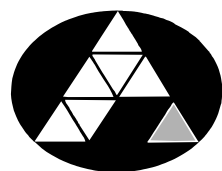


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Jorma Asikainen  
Aija Kuosmanen

VANHUSTEN KALTOINKOHTELUUN ALTISTAVAT RISKITEKIJÄT

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2012



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2012**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. (013) 260 600

**Tekijät**

Jorma Asikainen, Aija Kuosmanen

**Nimeke**

Vanhusten kaltoinkohteluun altistavat riskitekijät

**Tiivistelmä**

Kaltoinkohtelu käsitteenä tarkoittaa toisen henkilön tahallisesti tai tahattomasti toiselle aiheuttamaa vahinkoa, harmia tai mielipahaa. Se ilmenee yleisimmin fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kaltoinkohteluna, mutta voi myös olla seksuaalista, taloudellista tai muuten vaikeasti määriteltävää näkymätöntä kaltoinkohtelua. Myös hoidon laiminlyönti, sekä itsemääräämisoikeuden ja tasa-arvoisuuden evääminen luetaan kaltoinkohteluksi. Kaltoinkohteluun voivat sortua perheenjäsenet, läheiset ihmiset, hoitolaitosten henkilökunta sekä muut potilaat ja asukkaat.

Opinnäytetyö on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa käsitellään vanhusten kaltoinkohtelua laaja-alaisesti. Tutkimuksen tarkoituksena on löytää vanhusten kaltoinkohtelulle altistavia riskitekijöitä uusimpien tutkimustietojen pohjalta. Aineisto kerättiin Linda-, Medic-, Arto- ja Aleksi tietokannoista sekä manuaalisesti.

Systemaattisen haun perusteella valittiin viisi tutkimusta. Tutkimustulosten perusteella vanhusten kaltoinkohtelulle altistavat riskitekijät on luokiteltu vanhuksista, omaisista, hoitajista, hoitotyöstä, hoitoympäristöstä, organisaatiosta ja työyhteisöstä sekä yhteiskunnasta johtuviin vanhusten kaltoinkohteluun altistaviin riskitekijöihin.


Tutkimusten mukaan keskeisimmät vanhusten kaltoinkohtelulle altistavat riskitekijät näyttäytyvät eri tutkimustulosten perusteella hyvin samankaltaisina. Tietämys vanhus-ten kaltoinkohteluun altistavista riskitekijöistä mahdollistaa kaltoinkohtelun ehkäisemisen tai siihen puuttumisen. Silloin vanhus saisi parasta mahdollista ja laadukasta hoitoa, mikä osaltaan vaikuttaisi myönteisesti vanhuksen elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Jatkotutkimukset kaltoinkohteluun altistavista riskitekijöistä olisivat tarpeellisia tutkitun tiedon vähäisyyden vuoksi.

Kieli  
suomi

Sivuja 69

**Asiasanat**

vanhus, kaltoinkohtelu, väkivalta, laiminlyönti

 <p>NORTH KARELIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</p>	<p><b>THESIS</b> <b>May 2012</b> <b>Degree Programme in Nursing</b></p> <p>Tikkarinne 9 FIN 80200 JOENSUU FINLAND Tel. +358-13-260 600</p>	
<p><b>Authors</b> Jorma Asikainen, Aija Kuosmanen</p>		
<p><b>Title</b> Risk Factors for Elder Abuse</p>		
<p><b>Abstract</b></p> <p>The concept of (elder) abuse refers to the unintentional or willful damage, harm or grief caused to a person by another person. Usually it occurs as physical, mental or social abuse. Elder abuse can also be sexual, financial or another kind of abuse that is invisible and complicated to define. Also, the neglect of treatment and violation of self-determination and equality are considered abuse. Abuse can take place in the family, and also close people, the staff of health care facilities, other patients or residents can take part in the maltreatment.</p> <p>The thesis is a systematic review of the literature dealing with elderly abuse extensively. The purpose of this study was to find the risk factors for elder abuse using the most recent research data. The data was collected from Linda, Medic, Arto and Aleksis databases as well as manually.</p> <p>Five studies were selected on the basis of systematic search. Based on the results, the risk factors for elder abuse are classified as resulting from the elderly, relatives, nurses, nursing, nursing environment, organization, work community and society.</p> <p>Studies have shown that the most focal risk factors for elder abuse appear very similar according to different research results. The knowledge of the risk factors for elder abuse enables intervention in and prevention of maltreatment. As a result, the elderly could get the best possible treatment, which contributes to / has a positive effect on elderly people's quality of life and functional capacity. Further studies about the risk factors for maltreatment are necessary because there is little research data on the subject.</p>		
<p><b>Language</b> Finnish</p>	<p><b>Pages</b> 69</p>	
<p><b>Keywords</b> elderly, abuse, violence, neglect</p>		



(Sanomalehti Karjalainen 3.9.2011)

*"Kun pesen ja puen häntä, hän on aina vastahakoinen ja tekee hoitamisen mahdottomaksi olemalla aggressiivinen ja kieltäytymällä yhteistyöstä. Yritän rauhoittua, mutta kun hän on niin vahva ja vaikea, menetän kärsivällisyyteni ja väännän ja taivutan hänen käsiään ja jalkojaan voimalla ja väkivallalla, kunnes hän alkaa itkeä. Silloin myös minä itken, syyllisyydestä ja häpeästä. Hän on ollut minun ylpeyteni ja aarteeni. Nyt hän on niin muuttunut ja pilalla".*

"Näin kuvaa puolisoaan hoitava mies ajautumisestaan väkivaltaan".

(Grafström 1994, Koskisen, Aallon, Hakosen & Päivärinnan 1998, 140 mukaan)

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	VANHUUS JA OIKEUDET .....	8
2.1	Vanhuus .....	8
2.2	Vanhuspalvelujärjestelmä .....	10
2.3	Lainsäädäntö ja sen merkitys vanhustenhoidossa .....	12
2.4	Ihmisarvo ja ihmisoikeudet.....	16
2.5	Vanhuksen Itsemääräämisoikeus .....	16
2.6	Etiikka.....	19
2.7	Eettisiä kysymyksiä sairaanhoitajan hoitotyössä .....	20
2.8	Etiikan erityispiirteet vanhustyössä .....	23
2.9	Ikääntymisen turvallisuushaasteita .....	26
3	VANHUKSEN KALTOINKOHTELU .....	27
3.1	Vanhuksen kaltoinkohtelun määritelmä.....	27
3.2	Kaltoinkohtelun historia ja esiintyvyys .....	29
3.3	Kaltoinkohtelun muodot .....	30
3.4	Kaltoinkohtelun merkkejä.....	33
3.5	Tunnistamisen ongelmia .....	35
3.6	Apuvälineitä tunnistamiseen .....	36
3.7	Kaltoinkohtelun ehkäisy ja tietoisuuden lisääminen .....	36
4	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA .....	37
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	37
4.2	Tutkimuskysymyksemme .....	38
4.3	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	38
4.4	Opinnäytetyön toteutus .....	41
4.5	Tutkimusten sisäänotto ja poissulkukriteerit .....	41
5	TULOKSET.....	47
5.1	Kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä eri tutkimusten mukaan.....	47
5.2	Kaltoinkohteluun altistavien tekijöiden yhteenveto .....	54
6	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	56
6.1	Luotettavuus .....	56
6.2	Eettisyys .....	58
7	YHTEENVETO .....	58
7.1	Yhteenveto altistavista riskitekijöistä .....	58
7.2	Johtopäätökset tutkimuksista saaduista tuloksista .....	63
8	POHDINTA .....	64
	LÄHTEET .....	67

## 1 JOHDANTO

Suomessa nopeaan väestön ikääntymisen kasvuun vaikuttavat keskimääräinen eliniän piteneminen sekä yleinen elintason ja hyvinvoinnin kasvu (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 16). Yhteiskunnan toimintaan tulee suuresti vaikuttamaan ikääntyvän väestön kasvaminen lisäten tuotannon, kulutuksen ja vanhusten huolenpidon tarpeita ja edellytyksiä. Eläkemenojen lisääntyminen ja hyvinvointipalvelujen kysynnän kasvu ovat suoraan suhteessa eliniän pitenemiseen. (Hervonen, Pohjolainen & Kuure 1998, 33.)

Tilastokeskuksen tuoreesta (2011) väestöennusteesta ilmenee, että Suomen väkiluku kasvaa melko voimakkaasti vuoteen 2030 asti, jos kehitys jatkuu nykyisen kaltaisena. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan kasvavan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes ennallaan seuraavan kymmenen vuoden aikana. Väestöstä yli 85-vuotiaiden osuuden ennustetaan nousevan viime vuodenvaihteen 1,8 prosentista vuoteen 2040 mennessä 6,1 prosenttiin. Heidän määränsä nousisi silloin nykyisestä 94 000:sta 349 000:een. (Stakes 2011.) ”Ikääntyneiden osuus väestöstä riippuu ikääntyneen määrittelystä, joka ei ole itsestään selvä” (Leino–Kilpi & Välimäki 2003, 227).

Ikääntyneet ovat suurin asiakasryhmä hoiva - sekä hoitotyössä, ja tulevaisuudessa heidän osuutensa sekä merkityksensä korostuu entisestään. Ikääntyneitä hoidetaan monenlaisissa toimintaympäristöissä, kuten kodeissa, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa hoitoyksiköissä. Kaikille yhteinen tavoite on, että ikääntyneelle voidaan tarjota yksilöllisten tarpeiden mukaista ja toimintakykyä tukevaa hoitoa. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 8.)

Suomessa vanhustenhoito perustuu laajaan tietoperustaan. Vanhusten hoidon ja palveluiden kehittämisessä keskeisenä kulmakivenä on ajanmukainen koulutus ja erilaiset kohdennetut täydennyskoulutukset. Tällä pyritään päättäjien, johtajien, lähiesimiesten ja henkilökunnan arvojen, asenteiden ja toiminnan muuttamiseen, sekä lisätään ja kehitetään heidän tietojansa ja taitojansa toimia van-

hustyössä. Hyvään vanhenemiseen kuuluu, että ikääntyvät ja iäkkäät tuntevat sekä tunnistavat normaaliin vanhenemiseen kuuluvia seikkoja sekä henkilökoh-  
taisen toimintansa merkityksen toimintakyvyn ja elämänlaadun säilyttämisessä  
ja sairauksien ehkäisyssä. (Kivelä & Vaapio 2011, 7.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on vanhusten hoitotyön kulmakivi. Jokaisella on  
oikeus turvalliseen ja arvokkaaseen vanhuuteen sekä hyvään kohteluun. Palve-  
lut on järjestettävä laadukkaasti yksilöllisyyttä kunnioittaen ja arvostaen. Toimin-  
taa ohjaavat eettiset periaatteet, joita vanhusten hoidossa ovat itsemääräämis-  
oikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja  
turvallisuus. Vanhusten palvelujen laatusuosituksessa todetaan, että osa heidän  
turvallisuuttaan on kaltoinkohtelun ehkäisy. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)  
Tutkimusten mukaan Suomessa joutuu kaltoinkohdeksi joka kymmenes  
ikäntynyt ihminen (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi,  
Sulkava & Finne - Soveri 2002, 173). Väestötutkimuksen mukaan 65 vuotta  
täyttäneistä miehistä 3 prosenttia ja naisista 9 prosenttia on joutunut kertoman-  
sa mukaan pahoinpidellyksi eläke-ikäisenä (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen &  
Sulkava 2001, 369).

Opinnäytetyömme on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kuvata van-  
husten kaltoinkohtelun eri ilmenemismuotoja. Tutkimuskysymyksemme on sel-  
vittää vanhusten kaltoinkohtelulle mahdollisesti altistavia tekijöitä ja syitä. Lisäk-  
si pyrimme löytämään tietoa, kuinka kaltoinkohtelua voitaisiin ehkäistä, mitä on  
tehty ja onko niistä toimista ollut hyötyä.

Opinnäytetyön teoriaosassa avaamme ja selvitämme vanhuuteen ja kaltoinkoh-  
teluun liittyviä käsitteitä aikaisemmin julkaistun kirjallisuuden pohjalta. Opinnäy-  
tetyön tutkimusosassa haetaan uusinta tutkimustietoa systemaattisen kirjalli-  
suuskatsauksen menetelmillä hoitolaitoksissa ja kotiympäristössä tapahtuvasta  
vanhusten kaltoinkohtelusta ja niihin johtavista ja altistavista riskitekijöistä. Tie-  
toa haetaan kotimaisista sekä kansainvälisistä tietokannoista. Pyrimme kerää-  
mään mahdollisimman laajan ja tuoreen artikkeli - ja tutkimusaineiston, joka  
lisäisi tiedon luotettavuutta ja yleistettävyyttä.

Tutkimusten valintaperusteina pidämme, että ne käsittävät vanhusten kaltoinkohtelua eri ympäristöissä sekä vastaisivat tutkimuskysymykseemme. Toivomme, että opinnäytetyömme lisäisi tietoa ja ymmärrystä vanhusten kaltoinkohtelusta ja lisäksi pyrimme herättämään keskustelua aiheesta sekä löytämään työvälineitä ongelman ratkaisemiseksi.

## 2 VANHUUS JA OIKEUDET

### 2.1 Vanhuus

Vanhuuden alkamista ei voida määritellä täsmällisesti, mikä vaikeuttaa tutkimusta ja eri maiden välillä tapahtuvaa vertailua. Vanhuuden katsotaan yleensä länsimaissa alkavan noin 60 - 65 vuoden iästä, jolloin ihmiset yleensä jäävät eläkkeelle. Useimmissa kehitysmaissa tällä eläkeikään perustuvalla käsitteellä on vain vähän merkitystä. Näissä maissa tärkeimmiksi vanhuuden kriteereiksi nostetaan roolit, joita ihmisille osoitetaan eri elämänvaiheissa. Vanhuutena pidetään sitä elämänvaihetta, jolloin fyysisen kunnon heikkenemisen vuoksi ihminen ei enää kykene selviytymään perhe- tai työroolistaan. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2005,146.)

Teollistuneissa maissa pidetään 1980 - 1990 vaihdetta ”uuden vanhenemisen” aikakauden alkuna. Uuden vanhenemisen prosessi voidaan ymmärtää elinikäisenä prosessina, joten tällöin vanhenemista tarkastellaan biologisista, psyykkisistä ja sosiaalisista näkökulmista. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 13 - 17.) Oma ikä voidaan vanhuudessa kuten muissakin ikävaiheissa kokea monin eri tavoin. Ikäkokemuksia voidaan tarkastella silloin kronologisen, biologisen, sosiaalisen, persoonallisen ja subjektiivisen iän kautta. (Tikka 1994, Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 32–33.)

*Kronologiseen ikään* (niin sanottu kalenteri-ikä) vaikuttavat sosiaaliset normit, tietyt stereotypiat ja asenteet, jotka määrittävät usein, millainen vanhuksen pitäisi tietyssä iässä olla ja miten tulisi käyttäytyä ja kokea oma elämä.



*Biologinen ikä* määräytyy paljolti siitä, miltä oma keho näyttää ja tuntuu. Kokemuksen muodostumiseen vaikuttaa vahvasti oma näkemys terveydestä ja toimintakyvyn säilymisestä.

*Sosiaalinen ikä* koetaan vanhuksen suhteesta lähiympäristöön, ihmisiin, kulttuuriin ja instituutioihin. Vanhuksen suhtautuminen yhteisön normeihin on yhteydessä omaan subjektiiviseen kokemukseen vanhuudesta.

*Persoonallinen ikä* koostuu vanhuksen elämänsä vaiheista sekä biologisen ja sosiaalisen iän pohjalta. Vanhus kokee olevansa tietyn ikäinen ja haluaa samaistua ikäisiinsä ihmisiin.

*Subjektiivinen ikä* koetaan iättömyytenä eli 80-vuotias kokee olevansa sama ihminen kuin oli 15-vuotiaana. Kun keho muuttuu hidastuneeksi ja tunteen ollessa sisäisesti nuori, voi ilmetä ristiriitaisia tunteita.

Vanhenemisen prosessinäkemykseen voidaan liittää kuvaus toimintakyvystä. Toimintakyvyn katsotaan kuvaavan paremmin vanhenemismuutoksia kuin pelkät ikävuodet. Lisäksi toimintakyky on yhteydessä vanhan ihmisen arkielämän sujumiselle, jolloin puhutaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. ”Vanhuuden määrittämisessä on tärkeää kysyä aina mihin ihminen on vanha. Vanhuus on siten suhteellista”. (Koskinen ym. 1998, 17.)

Vanhuksen haavoittuvuutta aiheuttavat ja lisäävät toimintakyvyn rajoitukset monin tavoin vähentäen itsemääräämisoikeutta sekä heikentäen elämänlaatua ja hyvinvointia. Tällöin elämänpiiri kaventuu, ja vanhukselle mielekkäät ja tärkeät toiminnot vähentyvät. Toimintakyvyn rajoitusten nähdään kuormittavan myös läheisiä ja palvelujärjestelmää. (Martelin 2004, Sarvimäen, Heimosen, Mäki - Petäjän & Leinosen 2010, 21 mukaan.)

Haavoittuvuuden näkökulmasta katsoen vanhuus nostaa esiin ihmisen haavoittuvuuden elämän perusehtojen kautta, joita ovat riippuvuus ja vapaus, vastuu ja yksinäisyys, haavoittuvuus ja kuolema. Vanheneminen voidaan käsittää haavoittuvuusprosessina myös siten, että riski sairastua kasvaa ja voimavarat heik-

kenevät. Silloin vanhuksia voidaan pitää kaksin verroin haavoittuvampia. Haavoittuvuus merkitsee sitä, että vanhusta on helppo vahingoittaa tai loukata fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti siksi, että hän on hauras ja heikko tai herkkä ja sensitiivinen. ”Hauraudesta ja heikkoudesta johtuva haavoittuvuus on erilaista kuin herkkyydestä ja sensitiivisyydestä johtuva. Heikko ja hauras ihminen on helposti särkyvä, herkkä ja sensitiivinen taas on avoin ja vastaanottava. Kun haavoittuvuus ensimmäisessä merkityksessä voidaan ymmärtää riskinä ja kielteisenä ilmiönä, jota pitää ennaltaehkäistä, haavoittuvuus toisessa merkityksessä on voimavara, koska se on eläytymiskyvyn ja empaattisuuden edellytys”. Suoja on tärkeä hauraille ja herkälle ihmiselle, jotta hän ei loukkaantuisi. Mutta liiallinen suoja herkällä vanhuksella saattaa heikentää eläytymiskykyä. (Sarvimäki & Stenbock–Hult 2009; Sarvimäki ym. 2010, 33 - 35.)

*”Itseäni en tunne vanhaksi tai vanhukseksi. Toivon, että saan vielä viivähtää tällä tasolla, jossa koen edelleen kasvukipuja, mutta jossa näköalat ovat uteliaisuutta kiihdyttäviä. Olen kuin tunturissa vaeltaja, joka haluaa kivuta aina uuden ja uuden tunturin laelle nähdäkseni mitä aukeaa tunturin tuolla puolen ”.* (Heinonen 1994, Koskisen, Aallon, Hakosen & Päivärinnan 1998, 11 mukaan.)

Mielestämme vanhuuden määrittely pelkästään iän perusteella ei ole ainoa ja oikea mittari tulkita, kuka on vanhus. Käsityksemme mukaan iän kokeminen on yksilöllistä ja pohjautuu elämänhistoriaan, persoonaan ja toimintakykyyn. Kuitenkin pidämme tässä työssä ikääntyneen alkavana ikärajana 60:tä vuotta ja vanhuuden alkavana ikärajana 70:tä vuotta, jotka ovat keskimääräisiä tulkintoja monista vanhuuden iän määrittelevistä lähteistä. Nykykielessä iäkkäistä ja vanhuksista käytetään monenlaisia ilmaisuja, kuten seniori, seniorikansalainen, iäkäs, ikäihminen ja eläkeläinen. Käytämme työssämme pelkästään käsitteitä *ikääntynyt, ikäihminen ja vanhus*.

## 2.2 Vanhuspalvelujärjestelmä

Ikääntyneille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen rakenne on muuttunut viime vuosikymmenen aikana. Laitos- ja asumispalveluissa oli

vuoden 2009 lopussa 12,1 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä. 75 vuotta täyttäneistä sai säännöllistä kotihoitoa 11,4 prosenttia. Kattavuudet ovat laskeneet molemmissa palveluissa 2000-luvulla, vaikka asiakasmäärät ovatkin kasvaneet. (Stakes 2008.) Ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky vaikuttavat ratkaisevimmin sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeeseen kuin ikääntyneiden määrän lisääntyminen yleensä. Tulevaisuudessa ikääntyneet ovat entistä terveempiä, toimintakykyisempiä ja samalla myös entistä vaativampia asiakkaita. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 13.)

Vanhuspalvelujärjestelmä on monimuotoinen. Lakien mukaisten sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen vanhuksille on kuntien vastuulla. Talveluiden tuottaminen ja sen organisointi kuuluvat sosiaali- ja terveystalvirastoille. Kunta voi tuottaa talvelut itse tai yhteistyössä naapurikuntien kanssa. Kolmantena vaihtoehtona kunta voi ostaa talvelut yksityiseltä sektorilta sekä eri järjestöiltä tai säätiöiltä. Vanhukset käyttävät myös yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon talveluja. Erityisesti viime vuosina yksityisten hoivayritysten määrä on kasvanut.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen Ikäihmisten hoitoa ja talveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Sitä on tarkistettu vuonna 2008 ja kohdistettu palvelemaan paremmin tämän hetken vanhusten tarpeita. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ja parantaa ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä tehostaa talvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008.)

Suomessa valtakunnallisista vanhusalan järjestöistä ja yhdistyksistä osa tuottaa kunnille ja yksityisille vanhuksille myytäviä talveluja samoin kuin seurakunnat ja monet vapaaehtoisjärjestöt. Vanhustyössä on tärkeää eri sosiaali- ja terveydenhuollon talveluiden yhteistyön toimiminen avo- ja laitoshoidon, julkisten ja yksityisten talveluiden sekä omaisten ja vapaaehtoistyötä tekevien kesken. Avoterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää perusterveydenhuoltoa, johon voidaan liittää erikoissairaanhoidon ja yksityisen sektorin talvelut. (Aejmelaeus ym. 2008, 340).

Kuntien järjestämät ja tuottamat terveysterveyst palvelut muodostuvat kotihoidosta, johon sisältyy kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Sosiaalitoimi vastaa palvelu- ja virkistyskeskuksista ja siellä tapahtuvasta päivätoiminnasta. Päivätoimintaryhmät ja päiväsaairaala ovat kotihoitoa tukevaa toimintaa. Palveluasumisen muotoja ovat palveluasunnot, palvelutalot sekä soluasunnot. Tehostettu palveluasuminen on suunniteltu ikääntyneille, jotka tarvitsevat ja saavat ympärivuorokautista hoitoa ja apua. Lisäksi kunta vastaa lyhyt- ja pitkäaikaishoidosta vanhainkohteissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Omaishoidon tuen avulla omaisen tai läheinen voi hoitaa ikääntynyttä kotona. (Aejmelaeus ym. 2008, 338–347.)

### 2.3 Lainsäädäntö ja sen merkitys vanhustenhoidossa

*”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan”.* (L785/1992, 3§.)

Suomen perustuslaissa (22§) todetaan, että vanhuksille on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, sekä oikeus yhdenvertaisuuteen (6§), sosiaaliturvaan (19§), kuten välittömään huolenpitoon ja riittäviin sosiaali- ja terveysterveyst palveluihin (L731/1999).

Ihmisarvoisen elämän vanhukselle turvaavia keskeisiä eettisiä periaatteita ovat itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys sekä turvallisuus. Keskeisintä on ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeus arvokkaaseen vanhuuteen, hyvään kohteluun riippumatta asuin- ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Jokaisella suomalaisella on oikeus arvokkaaseen ja turvalliseen vanhuuteen. Yhteiskunnan velvollisuus on huolehtia siitä, että jokainen suomalainen voi vanheta arvokkaasti ja turvallisesti sekä säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa. (Kivelä & Vaapio 2011, 12.)

Oikeusjärjestelmässämme ei ole juuri ollenkaan nimenomaan vanhuksiin kohdistettuja oikeudellisia normeja tai omaa lainsäädäntöä (Sarvimäki ym. 2010, 186). Kivelän ja Vaapion (2011, 135) mukaan Suomen lainsäädännössä on iäkkäiden tasa-arvon turvaavia säädöksiä. Sosiaali- ja terveystalvaeluita säätävien lakien perustana on kaikkien kansalaisten tasa-arvo ja syrjinnän ehkäisy. Ikäsyrjintä on Suomen perustuslain mukaan kielletty, ja rikoslain mukaan se on rangaistava teko. Euroopan unionin peruskirja kieltää myös ikäsyrjinnän.

Jos vanhusta epäillään kaltoinkohdeltavan omassa kodissaan tai hoidossaan sekä hänen olevan muutoin avun tarpeessa terveyden ja turvallisuuden vuoksi, on sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaan oikeus selvittää asiaa (Sarvimäki ym. 2010, 235).

*”Milloin sosiaalihuollon ilmeisessä tarpeessa olevan henkilön etu terveyden, kehityksen tai turvallisuuden vakavan vaarantumisen vuoksi sitä välttämättä vaatii, eikä sosiaalihuollon tarve muutoin ole selvitettävissä, sosiaalityöntekijällä on oikeus 6 §:n 1 momentissa tarkoitetun toimielimen määräämän johtavan sosiaalihuollon viranhaltijan määräyksestä huollon tarpeen selvittämiseksi päästä tällaisen henkilön asuntoon tai muuhun olinpaikkaan”. (L710/1982 41§.) ”Milloin asuntoon tai olinpaikkaan pääseminen estetään, on sosiaaliviranomaisen pyydettävä sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 22 §:ssä tarkoitettua virka-apua poliisiviranomaiselta” (L710/1982 41§).*

Lähestymiskielto on käytännön turvakeino tilanteissa, joissa joku uhkaa toisen vapautta, rauhaa, terveyttä tai henkeä. Lähestymiskieltoa voidaan harkita ja hakea viranomaisilta silloin, kun entinen puoliso tai asuinkumppani syyllistyy vakavaan häirintään yhteydenotoin tai vierailuyrityksin ja myös niissä tapauksissa, joissa aikuinen lapsi pyrkii kiristämään iäkkäältä vanhemmaltaan rahaa tai on muun uhkan vaara. (Sarvimäki ym. 2010, 236.)

*”Henkeen, terveyteen, vapauteen tai rauhaan kohdistuvan rikoksen tai tällaisen rikoksen uhan tai muun vakavan häirinnän torjumiseksi voidaan määrätä lähestymiskielto. Lähestymiskielto voidaan määrätä, jos on perusteltu aihe olettaa, että henkilö, jota vastaan kieltoa pyydetään, tulisi tekemään itsensä uhatuksi*

*tuntevan henkilön henkeen, terveyteen, vapauteen tai rauhaan kohdistuvan rikoksen tai muulla tavoin vakavasti häiritsemään tätä. Kiellon määrittämisen edellytyksiä arvioitaessa on otettava huomioon asiaan osallisten henkilöiden olosuhteet, rikoksen uhan tai muun häirinnän laatu, mahdollinen toistuvuus sekä todennäköisyys, että henkilö, jota vastaan kieltoa pyydetään, jatkaisi häirintää tai tekisi itsensä uhatuksi tuntevaan henkilöön kohdistuvan rikoksen”.* (L898/1998, 1§ - 2§.)

Edunvalvonnan tarpeen tullessa kysymykseen kuka hyvänsä voi tehdä vaitiolovelvollisuuden estämättä ilmoituksen edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä. Kysymyksessä olisi silloin esimerkiksi vajaakykyinen vanhus, joka ei saa apua läheisiltään tai vanhus ei ole enää kykenevä huolehtimaan asioistaan. Ilmoituksessa on selvitettävä, mitä edunvalvontaa henkilö mahdollisesti tarvitsisi. Tämän jälkeen maistraatti tutkisi ja selvittäisi asiaa ja tekisi tarpeen mukaan käräjäoikeudelle hakemuksen edunvalvojan määrittämiseksi. Joissakin tapauksissa ilmoituksen haittapuolena on, että vanhuksen omaiset pitävät sitä tarpeettomana ja puuttumisena perheen sisäisiin asioihin. Ilmoituksen tekeminen pitää perustua huolelliseen harkintaan vanhuksen edusta ja mahdollisesti keskusteluun hänen läheistensä kanssa. Havaittaessa, että joku perheenjäsenistä käyttää vanhusta taloudellisesti hyväksi, on kyseessä jopa henkilöstön ammattieettinen velvollisuus ilmoituksen tekemisestä. (Sarvimäki ym. 2010, 236.)

*”Holhoustoimen tarkoituksena on valvoa niiden henkilöiden etua ja oikeutta, jotka eivät vajaavaltaisuuden, sairauden, poissaolon tai muun syyn vuoksi voi itse pitää huolta taloudellisista asioistaan. Joka on saanut tiedon edunvalvonnan tarpeessa ilmeisesti olevasta henkilöstä, voi vaitiolovelvollisuuden estämättä ilmoittaa asiasta holhousviranomaiselle. Ilmoitus on tehtävä sille holhousviranomaiselle, jonka toimialueella henkilöllä, jota ilmoitus koskee, on kotikunta. Jos hänellä ei ole kotikuntaa Suomessa, sille holhousviranomaiselle, jonka toimialueella hän pääasiallisesti oleskelee. Ilmoituksen saatuaan holhousviranomaisen tulee ryhtyä toimenpiteisiin edunvalvonnan tarpeen selvittämiseksi ja tehdä tarvittaessa käräjäoikeudelle hakemus edunvalvojan määrittämiseksi”.* (L442/1999, 1§ - 91§.)

Jos tulee epäily, että vanhus on joutunut rikoksen tai väkivallan uhriksi niin kaikilla olisi velvollisuus tehdä ilmoitus poliisille. Kuitenkaan yleistä ilmoitusvelvollisuutta ei ole, mutta jos vanhus on suoranaudessa vaarassa joutua törkeän pahoinpitelyn, henkirikoksen tai raiskauksen uhriksi, on velvollisuus rikoslain mukaan ilmoituksen tekemiseen. Rikoksen tapahtuessa ilmoituksella voidaan estää rikoksen jatkuminen tai uusiutuminen. Rikoksesta voi ilmoittaa sosiaaliviranomaisille tai poliisille. (Sarvimäki ym. 2010, 238.)

*”Joka tietää rikoksen ihmisyyttä vastaan, törkeän rikoksen ihmisyyttä vastaan, raiskauksen, törkeän raiskauksen, seksuaalisen hyväksikäytön, törkeän pahoinpitelyn, törkeän terveyden vaarantamisen, ryöstön, törkeän ryöstön ym. rikoksen, kun rikos vielä olisi estettävissä, anna siitä tietoa viranomaiselle tai sille, jota vaara uhkaa, on tuomittava, jos rikos tai sen rangaistava yritys tapahtuu, törkeän rikoksen ilmoittamatta jättämisestä sakkoon tai vankeuteen enintään kuudeksi kuukaudeksi” (L563/1998, 15:10§).*

Salassapitovelvollisuus terveydenhuollon viranomaisten kannalta on varsin katkava. Velvollisuus on tehdä ilmoitus, jos uhri on konkreettisesti vaarassa joutua rikoksen uhriksi. (Sarvimäki ym. 2010, 238.) Sosiaaliviranomaisten oikeudesta on asiakaslaissa säädetty erikseen oikeus tietojen antamiseen (L812/2000, 18§). Siinä on myös säädös salassa pidettävien asiakirjojen antamisesta rikosten selvittämiseksi. Salassa pidettävästä tiedosta on lain mukaan annettava tieto poliisille rikosta epäiltäessä. Silloin salassapitovelvollisuus poistuu, ja poliisi, syyttäjä ja tuomioistuin saa oikeuden saada salassa pidettävistä asiakirjoista tieto. (HE 137/1999.) Lain tarkoittama yksityinen etu voi olla kaltoinkohdelluksi joutuneen vanhuksen hengen ja terveyden suojelemista (Sarvimäki ym. 2010, 238 - 239).

*”Sosiaalihuollon asiakkaista esimerkiksi pahoinpitelevien aikamiespoikien iäkää vanhemmat saattavat joutua sellaisten rikosten tai niiden uhkausten uhreiksi, joilta he eivät alistetun asemansa taikka puuttuvan rohkeutensa tai toimintakykynsä vuoksi pysty itse suojautumaan” (HE 137/1999).*

## 2.4 Ihmisarvo ja ihmisoikeudet

Sarvimäki ja Stenbock - Hult (2009, 119) toteavat, että ihmisarvo on ajatus tai idea, josta olemme yksimielisiä ja joka on kirjattu julistuksiin, ohjeisiin ja lakeihin. Se on arvo joka on kaikilla ihmisillä siksi, että ovat ihmisiä. Se on keskeinen arvo humanistisessa ihmiskäsityksessä, demokraattisissa yhteiskunnissa ja terveydenhoidossa. Se käsittää samat arvot ja oikeudet riippumatta siitä, ovatko ihmiset hyödyllisiä tai hyödyttömiä, moraalisia tai moraalittomia, taitavia tai taitamattomia tai miten ainutkertaisia hyvänsä. Ajemelauksen ym. (2008, 363 - 364) mukaan ihmisarvoa pidetään kaiken perustana. Arvostus perustuu paljolti siihen, mitä yksilö pitää arvokkaina asioina. Arvostukset ovat monesti hyvin yksilöllisiä ja eri elämänvaiheissa erilaisia. Ihanteet ovat myös joukko erilaisia arvoja, kuten rehellisyys, luotettavuus, oikeudenmukaisuus ja tasapuolisuus. Hoitotyössä ihanteet ohjaavat periaatteita, joista toiminta yhteisössä osaksi rakentuu. Arvokeskustelua syntyy silloin, kun arvot ovat vastakkain, jolloin punnitaan erilaisten arvojen hyviä ja huonoja puolia. Näitä vastakkaisia arvoja voi olla eri organisaatioilla, yksilöillä, ryhmillä ja kulttuureilla.

Ruotsalainen filosofi Ingemar määrittelee ihmisarvon seuraavasti:

*"Kaikkien ihmisten yhtäläinen ihmisarvo tarkoittaa, että kaikilla ihmisillä on samanlaiset ihmisoikeudet ja sama oikeus saada niille kunnioitusta ja ettei kukaan ihminen ole tässä parempi kuin toinen. Periaate voidaan ilmaista myös niin, että kaikilla ihmisillä on täsmälleen sama oikeus ihmisarvoiseen elämään"* (Hedenius 1982, Sarvimäen & Stenbock- Hultin 2009, 119 mukaan.)

## 2.5 Vanhuksen Itsemääräämisoikeus

Lain mukaan potilaan suostumus on hoidon edellytys. Itsemääräämisoikeutta pidetään yhtenä vanhuksen tärkeimmistä oikeuksista. (Sarvimäki ym. 2010, 194.) *Itsemääräämisoikeudessa on kuvaavaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisym-*



*määräyksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.*  
(L785/1992, 6§.)

Potilaslaki (3 ja 4§) mahdollistaa vanhuksille oikeuden terveyden- ja sairaanhoitoon ja hyvään kohteluun. Vanhusta on hoidettava ja kohdeltava hänen ihmisarvoa, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen hänen kulttuurinsa ja äidinkiелensä huomioiden. Näin taataan myös itsemääräämisoikeuden toteutuminen vanhusten hoidossa. (Sarvimäki ym. 2010, 194.)

Itsemäärääminen eli autonomia tarkoittaa ihmisen vapautta toimia ja päättää omista asioista. Toimintavapaus ja kyky kontrolloituihin valintoihin antavat mahdollisuuden tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä. (Vallejo Medina ym. 2006, 347.) Sarvimäen ym. (2010, 188) mukaan vanhusta pidetään itse määräävänä, kun hän ymmärtää asiaan liittyvät vaihtoehdot, niistä johtuvat mahdolliset seuraukset ja kykenee näiden perusteella tekemään omat ratkaisut.

Itsemääräämisoikeus antaa vanhukselle itselleen vastuun tekojensa ja valintojensa seurauksista, eikä se saa toteutuessaan rajoittaa toisen henkilön itsemääräämisoikeutta. Jokainen ihminen on arvokas, ja hänellä täytyy olla mahdollisuus ja oikeus elää ainutkertaisena yksilönä, joka voi tehdä omat valinnat ja päätökset omien arvojen ja elämänkatsomusten mukaan. (Sarvimäki ym. 2009, 138.)

Itsemääräämisoikeudessa on usein kyse yksilön ja yhteisön edun kriittisestä yhteensovittamisesta. Sosiaalinen ja poliittinen päätöksenteko on aineellisten voimavarojen jakamista yhteiskunnan eri sektoreille ja ryhmille, jolloin kyseessä on yhteisön edun laskeminen rahassa. Näissä yhteyksissä vanhuksat saavat usein kuulla tuovansa huolta ja kuluja yhteiskunnalle. Kun on kyse varattomuudesta, oikeudenmukaisuus on silloin erittäin sensitiivinen kysymys. Päätösvalta omista asioista liittyy valitettavan usein varallisuuteen. Asioista käydään paljon keskustelua, jossa käsitellään ihmisen oikeutta kalliisiin, ja usein vaativaa teknologiaa edellyttäviin hoitoihin ja hoitotoimenpiteisiin. Eriarvoisuus korostuu markkinavoimiin perustuvassa ja taloudellista kasvua ja hyötyä sekä kilpailukykyä korostavassa maailmassa. Tällainen valikoiva, ikäperusteinen käytäntö ei

ole hyväksyttävää terveydenhuollossa. Iäkkäiltä murennetaan elämän arvo kiel-  
tämällä oikeus saatavilla oleviin hoitokeinoihin. (Heikkinen & Rantanen 2003,  
367–368.)

Autonomisuudessa vanhustyön eettisenä periaatteena on keskeisesti kysymys  
siitä, että vanhus kykenee itsenäisesti ottamaan moraalisesti vastuun omasta  
elämästään ja sen hallinnasta. Vanhukset voivat joutua usein riippuvaisiksi  
muista ihmisistä, kuten omaisista, hoitohenkilökunnasta ja poliitikoista tai virka-  
miehistä. Vanhuksen itsemääräämisoikeutta tulee korostaa ja tukea, koska au-  
tonomian turvaaminen takaa eettisesti korkeatasoisen vanhustyön toteutumisen  
ja on edellytys esimerkiksi vanhuksen vapaudelle, itsekunnioitukselle ja jäljellä  
olevien voimavarojen käytölle. (Koskinen ym. 1998, 166.)

Vanhusten itsemääräytymisen toteutuminen on sidoksissa niihin ihmisiin ja sii-  
hen ympäristöön, jossa vanhus elää ja toimii. Vanhusten tulisi voida säilyttää  
itsemääräämisoikeus riippumatta, mihin hoitojärjestelmään he kuuluvat. Pelkäs-  
tään laitoshoidon on koettu kaventavan vanhusten itsemääräämisoikeutta. (Val-  
lejo Medina ym. 2006, 347.)

Pitkäaikaislaitoksessa ja ympärivuorokautisissa palveluasumisyksiköissä asuvi-  
en vanhusten oikeuksiin kuuluu tärkeänä itsemääräämisoikeus. Jos päätöksiä  
ei tehdä iäkkäiden omista näkökulmista, niin silloin autonomia ei välttämättä  
toteudu laitoshoidossa. Tällöin päätösvalta siirtyy vanhukselta vähitellen henki-  
lökunnalle, omaisille tai edunvalvojille. ”Autonomian tukeminen hoidossa edel-  
lyttää lääkäreiltä, hoitajilta ja muilta hoitoon osallistuvilta eettisiä pohdintoja ja  
eettisesti korkeatasoista toimintaa”. (Kivelä & Vaapio 2011, 18.)

Laitoshoidossa olisikin tärkeää aktiivinen vanhuksien päätöksenteon tukeminen  
ja ylläpitäminen. Vanhus voi herkästi tehdä päätöksiä ja alistua muiden toivo-  
muksiin miellyttääkseen heitä. Vanhusten hoidossa tulee vastaan tapauksia,  
joissa vanhus luopuu osittain tai kokonaan omasta itsemääräämisoikeudestaan.  
Tämä avustettu autonomia onkin hyvä ratkaisu, jos vanhus ei pysty enää teke-  
mään kaikkia ratkaisuja itsenäisesti. Avustettu autonomia on omaisille ja hoito-  
henkilökunnalle haastavaa ja vaatii vanhuksen tuntemusta, tiivistä yhteistyötä,

opastusta ja tukemista ratkaisujen tekemiseen. Vapaa autonomia taas painottaa vanhuksen oikeutta yksin päättää omasta vapaudesta. Tähän liittyy oman elämän kontrollointi, joka mahdollistaa ja antaa oikeuden ja mahdollisuuden toimia yksin riskejä ottaen. Vanhuksen autonomian esteeksi voivat ilmaantua toimintakyvyttömyys tai esimerkiksi dementoivat sairaudet, jotka vähentävät vanhusten kykyä itsenäiseen päätöksentekoon sairastumisprosessin edetessä. (Vallejo Medina ym. 2006, 347–350.)

Diagnoosi dementoivasta sairaudesta ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, joka säilyy niin kauan kuin vanhus on kykenevä hoitamaan itse asioitaan. Kognitiivisten kykyjen heikkenemisen myötä vanhus ei ole enää kykenevä itse päättämään asioistaan, jolloin itsemääräämisoikeutta voidaan toteuttaa sen mukaan, mitä vanhus on terveenä esittänyt ja ilmaissut tahtonaan. Varhainen sairauksien diagnosointi antaa vanhukselle mahdollisuuden vaikuttaa elämänlaatuun ja tulevaisuuteen. Tällöin on aikaa järjestellä asioita, esimerkiksi ilmaista hoitotahdon ja hoitaa edunvalvontaan liittyvät asiat. (Sarvimäki ym. 2010, 189 - 190.)

Palvelujärjestelmät ja hoitokulttuurit voivat olla syynä vanhuksen laitostumiselle, jolloin oman elämän hallinta ja päätöksenteko siirtyy hoitohenkilökunnalle tai omaisille. Arkipäivän hoitotyössä tulee tukea vanhuksen autonomian säilymistä ja laajentumista. Tämä vaatii hoitosuhteessa hoitajalta tiedon tarjoamista ja käsittelemistä yhdessä vanhuksen kanssa. Halu ja kyky puuttua oman elämän hallintaan lisäävät vanhuksen itsetuntoa, jota osaltaan lisää myös vanhuksen muilta ihmisiltä saama arvostava palaute itseensä ja elämäkokemuksiin liittyvistä asioista. (Vallejo Medina ym. 2006, 349–350.)

## 2.6 Etiikka

Etiikka on käännös kreikan kielen sanasta ”*ethos*” ja sana moraali latinan sanasta ”*mos*”. Sanat etiikka ja moraali tarkoittavat tapoja ja tottumuksia sekä perinnettä, henkeä ja luonnetta. Molemmissa on kyseessä ihmisen ja sosiaalisen yhteisön toiminta ja teot, kuinka tottumukset ja tavat vaikuttavat toimintaan ja

missä hengessä ne tapahtuvat. Moraali-sanalla on kaksi vastakohtaa, joista moraalinen sisältää hyvän ja oikeudenmukaisen teon, kun taas moraaliton sitä, mikä on paha ja väärin. (Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 36 - 37.)

## 2.7 Eettisiä kysymyksiä sairaanhoitajan hoitotyössä

Sairaanhoitajan työssä ja hoitotyössä etiikalla on ollut aina tärkeä merkitys. Eettisesti hyvään hoitoon liittyy merkittävällä tavalla sairaanhoitajan persoona. (Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 9 - 11.) Hoitajan herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista tarvitaan eettisesti hyvään gerontologisen hoitotyön toteuttamiseen vanhukselle. Eettisten arvojen ja periaatteiden toteuttaminen vaatii niiden integroimista yksittäisten hoitajien arvomaailmaan ja organisaation kulttuuriin, koska ne eivät muuten toteudu itsestään. Ikääntyneen hoitotyössä on tärkeää jäljellä olevien voimavarojen tukeminen, haurauden ja haavoittuvuuden kohtaaminen, ikääntymisen ja elämäkokemuksen teoreettinen käsittäminen ja ymmärtäminen. Ikääntyneen ihmisen hoitotyö on siten eettisesti erityisen haastavaa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 39.)

Hoitotyön eettiset vaatimukset ovat muuttuneet aikojen kuluessa. Eettinen perusta sairaanhoitajan huolenpitoa tarvitseville on mahdollisimman hyvä hoito, jonka pääasia on ihminen ja hänen elinehtonsa sekä suhteensa muihin ihmisiin. Sairaanhoitajan tulee toiminnallaan tehdä hyvää hoitotyötä tarvitsevalle ihmiselle, eikä vahingoittaa häntä. Sairaanhoitajan on tärkeä kunnioittaa potilaiden itsemääräämisoikeutta ja loukkaamattomuutta ja koskemattomuutta. Sairaanhoitajan tulee työssään ottaa huomioon kaikkien oikeus yhdenvertaisen ja hyvän hoidon toteutumiseen. (Edwards 1996, Sarvimäen & Stenbock–Hultin 2009, 118 mukaan; Beauchamp & Childress 2001, Sarvimäen & Stenbock–Hultin 2009, 118 mukaan.)

”Eettiset periaatteet voidaan ymmärtää eräänlaisina mittapuina, joita käytämme sekä oman että toiminnan arvioimiseen. Suunniteltua toimintaa voi esimerkiksi tarkastella yleisen eettisen periaatteen ”älä vahingoita muita ihmisiä” avulla ja

pohtia, missä mielessä ja missä laajuudessa suunnittelemamme toiminta vahingoittaisi muita fyysisesti tai psyykkisesti”. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 28.)

Työntekijöiden ja työyhteisöiden eettisiin toimintaperiaatteisiin vaikuttavat niin työntekijän oma elämä ja arvot kuin persoonallisuuskin. Edellisten lisäksi koulutuksella ja työyhteisön toimintakulttuurilla on myös merkittävä vaikutus. Uhkiksi koetaan vääränlainen vallankäyttö sekä vanhuksen hoidon laiminlyöminen, kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö. Näiden uhkien toteutumista voidaan välttää hyvien eettisten periaatteiden mukaisella hoidolla. Työntekijän täytyy kyetä asettumaan kunkin vanhuksen tilanteeseen. Tämä vaatii heiltä vahvaa itsetuntoa ja itsetuntemusta sekä epäonnistumisen sietokykyä ja edellyttää eettisesti korkeatasoisiin arvoihin perustuvaa elämänfilosofiaa. Hoitosuhteeseen kuuluu aito vuoropuhelu, jolloin vanhuksen tulee kokea, että häntä arvostetaan ja hänestä välitetään. Työyhteisössä tulisi pohtia eettisiä ongelmia ja ristiriitoja sekä etsiä niihin ratkaisuja oppikirjoista ja eettisten suositusten pohjalta. (Kivelä & Vaapio 2011, 25 - 26.)

Sarvimäen ja Stenbock - Hultin (2009, 121 - 122) mukaan altruistinen toiminta hoitotyössä tarkoittaa ”tuottaa hyvää toisille ihmiselle”. Sitä määritellään toisten ihmisten edun asettamisella oman edun edelle, lisäten sillä muiden onnea ja hyvää oloa tai vähentämällä toisten kurjuutta, onnettomuutta ja kärsimystä. Mikä sitten on hyvää tekemistä, kuka siitä päättää ja miten tulisi toimia, jos toisen ihmisen hyvä on ristiriidassa toisen ihmisen hyvän kanssa? Miten tulisi toimia silloin kun hoitajan ja potilaan käsitykset hyvästä poikkeavat toisistaan? Onko silloin hyvän tekeminen aina mahdollista ja mikä vahingoittaa potilasta sekä onko vahingoittaminen aina väärin?

Hoitotyössä tavoiteltava hyvä määritellään hyvänä terveytenä, toimintakykynä, elämänlaatuna, henkilökohtaisena kehityksenä, merkityksen löytämisenä sairaudesta ja pyrkiä elämään sairautensa kanssa sekä oikeutena hyvään kuolemaan. Tällöin tarkoituksena on hyvän lisäämisellä saada vähennettyä pahaa ja sen vastustamista, eli kivun, pelon ja kärsimyksen lieventämistä sekä ehkäisemällä sairautta ja huonoa terveyttä. Ehkäistävät sekä vältettävät vahingot jaetaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin vahinkoihin. Vahingoista fyysiset ovat

ruumiillisia ja yleensä ne syntyvät väkivallan, kovakouraisen käsittelyn seurauksena huonosta fyysisestä hoidosta. Huoli, pelko ja turvattomuus johtuvat yleensä uhkailusta ja loukkauksista ja ovat näin psyykkistä väkivaltaa ja psyykkistä vahingoittamista. Sosiaaliset häiriöt ihmissuhteissa ja sosiaalisissa kontakteissa luetaan sosiaalisiksi vahingoksi. (Sarvimäki & Stenbock–Hult 2009, 122 - 123.)

Kun sairaanhoitaja onnistuu suorittamaan altruistisen tehtävän hän lisää silloin hyvän määrää maailmassa pahan kustannuksella ja sairaanhoitajan työ on silloin eettisesti hyvää seurausetiikan mukaan. Mikä sitten on hyvää lyhyellä aikavälillä ja mikä pitkällä aikavälillä, on erikseen punnittava ja arvioitava pyrittäessä hyvään. Nämä pitäisi yrittää sovittaa yhteen sen kanssa, mikä on pahaa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Näissä voi olla eri vaihtoehtoja, mitkä voivat olla enemmän ja vähemmän pahoja ja hyviä. Todellisuudessa konkreettiset tilanteet voivat olla monimutkaisia eettisiä kysymyksiä, ja niitä pitäisi punnita hyvien ja vahingollisten seurausten kannalta. (Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 123.)

Lainsäädäntö ja eettiset ohjeet määrittelevät, että potilasta ei saa altistaa tarpeettomille vahingoille ja riskeille. Huono hoito, hoitovirheet ja puutteellisista käytännöistä johtuvat vahingot ovat mahdottomia hyväksyä hoitotyössä. Näistä seuraa pelkästään pahaa vahingoittamalla potilasta, ja niillä on pelkästään vahingollisia seurauksia. Vahinkoja ei lueta eettiseksi ongelmaksi, ja niiden hyviä ja huonoja puolia ei tarvitse edes harkita tai pohtia, ovatko ne mahdollisesti eettisesti oikeutettuja vai eivät. Ne ovat aina tarpeettomia ja vääriä ja niitä pitää välttää. (Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 126.)

Sairaanhoitajalla on erityinen vastuu hänen hoitoaan tarvitsevista ihmisistä. Vastuu tarkoittaa potilaiden ja asiakkaiden suojelemista huonolta hoidolta ja hoitovirheiltä varmistamalla turvallisuus ja saamalla potilas tuntemaan, että tämä on tullut hyvin hoidetuksi. Vastuu tuo tullessaan kaksi vaatimusta, raportointivelvollisuuden omista ja muiden virheistä ja potilaan altistumisesta riskeille. Toisena vaatimuksena on niin kutsuttu sijaisvastuu. Potilaan ollessa kykenemättömän ottamaan vastuuta toiminnastaan on tärkeää, että vastuu siirtyy muille, että potilas tai toiset ihmiset eivät vahingoitu. Ero hoitajan ja potilaan vastuusta kuuluu hoitotyön vaikeisiin eettisiin kysymyksiin. Se myös liittyy potilaan autonomi-

aan ja itsemääräämisoikeuteen. Yksiselitteisiä rajoja ja vastauksia ei ole olemassa, joten ne vaativat jatkuvaa dialogia ja pohdintaa. (Sarvimäki & Stenbock - Hult 2009, 135.)

## 2.8 Etiikan erityispiirteet vanhustyössä

Vanhustenhoidon ja palveluiden eettistä perustaa määrittävät suurelta osin yleiset terveydenhuollon ja sosiaalitoimen ammattieettiset periaatteet sekä yleinen yhteiskuntaetiikka ja ihmisoikeudet. Vanhusten hoitoon sisältyy monenlaisia erityispiirteitä. Vanhukset ovat erittäin hauraita, ja heidän fyysinen toimintakykynsä on ikääntymisen mukana heikentynyt. Useat heistä sairastavat muistisairautta, dementiaa, pitkäkestoisia fyysisiä sairauksia sekä masennusta. Vanhustenhoidossa ja vanhustyössä korostuu eettisten periaatteiden merkitys ja niiden noudattaminen hoitotyössä. (Kivelä & Vaapio 2011, 17.) Silloin tulisi hoitotyössä huomioida, että vanhusten oikeudet säilyisivät eivätkä ainakaan vähenisi heidän rajoitustensa vuoksi (Aejmelaeus ym. 2008, 364).

Vanhusten omia käsityksiä eettisestä hoidosta on esittänyt omassa tutkimuksessaan Katharine Smith vuonna 2005. Tutkimuksessa kysyttiin 73–91-vuotiailta vanhuksilta heidän toiveitaan omasta hoidosta. Vanhukset toivoivat, että heidän toiveensa ja yksilöllisyytensä otettaisiin huomioon ja että hoitaja keskittyisi heihin hoidon aikana. Vanhukset odottivat saavansa myös osaavaa ja vastuullista hoitoa. (Vallejo Medina ym. 2006, 344.)

Kyselyssä tuli ilmi, että toiveet olivat lähes yhtenevät Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) vuonna 2001 laatimiin ja määrittelemiin eettisiin periaatteisiin, joita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonto. Vanhusten omia toiveita ja käsityksiä eettisestä hoidosta ei ole tutkittu tarpeeksi. (Vallejo Medina ym. 2006, 344.)

Kivelän ja Vaapion (2011,18) mukaan seuraavassa esitetyt vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluiden eettiset periaatteet perustuvat sosiaali- ja terveysministeriön, kuntaliiton, Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan, evankelis-luterilaisen kirkon sekä oppikirjojen suosituksiin, säännöksiin ja ohjeisiin. Niiden mukaan itsemääräämisoikeus eli autonomia, oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus ja tasa-arvo, turvallisuus, yksityisyys ja yksilöllisyys sekä osallisuus ovat keskeisiä ihmisarvon kunnioittamisen ja arvokkaan vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita.

Hoitamisen kustannukset lisääntyvät iän myötä nuorempiin ikäluokkiin verrattuna, ja samaan aikaan useimpien terveyspalvelujen vaikuttavuus vähenee iän karttuessa. Hoitopäätöksiä tehtäessä tasa-arvon määrittäminen yhtäläisenä oikeutena saada hoitoa iästä riippumatta, johon liittyy iän mukana aleneva hoitojen tehokkuus, merkitsee sitä, että ikäluokkien välinen tasa-arvo maksaa. Tehokkuus ja tasa-arvo ovat siten keskenään ristiriitaisia tavoitteita. (Tilvis ym. 2001, 374.)

Taloudellisuutta ja tehokkuutta joudutaan korostamaan vanhuksen hoitamisessa sekä auttamisessa voimavarojen rajallisuuden vuoksi. Hoito voi muuttua helposti persoonattomaksi ja välineelliseksi teknis- taloudellisen ajattelun tulokseksi. Tuloksellisuutta mitataan vanhustyössä usein palvelujen määrällä ja yksikköhinnoilla, jolloin tämä ei takaa välttämättä vanhukselle hyvää hoitoa ja tyytyväisyyttä elämään. (Koskinen, Ahonen, Jylhä, Korhonen & Paunonen 1992, 87.)

Voutilaisen ym. (2002, 25) mukaan keskeisiä ikääntyneiden hoidon eettisiä arvoja ovat:

- ihmisen pitkän elämäkokemuksen kunnioittaminen, elämänhistorian tunteminen ja näiden pohjalta ikääntyneen kohtaaminen yksilöllisesti
- ikääntyneiden erilaisuuden tunnistaminen ja hyväksyminen
- ikääntyneen itsestään huolehtimisen tapojen ja niihin liittyvien voimavarojen huomioon ottaminen valitessa hoito- ja palvelumenetelmiä
- hoito- ja palvelumenetelmien arviointi ikääntyneen subjektiivisen hyvinvoinnin ja elämänlaadun näkökulmasta



Vanhustyön perustana pidetään myönteistä vanhuskäsitystä, työskennelläänpä vanhuksen omassa kodissa tai laitoksessa, joissa vanhusten toimintamahdollisuudet ovat erilaiset. ”Vanhuksen avuttomuus ei missään tilanteessa oikeuta tinkimään ihmisyyden perustekijöistä”. (Koskinen ym. (1992, 89.)

Hoitotyöntekijän ja ikääntyneen välisiä eettisiä ongelmia voi syntyä erilaisista syistä. Näitä ongelmia voivat olla kotona asumiseen liittyvä yksityisyys ja hoidon jatkuvuuden laiminlyönti. Oma koti on vanhuksen turvapaikka, ja hoitaja on siellä vieras. Tällöin hoitajan tulee kunnioittaa yksityisyyttä, vaikka koti ei vastaisikaan näkemystä hyvästä hoitoympäristöstä. Kotihoidossa korostuvat salassapitovelvollisuus ja luottamuksellisuus, jotka voivat olla hyvinkin arkaluontoisia. (Aejmelaesus ym. 2008, 364.)

Laitoshoidossa hoitotyössä esiintyvät kiire ja rutiinit voivat vaikeuttaa eettisiä pohdintoja, jotka liittyvät ikääntyneen jokapäiväisistä perustoiminnoista huolehtimiseen. Näitä ovat yleisimmin hygienian hoitoon, ruokailuun ja liikkumiseen liittyvät hoitotyön toiminnot sekä yksityisyyden ja itsemäärämisoikeuden kunnioittaminen. Hoitaja joutuu tekemään päivittäin useita eettisiä arvovalintoja eri arvojen välillä. Näitä ovat esimerkiksi:

”Voiko ruokailusta kieltäytyvää ihmistä jättää syöttämättä vai pitääkö hänelle panna nenä-mahaletku”?

”Voiko suihkusta kieltäytyvää potilasta jättää viikoiksi pesemättä vai onko hänet vietävä väkisin”?

”Voiko kaatumisriskissä olevaa päästää yksin liikkumaan vai onko hänet turvallisuuden vuoksi sidottava”? (Aejmelaesus ym. 2008, 364 - 365.)

Kysymyksiä eettisistä valinnoista tulee vastaan päivittäin. Näitä on punnittava päätettäessä eri arvojen painoarvoa oikean ja väärän välillä. Yleensä valinnan voi tehdä sen mukaan, mikä on vähemmän paha tai mikä oikein ja väärin. Samoin hoitotoimintoihin ja päätöksiin voi vaikuttaa, onko potilas ihannepotilas tai hyvin hankala. Hankala potilas voidaan tuomita ja rankaisukeinoina voi olla läsnäolon, hellyyden, kosketuksen puute, välinpitämättömyys ja hoitotoimenpiteiden laiminlyönti. Näihin tilanteisiin johdattaa ja niissä korostuu yleisesti vallan-

käyttö, jossa tapahtuu toisen ihmisen vapauden riistämistä ja pakottamista sellaiseen toimintaan, mihin hän ei itse ryhtyisi. (Aejmelaeus ym. 2008, 364 - 365.)

## 2.9 Ikääntymisen turvallisuushaasteita

Sisäisen turvallisuuden ministeriryhmä päätti 26.11.2009 toimenpideohjelman valmistelusta ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Ohjelman sisältöä valmisteli yhteensä noin 100 asiantuntijaa neljässä työpajassa. Kyseisessä ohjelmassa on kuvattu ikääntymiseen ja ikääntyneisiin liittyviä turvallisuushaasteita, joita ovat turvallisuuden tunteen ylläpitäminen, asumisen turvallisuus, tapaturmat, liikkuminen, kaltoinkohtelu ja siihen liittyvät hyväksikäyttö, väkivalta ja rikokset. Tavoitteena olisi löytää keinoja, että voitaisiin ehkäistä turvattomuuden tunnetta lisääviä tekijöitä ja näin lisätä turvallisuutta ja ehkäistä kaltoinkohtelun riskitekijöitä. Lisäksi ohjelmassa on suosituksia turvallisuushaasteiden kehittämiseksi laitos- ja asumispalveluissa asuville ikääntyneille kohentaen heidän turvallisuuttaan. (Mankkinen 2011,1.)

Tiivis yhteistyö viranomaisten ja eri järjestöjen kanssa on edellytys ikääntyneiden turvallisuuden ja turvallisuuden tunteen ylläpitämisessä. Ikääntyneen ja hänen läheisensä tulisi olla suunnittelemassa ja luomassa turvallisempaa yhteiskuntaa ja ottaa siinä huomioon ikääntyneen koko elämäntilanne suurena kokonaisuutena. Ikääntynyt on usein haavoittuvassa asemassa ja turvattomuuden tunne lisääntyy edelleen ikääntyessä. Usein häntä hoitavat kotona hänelle vieraat ihmiset, ja vanhuksen mielestä palvelujärjestelmät ovat usein monimutkaisia ja muuttuvat nopeasti. Terveystenhuoltopalvelujen saatavuus ja laatu on tärkeä turvallisuuden tuoja vanhukselle. (Mankkinen 2011,1.)

Ikääntyneen kokonaistilanne jää usein huomiotta, kun asiantuntijat keskittyvät omiin osaamisen alueisiinsa. Tällöin ikääntyneiden turvallisuuden kannalta keskeiset asiat voivat jäädä huomaamatta, ja lain mukaan oikeutetut palvelut voivat ikääntyneiltä jäädä saamatta. Ongelmat viranomaisten välisessä tietojen vaihdossa voivat johtaa siihen, että tärkeä tieto ikääntyneen hoidon ja turvallisuuden kannalta ei tavoita sitä kohderyhmää, joka niitä kipeästi tarvitsee. Syynä tähän

on suomessa osaksi oleva vahva henkilön yksityisyyden suoja ja salassapitovelvollisuus. Vain osa kaltoinkohtelutapauksista tulee viranomaisten tietoon tai yleiseen julkisuuteen. Näin ei ole käytössä tarkkaa tietoa kaltoinkohtelun yleisyydestä ja suomessa määristä. (Mankkinen 2011, 1 - 15.)

Ikääntyneiden turvallisuuden parantamisen esteeksi voivat myös muodostua asenteet ikääntyneitä ja ikääntymistä kohtaan. Heitä ei kuunnella eikä oteta vakavasti, heitä vähätellään eikä kunnioiteta ja arvosteta. Työtä tekevillä voi olla kiire ja stressi ja vanhus ei osaa sanoa asiaansa suoraan ja ponnekkaasti, ja silloin asia voi jäädä huomiotta. Tämän johdosta voi jäädä huomaamatta ikääntyneeseen kohdistuva kaltoinkohtelu ja väkivallan mahdollisuus, eikä niihin voida puuttua ajoissa. Turvallisuusohjelma toteaa, että ikääntyneille turvallinen yhteiskunta on myös kaikille ikäryhmille turvallinen yhteiskunta. (Mankkinen 2011,5 - 6.)

### **3 VANHUKSEN KALTOINKOHTELU**

#### **3.1 Vanhuksen kaltoinkohtelun määritelmä**

Kaltoinkohtelulla tarkoitetaan toisen henkilön tahallisesti tai tahattomasti toiselle aiheuttamaa vahinkoa tai harmia (Tilvis ym. 2001, 369). Se ilmenee ikääntyneeseen kohdistuvana fyysisenä, psyykkisenä väkivaltana, seksuaalisena ja taloudellisena hyväksikäyttönä sekä hoidon laiminlyöntinä. Se voi myös ilmetä oikeuksien rajoittamisena, loukkaamisena, alentavana ja välinpitämättömänä kohteluna. (Aejmelaeus ym. 2008, 282.)

Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 249) mukaan kaiken kattavaa määritelmää ei ole olemassa puhuttaessa vanhuksen kaltoinkohtelusta. Vanhuksen asianmukaisen hoidon ja palvelun vastakohta on kaltoinkohtelu (Voutilainen ym. 2002, 172). Vanhusten kaltoinkohtelulla käsitetään joko tekoa tai tekemättä jättämistä eli tällöin on kyseessä laiminlyönti. Toiminta voi olla tarkoituksellista tai tahatonta. Väkivalta voi ilmetä fyysisenä tai henkisenä, ja siihen voi kuulua taloudellista

sekä aineellista kaltoinkohtelua. Väkipalta muodosta riippumatta aiheuttaa aina vanhukselle tuskaa, kärsimystä tai vammaa, ihmisoikeuksien menetystä ja loukkausta. Nämä kaikki vaikuttavat vanhuksen elämänlaatuun heikentävästi. Se, kutsutaanko käyttäytymistä väkivallaksi, laiminlyönniksi tai hyväksikäytöksi, riippuu huonon kohtelun toistumistiheydestä: kuinka kauan se kestää, kuinka vakavaa se on, ja siihen sisältyvät myös kaltoinkohtelun tuomat seuraukset ja kulttuurinen yhteys. Isossa - Britanniassa toimiva Action on Elder Abuse - järjestö on kehittänyt oman määritelmän vanhusten kaltoinkohtelusta. Määritelmän mukaan ”Vanhusten kaltoinkohtelu on kerrallinen tai jatkuva teko tai asiakuuluvan teon laiminlyöminen, joka tapahtuu missä tahansa luottamuksen varassa toimivassa suhteessa ja joka aiheuttaa vanhukselle vahinkoa tai ahdingkoa”. (Krug ym. 2005,147.)

Ikääntyneisiin kohdistuvaa väkivaltaa kutsutaan kaltoinkohteluksi. Tällöin on useimmiten kyse perheeseen tai lähimmäisiin liittyvistä ongelmista. (Aejmelaesus ym. 2008, 283.) Läheisessä ihmissuhteessa tapahtuvaa kaltoinkohtelua pidetään perhe- tai lähisuhdeväkivaltana. Vanhukselle ainoa ja kaikkein läheisin sekä tärkein ihminen voi olla kaltoinkohtelija. (Lähdesmäki ym. 2009, 249 - 253.) Intiimien suhteiden haavoittuvuus mahdollistaa vallan ja väkivallan käytön. Ongelmalliseksi sen tekee se, että perhe pitää itseään julkisuudelta suojattuna ja itseään suojelevana instituutiona. Perheen sisällä voi olla julmuutta, välinpitämättömyyttä ja pakkovaltaa, johon ulkopuoliset eivät juuri pysty puuttumaan, ellei kaltoinkohdeltu perheenjäsen hae itse apua. (Heikkinen & Rantanen 2003, 65.) Kaltoinkohtelun uhrina on useimmiten nainen ja kaltoinkohtelijana mies. Miehet käyttävät enemmän fyysistä väkivaltaa ja naiset henkistä. Päihteiden ja lääkkeiden väärinkäyttö ja psyykkiset sairaudet ovat monen kaltoinkohtelijan ongelmana. Vanheneminen tai siihen liittyvät muutokset sekä sosioekonominen asema eivät yksinään altista vanhusta kaltoinkohtelulle. (Aejmelaesus ym. 2008, 283.)

Kaltoinkohtelu erotetaan muusta väkivallasta sen erityispiirteitten vuoksi. Eri-tyispiirteinä pidetään vanhenemisen ja sairauksien tuomia muutoksia vanhuk-sissa, jotka voivat johtaa vanhuksen muuttumiseen riippuvaiseksi toisista ihm-i-sistä. Kaltoinkohteluun kuuluvat myös hoitohenkilökunnan väkivaltaisuus ja hoi-

don laiminlyöminen. Samoin yhteiskunnan taholta ilmenee iäkkäiden huonoa kohtelua, kuten ikäsyRJintää ja tarpeellisten palvelujen puutetta. (Aejmelaeus ym. 2008, 282.)

### 3.2 Kaltoinkohtelun historia ja esiintyvyys

Ikääntyneiden kaltoinkohtelu on varsin vaikea ja arka asia, jota on tutkittu ja käsitelty suhteellisen vähän (Aejmelaeus ym. 2008, 282). Vanhusten kaltoinkohtelu pysyi yksityisasiana, kunnes se tuli julkisuuteen 1970-luvulla. Aluksi sitä pidettiin sosiaalisen hyvinvoinnin kysymyksenä ja ikääntymiseen liittyvänä ongelmana. Nykypäivänä kaltoinkohtelua tarkastellaan terveydenhuollon ja rikos oikeusjärjestelmään kuuluvana osana. (Krug ym. 2005, 145.)

Brittiläinen tieteellinen julkaisu kuvasi ensimmäisen kerran vanhusten kaltoinkohtelua termillä ”granny battering” vuonna 1975. Uranuurtajana Yhdysvaltain kongressi käsitteli vanhusten kaltoinkohtelua sosiaalisena ja poliittisena kysymyksenä. Tämän johdosta ensimmäiset ikääntyvien pahoinpitelyä koskevat tutkimukset julkaistiin Yhdysvalloissa 1970-luvun lopulla, jolloin vaiettuun asiaan alettiin kiinnittää huomiota. Vanhusten kaltoinkohtelua koskevat tutkimukset aloitettiin ensin teollisuusmaissa. Kuitenkin useiden kehitysmaissa tehtyjen raporttien mukaan ilmiötä voidaan pitää nykyisin maailmanlaajuisena. Kiinnostus ihmisoikeus- ja tasa-arvokysymyksiä kohtaan on lisännyt ja vakavoittanut suhtautumista vanhusten kaltoinkohtelua, perheväkivaltaa ja väestön ikääntymistä kohtaan. (Krug ym. 2005, 145–146.)

Suomessa aiheesta kiinnostuttiin 1980-luvulla, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset olivat huomanneet työssään vanhuksiin liittyvää kaltoinkohtelua ja väkivaltaa (Aejmelaeus ym. 2008, 282). Suomessa noin 9 prosenttia 65-vuotiaista naisista ja noin 8 prosenttia 75-vuotiaista naisista on kyselytutkimuksissa kertonut joutuneensa pahoinpidellyksi eläkeikäisenä. Miehillä vastaavat luvut ovat 3 prosenttia ja 8 prosenttia. Yli 65-vuotiaiden naisten kohdalla perheväkivallan yleisyys on 7 prosenttia ja vastaavasti yli 65-vuotiaiden miesten keskuudessa 2 prosenttia. ”Suomen vanhusten turvakotiyhdistyksen 296 työn-

tekijästä 70 % on tehnyt havainnon tai saanut tietoonsa yli 65 -vuotiaiden läheisyydessä tapahtuneesta taloudellisesta, psyykkisestä tai fyysisestä kaltoinkohtelusta, hoidon ja avun laiminlyönnistä, oikeuksien rajoittamisesta, loukkaamisesta tai seksuaalisesta pahoinpitelystä”. (Kivelä & Vaapio 2011, 136.) Useimmiten väkivallan kohteeksi on joutunut 75 vuotta täyttänyt henkilö, joka on dementoitunut tai fyysisesti toimintakyvytön ja siksi riippuvainen muiden avusta. Omaisen päihteidenkäytön tai mielenterveyden ongelman on katsottu lisäävän vanhuksiin kohdistuvan kaltoinkohtelun riskiä. (Vallejo Medina ym. 2006, 328.)

Vuoden 2009 puolivälissä Suomen Senioriliike ry pyysi iäkkäitä ja heidän omaisiaan kirjoittamaan kokemuksiaan vanhustenhoidosta. Vastauksia kerättiin noin vuoden ajan. Vastauksia tuli yhteensä 112 kpl, jotka koostuivat kirjeistä ja sähköposteista. Noin 80 prosenttia sisälsi pääosin kielteisiä kokemuksia hoidosta. Senioriliikkeen saamista vastauksista joka viidennessä koettiin saatavan myös hyvää hoitoa maassamme. (Kivelä & Vaapio 2011, 8.)

### 3.3 Kaltoinkohtelun muodot

Kivelän ja Vaapion (2011, 136) mukaan ”kaltoinkohtelu voi olla fyysistä (kivun tai vamman tuottamista tai pakottamista tai sitomista), psyykkistä (henkisen kivun, tuskan, ahdistuksen tai hädän aiheuttamista, mitätöintiä, painostusta, uhkaamista tai loukkaamista), taloudellista (taloudellista hyväksikäyttöä, kiristämistä, pakkomyyntiä, varastamista) tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Se voi olla henkistä tai hengellistä oikeuksien rajoittamista ja loukkaamista tai rakenteellista (yhteiskunnan lainsäädännön puutteisiin ja rakenteisiin liittyvää) laiminlyöntiä. Pahoinpitelijä voi olla perheenjäsen, jolloin kyseessä on perheväkivalta tai perheen ulkopuolinen, joihin kuuluvat myös sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät”.

*Psyykkinen kaltoinkohtelu* aiheuttaa ahdistusta ja tuskaa ikääntyneelle. Siihen sisältyy usein nimittelyä, syyttelyä nöyryyttämistä ja kiusaamista. Ihmissuhteista eristäminen ja perusoikeuksien, kuten omien mielipiteiden, valintojen ja yksityisyyden rajoittaminen tai kieltäminen sekä palvelujen saannin epääminen kuulu-

vat psyykkisen kaltoinkohtelun piiriin. (Aejmelaeus ym. 2008, 282–283.) Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 249) mukaan uskonnollisuuteen kohdistuva väkivalta kuuluu psyykkiseen kaltoinkohteluun, kuten myös vanhuksen hädänalaisen tilan hyväksikäyttö. Koskinen ym. (1992, 141) ovat sitä mieltä, että kaltoinkohtelua on myös väkivallalla uhkaaminen. Tämä lisää osaltaan vanhuksen pelokkuutta ja arkuutta estäen asioista puhumisen ja esille oton avoimesti.

Kivelän ja Vaapion (2011, 134 - 135) mukaan ikäsyrrintä ("ageismi", "ikäismi") on iäkkäisiin heidän ikänsä perusteella kohdistettua syrjintää, joka ilmenee esimerkiksi alistamisena, ennakkoluuloisuutena sekä väheksymisenä.

Ikäsyrrinnän katsotaan olevan yleismaailmallinen ja monikerroksinen ilmiö, joka tulee esille yksittäisen ihmisen tunteina, vanhuuteen liittyvinä uskomuksina ja stereotyyppisinä ajattelumalleina, kielteisenä käyttäytymisenä, sekä yhteisöjen ja yhteiskunnan negatiivisina asenteina iäkkäitä kohtaan.

Ikäsyrrintä heikentää iäkkäiden elämänlaatua ja toimintakykyä, ja siitä olevat seuraukset ja vaikutukset ovat kielteisiä. Yhteiskunnan hyväksymä ikäsyrrintä ja vanhusten alistuminen voivat pahimmillaan johtaa vanhusten eristäytymiseen ja sosiaaliseen murtumiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kielteinen asennoituminen iäkkäisiin johtaa ikäsyrrinnän erilaisiin muotoihin, joita maassamme tehtyjen tutkimusten mukaan on todettu esiintyvän avo- ja laitoshuollossa. Ongelma jää usein tunnistamatta, ja vielä harvemmin se tunnustetaan. Ikäsyrrinnän yleisyydestä ja ilmenemismuodoista on vähän tutkimustietoa. Ikäsyrrinnän todellisuutta puoltavat myös vanhusbarometrit, lehtikirjoitukset, hoi-toja koskevat valitukset ja kantelut. Syrjintä voi johtaa vanhuksen kaltoinkohteluun, jota pidetään tahallisenä iäkkään keho- ja persoonaa tai omaisuutta loukkaavana käyttäytymisenä ja kärsimyksen aiheuttamisena hänelle. Sitä voi esiintyä kotona, kaduilla, sosiaali- ja terveydenhuollossa, virastoissa ja muissakin paikoissa. Syrjintää voi ilmetä pitkä- tai lyhytkestoisena. (Kivelä & Vaapio 2011, 134 - 135.)

*Fyysinen kaltoinkohtelu* aiheuttaa kipua ja vahinkoa, jota voidaan tuottaa esimerkiksi tönimällä, puristamalla, sitomalla, lyömällä tai liian rajuilla otteilla (Aejmelaeus ym. 2008, 282 – 283). Karkea kovakourainen käsittely tapahtuu esi-

merkiksi hoitotilanteissa, potkiminen, repiminen, retuuttaminen, josta aiheutuu vanhukselle vammoja, fyysistä kipua ja haittaa (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 249).

Fyysisellä rajoittamisella tarkoitetaan sellaista toimintaa, jolla iäkkään liikkumista rajoitetaan joko fyysisillä tai mekaanisilla keinoilla. Esimerkkeinä voivat olla vyötärö- ja rannepidikkeet, nilkkojen sitominen, sängynlaidat, pyörätuolit ja pöytälevyt, geriatriset tuolit, ovien lukitsemiset, turvaliivit ja myös vuodevaatteet voivat toimia rajoitteena. Soittokellon tai liikkumisen apuvälineen poistaminen tai vaatteiden riisuminen ovat epäsuoraa liikkumisen rajoittamista. (Kivelä & Vaapio 2011, 138 - 139.)

Kemiallisella rajoittamisella (kemiallinen sitominen) tarkoitetaan iäkkäiden käyttämisen ja toiminnan rajoittamista psykelääkkeen tai muun lääkkeen avulla. Tällöin lääkkeen määrääminen ja antaminen potilaalle eivät perustu iäkkään sairauksien lääketieteellisiin hoitosuosituksiin. Kemiallista rajoittamista voidaan tarvita joskus vanhusten hoidossa. Kaltoinkohteluksi se luokitellaan silloin, jos lääkeannos on iso tai rajoittamiseen yhdistetään useita psyykenlääkkeitä samanaikaisesti tai rajoittamisesta aiheutuu vanhukselle fyysistä tai psyykkistä haittaa. Kemiallisen rajoittamisen seurauksena iäkkäälle voi aiheutua kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn nopeaa heikkenemistä. (Kivelä & Vaapio 2011, 138 - 139.)

*Seksuaalista kaltoinkohtelua* peitellään eniten häpeän ja ilmitulon pelossa. Tähän ryhmään liittyy seksuaalista alistamista, ja se voi ilmetä ahdisteluna, sukupuolisena häirintänä, häpäisynä, loukkaamisena tai sukupuoliyhteyteen pakottamisena. (Aejmelaeus ym. 2008, 282–283.)

*Taloudelliseen kaltoinkohteluun* liittyy ikääntyneen rahojen tai omaisuuden käyttöä tai myymistä ilman lupaa (Aejmelaeus ym. 2008, 282–283). Ikääntyneen lapset voivat väärinkäyttää luottokorttia, pankkitiliä ja vierailta vanhuksen luona vain eläkemaksupäivinä (Koskinen ym. 1998, 141). Taloudelliseen hyväksikäyttöön voi liittyä myös rahojen ja omaisuuden kiristämistä väkivallalla, hoidotta



jättämisellä, yksin jättämisellä sekä hylkäämisellä uhkailemalla (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 250).

*Hoidon ja avun laiminlyönti* tarkoittaa vanhuksen hoidosta ja hoitovastuusta taroituksellisesti kieltäytymistä. Hoitajan osaamattomuudesta, tiedonpuutteesta, väsymyksestä tai välinpitämättömyydestä johtuva hoidon epäonnistuminen on kaltoinkohtelua kuten myös vanhuksen perustarpeisiin liittyvän hoidon väheksyminen ja hoitamatta jättäminen. Huomiota vaativan vanhuksen jonkinlainen rankaiseminen ja olosuhteisiin nähden liian vähäinen henkilökunnan määrä ovat hoidon laiminlyömistä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 250.)

Hoidon laiminlyönti on hyvin yleistä hoitolaitoksissa. Hoidon laiminlyönti voi olla aktiivista tai passiivista. *Aktiiviseen* eli tarkoitukselliseen kaltoinkohteluun kuuluu ikääntyneen perustarpeiden väheksymistä. *Passiiviseen* eli tahattomaan kaltoinkohteluun liittyy ikääntyneen hygienianhoitoon, ravinnonsaantiin tai lääkitykseen liittyvä laiminlyönti. Vanhus voidaan jättää yksin ilman valvontaa liian pitkäksi ajaksi. (Aejmelaeus ym. 2008, 282–283.) Laiminlyöntiä on myös jättää vanhus ilman välttämättömiä palveluja. Tällöin hoitaja voi laiminlyödä vanhuksen hoidon jättämällä huolehtimisen ravinnosta, vaatteista, hygieniasta, asunnosta ja lääkitykseen liittyvistä asioista (Koskinen ym. 1992, 141).

*Psyykkiseen väkivaltaan* liittyen ikääntyneeseen kohdistettu lapsenomainen puhuttelu, halventaminen, syytely, huutaminen ja karkea kielenkäyttö täyttävät kaltoinkohtelun kriteerit. Tällainen käytös voi olla vahingollisempaa kuin fyysinen kaltoinkohtelu, koska sitä on vaikeampaa torjua. (Voutilainen ym. 2002, 173.) Lähdesmäen ja Vornanen (2009, 249) mukaan kaltoinkohtelua voi aiheuttaa myös palvelurakenne, jolloin kyseessä on *rakenteellinen kaltoinkohtelu* tai *ikäsyryjä*.

### 3.4 Kaltoinkohtelun merkkejä

Vanhus on voinut joutua pahoinpidellyksi, jos hänellä ilmenee mustelmia, ruhjeita, haavoja, palovammoja ja toistuvasti käy lääkärissä kaatuilemisen takia.

Vanhuksella voi olla myös toistuvasti ilmeneviä vammoja tai fyysisiä poikkeamia tai jokin kauan sitten tullut vakava vamma, jonka syntymissyyn ja oireiden välillä on ristiriita. Laiminlyönnin merkkeinä pidetään vanhuksen aliravitsemusta ja lai huutta. Vanhus voi näyttää huonosti hoidetulta, epäsiistiltä, pelokkaalta, hermostuneelta, sekavalta, itkuiselta ja masentuneelta. Makuuhaavojen ilmaantuminen voi liittyä myös hoidon laiminlyöntiin. (Vallejo Medina ym. 2006, 328.)

Vanhus ei välitä ympäristöstään ja huolehtii itsestään välinpitämättömästi. Hän kokee elämänhaluttomuutta, ja hänellä on itsetuhoista ajattelua. Vanhus kokee tarvitsevansa rauhoittavaa lääkitystä, vaikka henkilökunta ei näe sellaiselle tarvetta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 252.) Kaltoinkohtelu vaikuttaa vanhuksen käytökseen lisäten unihäiriöitä, tuoden pelkoa ja hermostuneisuutta. Avuttomuuden tunne lisääntyy, samoin vihamielisyys, apaattisuus ja muistamattomuus. Silloin on vaarana rauhoitteiden käytön lisääntyminen, elämänhaluttomuus ja itsetuho. (Aejmelaeus ym. 2008, 285.)

Taloudellisen hyväksikäytön kohteeksi joutumista tulee epäillä, jos vanhuksen rahojen ja omaisuuden on todettu hävinneen ilman pätevää selitystä. Tai jos hänellä on jatkuva tai yhtäkkinen rahapula, jolloin rahat eivät riitä enää elämiseen. Vanhus voi peitellä rahattomuutta kieltäytymällä tarvittavista palveluista. Epätavalliset ostokset voivat kertoa myös taloudellisesta hyväksikäytöstä. Ruokien ja lääkkeiden selittämätön häviäminen voidaan liittää myös hyväksikäyttöön. (Aejmelaeus ym. 2008, 285.) Vanhuksen asunnon vastentahtoinen myyminen tai pakottaminen testamentin muuttamiseen ovat merkkejä kiristämisestä ja taloudellisesta kaltoinkohtelusta (Kivelä & Vaapio 2011, 138).

Erityisesti hoidon ja huolenpidon laiminlyöntiin liittyviä merkkejä ovat vanhuksen epäsiisti olemus ja sopimaton pukeutuminen, jotka kertovat yleisestä hoitamattomuudesta. Vanhus voi laihtua aliravitsemuksen johdosta, ja tällöin myös kuivuminen on yleistä. Laiminlyötyyn hoitoon liittyy makuuhaavojen ja painehaavaukien synty. Lääkkeiden käyttöä voidaan laiminlyödä tai vanhusta voidaan lääkittää liikaa, esimerkiksi dementian myötä tulleiden käytöshäiriöiden vähentämiseksi. Monilääkitykseen liittyy usein vanhuksen sekavuus tai tokkuraisuus. Hoidon laiminlyönnin seurauksena monet perussairaudet jäävät usein hoitamattomiksi.

ta ja pahenevat. Hoitoon hakeutuminen yleensä viivästyy, vammojen syntymekanismia peitellään tai vähätellään. Vanhus on käynyt useammalla eri lääkäriä tai vastaanotoilla. Kieltäytyminen terveydenhoitopalveluista kokonaan tai toimenpiteistä vaatteiden riisumisen pelossa voi olla myös merkki kaltoinkohtelusta. (Aejmelaeus ym. 2008, 285.)

### 3.5 Tunnistamisen ongelmia

Pahoinpitelyn ja laiminlyönnin uhri kokee usein häpeää, ja siksi asian esille otto on vaikeaa ja sitä salataan. Perheväkivallan tekijän ja uhrin läheinen suhde vaikeuttaa osaltaan tilanteen havaitsemista, tai asiaan ei haluta puuttua. Vanhuksen puheita tai käytöstä voidaan pitää vanhuuteen liittyvien muutosten tuotoksena myös erilaisten sairauksien oireina. Vanhuksen muistamattomuus, dementia tai vainoharhaisuus voi estää laiminlyönnin havaitsemista ja siihen puuttumista. (Vallejo Medina ym. 2006, 328.)

Läheisten ja sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöiden tulisi tunnistaa ja epäillä vanhusten pahoinpitelyä yhtenä mahdollisena syynä huomatessaan ikäkään kehossa tai käyttäytymisessä piirteitä, mitkä voivat olla kaltoinkohtelun aiheuttamia. (Kivelä & Vaapio 2011, 137.)

Aejmelauksen ym. (2008, 285) mukaan vanhuksen kaltoinkohtelun tunnistamisen ongelmana on kaltoinkohtelijan ja ikääntyneen läheisen suhteen lisäksi ympäristön haluttomuus ja kyvyttömyys tilanteen havaitsemiseen. Tunnistamista vaikeuttaa myös se, että ikäihmiset tuntevat usein häpeää ja syyllisyyttä, jos oma lapsi tai puoliso kohtelee häntä huonosti. Perheen koskemattomuus on tärkeä arvo vanhukselle (Koskinen ym. 1998, 140). Ikääntynyt tarvitsee ulkopuolista tukea avuntarpeen tunnistamiseen ja hyväksymiseen. Eri ammattiryhmien yhteistyön katsotaan helpottavan kaltoinkohtelun tunnistamista, kun taas terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja eri viranomaisten salassapito- ja vaitiolovelvollisuus saattavat vaikeuttaa vanhuksen laiminlyönnin tunnistamista ja siihen puuttumista. (Aejmelaeus ym. 2008, 285.)

### 3.6 Apuvälineitä tunnistamiseen

Hyvänä apuna kaltoinkohtelun tunnistamiseen ovat *Suomen vanhusten turvakotiyhdistys ry:n (2005) ja Vanhustyön keskusliiton (2008) laatimat oppaat*. *Suomen vanhusten turvakotiyhdistys ry:n opas* on suunnattu Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Tämän oppaan tarkoituksena on herättää eri työyhteisöissä keskustelua ja ajatuksia kaltoinkohtelusta. Oppaasta löytää työvälineitä huonosta kohtelusta aiheutuneeseen ikäihmisen vaikeaan elämäntilanteeseen. *Vanhustyön keskusliiton turvaopas* on tarkoitettu ikääntyneille ja kaikille muille, jotka tarvitsevat tietoa kaltoinkohteluun liittyvistä asioista. Siinä on käsitelty keskeisesti tietoa kaltoinkohtelusta ja ilmenemismuodoista. Lisäksi siitä saa tietoa paikoista, joista vanhus voi hakea apua ja tukea sekä siinä esitellään myös turvallisuusohjeita. *Turvaopas* on myös saatavana englannin - ja ruotsinkielisenä. Lisäksi *Rikosuhripäivystys ja Suomen mielenterveysseura* ovat laatineet *Käytännön oikeusoppaan* väkivaltarikoksen uhrille (2008). Siinä on tietoa uhrin asemaa säätelevistä laeista, sekä tietoa viranomaisten yleisimmistä käytännöistä pohjautuen Rikosuhripäivystyksessä saatuihin käytännön kokemuksiin.

### 3.7 Kaltoinkohtelun ehkäisy ja tietoisuuden lisääminen

Vanhusten kaltoinkohtelun ehkäisemisessä ovat tärkeässä asemassa turvasuunnitelmat, kuten tekniset seikat, joihin kuuluvat ovisilmät, -puhelimet, tallelokerot sekä turvapuhelimet. Riskitilanteiden ja -tekijöiden kartoittaminen ja tunnistaminen sekä lisäksi luottamuksellinen hoitosuhde ja omaishoitajien tuki ovat ehkäisyssä ensisijaisia keinoja. Kaltoinkohtelua epäillessä tulee työntekijän ottaa asia esille sen arkaluontoisuudesta huolimatta. Kohteliaasti ja ystävällisesti kysymällä iäkkäältä sen mahdollisuudesta voidaan järjestää kaltoinkohdellulle hänen tarvitsemansa apu. Läkistä voidaan näin auttaa moniammatillisen yhteistyön kautta. (Kivelä & Vaapio 2011, 140.)

Vanhuksiin kohdistuvan väkivallan ja laiminlyönnin ehkäisyssä on tärkeä osuus julkisilla valistuskampanjoilla, koska media on voimakas tietoisuuden herättäjä. Suuren yleisön tietoon tulisi silloin konkreettista ja ajankohtaista tietoa kaltoin-

kohtelun eri muodoista ja merkeistä, joista olisi apua tunnistamisessa sekä paikoista, joista voi saada apua. Kohderyhmänä voisivat olla aivan tavalliset kansalaiset, jotka ovat usein tekemisissä vanhusten kanssa, esimerkiksi pankkitoi-mihenkilöt, kaupan kassat ja taloyhtiöiden huoltomiehet. Media voi vaikuttaa asenteiden ja vallitsevien stereotyyppien muuttumiseen sillä, että se kuvaa vanhuutta positiivisena asiana ja ikääntyneet itse ovat siinä esiintyjinä. (Krug ym. 2005, 162.) Median hyvänä puolena on sen monipuolisuus ja se saavuttaa ison kohderyhmän kerralla, sekä valistusta voidaan toistaa useasti esimerkiksi erilaisten tietoisuuksien avulla.

Krugin ym. (2005, 163) mukaan vanhuksiin kohdistuva väkivalta ymmärretään nykyisin paremmin kuin 25 vuotta sitten. *Kuitenkin ongelman syistä ja seurauksista sekä laajuudesta puuttuu tutkittua ja ajankohtaista tietoa.* Samoin ei ole juurikaan käytettävissä luotettavaa käyttökelpoista tutkittua, joka koskee *ehkäisevien* ohjelmien tehokkuutta. Tiedon lisääminen on paras keino vaikuttaa asioihin yleisesti. Ongelma jatkuu niin kauan kuin vanhoja ihmisiä aliarvostetaan ja marginalisoidaan yhteiskunnassa. Silloin on alttius joutua syrjinnän, kaltoinkohtelun ja laiminlyöntien kohteeksi. Edellytyksenä olisi ongelmiin puuttuminen tehokkaammilla ehkäisyohjelmilla, lakien ja hallinnon tiukentamisella ja ennen kaikkea uusien tutkimusten lisääminen kaltoinkohtelun syistä ja ehkäisystä.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA

### 4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Krugin ym. (2005,164) mukaan ikääntyneisiin kohdistuvan väkivallan syiden ja seurausten tutkiminen on jäänyt vähemmälle huomiolle muutamaa psyykkisten seurausten tutkimusta lukuun ottamatta. ”Muita tapoja, joita myös usein mainitaan merkittäviksi selittäviksi tekijöiksi, on tarpeen tutkia, koska väitteiden tueksi ei ole mitään tutkimuksia.”

Opinnäytetyömme määrittelee ja kuvaa vanhusten kaltoinkohtelua laajalaisena ilmiönä. Tällä halutaan lisätä tietoisuutta kaltoinkohtelusta laatimalla aiheesta systemaattinen kirjallisuuskatsaus tuottamalla uutta ja systemaattisesti koottua tutkimustietoa. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten perusteella määritellään kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä.

Tarkoituksena ja tavoitteena on, että tämän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta pystyttäisiin paremmin tunnistamaan kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä. Tavoitteena on myös, että näiden altistavien tekijöiden varhainen tunnistaminen ehkäisisi vanhuksia joutumasta kaltoinkohtelluksi. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä vanhuksille, heidän parissaan työskenteleville hoitajille sekä vanhusten läheisille.

## **4.2 Tutkimuskysymyksemme**

Opinnäytetyömme on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka käsittelee vanhusten kaltoinkohtelua, ja etsimme sen avulla tutkimuskysymykseemme vastausta, mitkä ovat vanhusten kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä.

## **4.3 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä**

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa tunnistetaan ja kerätään jo olemassa olevaa tutkimustietoa sekä arvioidaan tiedon laatua ja yhdistetään tuloksia (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37). Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää kahden tutkijan kiinteä yhteistyö, jossa päämääränä on koota ja tehdä synteesi kattavasti valitusta aiheesta aikaisemmin julkaistujen tutkimusten pohjalta (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 46). ”Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu tiedonhaun prosessi, joka on uudelleen toistettavissa” (Tähtinen 2007, 10).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehdään kattavasti ja tarkasti rajattujen sekä valikoitujen tutkimusten pohjalta tietyn tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Sys-

temaattisella kirjallisuuskatsauksella pystytään perustelemaan ja tarkentamaan jo aiemmin valittua tutkimuskysymystä, sekä se mahdollistaa luotettavien yleistyksien tekemisen tutkitun tiedon pohjalta. Samalla voidaan välttää systemaattista harhaa ja on mahdollista tuoda esille tutkimustiedossa olevat puutteet. Tällöin systemaattinen kirjallisuuskatsaus voi lisätä alkuperäistutkimuksen tarvetta tai estää tarpeettomaksi havaittujen uusien tutkimusten käynnistämistä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusprosessina etenee vaiheittain, jolloin jokainen vaihe on erikseen nimettävissä ja jokainen vaihe on yhteydessä järjestelmällisesti edellisiin vaiheisiin. Tutkimusprosessin vaiheet ovat tutkimussuunnitelma, tutkimuskysymysten laatiminen, alkuperäistutkimusten haku ja valinta. Seuraavat vaiheet ovat tutkimuksen laadun arviointi ja analysointi sekä lopputulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.)

Tutkimussuunnitelman laatiminen on tärkein vaihe, joka ohjaa etenemistä vaiheittain koko prosessin ajan. Suunnitelmassa määritetään tarkat tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastamaan, koska ilman tutkimuskysymysten määrittämistä ei ole olemassa vastauksiakaan. Alkuperäistutkimusten keräämiseksi on tärkeä määritellä ne menetelmät ja strategiat sekä sisäänotto ja poissulkukriteerit, joilla alkuperäistutkimusten haku ja valinta suoritetaan. Täsmällisillä tutkimuskysymyksillä rajataan kirjallisuuskatsaus niin kapealle alueelle, että aiheen kannalta tärkeimmät ja keskeiset tutkimukset tulevat esille mahdollisimman kattavasti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39; Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 47.)

Tutkimuskysymys täytyy määrittää selkeästi tutkimuksen kohteena olevalle ilmiölle, jotta siitä saadaan oikeaa tietoa. Kysymyksiä voi olla yksi tai useampia, ja ne voivat olla vapaamuotoisia tai valmiiksi jäsenneltyjä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa hakuprosessi on erittäin kriittinen vaihe, sillä virheet hakuprosessissa voivat johtaa tulosten harhaisuuteen ja antavat silloin epäluotettavan kuvan näytöstä (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 49). Alkuperäistutkimusten haku suoritetaan systemaattisesti ja mahdollisimman laajasti tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimuksia haetaan

sähköisesti ja manuaalisesti eri tietokannoista. Haut kohdistetaan tarkasti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan löytyvän tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Kirjallisuuskatsauksen tutkittavan aiheen kannalta sisäänotto ja poissulkukriteerien tulee olla tarkat, johdon- ja tarkoituksenmukaiset sekä täsmälliset, jolloin voidaan ehkäistä systemaattisia virheitä. Sisäänottokriteerien tulee perustua tutkimuskysymyksiin, ja ne tulee laatia ennen tutkimusten varsinaista valintaa. Julkaisujen olisi hyvä olla suomen- tai englanninkielisiä. Valinta tapahtuu vaiheittain ja perustuu asetettuihin sisäänottokriteereihin, joiden perusteella alkuperäistutkimuksista luetaan ensin otsikot. Jos otsikko ei vastaa kriteereitä, luetaan tiivistelmä tai alkuperäistutkimus ja tehdään valinta niistä saatavan tiedon perusteella. Jos alkuperäisestä tutkimuksesta on useampia julkaisuja, valitaan niistä uusin ja kattavin. (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 48 - 49; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriittinen arviointi prosessin eri vaiheissa on tärkeää kirjallisuuskatsauksessa saadun todellisen tiedon kannalta (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 53). Tutkimusten laadulle on määritelty peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa, ja näillä pyritään lisäämään myös tutkimuksen luotettavuutta. Laadussa tulee huomioida alkuperäistutkimuksen ja siinä käytettyjen menetelmien laatu, sovellettavuus ja käyttö. Alkuperäistutkimusten valinnan ja laadun arvioinnin jälkeen saadaan lopullinen määrä tutkimusaineistoa käyttöön analysointia varten. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42–43.)

Alkuperäisartikkeleiden analysoinnissa ja tulosten tulkintaan vaikuttavat tutkimuskysymykset, alkuperäistutkimuksen luonne, lukumäärä, laatu ja heterogeenisyys. ”Heterogeenisyys ja sen syiden tarkastelu esimerkiksi tutkimusten lähestymistavan, metodin, kohteen, kohderyhmän ja interventioden sekä niitä määrittävien tekijöiden suhteen vaikuttavat myös siihen, onko alkuperäistutkimuksia mielekästä tarkastella tilastollisin vai kuvailevin menetelmin”. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)



Yhtenä analysointimenetelmänä voidaan pitää integroitua katsausta. Siinä kootaan kattavasti alkuperäisartikkeleista tiivistelmä eli synteesi ja pohditaan, millaiseen näyttöön tieto perustuu. Johtopäätökset tehdään yhteen kootuista tiedoista, jotka vastaavat tai ovat samansuuntaisia tutkimuskysymysten kanssa. (Flinkman & Salanterä 2007, 85.) Tärkeintä on esittää tulosten analyysi ja varoa ylitulkintaa. Lopullisen analysoinnin ja tulosten julkaisemisen päämääränä on vastata mahdollisimman laajasti, objektiivisesti, selkeästi sekä ymmärrettävästi tutkimuskysymyksiin. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.)

#### **4.4 Opinnäytetyön toteutus**

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjaksi laadimme aluksi tutkimussuunnitelman, joka on ohjannut toimintaamme koko prosessin ajan. Tutkimussuunnitelmassa tulee esille valitsemamme vanhusten kaltoinkohtelu - aihe sekä tutkimuskysymys vanhusten kaltoinkohtelulle altistavista riskitekijöistä. Alkuperäis- tutkimusten keräämiseen valitsimme menetelmät ja strategiat sekä tutkimusten ja artikkeleiden sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joita käytimme kirjallisuuskatsauksessamme.

#### **4.5 Tutkimusten sisäänotto ja poissulkukriteerit**

Teimme tutkimusaineiston haut Linda-, Medic-, Arto- sekä Aleksi- tietokannoista. Tutkimukset rajasimme suomen- ja englanninkielisiin sekä viimeisimmän kymmenen vuoden aikana julkaistuihin tutkimuksiin ja artikkeleihin. Sisäänottokriteereiksi määrittelimme, että tutkimuksen tuli käsittää vanhusten kaltoinkohtelulle altistavia riskitekijöitä. Poissulkukriteereiksi muodostuivat hakutulokset, jotka eivät käsitelleet kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä, tai näkökanta oli mielestämme liian suppea tai myös sellaiset tutkimukset ja artikkelit, jotka käsitelivät pelkästään vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa ja rikoksia.

Haimme tutkimuksia sähköisesti ja manuaalisesti eri tietokannoista ja vapaasti internetistä (ks. taulukko 1). Käytimme apunamme kirjaston informaatikon konsultointia erityisesti meidän työtämme parhaiten palvelevien tietokantojen löy-

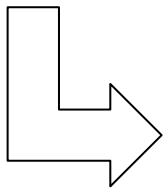
tämiseen ja niihin perehtymiseen. Pyrimme kohdistamaan haut niihin tietolähteisiin, joista oletimme saavamme tutkimuskysymyksen kannalta oleellista tietoa.

Taulukko 1. Hakuprosessi

Tietokanta /pvm	Hakusanat	Rajaukset	Viitteet
Linda 20.1.2012	vanhukset kaltoinkohtelu	ei rajoituksia	16
	vanhusten kaltoinkohtelu	ei rajoituksia	12
.	vanhukset hyväksikäyttö	ei rajoituksia	10
	elder abuse	ei rajoituksia	53
Medic 24.1.2012	vanhu* and kaltoink*	ei rajoituksia	12
	vanhu* and kaltoink* and hoitoli*	ei rajoituksia	2
	vanhu* and kaltoink* and väkiv*	ei rajoituksia	12
	elder abuse	ei rajoituksia	26
Arto 30.1.2012	vanhu? kaltoink?	2000-	3
	vanhu? väkiv?	2000-	4
	elder abuse	2000-	0
Aleksi 30.1.2012	vanhukset kaltoinkohtelu	2000-	20
	elder abuse	2000-	0
Manuaalinen haku internet.	otsikkojen perusteella	ei rajoituksia	5
			yht. 179

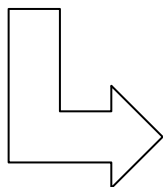
Ensimmäinen haku tuotti 179 viitettä, joista otsikoiden perusteella valitsimme lisätarkasteluun 71 tutkimusta ja artikkelia. Näistä karsimme pois samat tutkimukset ja artikkelit, joista jäljelle jääneistä otimme uusimmat ja tuoreimmat hakutulokset lisätarkasteluun. Jäljelle jäi 37 hakutulosta. Näistä tiivistelmien ja saatavuuden perusteella otoksemme supistui 18 artikkeliin. Uudelleen tarkastelun perusteella hylättiin 8 hakutulosta, jotka eivät vastanneet sisäänottokriteereitämme. Jäljelle jäi 10 hakutulosta koko tekstin tarkasteluun. Koko tekstin perusteella hylättiin 5 artikkelia, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymykseemme ja joita olimme kriittisesti tarkastelleet sisäänotto- ja poissulkukriteereiden mukaan (ks. kuvio 1). Lopulliseen tarkasteluun jäi 5 tutkimusta (ks. taulukko 2).

Hakutulokset Linda-, Medic-, Arto- ja Aleksi-tietokannoista, yhteensä 179 kpl.



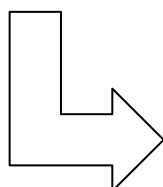
Otsikoiden perusteella valittiin yhteensä 71 kohdetta, joista karsittiin pois samat hakutulokset, ja yhteensä jäi 37 artikkelia ja tutkimusta.

Tiivistelmien ja saatavuuden perusteella hyväksyttiin 18 artikkelia ja tutkimusta.



Uudelleen tarkastelun perusteella hylättiin 8 kohdetta, joiden näkökulma ei vastannut sisäänottokriteereitämme.

Koko tutkimusten arviointi (n=10).



Koko tekstin perusteella hylättiin 5 tutkimusta, joiden näkökulma ei vastannut tutkimuskysymykseemme.

Lopulliseen tarkasteluun jäi 5 tutkimusta.

Kuvio1. Tutkimusten sisäänotto ja poissulkuprosessi

Taulukko 2. Alkuperäistutkimukset.

1	Tekijä / lähde	Tutk. tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Tulokset
	Hartikainen, S. 2008. Ikääntyneiden lähisuhteissaan kokema kaltoinkohtelu ja sosiaalityö tunnistajana ja siihen puuttujana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogikan laitos. Sosiaalityö. Pro gradu-tutkielma.	Selvittää ilmiönä ikääntyneiden lähisuhteissaan kokema kaltoinkohtelu ikääntyneiden ja heidän läheistensä näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sosiaalityön roolia ikääntyneiden kaltoinkohtelun tunnistajana ja siihen puuttujana.	Tutkimusaineisto koostui seitsemästä (7) ikääntyneen tai hänen läheisverkostoonsa kuuluvan henkilön kirjallisesta yhteydenotosta, jotka oli saatu julkaisemalla kirjallinen aineistopyyntö kolmessa sanomalehdessä ja yhdellä www-sivustolla. Tutkimusaineistoon kuului myös kahden ikääntyneiden kaltoinkohtelua työssään havainneen sosiaalialan työntekijän teemahaastattelu.	Laadullinen tutkimus, josta oli tunnistettavissa menetelmä- ja aineistotriangulaatio. Kirjallinen aineisto ja teemahaastattelut analysoitiin teemoittain.	Kaltoinkohtelun taustalla nähtiin usein alkoholiongelmat, mielenterveysongelmat, mustasukkaisuus, kaltoinkohtelijan ja uhrin välinen riippuvuussuhde, uupuminen omaishoitotyöhön sekä kauan jatkunut perheväkivalta. Vanhuksen lisääntynyt riippuvuus omasta läheisestä lisäsi kaltoinkohtelun riskiä. Sairauksien aiheuttamat muutokset ikääntyneessä lisäävät myös riskiä. Ikääntyneen ja läheisen henkilökohtaiset ongelmat, kuten päihdeongelma tai taloudelliset ongelmat, voivat olla hyväksikäytön taustalla. Yhteiskunnan asenne ikääntymiseen ja perhe-elämään voi lisätä yhteyttä ikääntyneen huonoon kohteluun.
2	Tekijä / lähde	Tutk. tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Tulokset
	Krug, E., Dalhberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkipalta ja terveys maailmassa – WHO:n raportti. Jyväskylä. Elekröninen aineisto.	Raportin tavoitteena on lisätä tietoisuutta väkivallasta maailmanlaajuisena ongelmana sekä korostaa ennaltaehkäisyä sekä terveydenhuollon keskeistä osuutta väkivallan syihin ja seurauksiin puuttumisessa.	Raportti on syntynyt yli 160 asiantuntijan yhteistyönä. Edustajia ja asiantuntijoita on kaikkialta WHO:n alueiden maista. Raportin ovat tarkistaneet eri puolilta maailmaa kotoisin olevat tutkijat. Raportissa tarkastellaan eri väkivallan lajeja, jotka esiintyvät maailmanlaajuisesti. Aihealueita on yhteensä kahdeksan, jotka käsittelevät vanhuksen kaltoinkohtelua. Vanhuksiin kohdistuvaa väkivaltaa tarkastellaan erityisesti kotona ja hoitolaitoksissa ilmenevänä huonona kohteluna.	Väkivallan syitä etsiessään tutkijat käyttivät lähteinä psykologista, sosiologista ja gerontologista kirjallisuutta ja perheväkivaltatutkimusta. Vanhusten väkivallan riskitekijöitä on kartoitettu ekologisen mallin avulla. Malli koostuu neljästä tasosta, jotka ovat yksilö, ihmissuhteet, yhteisö ja yhteiskunta.	Yksilöllisenä tekijänä tutkimukset ovat osoittaneet, että vanhuksiin kotona kohdistuvaan väkivaltaan syyllistyneillä on mielenterveys- ja päihdeongelmia suuremmalla todennäköisyydellä kuin niillä vanhuksien kanssa toimivilla henkilöillä, jotka eivät ole väkivaltaisia. Ihmissuhdetutkimus osoittaa, että aikaisemmin pidettiin vanhusta hoitavan sukulaisen uupumusta riskitekijänä. Uupumus saattaa olla myötävaikuttava tekijä, mutta ei kuitenkaan selitä ilmiötä. Nykyisin tärkeämpänä tekijänä pidetään henkilöiden keskinäisen suhteen luonnetta. Sosiaalista eristäytymistä mittaava yhteisöllinen tekijä nousee lähes kaikissa riskitekijätutkimuksissa merkitseväksi vanhuksiin kohdistuvan väkivallan selittäjäksi. Yhteiskunnallisia tekijöitä pidetään väkivallan merkitävinä tekijöinä, kuten kulttuuriset normit ja perinteet, kuten ikä- ja sukupuolisyryntä ja väkivaltakulttuuri.

3	Tekijä / lähde	Tutk. tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Tulokset
	Mankkinen, T. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasianministeriö. Verkkojulkaisu.	Ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi tehty toimintaohjelma sisältää suositukset ikääntyneiden asuminen ja liikkumisen turvallisuuden parantamiseksi, tapaturmien vähentämiseksi sekä kaltoinkohtelun, väkivallan ja rikosten ehkäisemiseksi ja torjumiseksi.	Valmisteluissa on ollut mukana noin sata asiantuntijaa eri aloilta. Ohjelma valmisteltiin neljässä eri työpajassa. Valmistelun yhteydessä järjestettiin kaksi seminaaria, joihin oli kutsuttu ikääntyneitä ja heidän edustajiaan.		Ikääntyneen kaltoinkohtelun riskiä lisäävät ikääntyneen tai hänen läheisensä toimintakyky ja elämänhallintaa heikentävät sairaudet. Mustasukkaisuus, mielenterveyden häiriöt ja runsas päihteidenkäyttö ovat riskitekijöitä. Omaisen ja läheisen taloudelliset ongelmat ja asumiseen liittyvä riippuvuus ikääntyneestä lisäävät riskiä joutua kaltoinkohtelluksi. Muistisairaus, fyysinen heikkous, yksin asuminen, sosiaalisten kontaktien puute, yksinäisyys ja eristäytyminen ovat riskitekijöitä. Vanhusta hoitavan henkilön uupuminen, stressi sekä koulutuksen ja osaamisen puute altistavat kaltoinkohtelulle. Hoitolaitoksissa henkilökunnan ajanpuute ja yhteiskunnan negatiiviset asenteet lisäävät kaltoinkohtelun riskiä.
4	Tekijä / lähde	Tutk. tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Tulokset
	Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhus-ten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja. Elektroninen aineisto.	Kuvata ja selittää fyysisten rajoitteiden käyttöä vanhus-ten laitoshoidossa vanhus-ten, omaisten, hoitohenkilökunnan ja hoitotyön esimiesten näkökulmasta.	1 vaiheen kyselyaineisto kerättiin vanhusten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta (n=1148). Aineisto kerättiin laitostyypeittäin ja lääneittäin. 2 vaiheen tutkimusten aineistot kerättiin vanhuksilta (n=7, omaisilta n=7, henkilökunnalta n=16 ja esimiehiltä n=5).	Tutkimus oli kaksivaiheinen. 1 vaiheen lähestymistapa oli kvantitatiivinen, ja aineisto kerättiin kyselylomakkeella vanhus-ten hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta. 2 vaiheen lähestymistapa oli kvalitatiivinen, ja aineistot kerättiin vanhuksilta, omaisilta, hoitotyöhön osallistuvalla henkilökunnalta ja hoitotyön esimiehiltä. Menetelminä käytettiin havainnointia, yksilö- ja ryhmähaastatteluja.	Fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät jakaantuivat seitsemään osioon: vanhukseen, omaiseen, hoitajaan, hoitotyöhön, fyysiseen hoitoympäristöön, organisaatioon, työyhteisöön sekä yhteiskuntaan liittyviin syihin. Fyysisten rajoitteiden käyttö altistaa vanhuksen fyysiselle ja psyykkiselle kaltoinkohtelulle. Kaikki rajoittaminen ei kuitenkaan ole kaltoinkohtelua.
5	Tekijä / lähde	Tutk. tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Tulokset
	Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhus-ten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Elektroninen aineisto.	Kuvata vanhus-ten kaltoinkohtelua vanhainkodeissa hoitotyön johtajien näkökulmasta.	Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelemalla erään suomalaisen kaupungin neljän vanhainkodin johtajia, ylihoitajia ja osastonhoitajia. Aineisto kerättiin huhti-kesäkuussa 2008. Tutkimuksen perusjoukkoon kuului 38 hoitotyön johtajaa, joista 15 haastateltiin.	Laadullinen. Aineisto analysoitiin induktiivisesti sisällön analyysin avulla.	Tutkimuksen mukaan kaltoinkohtelulle altistavat tekijät liittyvät henkilökuntaan, asukkaaseen, vierailevaan omaiseen sekä organisaation tai yksikön toimintaan. Henkilökunnan osaaminen ja työssä jaksaminen sekä kulttuurinen tausta vaikuttavat, siihen miten vanhusta kohdellaan. Muistisairas, psyykkisesti oirehtiva ja paljon apua tarvitseva asukas on muita suuremmassa vaarassa tulla kaltoinkohtelluksi. Organisaation tai yksikön tehtävä- ja hoitajakeskeinen työskentelykulttuuri voi altistaa asukkaita kaltoinkohtelulle. Alhainen henkilökuntamitoitus ja henkilöstön huono saatavuus vaikuttavat asukkaan saamaan hoitoon.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä eri tutkimusten mukaan

Henkilökunnan koulutukseen, osaamiseen, arvoihin ja asenteisiin liittyvät asiat, sekä jaksamiseen ja oman elämäntilanteen vaikutus työhön ovat tutkimuksen mukaan kaltoinkohteluun altistavia tekijöitä. Henkilökunnan persoonallisuus ja kulttuuriset taustat voivat myös altistaa kaltoinkohtelulle. Henkilökunnan eri peruskoulutustasoilla ei ole juurikaan merkitystä vanhusten kohteluun. Suurempi merkitys on sillä, onko henkilökunnalla lisä- ja täydennyskoulutusta ikääntyneiden hoidosta. Kouluttamattomalla henkilökunnalla on riski kohdella vanhusta huonosti, mutta toisaalta he voivat hoitaa asiakkaita asiantuntevasti ja hyvin. (Sipiläinen 2008, 53 - 54.)

Huono ammattitaito näkyy vanhuksen elämänhistorian ja tarpeiden ja sairauksien ymmärtämättömyytenä ja niiden vaikutuksena vanhuksen käyttäytymiseen. Ammattitaidottomuus heijastuu myös vuorovaikutustaitoihin. Iällä ja työkokemuksella on osaltaan merkitys hoitajan osaamiseen. Nuoret ja kokemattomat hoitajat altistuvat useimmin kaltoinkohtelulle. Henkilökunnan arvot ja asenteet, jotka voivat liittyä käsityksiin vanhenevasta ihmisestä ja työnteosta, vaikuttavat myös vanhuksen huonoon kohteluun. Jos henkilökunta ei arvosta omaa ammatiaan tai ikääntynyttä ihmistä mielipiteineen, työhön saatetaan asennoitua niin, että töihin tullaan pakosta eikä hoitotyön laadusta ja organisaation tavoitteista olla kiinnostuneita. Työtehtävistä pyritään suoriutumaan kiireisesti ja ajallaan, ja tauot voivat olla ensisijaisesti tärkeämpiä kuin vanhuksen hoitaminen. (Sipiläinen 2008, 54.)

Henkilökunnan fyysisellä ja henkisellä jaksamisella on vaikutus asukkaiden kohteluun. Väsynyt ja uupunut hoitaja kohtelee asukkaita huonommin, ja samalla hoitajan itsehillintä on heikentynyt. Henkilökunnan kokema kiire ja stressi koetaan myös altistavana tekijänä. Yksittäisen henkilön ongelmallinen elämäntilanne ja ongelmat oman elämän hallinnassa, kuten ”huono päivä tai pinna tiukalla”

voi vaikuttaa vanhuksen kohteluun. (Sipiläinen 2008, 55; Mankkinen 2011, 18.) Persoonallisuuteen liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi heikko ammatti-identiteetti ja huono itsetunto omassa ammatillisuudessa, lisäävät huonoa käyttäytymistä vanhusta kohtaan. Tällöin voidaan esimerkiksi sanoa asioita piittaamatta siitä, miten vanhus ne käsittää. (Sipiläinen 2008, 55.)

Hoitajan kulttuurinen tausta ja hoitokulttuuri voivat vaikuttaa tapaan, miten hän kohtelee vanhuksia. Yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa ikääntyneen ja hoitajan välistä kommunikaatiota, koska hoitaja ei osaa puhua kunnolla suomea. Hoitaja ei ymmärrä vanhusta ja hänen tarpeitaan, jolloin hän saattaa käyttäytyä vanhusta kohtaan kovakouraisesti. Eri maista suomeen tulevien hoitajien koulutus voi vaihdella suuresti hoitokulttuurista riippuen. Niissä maissa joissa vanhuksia ja ikääntyneitä arvostetaan, täälläkin heidän työskentelytapansa näkyy positiivisena asennoitumisena vanhustyöhön. (Sipiläinen 2008, 55 - 56.)

Altistavat tekijät, jotka voivat johtaa kaltoinkohteluun vanhuksen persoonaan liittyen, ovat sairaus, käyttäytyminen, oma tahto, huomaamaton asukas ja asukkaan ongelmat. Asukkaan omaisilla on mahdollisuus vaikuttaa, miten vanhusta kohdellaan. Paljon hoitoa vaativat vanhukset, kuten liikuntakyvyttömät, demenitit ja psyykkisesti oirehtivat, ovat riskialttiimpia kaltoinkohtelulle. Vanhus voi käytöksellään provosoida hoitajissa tai muissa asukkaissa negatiivisen reaktion esimerkiksi ärsyttämällä, kuten huutamalla, valittamalla, jatkuvalla huomionhakemisella, epäasiallisella kielenkäytöllä ja käyttäytymällä aggressiivisesti. Toisen asukkaan kaltoinkohdeksi saattaa tulla huoneissa luvatta kuljeskeleva vanhus, joka vie muiden tavaroita tai tulee liian lähelle toista asukasta. (Sipiläinen 2008, 57.)

Asukkaan voimakas omatahtoisuus, johon liittyy hoitotoimenpiteiden vastustus, hoidosta kieltäytyminen ja itsepäinen käytös, lisää suuresti kaltoinkohtelun vaaraa. Vastaavasti huomaamattomat asukkaat eivät osaa, uskalla tai halua tuoda itseään ja omia tarpeitaan esille, ja tähän voivat olla syynä muistiongelmat tai huono kommunikaatiokyky. Hoidon laiminlyönti liittyy usein näihin tapauksiin. Vanhuksen aikaisemmat tai nykyiset ongelmat oman elämän hallinnassa altistavat kaltoinkohtelulle. Ongelmat voivat liittyä alkoholin tai lääkkeiden väärin-



käyttöön tai epäsosiaaliseen elämäntapaan tai vanhuksen pitkäaikaiseen laistumiseen. Myös asukkaan omaisten epäasiallisen tai vaativan ja haasteellisen käyttäytymisen hoitohenkilökuntaa kohtaan on todettu lisäävän vanhusta kohtaan riskiä tulla laiminlyödyksi. (Sipiläinen 2008, 57 - 58.)

Vanhuksen luona vierailevan omaisen ongelmat ja perhesuhteet voivat olla taustalla omaisen tekemään kaltoinkohteluun. Näitä ovat esimerkiksi päihteiden käyttö, psyykkiset ongelmat, aikaisemmat tulehtuneet välit vanhuksen kanssa ja omaisten keskinäiset ristiriidat. Kaltoinkohtelu on alkanut jo vanhuksen kotona ja jatkuu laitoshoidosta huolimatta. (Sipiläinen 2008, 58.)

Organisaatioon tai hoitoyksikköön liittyvät tekijät, kuten työskentelykulttuuri, henkilökuntamitoitus, henkilökunnan saatavuus, johtaminen, ympäristö ja asukasrakenne muodostavat altistavia tekijöitä kaltoinkohtelulle. Työskentelykulttuurilla on todettu olevan huomattava osa siihen, miten asukkaita kohdellaan. Tällöin erilaiset rutiinit ja tehtäväkeskiset toiminnot hallitsevat osaston toimintaa. Työskentelymallin tunnusmerkkejä ovat tällöin laitosmaisuus ja tietynlainen byrokratia. Hoitajakeskeisessä työskentelykulttuurissa henkilökunnan tarpeet ja toiveet määräävät asiakkaan saamaa hoitoa ja toteutusta. Tällöin asiakaslähtöisyys saattaa unohtua ja se altistaa kaltoinkohtelulle. (Sipiläinen 2008, 60.)

Henkilökuntamitoitus voi olla asiakasmäärään nähden hyvinkin alhainen. Tämä johtaa siihen, että henkilökunta ei ehdi suorittamaan asiakkaan hoitoon ja tarpeisiin liittyviä tehtäviä riittävän hyvin. Henkilökunnan saatavuudessa on usein ongelmia. Päteviä hoitajia ei ole saatavilla ja henkilökunta vaihtuu usein ja työvuorojen paikkauksissa joudutaan käyttämään lyhytaikaista tai kouluttamatonta sijaistyövoimaa, mikä taas vaikuttaa vakituisen henkilökunnan jaksamiseen. Lyhytaikainen sijainen ei ehdi tutustua henkilökuntaan ja asukkaisiin sekä toimintatapoihin riittävän hyvin, mikä altistaa hoitovirheisiin ja laiminlyönteihin. (Sipiläinen 2008, 60 - 61.)

Osastonhoitajalla ja hoitotyön johtajilla on vastuu ja suuri merkitys sille, minkälaista hoitotyötä osastolla toteutetaan ja miten vanhuksia kohdellaan. Osastonhoitajan huono johtamistaito, kyvyttömyys linjata hoitotyötä ja puuttumattomuus

asioihin sekä epäkohtiin pitää yllä suurta riskiä kaltoinkohtelun ilmenemiselle ja sen jatkuvuudelle. Suuret yksiköt ja useamman yksikön johdettavuus vähensivät mahdollisuutta olla mukana osaston arjessa ja puuttumista hoitoon ja tilanteisiin, joissa asukasta kohdellaan huonosti. (Sipiläinen 2008, 61.)

Hoitoympäristö, kuten ahtaat asukashuoneet ja epäkäytännölliset hoito- ja wc-tilat, sekä erilaiset tekniset ratkaisut ja niiden toimimattomuus ja sopimattomuus osastolle voivat olla altistavia tekijöitä. Asukasrakenne voi altistaa asukkaiden väliseen kaltoinkohteluun. Samalla osastolla voi olla muistisairaita, liikunta- ja toimintarajoitteisia vanhuksia sekä psykogeriatrisia asukkaita. (Sipiläinen 2008, 62.)

Aikaisemmin tutkijat ovat keskittyneet ihmissuhde- ja perheongelmiin tutkiesaan vanhuksiin kohdistuvan väkivallan syitä. Nykyisin pidetään sopivana menetelmänä integroitua mallia, johon sisältyvät yksilö-, ihmissuhde-, yhteisö- ja yhteiskuntatason näkökulmat, ja sen avulla voidaan välttää joitakin aiemmissa tutkimuksissa esiin tulleita vääristymiä. (Krug ym. 2005, 154.)

Perheväkivaltatutkimuksissa on todettu, että fyysisesti aggressiivisilla väkivallantekijöillä on enemmän persoonallisuushäiriöitä ja alkoholiongelmia kuin normaali-ikäisillä (Krug ym. 2005, 151). Vanhuksiin kotona kohdistuvaan väkivaltaan syyllistyneillä on mielenterveys- ja päihdeongelmia suuremmalla todennäköisyydellä kuin niillä vanhuksia hoitavilla henkilöillä, jotka eivät ole väkivaltaisia. Vanhuksen korkea ikä, sairaudet ja vanhuuden heikkous lisäävät mahdollisuutta tulla kaltoinkohdeksi. (Mankinen 2011, 18.) Vertailututkimuksessa, joka koski Alzheimerin tautia sairastavia vanhuksia, tuli selville, että taudin aste ei ollut kaltoinkohtelun riskitekijä. Väestöllisten esiintyvyydestä tutkimusten pohjalta näyttää siltä, että vanhojen miesten riski joutua puolison, lasten tai muiden läheisten kaltoinkohtelemaksi on lähes sama kuin vanhojen naisten. Kuitenkin eräät tutkijat ovat pitäneet sukupuolta selittävänä tekijänä kaltoinkohtelulle, mikä perustuu vanhojen naisten koko iän jatkuneelle alistamiselle ja taloudelliselle riippuvuudelle. Vanhuksen tulotasolla ei näyttänyt olevan suurta merkitystä, kun taas tekijän taloudelliset vaikeudet näyttivät olevan tärkeä riskitekijä. Perheenjäsenten

käyttämät rahat vanhuksen hoitoon aiheuttivat katkeruutta ja lisäsivät näin kaltoinkohtelun riskiä ja taloudellista kiristämistä. (Krug ym. 2005, 152 - 153.)

Krugin ym. (2005, 152 – 153) ja Mankkisen (2011, 18) mukaan tutkijat eivät kokonaan kiistä vanhusta hoitavan henkilön uupumuksen merkitystä väkivaltaisen kohtelun riskitekijänä. Kuitenkin he ovat taipuvaisia tarkastelemaan sitä laajemmassa yhteydessä. Tärkeimpänä selvittävänä tekijänä pidetään henkilöiden keskinäisen suhteen luonnetta, jossa hoitajan uupumusta pidetään myötävaikuttavana tekijänä. Dementiapotilaiden väkivaltaisia tekoja pidetään mahdollisena vastavuoroisen väkivallan laukaisijana. Yleensä väkivaltatilanteen syntymiseen vaikuttavat useat tekijät, joita ovat ainakin uupumus, keskinäisen suhteen laatu, hoivattavan raju ja aggressiivinen käytös sekä hoitajan masennus. Asumisolot, kuten asumisahtaus ja yksityisyyden puute, on yhdistetty usein perheriitoihin. Kaltoinkohtelun riski on silloin suurempi, kun vanhus asuu yhdessä häntä hoivaavan ihmisen kanssa. Riippuvuussuhde hoidettavan ja hoitajan välillä voi myös kasvattaa riskiä. Tavallisin riippuvuussuhde on kuitenkin aikuisen lapsen riippuvuus vanhempansa kodinhoidollisesta ja taloudellisesta avusta.

Riskitekijätutkimuksissa on tullut esille vanhuksen sosiaalisen eristäytymisen yhteys kaltoinkohteluun. Useat vanhukset elävät eristäytyneinä fyysisten ja henkisten vajavaisuuksien vuoksi, jolloin eristyneisyys voi olla sekä väkivallan syy että sen seuraus. Yhteiskunnallisten tekijöiden katsotaan olevan vanhuksiin kohdistuvan väkivallan merkittävinä riskitekijöinä, vaikka vahvaa tutkimusnäyttöä on aiheesta vähän. (Mankkinen 2011, 18.) Aiemmin pidettyjen riskitekijöiden, kuten yksilöllisten ominaisuuksien ja ihmissuhteiden, lisäksi tunnustetaan myös kulttuuristen normien ja perinteiden, kuten ikä- ja sukupuolisyrjinnän ja väkivaltakulttuurin olevan tärkeitä taustatekijöitä. ”Vanhuksia pidetään usein hauraina, heikkoina ja riippuvaisina ja siksi vähemmän julkisia investointeja tai edes perheen hoivaa ansaitsevina kuin muut ryhmät”. Näin he altistuvat helpommin hyväksikäytön kohteeksi. (Krug ym. 2005, 153.)

Saarnion (2009, 55) tutkimuksen mukaan fyysisten rajoitteiden käytölle altistavat tekijät jaetaan seitsemään osioon: vanhukseen, omaiseen, hoitajaan, hoito-

työhön, hoitoympäristöön, organisaatioon ja työyhteisöön sekä yhteiskunnasta johtuviin syihin.

Vanhukseen liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat vanhuksen fyysinen (*yleisin*) ja psyykkinen turvattomuus (*pelkää levottomia asiakkaita*), turvallisuuden lisääminen, (*kaatumisvaara, asennon tukeminen, liikkumisen avustaminen, mahdolliset krampit*), ympäristöä häiritsevä käyttäytyminen, miessukupuoli, rauhoittava lääkitys, tarttuva infektio.

Omaisiin liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat omaisen vaatimus tai toivomus vanhuksen liikkumisen rajoittamisesta.

Hoitajaan liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat hoitoalan ammatillinen koulutus (*lähi - / perushoitaja, ikä 31 - 40 vuotta*), myönteinen asenne rajoitteiden käyttöön, työssä uupuminen, kielteinen asennoituminen vanhustyötä kohtaan.

Hoitotyöhön liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat virheelliset ja puutteelliset merkinnät potilaspapereissa, hoitajien tietämättömyys vanhuksen toimintakyvystä, hoitajien erilaiset toimintatavat (*rajoittavat tai eivät rajoita*), miksi ja milloin rajoitteita käytetään sekä rajoitteiden käyttö hoitotoimissa onnistumisen takaamiseksi.

Fyysiseen hoitoympäristöön liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat epäkäytännölliset ja ahtaat hoito- ja asumistilat, turvallisuusriskit, liikkumisen esteet, apuvälineiden puute.

Organisaatioon ja työyhteisöön liittyviä fyysisille rajoitteille altistavia tekijöitä ovat: hoitokulttuuri voi sallia rajoitteiden käytön rutiinisti (*varmuuden vuoksi, vanhustenhoitoon kuuluvana osana, valvontakeinona, epäammatillinen toiminta, makuuttava hoitokulttuuri*), terveystakeskuksen vuodeosasto, vähäinen henkilökunnan määrä, ilta- ja viikonloppuvuorot, asiakasmäärä yli 20 henkilöä.

Yhteiskunnallisina altistavina tekijöinä fyysisten rajoitteiden käytölle on vanhus-ten laitoshoidoa säätelevän lainsäädännön puuttuminen koskien fyysistä rajoit-tamista. (Saarnio 2009, 55 - 57.)

Saarnion (2009, 83) mukaan tutkimuksessa todettiin fyysisten rajoitteiden altis-tavan vanhuksen fyysiselle ja psyykkiselle kaltoinkohtelulle. Rajoitustilanteessa vanhus joutui hoitohenkilökunnan fyysisen voiman käytön kohteeksi. Kun van-hus siirrettiin syrjään muista vanhuksista, seurauksena on eristyminen ja syrjäy-tyminen muiden vanhusten ja hoitajien seurasta. Uusi tulos toi ilmi sen, että fyy-sisesti rajoitettu vanhus unohtuu helposti, syrjäytyy normaalista toiminnasta eikä saa tarpeeksi huomiota henkilökunnalta. Uutena havainnointina tutkimuksessa todettiin rajoitetun vanhuksen joutuvan toisten vanhusten sanallisen aggressiivi-suuden kohteeksi.

Hartikaisen (2008, 77) mukaan ikääntyneiden kaltoinkohteluun altistavia tekijöi-tä voidaan selittää vanhuksen heikon puolustuskyvyn kautta. Korkea ikä ja sai-raudet aiheuttavat riippuvuutta muista ihmisistä ja voivat johtaa kaltoinkohte-luun. Ikääntyminen itsessään ei poista väkivaltaista käytöstä, joten väkivalta voi jatkua pitkään ja samanlaisena. Myös lähisuhteen osapuolten roolit voivat vaih-tua, ja uhrista voi tulla väkivallan tekijä. Vanhusta hoitava läheinen tai hoitaja voi ylikuormittua työssään ja uupua, mikä altistaa kaltoinkohtelun riskille.

Tutkimuksessa nähdään ongelmana myös perheen pitkäaikaiset ongelmat, ku-ten väkivaltainen parisuhde, joka voi olla ylisukupolvisen väkivallan jatkumoa. Tulokset tukevat myös kaltoinkohtelijan patopsykopatologiaan liittyvää selitys-mallia, missä kaltoinkohtelulle altistavat kaltoinkohtelijan ja uhrin riippuvuussuh-de, mustasukkaisuus, uhrin tai hänen läheisensä riippuvuus alkoholista tai mie-lenterveysongelmat. Tutkimuksessa todettiin, että vanhuuden ja poliittisen ta-louden konstruointi, yhteiskunnallisen ajattelutavan muutos, mikä osaltaan ko-rostaa yksilökeskeistä ajattelua liittyen lähimmäisenrakkauden murenemiseen, lisäävät kaltoinkohtelun esiintymistä.

## 5.2 Kaltoinkohteluun altistavien tekijöiden yhteenveto

Tutkimuksista saatujen tulosten vertailu on yksinkertaisempaa, kun saadut tulokset on luokiteltu alla oleviin taulukoihin kohderyhmittäin. Käytämme tässä apuna Saarnion (2009, 55) fyysisten rajoitteiden käytön seitsemän kohdan ryhmittelyä. Taulukossa 3 olevia altistavia tekijöitä ei ole luokiteltu niiden esiintyvyyden tai korkeamman tai matalamman riskin mukaan.

Taulukko 3. Kaltoinkohteluun altistavia tekijöitä

### **Vanhuksesta johtuvia tekijöitä**

erilaiset sairaudet, korkea ikä, vanhuuden heikkous/puolustuskyvyttömyys, naissukupuoli, (miessukupuoli fyysistä rajoittamista enemmän) liikuntakyvyttömät, dementikot, psyykkisesti oirehtivat, aggressiivinen käyttäytyminen/sopimaton kielenkäyttö/huutelut/valittaminen/harhaileva kuljeskelu, oma tahto/itsepäinen käytös/hoitotoimenpiteiden vastustus/kieltäytyminen hoidosta, huomaamaton asukas/muistiongelmat, huono kommunikaatiokyky, elämänhallinnan ongelmat/alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö/epäsosiaalinen elämäntilanne/pitkäaikainen laitostuminen, sosiaalinen eristäytyminen =syy tai seuraus.

### **Omaisista johtuvia tekijöitä**

omaisten epäasiallinen, vaativa ja haasteellinen käytös henkilökuntaa kohtaan, omaisten ongelmat ja perhesuhteet, asumisolot/ahtaus/yksityisyyden puutos, päihteiden käyttö, psyykkiset ongelmat, huonot välit vanhuksen kanssa, keskinäiset ristiriidat omaisten välillä, tekijän (useimmin) tai omaisen taloudelliset vaikeudet, omaishoitajan uupumus/ylikuormittuminen, keskinäisen suhteen luonne/seksuaalisuus/mustasukkaisuus, omaisen masennus, taloudellinen ja kodinhoidollinen riippuvuussuhde, väkivaltainen parisuhde/ylisukupolvisen väkivallan jatkumo.

**Hoitajasta johtuvia tekijöitä**

koulutustaso, arvot ja asenteet/kielteinen asennoituminen vanhustyötä kohtaan, fyysinen ja henkinen jaksaminen, hoitajan masennus, uupumus/itsehillinnän heikentyminen, kiire ja stressi, ongelmat omassa elämäntilanteessa, persoonallisuus/ heikko ammatti-identiteetti/amatillisuus, kulttuuriset taustat, ulkomaalaistaustainen hoitaja/huono suomen kielen taito, huono ammattitaito/vuorovaikutustaito, nuori hoitaja/kokemattomuus.

**Hoitotyöstä johtuvia tekijöitä**

virheelliset ja puutteelliset merkinnät potilastiedoissa, erilaiset toimintatavat ja fyysisten rajoitteiden käyttö altistavat vanhuksen usein fyysiselle ja psyykkiselle kaltoinkohtelulle.

**Hoitoympäristöstä johtuvia tekijöitä**

ahtaat asukashuoneet, yksityisyyden puute, hoidettava ja hoitaja asuvat yhdessä, epäkäytännölliset hoito- ja wc- pesutilat, teknisten ratkaisujen toimimattomuus ja sopimattomuus osastolle, moninainen asukasrakenne/asukkaiden väliset konfliktit, apuvälineiden puute tai toimimattomuus.

**Organisaatiosta ja työyhteisöstä johtuvia tekijöitä**

työskentelykulttuuri, pieni henkilökuntamitoitus suhteessa asiakasmäärään, henkilökunnan saatavuus, henkilökunnan suuri vaihtuvuus, lyhytaikaiset ja kouluttamattomat sijaiset, ympäristö ja asukasrakenne, rutiinit, tehtäväkeskeiset toiminnot, laitospäisyys, byrokratia, asiakaslähtöisyyden unohtaminen, hoitajakeskeinen työskentelykulttuuri, etusijaiset hoitajien tarpeet ja toiveet, huono johtamistaito/kyvyttömyys linjata hoitotyötä, puuttumattomuus asioihin ja epäkohtiin, suuret yksiköt tai usean yksikön johdettavuus.

### Yhteiskunnasta johtuvia tekijöitä



kulttuuriset normit ja perinteet, ikä- ja sukupuolisyrjintä ja väkivaltakulttuurin hyväksyminen, lainsäädännön puutteet, kielteinen vanhuskäsitys, yleinen lähimmäisen rakkauden mureneminen.

## 6 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 6.1 Luotettavuus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on luotettava tieteellinen tutkimusmenetelmä yhdistää jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja arvioida tiedon laatua. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen edellyttää menetelmän teoreettisen perusasioiden tuntemusta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.)

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun järjestelmällisyys. Tiedonhaku on tarkasti määritelty ja rajattu prosessi, joka on uudelleen toistettavissa. (Tähtinen 2007, 10.)

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisää kahden tutkijan kiinteä yhteistyö, jossa päämääränä on koota ja analysoida tietoa kattavasti valitusta aiheesta aikaisemmin julkaistujen tutkimusten pohjalta. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää, jos hakuprosessissa jätetään pois muut kuin suomen- ja englanninkieliset artikkelit. Tällöin voi jäädä pois mahdollisesti korkeatasoisia tutkimuksia. (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 46 - 53.)

Kirjallisuuskatsauksessa voidaan ehkäistä systemaattisia virheitä sisäänotto- ja poissulkukriteeteillä. Tutkittavan aiheen kannalta kriteereiden tulee olla tarkat ja johdonmukaiset. Sisäänottokriteerien täytyy perustua tutkimuskysymykseen ja olla laadittu ennen tutkimusten valintaa. (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 48 - 49; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.)



Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten laadulle tulee määritellä peruskriteerit jo tutkimussuunnitelmassa. Näin voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42–43.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kriittinen arviointi prosessin eri vaiheissa on tärkeää kirjallisuuskatsauksessa saadun todellisen tiedon kannalta (Pudas - Tähkä & Axelin 2007, 53).

Tutkimusprosessia on raportoitu ja kirjattu yksityiskohtaisesti. Tämä lisää tutkimuksen vahvistettavuutta, ja lukijalla on mahdollisuus tavoittaa tutkimusprosessi halutessaan. Arvioidessamme alkuperäisartikkeleiden laatua tarkastelimme tutkimustuloksia, tutkimusten kohderyhmää ja miten hyvin tieto on hyödynnettävissä työhömmme. Kohderyhmänä kaikissa alkuperäisissä artikkeleissa oli vanhuksset.

Keskityimme tarkastelemaan vanhusten kaltoinkohteluun altistavia riskitekijöitä laaja-alaisesti, jolloin pyrimme löytämään tietoa niin hoitolaitoksissa, avohoidossa kuin kotona ilmenevistä kaltoinkohtelun riskitekijöistä. Suurin osa alkuperäisartikkeleista oli tutkimuksia, mikä lisännee tutkimuksen luotettavuutta. Mukaan mahtui myös ikäihmisten kaltoinkohtelua käsittäviä toimintaohjeita, suosituksia, oppaita ikääntyneille sekä kaltoinkohteluun liittyviä projekteja. Nämä voivat osaltaan heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Kaikki muut valitsemamme tutkimukset olivat laadullisia eli kvalitatiivisia tutkimuksia paitsi yksi, jossa oli käytetty kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Arvioimme tutkimuksia sen mukaan, voiko niiden antamaa tietoa vanhusten kaltoinkohteluun altistavista tekijöistä hyödyntää hoitotyössä. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen artikkelien laatua on arvioitu samojen kriteerien pohjalta, ja haut sekä päätökset tutkimusten valintaan on tehty yhdessä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit ovat pysyneet samoina koko hakuprosessin ajan. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta, paitsi jos kriteerit ovat olleet liian tiukat, niin osa työn kannalta merkityksellisistä tutkimuksista on voinut jäädä hakujen ulkopuolelle.

Kaikkia tutkimuksia ei ollut mahdollisuus hankkia tarkasteltavaksi, ja tämä voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuskysymykseemme ja sisäänotto-kriteereihimme vastaavia tutkimuksia löytyi yllättävän vähän, joten tämä vaikuttaa osaltaan tutkimuksen luotettavuuteen vähentävästi. Ulkomaisia saatavilla olevia tutkimuksia emme voineet hyödyntää, koska niistä saadut tulokset eivät vastanneet tutkimuskysymykseemme. Hakujen tarkka merkitseminen auttaa tutkimukseen saamamme tiedon hyödynnettävyyttä myös jatkossa. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset ovat suomalaisia, yksi tutkimus on kansainvälinen.

## **6.2 Eettisyys**

Työssämme ei tullut eteen eettisiä ongelmia. Pyrimme toimimaan kirjallisuuskatsauksen eettisten vaatimusten mukaan. Meitä ohjasi tiedonhaussa vain tutkittu ja luotettava tieto eivät oletukset. Puolueettomuuteen tutkimusten sisäänotoissa ja poissulkemisessa on kiinnitetty huomiota, ja niiden valintaan eivät vaikuttaneet mitkään ulkopuoliset tekijät. Tuloksien tarkastelussa ja raportoinnissa pyrimme huolellisuuteen, tarkkuuteen ja rehellisyyteen, emmekä vääristelleet tuloksia. Koko prosessin ajan kahdestaan tekemämme yhteistyö ja kriittiset pohdinnat lisäävät työn luotettavuutta ja eettisyyttä.

# **7 YHTEENVETO**

## **7.1 Yhteenveto altistavista riskitekijöistä**

Kirjallisuuskatsauksessa esille tulleisiin vanhuksista johtuviin altistaviin riskitekijöihin täytyy hoitoalan ammattihenkilönä asennoitua ymmärtäväisesti, ammatillisesti sekä eettiset arvot huomioiden. Suurin osa näistä esille tulleista altistavista riskitekijöistä on seurausta vanhenemisen tuomista fyysisistä ja psyykkisistä muutoksista sekä monista eri sairauksista johtuvista tekijöistä. Myös lääkehoito voi muuttaa vanhuksen käyttäytymistä erilaiseksi, mitä se muuten olisi. Näistä

johtuviin tekijöihin ei hoitajan pidä provosoitua ja altistua huonoon vanhuksen kohteluun tai hoitoon. Vanhuksen väkivaltaiseen käyttäytymiseen ei pidä vastata väkivallalla. Korkea ikä, vanhuuden heikkous, puolustuskyvyttömyys ja nais-sukupuoli ovat tutkimuksissa todettu kaltoinkohtelun riskitekijöiksi.

Sairauksista dementoivat sairaudet, psyykkiset sairaudet, muistiongelmien ja liikuntakyvyttömyys ovat altistavia riskitekijöitä. Vanhuksen persoonaan liittyviä altistavia tekijöitä voivat olla epäsopeva ja itsepäinen käytös, voimakas omatahtoisuus, sopimaton kielenkäyttö, valittaminen, vastustelu ja kieltäytyminen hoidosta. Huomaamaton asukas, muistiongelmista kärsivä huonon kommunikatiivisuuden omaava vanhus voi jäädä ilman hoitoa. Epäsosiaalinen elämäntapa, alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö ja erilaiset elämäntilanteiden ongelmat lisäävät huomattavasti riskiä joutua kaltoinkohtelulle, kuten myös vanhuksen pitkäaikainen laitostuminen. Sosiaalinen eristäytyminen voi olla syy tai seuraus kaltoinkohtelulle tai kaltoinkohtelusta.

Omaisesta esille tullessiin altistaviin riskitekijöihin on hoitavan henkilökunnan hankalampi puuttua ja yleensäkin niitä havaita tai saada todistetuksi. Omaisten käyttämä väkivalta, josta jää vanhukselle poikkeuksellisia jälkiä, myös vanhuksen epäsiisteys, hoitamattomuus, aliravitseminen, pelokkuus, itkuisuus ja sekavuus voivat olla selviä merkkejä kaltoinkohtelusta, jolloin epäilyn tulisi herätä.

Myös monet muut merkit voivat viitata pahoinpitelyyn ja hyväksikäyttöön. Vanhus voi suojella omaistaan tai pelätä kosta, jolloin kysyttäessä kaltoinkohtelusta hän voi kieltää tapahtuneet asiat. Kaltoinkohtelijana on monesti vanhuksen aikamiespoika, jolla on alkoholi- ja mielenterveys- sekä taloudellisia ongelmia. Kaltoinkohtelu on alkanut jo vanhuksen kotona ja jatkuu laitoshoidosta huolimatta.

Omaisten keskinäiset riidat, huonot välit vanhuksen kanssa, ongelmalliset perhe- ja sukulaissuhteet, joissa yhtenä tekijänä ovat taloudelliset ongelmat, lisäävät merkittävästi kaltoinkohtelun riskiä. Omaishoitajan uupuminen, ylikuormittuminen, masennus, asumisolojen ahtaute ja yksinäisyys lisäävät tutkimusten mukaan riskiä huomattavasti. Riippuvuussuhde, seksuaalisessa elä-

mässä tapahtuneet muutokset, mustasukkaisuus ja aiempi väkivallan käyttö ovat suuren riskin altistuksia kaltoinkohtelulle.

Hoitajasta esille tulleisiin altistaviin riskitekijöihin vaikuttavat paljon arvot, eettinen omatunto ja asenteet vanhustyötä kohtaan. Suhtautuminen myönteisesti vanhusten hoitotyöhön ja yleensä iäkkäisiin estää ainakin tahallista kaltoinkohtelua. Tulosten mukaan koulutetummalla henkilökunnalla on pienempi riski altistua kaltoinkohteluun kuin alemmin koulutetuilla. Kouluttamaton henkilökunta altistuu helpommin kaltoinkohtelulle, mutta tutkimukset osoittavat, että kouluttamatonkin hoitaja osaa antaa laadukasta hoitoa.

Työssä uupumisen, fyysisen ja henkisen jaksamisen ja hoitajan masennuksen seurauksena on itsehillinnän menetys, jonka on todettu lisäävän kaltoinkohtelun riskiä. Kiire ja stressi aiheuttavat huolimattomuutta ja välinpitämättömyyttä. Oman elämäntilanteen ongelmat heijastuvat monesti työssä jaksamiseen. Hoitaja on aina oma yksilö ja persoonansa. Ammatillisuus ja ammatti-identiteetti on siten yksilöllistä, miten kokee itsensä muiden joukossa, sekä miten osaa, hallitsee työnsä ja miten sen toteuttaa. Nuoren hoitajan ja kokemattomuuden osoitettiin olevan riskitekijä, joten siinä ammatillinen kasvu ja kokemus oikeanlaisesta vanhustyöstä minimoi riskitekijät jatkossa.

Hoitajan tulee pitää itsestään huolta, että jaksaisi tehdä työnsä hyvin ja ammatillisesti oikein. Kun huomaa että oma jaksaminen vaikuttaa kielteisellä tavalla hoitotyön tekemiseen ja altistumiseen hoitovirheille, tällöin olisi hyvä keskustella esimiehen kanssa ja hakea apua ongelmiin. Olisi hyvä keskustella, mistä vaikeudet johtuvat, ovatko ne henkilökohtaisia vai johtuvatko ne työyhteisöstä, jolloin niihin olisi helpompi lähteä hakemaan oikeanlaista apua.

Hoitajan kulttuurisella taustalla on todettu olevan merkitystä kaltoinkohteluun altistavana riskitekijänä. Näistä on mainittu ulkomaalaistausta, huono ammattitaito, huono suomen kielen taito ja huono vuorovaikutus vanhuksen kanssa. Suomessa vanhuksia hoitaa useasta eri kulttuuristaustaisista maista olevia ihmisiä. On todettu, että niistä maista tuleva hoitaja, missä vanhusta arvostetaan, hän hoitaa täälläkin vanhuksia hyvin ja kunnioittaen. Edellä mainittuihin ongel-

miin voidaan vaikuttaa asiantuntevalla ja tarvelähtöisellä rekrytoinnilla, ammatillisella lisäkoulutuksella, suomen kielen lisäopinnoilla, erittäin syventävällä perehdytyksellä vanhustyöhön sekä riittävällä ohjauksella ja valvonnalla.

Tutkimuksista esille tulleeisiin hoitotyöstä johtuviin altistaviin riskitekijöihin ei ollut laajoja mainintoja. Erilaiset toimintatavat hoitotyössä käsittävät laaja-alaisesti potilaan hoitotyöhön liittyvät kliiniset hoitotyön osa-alueet sekä kirjaamisen. Puutteelliset sekä virheelliset merkinnät potilastiedoissa sekä erilaiset toimintatavat mainittiin altistavina riskitekijöinä.

Potilaan fyysisestä rajoittamisesta on opinnäytetyössämme oma erillinen tutkimus. Fyysinen rajoittaminen ei ole aina kaltoinkohtelua. Se muuttuu kaltoinkohteluksi, jos rajoittamisessa käytetään suhteetonta voimaa henkilökunnan osalta tai potilaalle aiheutuu fyysisiä vammoja tai psyykkistä haittaa.

Osastonhoitajalla ja hoitotyön johtajilla on suuri vastuu hoitotyön toteuttamisesta, ja siitä miten vanhuksia kohdellaan. Huono johtamistaito, hoitotyön epäpätevät linjaukset, asioihin ja epäkohtiin puuttumattomuus lisäävät suurta riskiä kaltoinkohtelun esiintyvyydelle ja sen jatkuvuudelle.

Erilaiset toimintatavat hoitotyössä altistavat huonolle hoidolle ja muuttuvat kaltoinkohteluksi, jos ne tehdään potilasta vahingoittaen, kovakouraisesti, huolimattomasti, loukkaavasti, eettisesti väärin, laiminlyömällä hoidon tarve ja apu tekemättä jättämällä joko tahallisesti tai tahattomasti. Erilaiset toimintatavat hoitotyössä ovat yksittäisen hoitajan tai osaston määräysten mukaisia toimintamalleja. Näissä tapahtuviin epäkohtiin hoitajan on helppo puuttua ne tunnistaessaan tai havaitessaan muiden tekevän väärin.

Hoitoympäristöstä esille tulleeisiin altistaviin riskitekijöihin (tekniset ja kiinteät rakenteet) ei yksilönä juuri voi vaikuttaa kuin tuomalla epäkohdat esille ja yrittää vaikuttaa esimiehiin puutteiden korjaamiseksi. Muihin esille tulleeisiin kohtiin voi vaikuttaa järjestelyillä käyttäen tervettä mielikuvitusta. Aina löytyy uusia ideoita ja ratkaisuja, joita voi kokeilla, eikä tyytyä vanhaan toimintatapaan.

Organisaatiosta ja työyhteisöstä esille tullessiin altistaviin riskitekijöihin voidaan vaikuttaa yksilönä, ryhmänä tai moniammatillisuuden kautta. Jäykän organisaation takana voi olla monia tekijöitä, joihin on hankala yksilönä puuttua ja vaatia muutosta. Kyseessä on monesti raha ja erilaiset valtasuhteet päätöksien teossa. Henkilökuntamitoitukseen pitäisi erityisesti puuttua, koska vähäinen henkilökunnan määrä suhteessa hoidettaviin tuo kiirettä ja stressiä hoitohenkilökunnalle, huonontaa työilmapiiriä ja työ hyvinvointia.

Lyhytaikaisten sijaisten ja kouluttamattoman henkilökunnan perehdytykseen tulisi sisällyttää ohjausta ja tietoa kaltoinkohtelusta ja sen ehkäisystä. Työtehtävien, tehtäväkeskeisten toimintojen uudelleen organisointi, huonojen työrutiinien muuttaminen potilasystävällisimmiksi, hoitajakeskeisen työskentelevien ja etusijalla olevien hoitajien tarpeiden ottaminen esille ja niistä keskusteleminen moniammatillisesti ja tarvelähtöisesti on tärkeää.

Lakisääteisiä taukoja olisi saatava noudattaa, ja niistä olisi jokaisen pidettävä huoli. Niiden aikataulullinen sovittaminen potilaan tarpeet huomioon ottaen olisi ensisijaista. Asukasrakenne olisi järjestettävä osastolla niin, että asukkaiden väliset konfliktit pystyttäisiin minimoimaan. Laitosmaisuuksiin on käytettävissä monia keinoja, joilla ympäristöä saadaan kodin omaiseksi ja asukkaille viihtyisämmäksi.

Kaiken perustana on organisaation ja työyhteisön vaikuttavuus parempaan vanhusten hoitoon, joka lähtee myönteisestä vanhuskäsityksestä ja asiakaslähtöisyydestä. Sen pitää lähteä korkeammalta päättäjä- ja johtajatasolta ulottuen konkreettisesti vanhusten parissa hoidollisesti työskenteleviin sekä muihin tahoihin, jotka ovat välillisesti tekemisissä vanhuksen asioiden kanssa. Vanhuksia ja heidän omaistensa toiveita ja mielipiteitä ei pidä jättää huomiotta, ja ne pitäisi sisällyttää niihin päätöksiin, joita tehdään juuri heitä varten.

Yhteiskunnasta johtuvista altistavista riskitekijöistä on tutkimuksissa tuotu esiin kulttuuriset normit ja perinteet, ikä ja sukupuolisyriintä ja väkivaltakulttuurin hyväksyminen, lainsäädännön puutteet, kielteinen vanhuskäsitys, yleinen lähimmäisen rakkauden mureneminen.

Yhteiskunta kehittyy jatkuvasti, jolloin sekä arvot ja asenteet muuttuvat. Tiu-kemmalla lainsäädännöllä ja kriminalisoimalla tiettyjä toiseen henkilöön kohdistuvia väkivallantekoja, jotka nykyisellään painetaan vielä villaisella, voitaisiin kaltoinkohtelua ehkäistä jatkossa paremmin. Suvaitsevaisuudella on iso merkitys, ja siitä puhutaan nykyisin paljon. Sen avulla voitaisiin saada vanhuskäsitys nousemaan siihen arvoonsa tässä yhteiskunnassa, mikä sille oikeasti kuuluisi.

## **7.2 Johtopäätökset tutkimuksista saaduista tuloksista**

Vanhusten kaltoinkohtelusta on tehty useita tutkimuksia käsittäen vanhainkoteja, eri hoitolaitoksia, kotihoitoa, lainsäädäntöä sekä kannanottoja vanhuspoliittisissa ohjelmissa valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Tutkimuksissa on kylläkin ollut painopiste tuoda esiin kaltoinkohtelun eri ilmenemismuotoja, niiden tunnistamista ja ehkäisyä. Vähemmälle huomiolle tutkimuksissa ovat jääneet kaltoinkohteluun altistavat tekijät, joihin kohdistuvaa suoraa ja syventävää tutkimustietoa ei ole juurikaan tehty.

Useissa tutkimuksissa ja artikkeleissa kuvattiin altistavia riskitekijöitä, jotka perustuivat tässä kirjallisuuskatsauksessa olevien tutkimusten tuloksiin, eikä niissä tullut esille mitään uutta tai sellaista näkökohtaa, mitä olisimme pystyneet hyödyntämään opinnäytetyössämme. Riskitekijöitä ei ole tutkimuksissa mitenkään jaoteltu suuremman tai matalamman riskin mukaan. Altistavien tekijöiden tutkimustiedolla pystyttäisiin jatkossa paremmin havaitsemaan ja tunnistamaan erilaiset altistavat riskitekijät, jotka johtavat kaltoinkohteluun ja ehkäisemään näin kaltoinkohtelua kaikilla tasoilla.

Vanhusten kaltoinkohtelu on hoito- ja sosiaalityön yhteinen intressi, ja yhteistyö näiden toimijoiden välillä pitäisi saada entistä enemmän toimivaksi ja kitkattomaksi. Yhteisillä koulutuksilla ja ajankohtaisen tiedon välittämällä sekä toimimalla muiden vanhusten parissa työskentelevien sektoreiden kanssa voitaisiin saada hyviä tuloksia aikaan entistä paremmin. Eri viranomaistahojen, kuten esimerkiksi poliisin ja pelastushenkilökunnan, kykyä huomata työssään kaltoin-

kohtelun merkkejä sekä altistavia tekijöitä voitaisiin parantaa lisäkouluttamalla kyseisiä henkilöstöryhmiä.

Tutkimuksissa esiin tulleita tunnistettavia altistavia tekijöitä voitaisiin hoitotyön kohteissa esimerkiksi vanhainkodeissa ehkäistä monin eri tavoin. Koulutuksella olisi suuri merkitys tunnistaa ja huomata epäkohdat, sekä tuoda ne selkeästi esille työyhteisöissä. Osastonhoitajan johtovastuun ottaminen ja linjaukset kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisyyn sekä jatkuva hoitohenkilökunnan motivointi laadukkaaseen vanhusten tarpeiden huomioimiseen ja hoitoon pitäisi ottaa päivittäin esille.

Esiin tulleista kaltoinkohtelutilanteista olisi hyvä pitää erillistä muistiinpanokirjaa ja järjestää työyhteisössä säännöllisiä palaverreja ja keskustella näissä avoimesti esille tulleista kaltoinkohtelutilanteista. Tällöin voitaisiin huomata, jos joku hoitaja säännöllisesti kaltoinkohtelee vanhusta tai käyttäytyy muuten epäasiallisesti. Ja niin siihen voitaisiin puuttua monin eri tavoin. Yhtenä vaihtoehtona olisi, että jos hoitaja ei huomautuksista ja varoituksista huolimatta lopeta huonoa vanhusten kohtelua, hänet pitää siirtää hallinnollisesti johonkin muuhun yksikköön, missä ei hoideta vanhuspotilaita.

## 8 POHDINTA

Kirjallisuuskatsaus on ollut opinnäytetyönä iso ja raskas, mutta opettava projekti. Oppimisprosessina se on kehittänyt suunnitelmallisuutta ja tuloksellisuutta, jota tarvitaan tulevassa työssämme sairaanhoitajina. Olemme työn edetessä kehittyneet myös kriittisesti, yhteistyömme on sujunut hyvin päätöksenteon ja argumentoinnin osalta. Lähdimme tekemään kirjallisuuskatsausta vanhusten kaltoinkohtelusta koko sen laajuudessaan. Tutkimuskysymyksemme varmistui aika nopeasti kirjallisen tiedon keruun alussa, koska kaltoinkohteluun liittyvistä altistavista tekijöistä ei ollut kirjallisuudessa näyttöä niin paljon kuin muista aiheista. Asia kiinnosti meitä ja silloin päätimme etsiä kysymykseemme vastausta systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla.



Saamiemme tulosten määrä ei yllättänyt, mutta tutkimusten vähäisyys aiheesta oli kylläkin pettymys. Ikääntyneiden kaltoinkohtelua käsittävän kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten sekä tutkimiemme tuoreimpien aineistojen perusteella saimme kuitenkin riittävän kattavat ja keskeisimmät vastaukset hoitotyön näkökulmasta kysymykseemme vanhusten kaltoinkohteluun altistavista tekijöistä. Kaltoinkohteluun altistavat erilaiset tekijät ja niiden yhteys toisiinsa sekä niiden vaikuttavuus yksilö- ja yhteisötasolla vastasivat sitä käsitystä ja moniulotteisuutta, mitä teoriaosassa toimme esille.

Vanhusten hoitotyötä aikaisemmin tehneinä ja siitä saadun työkokemuksen sekä tekemämme opinnäytetyön tuoman teoratiedon avulla pystymme havaitsemaan ja tunnistamaan kaltoinkohtelua tulevassa työssämme paremmin ja jakamaan oppimaamme myös muille ihmisille ja työyhteisöille. Hoitotyöntekijöinä läheisimmäksi ja tärkeimmäksi osa-alueeksi koemme hoitajasta ja hoitotyöstä sekä potilaasta johtuvat altistavat riskitekijät. Näihin voimme vaikuttaa jokapäiväisessä työssämme ja myös vaikuttaa suorasti tekemällä työmme hyvin ja vastuullisesti ikääntynyttä ihmistä kunnioittaen sekä vanhustyötä arvostaen.

Omaisesta johtuvista altistavista riskitekijöistä on vaikeimpia analysoida tuloksia hoitotyön näkökulmasta. Kun omainen vierailee vanhuksen luona hoitolaitoksessa, tulee hoitajan puuttua asiaan, jos huomaa omaisen käyttäytyvän vanhuskohtaan niin, että se viittaa kaltoinkohteluun missä tahansa muodossaan. Kotisairaanhoidossa tai muussa vanhuksen kotona tapahtuvissa työtehtävissä on hoitotyötä tekevällä henkilöllä velvollisuus puuttua kaltoinkohteluun sen ilmitullessa tai sitä epäiltäessä ja tehdä siitä ilmoitus viranomaisille. Omaisiin liittyvissä kaltoinkohteluepäilyissä esille tulevat asiat kuuluvat paljolti sosiaalitoimen alueelle. Heillä on mahdollisuus puuttua laajemmin riskitekijöihin ja epäkohtiin, joita heidän työssään tulee esille muutenkin vanhuksen asioita hoitaessa.

Vanhusten kaltoinkohtelua on pidetty yleisesti arkaluontoisena asiana. Mediasa asia on esillä jollain tavalla lähes viikoittain, mutta asenteet ja ihmisten reaktiot näyttäisivät olevan hyvin välinpitämättömiä eikä yleistä keskustelua ole syntynyt. Vanhusten aseman nyky-yhteiskunnassa toivoisi paranevan uuden vanhuspalvelulain myötä. Se on tällä hetkellä valmisteilla ja tulee voimaan vuoden

2013 aikana. Vanhuspalvelulain yksi suurimmista muutoksista olisi ollut riittävän henkilökunnan turvaaminen ikääntyneiden hoidossa ja hoivatyössä. 19.4.2012 julkistettu vanhuspalvelun luonnos ei kuitenkaan sisällä vanhustenhuollon henkilöstömitoituksia, joita olisi toivottu kipeästi uuteen lakiin. Nyt esitettyyn lakiluonnokseen on kirjattu, että henkilöstömitoituksista voidaan tarvittaessa säätää erillisellä asetuksella.

Kysymys kuuluukin, millä tavalla se henkilöstömäärän riittävyys pystytään mittaamaan? Nimenomaan iäkkään oma subjektiivinen näkemys ja omaisten näkemys siitä riittävydestä täytyy ottaa hyvin vahvasti huomioon. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on kehittää vanhustenhoitoa laaja - alaisesti, kirjata vanhusten oikeudet sekä vanhustenhoidon linjaukset, joiden veloitteena kuntien tulee turvata iäkkäille ihmisarvoinen, turvallinen ja laadukas hoito. Tämän lain voimaantuleminen toivottavasti parantaa vanhusten asemaa ja arvostusta yhteiskunnassa sekä osaltaan vähentäisi heihin kohdistuvaa kaltoinkohtelun esiintymistä.

Kuten opinnäytetyössämme on jo aikaisemmin tullut esille, erityisesti kaltoinkohteluun altistavien tekijöiden ja siihen johtavien syiden tutkiminen on jäänyt vähäiseksi. Tämän ongelman syvällisempi ja laaja-alaisempi tutkimus hoito- ja sosiaalityön yhteistyönä olisi merkittävä parannus vanhusten kaltoinkohtelun ehkäisyssä. Lähi - ja sairaanhoitajakoulutukseen olisi hyvä lisätä vanhustenhoidon kurssialueeseen tietopaketti vanhusten kaltoinkohtelusta. Nämä edellä mainitut asiat toisivat asialle julkisuutta ja näkyvyyttä, jota kaivattaisiin kipeästi ja saataisiin vanhusten ääni kuuluviin.

## LÄHTEET

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K.-R. & Pohjola, L. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Flinkman, M. & Salanterä S. 2007. Integroitu katsaus - eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 51. Turku: Turun yliopisto, 85.
- Hartikainen, S. 2008. Ikääntyneiden lähisuhteissaan kokema kaltoinkohtelu ja sosiaalityö kaltoinkohtelun tunnistajana ja siihen puuttujana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Pro gradu-tutkielma.
- HE137/1999. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1999/19990137>. 29.10.2011.
- Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2003. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku.
- Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen senioriliike ry.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.
- Koskinen, S., Ahonen, S., Jylhä, M., Korhonen, A-L & Paunonen, M. 1992. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Jyväskylä: Gummerus.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37- 45.
- L710/1982. Sosiaalihuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. 29.10.2011.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 22.10.2011.
- L563/1998. Rikoslaki. Törkeän rikoksen ilmoittamatta jättäminen. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>. 29.10.2011.
- L442/1999. Laki holhoustoimesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990442>. 29.10.2011.
- L731/1999. Suomen perustuslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. 29.10.2011.
- L812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. 29.10.2011.
- L125/2006. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2006/20060125>. 29.10.2011.
- Leino - Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

- Mankkinen, T. 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisut 19/2011.  
[http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/9331E7C5615DB132C225789300406FF3/\\$file/192011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/9331E7C5615DB132C225789300406FF3/$file/192011.pdf). 3.2.2012
- Pudas – Tähkä, S. M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 51. Turku: Turun yliopisto, 46 – 53.
- Rikosuhripäivystys. 2007. Käytännön oikeusopas väkivaltarikoksen uhreille.  
<http://www.riku.fi/fi/oikeusopas/>. 16.3.2012.
- Saarnio, R. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja.  
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf>. 20.2.2012.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki – Petäjä - Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.
- Sarvimäki, A. & Stenbock – Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.
- Sipiläinen, H. 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.  
<http://www.kampus.uku.fi/gradut/2008/7549.pdf>. 18.2.2012.
- Sosiaali ja terveysministeriö 2008. Suomen kuntaliitto. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf). 22.10.2011.
- Suomen vanhusten turvakotiyhdistys ry. 2005. Opas ikääntyneiden kaltoinkohtelusta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. Ikäihmisten kaltoinkohtelu ehkäisy-projekti.  
<http://suvantory.fi/wp-content/uploads/Opas-kaltoinkohtelusta1.pdf>. 16.3.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Ikääntyneiden palvelujen kehitys.  
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/index.htm>. 22.10.2011.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut.  
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>. 18.10.2011.
- Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.). 2001. Geriatria. Helsinki: Duodecim.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A 51. Turku: Turun yliopisto, 10.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: Tammi.

- Vanhustyön keskusliitto. 2008. Turvaopas vanhuksille.  
[http://www.vtkl.fi/fin/opas\\_turvallisuudesta/](http://www.vtkl.fi/fin/opas_turvallisuudesta/). 16.3.2012.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). 2009. Gerontologinen hoitotyö.  
Helsinki: WSOY.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne – Soveri, U. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu.  
Saarijärvi:Gummerus.