisen päivärytmin tärkeäksi asukkaiden turvallisuuden

tunteen vuoksi. Työntekijät pitivät sitä myös välttämättömänä työntekijöiden vuorotyön takia, koska työt täytyy pystyä organisoimaan siten, että kaikki asukkaat saavat tarvitsemansa hoivan ja avun. Työntekijät olivat sitä mieltä, että osa asukkaista on niin rutinoituneita aikatauluihin, että kokisivat muutokset vaikeiksi ja epämiellyttäviksi. Näslindh-Ylispangarin (2005) mukaan monet rutinoituneet tavat ovat jääneet arkeen, koska hoitajat ovat jo vuosia työskennelleet kovan paineen alaisena. Rutiinit tuovat selkeyttä työhön, kun työntekijöitä ei ole riittävästi ja asukkaat ovat entistä heikompiä toimintakyvyiltään. Vaikka hoitajilla olisi halua ja sydäntä hoitaa asukkaita laadukkaammin ja kokonaisvaltaisemmin, voidaan usein vain perushoito toteuttaa. (Näslindh-Ylispangar 2005, 158.)

Työntekijöiden kiire näkyi asukkaiden kanssa tehtävässä työssä eri tavoin, kuten asukkaiden esille tuoma kritiikki kertoo. Välillä asukkaat kokivat joutuvansa odottamaan työntekijöiden tuloa ja avun saamista. Työntekijät kertoivat, että vaikka he haluaisivat mennä heti, niin aina ei pääse juuri sillä hetkellä. Työntekijät toivat esille, että asukkaat joutuvat odottamaan, jos työntekijä on toisen asukkaan luona, tai kyse voi olla myös siitä, että ”odottavan aika on pitkä”. Vaikka hoitaja tulisi viiden minuutin sisällä hälytyksestä, saattaa aika asukkaasta tuntua paljon pidemmälle. Työntekijät pohtivat, että asukkaan kokemus siitä, että hoitajat eivät ehdi juttelemaan, liittyy pitkälti asukkaan yksinäisyyteen. Toisaalta vähäinen jutteleminen voi työntekijöiden mielestä johtua myös siitä, että työntekijöillä ei juuri ole aikaa asukkaiden kanssa jutteluun muulloin kuin hoitotilanteiden yhteydessä. Kaikilla asukkailla ei ole omaisia, jotka kävisivät katsomassa, jolloin hoitajat saattavat olla asukkaalle ainut kontakti päivän aikana. Hoitaja voi kuitenkin vain harvoin korvata oikeaa ystävää (Routasalo & Pitkälä 2005, 27).

Toisessa palveluasumisyksikössä kiire häittäsi lähinnä vain, jos oli jotain erityistä, esimerkiksi liian vähän työntekijöitä työvuorossa tai jonkun asukkaan luona kesti tavallista kauemmin. Toisessa yksikössä kiire taas tuntui häittäävän enemmän hoitajien työtä, mutta he kokivat kuitenkin pystyvänsä antamaan asukkaille heidän tarvitsemansa perushoidon. Kankareen & Lintulan (2006) mukaan hoitotyötä kuormittava kiire on todellista. Ajan puutteen ja riittämättömien resurssien vuoksi hoitotyö painottuu vastaamaan vanhusten fyysisiin tarpeisiin. (Kankare & Lintula 2006, 39.) Molemmissa yksiköissä haastattelemamme työntekijät kokivat hyvän työn suunnittelun ja organisoimisen tärkeiksi asioiksi kiireen vähentämisen kannalta. Työntekijät kertoivat

pyrkivänsä luomaan kiireetöntä ilmapiiriä ja olemaan aidosti läsnä asukkaan luona ollessa.

”Että vaikka meillä on kiire, nii kuitenkin aina se hetki, mikä me ollaan sen asukkaan luona, rauhotetaan tavallaan sille kuuntelemiselle ja olemiselle.” (Työntekijä 1)

Työntekijät kertoivat, että osalla asukkaista on aktiivisia omaisia, jotka osallistuvat asukkaan arkeen ja hoitoon säännöllisesti. Omaiset saattavat ottaa yhteyttä asukkaan omahoitajaan ja esittää esimerkiksi toivomuksia asukkaan hoidosta. Työntekijät näkivät omaiset suurena voimavarana asukkaille. Kivelän & Vaapion (2011) mukaan hoitohenkilökunnan tutustuminen iäkkäiden omaisiin, perheen aikaisempiin tapahtumiin ja nykytilaan ovat hyvän hoidon ja yhteistyön edellytyksiä. Omaisten asiallinen käyttäytyminen, tutustuminen hoidettavan sairauksiin ja hoitoon sekä realismi hoidon tavoitteissa mahdollistavat hyvän yhteistyön ja vähentävät ristiriitoja omaisten ja hoitajien välillä. (Kivelä & Vaapio 2011, 152.)

Työntekijät kertoivat, että välillä omaisten kanssa tulee ristiriitoja. Erityisen hankaliksi työntekijät kokivat tilanteet, joissa omaisten ja työntekijöiden näkemykset asukkaan toimintakyvystä eroavat, esimerkiksi omaiset eivät aina ymmärrä asukkaan kunnan heikkenemistä tai omaiset saattavat haluta, että asukas osallistuisi talossa järjestettäviin tapahtumiin, vaikka asukas ei itse enää jaksaisi. Jääskeläisen (2006a, 154) mukaan vanhusten hoidossa eletäänkin usein kolmiodraamassa, jossa asiakkaan, omaisten sekä hoito-organisaation ja yhteiskunnan tahto luovat jännitteitä olemalla ristiriidassa keskenään. Kivelä ja Vaapio (2011, 152) kokevat, että ristiriitoja omaisten ja henkilökunnan välillä lisäävät myös henkilökunnan kiire, vaihtuvuus, vallankäyttö, vetäytyminen ja vuorotyö.

Työntekijät kertoivat, että hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään asukkaille heidän muuttaessaan palvelutaloon. Suunnitelman teossa on mukana asukkaan lisäksi työntekijöitä ja joillakin asukkailla omaiset. Suunnitelmaan kirjataan asukkaan tarvitsema hoito ja mahdolliset muut palvelut, esimerkiksi siivoukset ja asukkaan käyttäminen viikoittain kaupassa. Työntekijät kertoivat, että hoito- ja palvelusuunnitelmia muutetaan tarpeen vaatiessa, esimerkiksi avun tarpeen lisääntyessä. Työntekijät sanoivat kertovansa hoitotahdosta uudelle asukkaalle hänen muuttaessaan

palvelutaloon, mutta lopullisen päätöksen hoitotahdosta tekee asukas itse mahdollisesti yhdessä omaistensa kanssa. Työntekijät kokivat, että hoitotahdon tekeminen helpottaa myös heidän työtään, kun he tietävät, kuinka asukas haluaisi heidän toimivan. Työntekijät kertoivat, että suurin osa molempien palvelutalojen asukkaista on tehnyt hoitotahdon.

Työntekijät ajattelivat, että media on vaikuttanut siihen, että asukkaat ovat itsekin tulleet tietoisemmiksi omasta itsemääräämisoikeudestaan. Työntekijöiden mielestä media on vaikuttanut myös siten, että osa asukkaista kokee itsemääräämisoikeuden mahdollisen menettämisen pelottavana. Toisaalta taas työntekijät pohtivat, että luottamus hoitajiin ja hyvään hoitoon vähentää pelkoa itsemääräämisoikeuden menettämisestä. Pitkään talossa olleet työntekijät ovat mielestään hyviä tuttuja asukkaiden kanssa ja tuntevat heidät pitkältä ajalta, mikä myös edesauttaa luottamusta asukkaan ja hoitajan välillä.

5.3 Johtajien näkemykset asukkaiden itsemääräämisoikeudesta

Johtajien mielestä asukkaiden yksilöllisyyden kohtaaminen ja se, että asukkaat saavat olla omia persooniaan, ovat välttämättömiä asioita itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta. Asukkaita tulisi kuunnella heitä koskevilla asioilla sen sijaan, että omaiset tai hoitajat päättäisivät, kuinka asukkaiden kanssa toimitaan. Asukkaita tulee auttaa siinä, missä he apua tarvitsevat, ja heidän tulisi pystyä säilyttämään ihmisarvoinen elämä.

” – – itse saa sen oman ajatuksensa läpi. Esimerkiksi, jos haluaa sängystä ylös niin pääsis mahdollisimman pian tai vessaan, ulos asunnosta tai ulos asioille, että se, että pystyy tekemään sitä mitä itse halua. – – että ei hoitajat päättä tai omaiset päättä, miten hänen kanssaan toimitaan.”
(Johtaja 1)

Työntekijät kokivat, että toimintakyvyn heikentyessä myös itsemääräämisoikeus toteutuu huonommin. Tämä kokemus johtui johtajien mielestä muun muassa siitä, että ne, joilla on heikentynyt toimintakyky, eivät aina pyydä apua tarvittaessa, koska eivät halua vaivata hoitajia. Johtajat ajattelivat, että asukkaat ovat sitä sukupolvea, jossa naiset ovat tottuneet uhrautumaan toisten puolesta. Johtajat näkivätkin hoitotyön haasteena sen, että asukkaat, jotka eivät pysty huolehtimaan itsestään ja tuo ääntänsä

esille, saisivat myös äänensä ja tahtonsa kuuluviin. Hoitajien tulisi tiedostaa se, että nämä asukkaat jäävät helposti vähemmälle huomiolle, ja kiinnittää heihin erityistä huomiota kysymällä useammin, tarvitsevatko he apua. Asukkaita on muistutettu hälyttämään apua tarvittaessa, oli kyse kuinka pienestä asiasta tahansa.

Muistisairaiden asukkaiden kohdalla itsemääräämisoikeuden toteutuminen voi olla vaikeaa. Johtajat miettivät, että muistisairaahan asukkaan taustan ja persoonan tunteminen on erittäin tärkeää, jotta hänen halunsa ja asiat, joista hän pitää tai ei siedä, voidaan tulkita oikein eleiden ja ilmeiden perusteella. Myös muistisairaiden itsemääräämisoikeuden tulisi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla.

Asukkaat kokivat, että avunsaanti kestää välillä liian kauan. Johtajien mielestä tämä johtuu muun muassa siitä, että asukkaat saattavat olettaa, että apua saa heti pyydettyä. Hoitajat eivät kuitenkaan pääse heti paikalla, jos ovat toisen asukkaan luona. Kyse voi olla johtajien kuten hoitajienkin mielestä myös siitä, että odottavan aika on pitkä.

”Odottavan aika on pitkä, oikeesti minuutti saattaa tuntua 10 minuutilta.”

(Johtaja 3)

Hoitajat pitivät aikatauluja välttämättömyytenä, mikä johtajien mielestä johtuu siitä, että aikataulut luovat hallittavuutta ja järjestelmällisyyttä työhön. Johtajat pohtivat, että asukkaiden paljouden vuoksi työ voisi tuntua raskaalta, jos kaikki asiat tehtäisiin aina eri tavoin ja eri aikaan. Johtajat olivat myös sitä mieltä, että aikataulut tuovat asukkaille turvallisuuden tunnetta. Työntekijöiden lisäksi myös johtajat näkivät, että aikatauluissa ei pystytä täysin joustamaan, koska tietyt raamit on oltava. Esimerkiksi ruokailut ovat tiettyihin aikoihin, mikä osaltaan rytmittää päivää, esimerkiksi aamupalalle voi mennä kello 8–9 ja lounasaika on klo 11–13. Yksi johtajista kuitenkin koki, että tunti aamupalaan on aika rajallinen aika. Johtajat ajattelivat, että asukkaiden kokemus laitospaisuudesta saattaa johtua juuri aikatauluista tai siitä, että asukkaat ovat tottuneet omissa kodeissaan poikkeuksellisiin aikatauluihin, esimerkiksi syömään keskellä yötä. Johtajat olivat kuitenkin harmissaan asukkaiden kokemuksesta, koska palveluasumisen ei nimenomaan pitäisi olla laitospaista vaan mahdollisimman kodinomaista. Johtajat kuitenkin totesivat, että jokaisen ihmisen elämässä on jonkinlaiset aikataulut ja rajoitteet.

”Onhan meille kaikille joku rytmi hyväksi, että tiettyyn aikaan tehdään ja sehän luo turvallisuuttakin.” (Johtaja 2)

Asukkaat kokivat, että hoitajilla on välillä liian kiire. Myös hoitajat toivat liiallisen kiireensä esille. Johtajien mielestä kiire on todellista, mutta joskus se voi olla myös tehtyä kiirettä. Kankareen ja Lintulan (2006, 39) mukaan kiire voi olla myös tekosyy, jonka vuoksi työn kehittämistä ja ongelmien ratkaisemista siirretään tuonnemmaksi. Johtajat pohtivat, että työntekijät saattavat joskus puolustella itseään ja tekemisiään kiireen varjolla. Johtajat ajattelivat, että kokenut hoitaja pystyy helpommin luomaan leppoista ilmapiiriä siten, että kiire ei välity. Yksi johtajista toi myös esille, että hoitotyöskulttuuri on ainakin joskus ollut sellainen, että työt haluttiin tehdä mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti, minkä jälkeen oli aikaa jäädä tauolle. Tällöin on myös ihmisen kohtaaminen saattanut unohtua.

Johtajat kokivat, että asukkaat eivät hahmota, mitä kaikkea hoitajien täytyy päivän aikana tehdä. Tämän vuoksi asukkaat eivät välttämättä ymmärrä, miksi hoitajat eivät ehdi kauaa juttelemaan heidän kanssaan. Tämä saattaa mielestämme olla yksi syy sille, että osa asukkaista tulkitsi joidenkin hoitajien käytöksen epäystävälliseksi.

*”– – hoitajilla on niin paljon sitä kaikkea muutakin mitä pitää hoitaa.”
(Johtaja 3)*

Se, että toisessa yksikössä hoitajat kokivat enemmän kiireen tuntua, selittyi sillä, että kyseisessä paikassa hoitajien mitoitus oli huomattavasti pienempi kuin toisessa yksikössä. Tämä tarkoittaa sitä, että toisessa yksikössä hoitajia on vähemmän työvuorossa suhteessa asukkaiden lukumäärään vaikka johtajien mukaan molemmissa yksiköissä asukkaat ovat samanhoitoisia. Eri mitoitus johtuu erilaisista sopimuksista kaupungin ja yksiköiden välillä.

Asukkaat kokivat, että omaiset olivat saaneet osallistua asukkaiden hoitoon. Johtajien mielestä oli hyvä, että asukkaat pitivät sitä positiivisena. Johtajilla oli joistakin omaisista negatiivisia kokemuksia, koska omaiset olivat olleet johtajien mielestä välillä liian hallitsevia eivätkä olleet ottaneet asukkaan omaa mielipidettä huomioon. Johtajat kokivat, että asukkaat ovat usein hyvinkin tyytyväisiä, mutta heidän omaisensa eivät. Omaisten tulisi pystyä hyväksymään asukkaiden raihnaisuudet realistisesti. Johtajat

toivoivat, että omaiset osallistuisivat enemmän asukkaiden arkeen. Johtajat arvelivat, että yhden asukkaan esiin tuotu yksinäisyys voi johtua siitä, että omaiset asuvat kaukana tai niitä ei ole.

” – jos he kokee sen positiivisena, niin sehän on hieno asia, elikkä että me kuunnellaan omaisten mielipiteitä.” (Johtaja 2)

”Siinä on se vaara, että omaiset päättää puolesta.” (Johtaja 1)

Johtajien mukaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen on jatkuvasti parannettavaa ja kehitettävää. Johtajat toivat esiin, että asennemuutoksen avulla itsemääräämisoikeus toteutuisi vielä paremmin. Itsemääräämisoikeudesta tulisi puhua sen oikealla termillä ja luoda sensuuntaista asennekulttuuria, että hoitajat ovat töissä asukkaita ja heidän tarpeitaan varten.

Johtajat näkivät myös koulutuksen tärkeänä osana asennemuutosta ja sitä, kuinka hoitajat kohtelevat ja kohtaavat asukkaita sekä ottavat huomioon heidän itsemääräämisoikeutensa toteutumisen. Terveystieteiden tohtori Pirjo Tiikkaisen (2009) mukaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten gerontologinen osaaminen on yhä suuremmassa roolissa. Osaamisella tarkoitetaan kykyä suoriutua työstä ja tehtävistä. Koulutus ja työkokemus vahvistavat osaamista. Yksi gerontologisen hoitotyön osaamisalueista on eettinen osaaminen, johon kuuluu muun muassa ikäänntyneen kunnioittaminen ja itsemääräämisoikeus. (Tiikkainen 2009, 313, 316.)

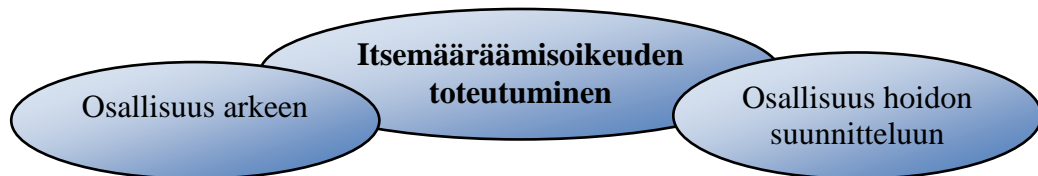
Johtajat toivat haastattelussa esiin myös perehdyttämisen tärkeyden. Perehdytyksessä tulisi muistaa korostaa sitä, että hoitajat menevät asukkaiden koteihin, jolloin heidän tulee soittaa ovikelloa ennen sisälle menemistä omilla avaimillaan ja esitellä itsensä.

”En minäkää niinku ventovierasta kotio päästäis, saatikka jos tulee omilla avaimilla, eikä soita edes ovikelloa.” (Johtaja 3)

Johtajat kokivat, että yksikköihin tulisi pystyä luomaan sellaiset puitteet, että työntekijät jaksavat ja viihtyvät työssään, jolloin myös asukkaiden itsemääräämisoikeus voi toteutua paremmin. Asiakkaiden mielestä laatu yksinkertaisesti syntyy työntekijöiden ja asiakkaiden välisissä kohtaamisissa (Krogstrup 2004, 9).

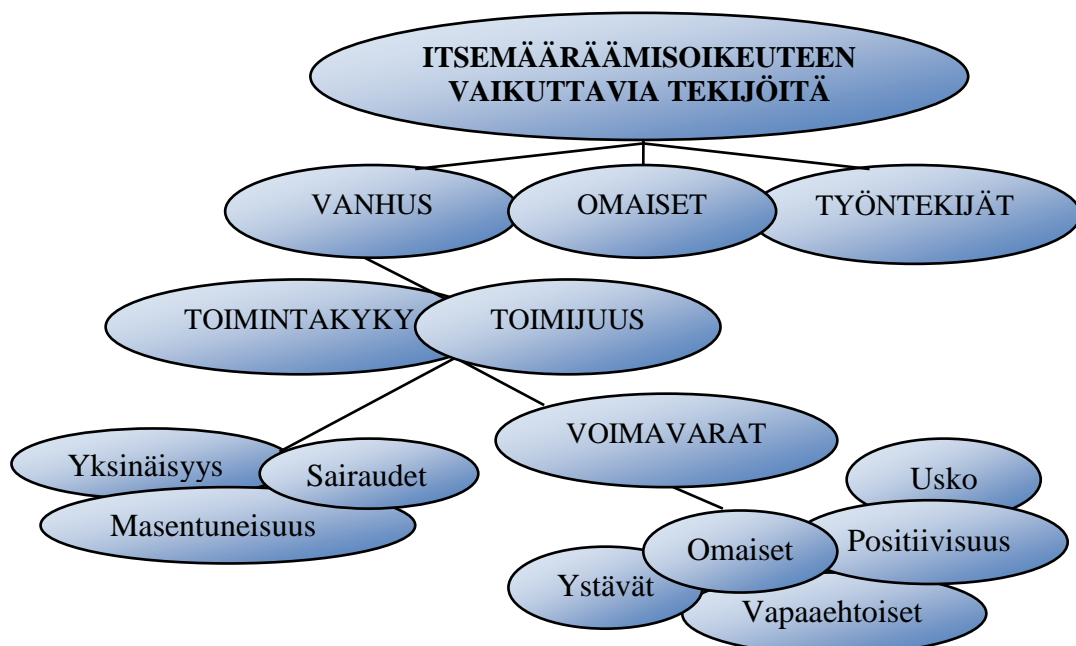
5.4 Yhteenveto itsemääräämisoikeuteen vaikuttavista tekijöistä

Asukkaiden mielestä heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu, kun he saavat olla osallisia omaan arkeensa ja hoitonsa suunnitteluun (kuvio 3). Myös työntekijät ja johtajat olivat samaa mieltä asukkaiden itsemääräämisoikeuden toteutumisesta.



KUVIO 3. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen

Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat vanhuksen itsensä ohella myös hoitajat ja omaiset (kuvio 4). Vanhuksen riittävän hyvä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky edesauttavat itsemääräämisoikeuden eli tahdon, toiminnan ja ajattelun autonomian toteutumista. Pelkkä toimintakyky ei kuitenkaan riitä; vanhuksella tulee olla myös halua ja osaamista kykyjensä käyttämiseen, ja täytymisiä ei saisi olla liikaa, jotta itsemääräämisoikeus voisi toteutua, eli vanhuksen tulee olla toimija.



KUVIO 4. Tekijöitä, jotka vaikuttavat itsemääräämisoikeuden toteutumiseen

Erilaiset voimavarat ylläpitävät vanhuksen toimintakykyä ja toimijuutta. Toimintakykyä ja toimijuutta puolestaan heikentävät erityisesti sairaudet, esimerkiksi muistisairaudet. Muita heikentäviä tekijöitä ovat yksinäisyys ja masentuneisuus. Toimintakyvyn heikkeneminen ja sairaudet taas voivat olla tekijöitä, jotka aiheuttavat yksinäisyyttä ja masentuneisuutta.

Omaiset ja työntekijät voivat omalta osaltaan tukea ja edistää vanhuksen itsemääräämisoikeutta kannustamalla häntä esittämään omat mielipiteensä ja toiveensa sekä noudattamalla niitä. Toisaalta omaiset ja työntekijät voivat myös evätä vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumiseen: mikäli vanhuksen omaa mielipidettä ei kuulla ja oteta huomioon, ei itsemääräämisoikeus voi toteutua.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyössämme selvitimme haastattelemalla, miten vanhusten itsemääräämisoikeus toteutuu tehostetussa palveluasumisessa vanhusten itsensä, työntekijöiden ja johtajien kokemana sekä mitkä tekijät itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat. Haastattelut toteutimme kahdessa eri palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyössämme sovelsimme BIKVA-arviointimallia, jonka yhtenä tarkoituksena on löytää kehittämiskohteita asiakkaiden omien kokemusten pohjalta. Aloitimme haastattelut haastattelemalla palveluasumisen asukkaita. Näiden tulosten pohjalta haastattelimme yksiköiden työntekijöitä. Työntekijöiden haastattelujen jälkeen haastattelimme yksiköiden johtajat ja toimitusjohtajan asukkaiden ja työntekijöiden haastattelujen pohjalta. Opinnäytetyömme tulosten pohjalta työelämätaho voi kehittää toimintaansa ja hoitokulttuuriaan.

Suurin osa asukkaista oli sitä mieltä, että heidän itsemääräämisoikeutensa toteutuu hyvin. Vaikka muutama asukkaista tunsu, ettei heidän itsemääräämisoikeutensa toteudu täysin, toteutui se kuitenkin tärkeimmissä asioissa, kuten hoidon suunnittelussa. Myös työntekijät näkivät, että asukkaiden itsemääräämisoikeus toteutuu suhteellisen hyvin. Itsemääräämisoikeus toteutuu, kun asukas on osallinen arkeensa ja hoitoonsa. Arjen osallisuudella tarkoitamme sitä, että asukkaat kokivat saavansa viettää päivänsä kuten tahtovat ja päättää arjen perusasioista, kuten syömisestä. Asukkaiden mielestä mitään ei ollut myöskään pakko tehdä. Asukkaille oli tehty hoito- ja palvelusuunnitelmat heidän muutettuaan palvelutaloon. Suunnitelman teossa oli ollut asukkaan itsensä lisäksi mukana palvelutalon työntekijöitä ja mahdollisesti omaiset.

Ainoana asiana, johon asukkaat kokivat, etteivät voi juuri vaikuttaa, olivat aikataulut. Aikatauluissa koettiin joustettavan jonkin verran, mutta joidenkin mielestä ei kuitenkaan riittävästi. Asukkaat kertoivat kuitenkin sopeutuneensa aikatauluihin. Työntekijät ja johtajat näkivät aikatauluissa joustamisen yhtenä kehittämiskohteena. Samalla kuitenkin nähtiin, että aikataulut lisäävät asukkaiden turvallisuuden tunnetta ja ovat välttämättömiä työn hallittavuuden kannalta.

Itsemääräämisoikeuden toteutumiseen vaikuttavat haastattelujen perusteella toimintakyky ja toimijuus, kuten myös teoreettisesta viitekehiksestämme tulee esiin.

Voidaan ajatella, että mitä parempi toimintakyky, sitä paremmin itsemääräämisoikeus eli ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomia toteutuu. Toimintakyky tulee nähdä kokonaisvaltaisesti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena, koska pelkkä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ei johda kokemukseen itsemääräämisoikeuden menettämisestä. Arvioitaessa toimintakykyä, yksilön oma kokemus omasta toimintakyvystään on kaikkein merkittävin.

Itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta psyykkisen toimintakyvyn voi ajatella olevan erityisen tärkeä, koska ihmisen tulee kyetä harkitsemaan asioita järkevästi ja arvioimaan elämäänsä kokonaisuutena. Fyysisen toimintakyvyn avulla ihminen voi toimia haluamallaan tavalla ja tehdä haluamiaan asioita. Jotta itsemääräämisoikeus voisi toteutua, tulee ihmisellä olla myös halua ja osaamista kykyjensä käyttämiseen eikä esteitä tulisi olla liikaa, eli ihmisen tulee olla toimija omassa elämässään. Kuntouttavalla työotteella, jota hoitajien tulisi aina käyttää, tuetaan vanhuksen toimintakykyä ja toimijuutta, jotka taas mahdollistavat itsemääräämisoikeuden toteutumisen.

Myös voimavaroilla ja sosiaalisella toimintakyvyllä on suuri merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Sosiaalisen toimintakyvyn avulla ihminen kykenee ylläpitämään ja solmimaan uusia ihmissuhteita sekä osallistumaan mielekkäisiin tekemisiin ja harrastuksiin. Sosiaalinen toimintakyky siis mahdollistaa yksilön voimavarat, jotka puolestaan tukevat psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä ja toimijuutta sekä tuovat iloa elämään. Koemme, että asukkaat, joilla oli positiivinen ajattelutapa, kokivat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan paremmin. Huolimatta fyysisen toimintakyvyn heikkenemisistä heillä oli edelleen halua ja kykyjä toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan, eli he olivat hyväksyneet omat raihnaisuutensa.

Muita merkittäviä voimavaroja, joita asukkaat toivat esille, olivat omaiset, ystävät, vapaaehtoistyöntekijät ja usko Jumalaan. Omaiset osallistuivat asukkaiden elämään eri tavoin, minkä asukkaat kokivat erittäin tärkeäksi ja ainoastaan positiiviseksi asiaksi. Työntekijät ja johtajat toivat kuitenkin esiin, että omaisten kanssa on jouduttu myös ristiriitoihin. Työntekijät näkivät yhtenä kehittämiskohteenä asukkaiden omaisten tietoisuuden lisäämisen siitä, että palvelutalo on asukkaiden koti, jonne myös omaiset ovat tervetulleita mihin aikaan tahansa ja voivat jopa jäädä yöksi. Asukkaat voivat puolestaan vieraila omaistensa luona. Hoitajien tulee tukea asukkaita löytämään ja käyttämään omia voimavarojaan.

Toimintakykyä ja toimijuutta heikentävät yksinäisyys ja masentuneisuus sekä erilaiset sairaudet, kuten muistisairaudet. Työntekijät ja johtajat näkivät, että toimintakyvyn heikentyessä myös itsemääräämisoikeus saattaa heikentyä. Näin ei kuitenkaan saisi olla, koska hoitajat ovat töissä asukkaita varten ja heidän tulisi auttaa siinä, missä asukkaat apua tarvitsevat. Yhtenä kehittämiskohteena onkin huomioida paremmin sellaiset asukkaat, jotka eivät vaadi paljoa tai tuo ääntänsä esille. Myös he saattavat kaivata apua, vaikka eivät sitä aina pyytäkään. Johtajien mielestä muistisairaana asukkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta olisi tärkeää tuntea asukas, jotta työntekijät osaisivat lukea hänen ilmeitään ja eleitään.

Asukkaiden itsensä ja heidän omaistensa ohella myös hoitajilla on suuri merkitys itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Työntekijät tukevat omalla toiminnallaan itsemääräämisoikeuden toteutumista kuuntelemalla asukkaita ja noudattamalla heidän toiveitaan mahdollisimman hyvin. Työntekijät auttoivat asukkaita tarvittaessa, ja mitään ei pakotettu tekemään. Suurin osa asukkaista koki, että hoitajat kunnioittavat heitä, eli hoitajat kuulevat, kuuntelevat ja kohtelevat asukkaita hyvin. Muutama asukkaista kuitenkin koki, että kaikki hoitajat eivät kunnioita asukkaita riittävästi.

Avunsaanti nousi myös yhdeksi merkittäväksi asiaksi itsemääräämisoikeuden toteutumisen kannalta. Asukkaat kokivat pääosin saavansa apua sitä tarvitessaan, mutta osa koki, että apua ei aina saa tai sitä joutuu odottamaan liian kauan. Avun saapumattomuuden tai avun viipymisen nähtiin johtuvan hoitajien kiireestä. Vaikka asukkaat kokivat kiireen huonona asiana, he ymmärsivät myös sen, että hoitajilla on paljon muutakin tekemistä. Työntekijät kokivat itsekkin, että kiireen vuoksi, he eivät aina pysty toteuttamaan kaikkia toiveita. Kiire näkyi erityisesti toisessa yksikössä, jossa hoitajien mitoitus oli pienempi. Johtajat myönsivät, että kiire on todellista, mutta joskus se voi olla myös tehtyä.

Itsemääräämisoikeuden toteutumisessa on johtajien mielestä jatkuvasti parantamista ja kehittämistä. Kehittämiskohteina johtajat pitivät koulutukseen ja perehdytykseen panostamista. Koulutuksessa ja perehdytyksessä tulisi nimenomaan painottaa entistä enemmän eettisiä kysymyksiä ja itsemääräämisoikeuden merkitystä vanhusten hoidossa. Työntekijät menevät asukkaiden koteihin, jolloin heidän tulee myös kohdella asukkaita ja kohdata asukkaat sen mukaisesti sekä kunnioittaa heidän yksilöllisyyttään ja yksityisyyttään. Tärkeimpänä kehittämiskohteena johtajat näkivät asennemuutoksen,

jonka näemme itsekin tärkeimpänä muutoksen kohteena, jotta asukkaiden itsemääräämisoikeus voisi toteutua vielä paremmin. Eettisyys eli asukkaan kunnioittaminen yksilönä ja aito kohtaaminen ovat mielestämme kaiken sosiaalialan toiminnan lähtökohtana. Ilman eettistä pohdintaa ei myöskään itsemääräämisoikeus voi toteutua.

Opinnäytetyössämme tulimme samaan tulokseen, kuin Tuula Lehtosalo (2011, 44) tutkiessaan vanhusten itsemääräämisoikeutta palveluasumisessa, eli vanhusten itsemääräämisoikeus toteutuu palvelutalossa hyvin. Tuloksemme eroaa täysin Sanna Järnströmin (2011) tutkimuksesta, jossa tutkittiin asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatrisessa sairaalassa. Geriatrisessa sairaalassa asiakkaat kokivat, että heidän itsemääräämisoikeutensa ei toteudu ja heidän mielipiteitään ei kuulla (Järnström 2011, 6.) Tästä voimme päätellä, että palvelutalossa mahdollistuu itsemääräämisoikeuden toteutuminen toisin kuin sairaalassa. Haastattelemamme asukkaat kokivat olevansa kuin kotonaan, joten myös kodinomaisuus ja yksityisyys mahdollistuivat kyseisissä yksiköissä. Palveluasuminen siis eroaa tässä tapauksessa laitoksessa asumisesta.

Suurin osa asukkaista oli erittäin tyytyväisiä elämäänsä palvelutalossa, eivätkä he osanneet nimetä mitään, mitä haluaisivat lisätä tai kehittää. Mietimme, johtuuko tämä siitä, että he ovat oikeasti tyytyväisiä, vai siitä, että he ovat tyytyneet elämäänsä. Kyseinen sukupolvi on elänyt sota-aikaa, joten he ovat joutuneet elämään välillä hyvinkin niukoissa oloissa. Myös Jyrkämän (2009) mukaan useissa tutkimuksissa on nähty, että vanhukset ovat hyvinkin tyytyväisiä. Hän kuitenkin pohtii, tulevatko suuret ikäluokat olemaan yhtä tyytyväisiä, koska ovat kasvaneet toisenlaisissa olosuhteissa. (Jyrkämä 2009, 10.)

Opinnäytetyöstämme on mielestämme hyötyä niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskuntatasollakin. Yksilö- ja yhteisötasolla ajatellen työelämäthomme hyötyy työstä muun muassa siten, että se voi tulosten perusteella kehittää toimintaansa jatkossa vastaamaan vielä paremmin asukkaidensa tarpeisiin, jolloin myös asukkaiden itsemääräämisoikeus voi toteutua vielä paremmin. Työelämäthomme työntekijät saavat työhönsä opinnäytetyöstämme hyödyllistä tietoa ja pohdittavaa. Tuloksemme myös vahvistavat heidän tunnettaan siitä, että he toimivat oikein. Yhteiskuntatasolla työstä hyödytään muun muassa siten, että työmme avulla saadaan hyödyllistä tietoa vanhusten omista kokemuksista ja itsemääräämisoikeuden toteutumisesta palvelutalossa sekä siitä,

mitä hyötyä palveluasumisesta on suhteessa laitoksessa asumiseen. BIKVA-arviointimallin hyödyntämisen ansiosta saimme kattavasti tietoa eri sidosryhmiltä, jolloin myös kehittämiskohteita nousi enemmän esiin.

Opinnäytetyömme teko sujui mielestämme hyvin eikä aikatauluongelmia ollut. Yhteistyömme onnistui kitkattomasti. Ajatuksemme menivät hyvin yksiin, mitä osaltaan vahvasti samankaltainen työkokemuksemme vanhusten parissa. Yhteiset keskustelumme olivat antoisia, kehittivät ammatillista ymmärrystämme ja syvensivät opinnäytetyötämme. Tavoitteenamme oli pystyä tekemään laadukas ja selkeä opinnäytetyö, missä mielestämme onnistuimme hyvin. Saimme vastaukset haluamiimme tutkimuskysymyksiin, ja teoria ja käytäntö kietoutuivat hyvin yhteen. Haasteellisinta opinnäytetyössä oli teoriaosuuden järjestäminen ja aineiston analysoiminen. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut kiinnostava ja hyödyllinen oppimiskokemus. Olemme oppineet tutkimuksen tekoa, BIKVA-arviointimallin käyttöä sekä paljon hyödyllistä ja tärkeää asiaa sosiaalialasta tulevana sosionomeina (AMK). Koemme pystyvämmä tulevaisuudessa soveltamaan ja hyödyntämään oppimaamme työskennellessämme minkä tahansa asiakasryhmän parissa.

Opinnäytetyötä tehdessämme meille heräsi useita jatkotutkimusideoita. Meidän haastattelemamme asukkaat palvelutalossa olivat suhteellisen hyväkuntoisia eivätkä sairastaneet muistisairautta. Olisi kiinnostavaa ja tärkeää tietää, kuinka itsemääräämisoikeus toteutuu esimerkiksi muistisairaiden vanhusten kohdalla tai esimerkiksi jossakin laitoksessa. Muistisairaiden kohdalla haastattelu ei välttämättä yksinään tuottaisi luotettavaa tulosta, joten havainnointi voisi heidän tapauksessaan olla hyvä keino saada tietoa.

Vanhustyöhön tulisi saada mahdollisimman monen eri alan osaajia, jotta vanhukset voisivat hyvin ja heidän itsemääräämisoikeutensa voisi toteutua entistä paremmin. Tulevaisuudessa vanhustyössä tulisi oppia verkostoitumaan ja vanhustyön tulisi olla moniammatillista sekä monimuotoistuvaa, jossa ammattilaisten lisäksi toimijoina ovat vapaaehtoiset ja omaiset (Helminen & Karisto 2005, 14, 17). Edelleen sosiaalityön yhtenä peruslähtökohtana ihmisten välisessä kanssakäymisessä on mielestämme hyvä muistaa Etiikan kultainen sääntö: "Kaikki, minkä tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille" (Matt. 7:12).

LÄHTEET

- Anderberg, P. & Berglund, A-L. 2010. Elderly persons' experiences of striving to receive care on their own terms in nursing homes. *International Journal of Nursing Practise* 16/2010, 64–68.
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Raportti 14/2007. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Vastapaino.
- Gothóni, R. 2005. Näkökulmia uskonnolliseen ja arvoja etsivään vanhuuteen. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) *Laatua vanhustyöhön*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 92–108.
- Hartikainen, S. & Jäntti, P. 2003. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) *Geriatría*. 1. painoksen muuttamaton jatkopainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 281–292.
- Heikkinen, E. 2003. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. 2003. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–34.
- Heikkinen, R-L. 1997. Iäkkäiden autonomia. *Gerontologia* 2/1997, 159–165.
- Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita Publishing Oy, 129–144.
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 35–68.
- Helminen, P. & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Noppari, E & Koistinen, P. (toim.) *Laatua vanhustyöhön*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9–18.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Hynynen, R. 2008. Tulevaisuuden palveluasuminen: Tehostettu palveluasuminen ja hoivakodit nykyisten palvelutalojen ja vuodeosastojen tilalle. Vanhusten huollon uudet tuulet 2/2008, 16–17.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 16.1.2012.
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf

Hyyryläinen, M. & Turta, A. 2010. Ikääntyneiden itsemääräämisoikeuden toteutuminen tehostetussa palveluasumisessa. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Julkunen, R. 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 15–32.

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 195–218.

Jyrkämä, J. 2008a. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä –hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehyykseksi. Gerontologia 4/2008, 190–203.

Jyrkämä, J. 2008b. Vanhenava yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 273–279.

Jyrkämä, J. 2009. Geronteknologia tukemaan omatoimista selviytymistä. Vanhustenhuollon uudet tuulet 6/2009, 10–11.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Jääskeläinen, A. 2006a. Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 145–155.

Jääskeläinen, A. 2006b. Viekö vanhuus yksilön arvon. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 82–93.

Kankare, H. & Lintula, H. 2006. Lähimmäisenrakkauden idea. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 35–49.

Kekola, P., Silvander, M., Tähkää, P., Vanne, M. & Viili, E. 2006. Miten kuulen dementoitunutta ihmistä? Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 73–81.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Koskiahho, B. 2008. Kilpailuttamisen kustannukset voivat yllättää. Sosiaaliturva 1/2008, 24–25.

Koskinen, S. 2004a. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Kautto, M., Koskinen, S., Karisto, A., Kiander, J., Riihelä, M., Sullström, R., Valkonen, T., Martelin, T., Sainio, P., Koskinen, S., Vaarama, M., Lehto, J. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 25–90.

Koskinen, S. 2004b. Muuttuvat asenteet ja kehittyvät rakenteet. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Publishing Oy, 109–116.

Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi. BIKVA-malli. FinSoc. Arviointiraportteja, Hyvät käytännöt 1/2004. Helsinki: Stakes.

Kröger, T., Karisto, A. & Seppänen, M. 2007. Sosiaalityö vanhuuden edessä. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–18.

Kunnas, M-L. 2009. Homma hoituisi jos... Pääkirjoitus. Vanhustenhuollon uudet tuulet 6/2009, 3.

Lahtinen, M. 2006. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 50–56.

Laitoshoido. 2011. Sosiaali- ja Terveysministeriö. Luettu 14.5.2012. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 24.7.2009/569.

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. 2007. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Lehtosalo, T. 2011. Itsemääräämisoikeus vanhusten palveluasumisessa. Etnografinen tutkimus asukkaiden kokemuksista osallistua omaan arkeensa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lindqvist, M. 2002. Vanheneminen, etiikka ja elämänarvot. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 233–261.

Lumme-Sandt, K. 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 125–144.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 16–28.

Matteuksen Evankeliumi 7:12. Uusi testamentti. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama suomennos.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2004. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy, 15–26.

Mönkäre, S. 2003. Kilpailuttaminen on hyvä renki, mutta huono isäntä – kilpailuttamisen soveltuvuus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Teoksessa Ollila, E., Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta. Raportteja 276. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 17–21.

Niemi, P. 2011. Minä itse ja sen määrääminen. Teoksessa Kotirinta, T., Niemi, P. & Haaki, R. (toim.) Sosiaalisen toiminnan perusta. Helsinki: Oy Yliopistokustannus, 169–197.

Noppari, E. & Leinonen, S. 2005. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatusuositus vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 36–91.

Näslindh-Ylispaangar, A. 2005. Vanhuksen olemassaolon kokemuksen vahvistaminen yhteisössä. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatusuositus vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 147–160.

Ollila, E. 2003. Sosiaali- ja terveystieteellisiä näkökulmia kilpailuttamiseen. Teoksessa Ollila, E., Ilva, M. & Koivusalo, M. (toim.) Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveystieteiden näkökulmasta. Raportteja 276. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 11–16.

Pahlman, I. 2003. Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Pajunen, H. 2004. Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H., Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 193–241.

Palveluseteli. 2012. Tampereen kaupunki. Luettu 8.5.2012.

<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/palveluseteli.html>

Pietarinen, J. 1994. Itsemäärääminen ja itsemääräämisoikeus. Teoksessa Pietarinen, J., Launis, V., Räikkä, J., Lagerspetz, E., Rauhala, M. & Oksanen, M. Oikeus itsemääräämiseen. Helsinki: Painatuskeskus, 15–47.

Pikkarainen, A. 2007. Terveyden edistämisen painopisteet. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 41–68.

Potilaan itsemääräämisoikeuden suoja- ja rajoitustoimenpiteet. 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriön ETENEN kannanotto 10.6.2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Raitanen, T. & Kuikka, P. 2004. Iäkkäiden ulkona liikkuminen ja autoilu. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H., Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 467–475.

Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto – Centralförbundet för de gamlas väl ry.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2005. Ikääntyvän henkilön yksinäisyys – haaste hoitotyölle. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19–35.

Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 411–416.

Saarela, T. 2010. Psykoottinen vanhus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 149–156.

Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Prima Oy, 18–55.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia 4/2010, 323–334.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Suom. Nieminen, P. Helsinki: Edita.

Semi, T. 2007. Polkuja ilmaisulliseen vapauteen. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhustyössä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. OKKA-säätiön julkaisuja. Helsinki, 143–154.

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010 Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaalialan ammattilaisten eettiset ohjeet. 2009. Arki, arvot, elämä, etiikka. Talentian ammattieettinen lautakunta. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriön ETENE-julkaisuja 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjausryhmä. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Ohjausryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:x. Ensipainos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Strandberg, T. & Tilvis, R. 2003. Geriatriinen preventio. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. 1. painoksen muuttamaton jatkopainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 328–342.

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. 1. painoksen muuttamaton jatkopainos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 72–101.

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 120–138.

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 115–128.

Syrjä, V. 2010. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttamiskokemukset. Raportti 35/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Luettu 22.2.2012. http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Luettu 21.2.2012. <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>

Tiikkainen, P. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 69–86.

Tiikkainen, P. 2009. Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 313–332.

- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9–21.
- Topo, P. 2005. Teknologia dementiahoidossa – vanhat konstit ja pussillinen uusia. Teoksessa Noppari, E. & Koistinen, P. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 136–146.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, S. 2006. ”Ei täällä paljon kuunnella ihmistä”. Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Uotinen, S. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluseteli. Helsinki: CC Lakimiesliiton kustannus.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Vauramo, E. 2009. Suomalaisella vanhustenhoidolle on suuri haaste eurooppalaistua. Vanhustenhuollon uudet tuulet 6/2009, 8–9.
- Virnes, E. 2004. Ratkaisuja Strategioilla – muistihäiriö- ja dementiatyö kuntien vanhustyön strategioissa. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita Publishing Oy, 28–37.

LIITTEET

Liite 1. Aukkaiden haastattelurunko

Aukkaiden haastattelurunko

1. Taustatietoja:

- ikä:
- sukupuoli:
- kauanko asunut tehostetussa palveluasumisessa?
- kuinka paljon tarvitsee apua ja missä?
 - pukeutumisessa, liikkumisessa, hygienian hoidossa, ruokailussa

2. Mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa teidän mielestänne?

3. Mitä merkitystä (itsemääräämisoikeudella) teille on sillä, että saa itse päättää omista asioistaan/osallistua oman elämänsä suunnitteluun?

4. Miten itsemääräämisoikeus näkyy arjessanne? Mitä päiväänne kuuluu?

5. Kuinka hyvin mielestänne saatte itse päättää asioistanne? Missä asioissa saatte/ette saa?

6. Kuinka hyvin ajattelette sen toetutuvan tulevaisuudessa? Pelkäätekö sen menettämistä?

7. Onko teillä hoitotahto?

8. Missä tilanteessa koette, että pystyitte/pystytte vaikuttamaan asioihinne?

9. Missä tilanteessa koette, että ette pystyneet/pysty vaikuttamaan?

10. Missä asioissa haluaisitte/ olisitte halunneet vaikuttaa?

11. Onko joitain asioita pakko tehdä? Millaisia?

12. Miksi olette muuttanut tehostettuun palveluasumiseen?

13. Onko rutiininne muuttunut muutettuanne tehostettuun palveluasumiseen?

14. Mistä asioista tykkäätte? Mitä haluaisitte tehdä tehostetussa palveluasumisessa? Asioita joita haluatte tehdä, mutta ette voi/pysty/saa?

15. Millaista toimintaa haluaisitte saada? Otetaanko mielipiteenne huomioon?

16. Millä tavalla omaisenne vaikuttavat asioihisi? Kuka vaikuttaa eniten asioihinne?

Työntekijöiden haastattelurunko yksikkö 1

1. Mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa asukkaan kannalta?
2. Miten te voitte työntekijöinä vaikuttaa siihen, että asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu?
3. Suuri osa asukkaista kokee, että heitä ei pakoteta tekemään mitään. He kokevat että heidän mielipiteensä otetaan huomioon. – Mistä se mielestänne johtuu?
4. Asukkaat kokevat saavansa liikkua vapaasti sisällä ja ulkona. – Mistä se mielestänne johtuu?
5. Asukkaista osa kokee olevansa sidottuna tähän systeemiin ja olevansa täällä kuten laitoshoidossa? – Mistä se mielestänne johtuu?
6. Asukkaista osa kokee, että he eivät itse saa vaikuttaa aikatauluihin. – Mistä se mielestänne johtuu?
7. Asukas kokee, että hän ei saa auttaa ja opastaa hoitajia omassa hoidossaan. Hänen neuvojaan ei myöskään haluta ottaa vastaan. – Mistä se mielestänne johtuu?
8. Osa asukkaista koki, että he saavat apua tarvittaessa. – Mistä se mielestänne johtuu?
9. Osa asukkaista kuitenkin koki, että apua ei saa riittävästi? – Mistä se mielestänne johtuu?
10. Osa asukkaista kokee, että kaikki työntekijät kuuntelevat asukkaan mielipidettä yhtä paljon. Mutta osa kuitenkin kokee, että se riippuu siitä kuka hoitaja on kyseessä. – Mistä se mielestänne johtuu?
11. Osa asukkaista pelkää itsemääräämisoikeuden menettämistä tulevaisuudessa. Erityisesti, kun kunto heikkenee. – Mistä se mielestänne johtuu?
12. Asukkaista kukaan ei ollut tehnyt hoitotahtoa. – Mistä se mielestänne johtuu?
13. Asukas kokee, että hoitajien pitäisi olla ystävällisempiä. Hoitajat eivät myöskään juttele asukkaan kanssa riittävästi. – Mistä se mielestänne johtuu?
14. Asukkaat kokevat saavansa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
15. Asukkaat kokevat, että omaiset saavat osallistua asukkaan arkeen ja hoidon suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
16. Asukas kokee, että päivät kuluvat suhteellisen hyvin, mutta aika tulee kuitenkin välillä pitkäksi. – Mistä se mielestänne johtuu?

17. Asukkaat kokevat, että toimintaa on talossa riittävästi. - Mistä se mielestänne johtuu?

18. Mitä kehittämissuhteita teillä on suhteessa itsemääräämisoikeuden toteutumiseen

Työntekijöiden haastattelurunko yksikkö 2

1. Mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa asukkaan kannalta?
2. Miten te voitte työntekijöinä vaikuttaa siihen, että asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu?
3. Suuri osa asukkaista kokee, että heitä ei pakoteta tekemään mitään. He kokevat että heidän mielipiteensä otetaan huomioon. – Mistä se mielestänne johtuu?
4. Osa asukkaista kokee, että hoitajat ovat ammattitaitoisia ja kuuntelevat. – Mistä se mielestänne johtuu?
5. Asukkaat kokevat, että itsemääräämisoikeus pysyy myös tulevaisuudessa ja sen menettäminen ei pelota. – Mistä se mielestänne johtuu?
6. Suurin osa asukkaista on tehnyt hoitotahdon. – Mistä se mielestänne johtuu?
7. Asukas kokee, että ei osaa vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
8. Suurin osa asukkaista kokee, että he saavat osallistua hoitonsa suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
9. Asukkaat kokevat, että omaiset saavat osallistua asukkaan arkeen ja hoidon suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
10. Asukas kokee, että hoitajilla on liian kiire. Hoitajat eivät ehdi juttelemaan ja apua ei saa. – Mistä se mielestänne johtuu?
11. Asukas kokee, että hälytyksestä hoitajan tuloon kuluu liian kauan aikaa. – Mistä se mielestänne johtuu?
12. Asukkaat kokevat olevansa tyytyväisiä ja toimintaa on riittävästi. – Mistä se mielestänne johtuu?
13. Asukkaat kokevat, että pystyvät itse vaikuttamaan päivien sisältöön ja tekemiseen. Päivät kuluvat hyvin. – Mistä se mielestänne johtuu?
14. Mitä kehittämisehdotuksia teillä on suhteessa itsemääräämisoikeuden toteutumiseen?

Liite 3. Johtajien haastattelurunko

Johtajien haastattelurunko

1. Mitä itsemääräämisoikeus tarkoittaa asukkaan kannalta?
2. Asukkaat kokevat, että omaiset saavat osallistua asukkaan arkeen ja hoidon suunnitteluun. – Mistä se mielestänne johtuu?
3. Asukkaista muutama kokee olevansa sidottuna tähän systeemiin ja olevansa täällä kuten laitoshoidossa? – Mistä se mielestänne johtuu?
4. Asukkaat ovat sopeutuneet säännölliseen päivärytmiin, eivätkä kokeneet sitä rasitteeksi, vaikka eivät pysty vaikuttamaan aikatauluihin. – Mistä se mielestänne johtuu?
5. Työntekijät pitävät säännöllistä päivärytmiä välttämättömänä. – Mistä se mielestänne johtuu?
6. Asukas kokee, että hoitajilla on liian kiire. Hoitajat eivät ehdi juttelemaan ja apua ei saa aina tarvittaessa. – Mistä se mielestänne johtuu?
7. Asukas kokee, että hälytyksestä hoitajan tuloon kestää liian kauan aikaa. – Mistä se mielestänne johtuu?
8. Työntekijöiden puheista sai yksikössä 1 sellaisen käsityksen, että kiire haittaa lähinnä silloin, kun on jotain erikoistilanteita tai kun työt on huonosti organisoitu. Yksikössä 2 kiire taas tuntui olevan suurempi rasite. – Mistä se mielestänne johtuu?
9. Yksi asukkaista koki olevansa yksinäinen. – Mistä se mielestänne johtuu?
10. Yksi asukkaista koki, että hoitajat ovat välillä epäystävällisiä. – Mistä se mielestänne johtuu?
11. Yksi asukkaista koki, että yksikössä 1 organisaatiomuutoksen myötä tieto ei aina kulje ylemmältä portaalta hoitajille. – Mistä se mielestänne johtuu?
12. Yksikössä 1 työntekijä toi esille, että johtaja antaa välillä sellaisia lupauksia asukkaille, joita ei ole työntekijöiden mielestä mahdollista toteuttaa käytössä olevilla resursseilla. – Mistä se mielestänne johtuu?
13. Työntekijät kokevat, että asukkailla, joilla on hyvä toimintakyky, itsemääräämisoikeus toteutuu paremmin, kuin sellaisilla, joilla on heikentynyt toimintakyky. – Mistä se mielestänne johtuu?
14. Työntekijöiden mielestä myös muistisairaus saattaa heikentää itsemääräämisoikeuden toteutumista. – Mistä se mielestänne johtuu?
15. Työntekijät kokevat, että asukkaat jotka eivät tuo ääntänsä esille ja vaadi paljoo jäävät vähemmälle huomiolle. – Mistä se mielestänne johtuu?

16. Asukkaat kokevat olevansa tyytyväisiä ja toimintaa on riittävästi. – Mistä se mielestänne johtuu?
17. Miten te voitte johtajina vaikuttaa siihen, että asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu?
18. Mitä te haluaisitte/voisitte kehittää, jotta itsemääräämisoikeus toteutuisi vielä paremmin kaikkien asukkaiden osalta?

Liite 4. Haastattelulupa



Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaaliala Pyynikintie A 2, 33200 Tampere

HAASTATTELULUPA

Kevät 2012

Teemme opinnäytetyötä, jossa tutkimme itsemääräämisoikeuden merkitystä ja toteutumista tehostetussa palveluasumisessa.

Tutkimusta varten haastattemme tehostetun palveluasumisen asiakkaita, työntekijöitä ja esimiehiä BIKVA-arviointimallin mukaisesti. BIKVA-mallissa asiakkaita haastatellaan, koska heidän kokemuksensa palvelusta nähdään tärkeänä ja merkityksellisenä toiminnan kehittämisen kannalta. Asiakkailta saadut tulokset viedään työntekijöille ja esimiehille.

Haastattelut ovat luottamuksellisia ja tulokset käsitellään nimettöminä. Haastatteluissa käytämme nauhuria. Nauhojen purkamisen jälkeen nauhat tuhoataan.

Kiitos osallistumisestanne!

Annan luvan käyttää haastattelumateriaalia opinnäytetyössä:

Tampereella ____.____.2012

allekirjoitus

nimenselvennys

Tampereen ammattikorkeakoulun sosionomi (AMK)- opiskelijat:

Pirjo Kalenius

Katja Hakkarainen