

Marjo Outila

# **lääkkäiden ihmisten positiot hoivan ja vanhuuden sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa**



LAPIN YLIOPISTO  
UNIVERSITY OF LAPLAND

MARJO OUTILA

## **Iäkkäiden ihmisten positiot hoivan ja vanhuuden sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa**

Akateeminen väitöskirja,  
joka Lapin yliopiston Yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella  
esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston salissa B126  
toukokuun 16. päivänä 2025 klo 12.



LAPIN YLIOPISTO  
UNIVERSITY OF LAPLAND

Rovaniemi 2025

Lapin yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

**Väitöskirjan ohjaajat:**

Apulaisprofessori Minna Zechner, Helsingin yliopisto  
Professori Merja Laitinen, Lapin yliopisto

**Väitöskirjan esitarkastajat:**

Yliopistonlehtori Kirsi Lumme-Sandt, Turun yliopisto  
Professori Sari Rissanen, Itä-Suomen yliopisto

**Vastaväittäjä:**

Professori Sari Rissanen, Itä-Suomen yliopisto



Taitto: Minna Komppa, Taittotalo PrintOne

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 410

ISBN 978-952-337-483-6  
ISSN 1796-6310

Elektronisen väitöskirjan pysyvä osoite:  
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-483-6>

# Tiivistelmä

Marjo Outila

lääkkäiden ihmisten positiot hoivan ja vanhuuden sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa  
Rovaniemi: Lapin yliopisto, 2025, 243 s.

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 410

ISBN 978-952-337-483-6

ISSN 1796-6310

Väitöskirjatutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten asemasta. Tutkimuksen kontekstina on pohjoissuomalaisten, pääasiassa sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä olevien, mutta omassa kodissaan asuvien ihmisten arkielämä ja hoivapalvelut. Positiointiteorian position ja tarinalinjan käsitteiden avulla vastaan tässä artikkeliväitöskirjan yhteenvedossa seuraaviin kysymyksiin: 1) millaisia positioita vanhoille ihmisille on tarjolla vanhuutta koskevissa sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa ja 2) miten tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positiot rakentuvat hoivan käytäntöjen tarinalinjoissa? Positioita ja tarinalinjoja tutkitaan tulkiten väitöskirjan sisältämiä osajulkaisuja, joissa haastattelu-, kysely-, havainnointi-, ääninauhoite- ja asiakirja-aineistoja on analysoitu kategorioita, kehys-, diskurssi- ja sisällönanalyysin, toimijaverkostoteorian, tilastollisen kuvailun sekä minätekniikoiden analyysin keinoin.

Tutkimus paikantuu kulttuuri-, sosiaali- ja kriittisen gerontologian tutkimuksen kenttiin. Tutkimuksen yhteys gerontologiseen sosiaalityöhön syntyy muun muassa sosiaalihuollon asiakkuuden, vanhuspalveluiden, vanhustyön ja vanhuspolitiikan analyysin sekä vanhuuden sosiokulttuurisen ja yhteiskunnallisen ymmärryksen kautta. Gerontologisen sosiaalityön tutkimukset ovat osoittaneet, että on tärkeää kiinnittää huomiota hoidollisten ja hoivan kysymysten lisäksi myös muihin vanhojen ihmisten avun ja tuen tarpeisiin, sosiaaliin ongelmiin sekä asemaan palvelujärjestelmässä. On tärkeä myös ymmärtää vanhuutta laaja-alaisesti, ja olla sensitiivinen ihmisten ikäkokemukselle. Tutkimuksen monimenetelmällinen perusta lisää tietoa vanhuuden ja vanhojen ihmisten elämäntilanteiden ja positioiden muodostumisen heterogeenisyydestä.

Tutkimukseni osoittaa, että vanhuuden sosiokulttuurisissa merkityksellistämässä on piirteitä, jotka rakentavat vanhenemistä ja vanhuutta ongelmakeskeisesti. Vanhuuden ongelmallisuus esiintyy pyrkimyksenä vanhuuden poissulkemiseen, vanhenemiseen yhdistettyjen haasteiden selontekovelvollisuutena tai suoranaisena

ongelmapuheena, mukaan lukien vanhojen ihmisten negatiivinen puhe itsestään iäkkäänä ihmisenä. Tutkimustulosten mukaan onnistunut vanheneminen edellyttää yhteiskunnassamme pitkälti aktiivisuuden ja autonomisuuden määreiden liittämisen mahdollistumista iäkkäisiin ihmisiin myös sellaisessa vanhuudessa, jossa tarvitaan paljon tukea.

Toisaalta vanhuuteen suhtauduttiin ikäystävällisesti, joskin lähinnä vanhojen ihmisten oman elämän kerronnassa. Ikäystävällisen kerronnan ytimessä oli ymmärrys siitä, että ikääntymiseen voi kuulua muun muassa sairastumista, fyysistä kipua ja menetyksiä, mutta ne eivät ole itseä tai vanhaa ihmistä täysin määrittäviä asioita. Ikäystävällisiä käytäntöjä oli myös kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisessä vuorovaikutuksessa ja asiakirja-aineistojen voimavarakeskeisessä vanhuskäsityksessä. Hoivapoliittisissa asiakirjoissa tosin voimavaraisuutta käytettiin myös omaan hoitoon liittyvänä vastuullistamisena.

Tutkimustulosten mukaan ikääntyneen ihmisen positio hoivan kontekstissa määrittyy itsenäisen pärjäämisen kulttuurin, hoivasta saadun tuen tai tuen puutteen ja hoivapolitiikan sekä ikääntyneen ihmisen hoivaan liittyvien pyrkimysten käytännöissä. Elämäntilanteessa, jossa aletaan tarvita enemmän muiden ihmisten ja palvelujärjestelmän apua, tukea ja hoivaa, joudutaan omasta positiosta neuvottelemaan ja määrittelemään sitä uudelleen. Toisaalta tarpeita vastaava hoiva tukee ikääntyneen ihmisen positiota myönteisellä tavalla, eikä hoiva problematisoidu oikeuksien ja velvollisuuksien kysymyksenä. Jos tarpeita vastaavaa hoivaa tai tukea ei ole tarjolla, kysymykset oikeuksista ja velvollisuuksista aktualisoituvat todennäköisemmin. Tällöin ikääntyneet asiakkaat esittävät perusteluja, joiden mukaan he olisivat oikeutettuja hoivaan, kun taas hoivapolitiikassa esitetään perusteluja hoivapalvelujen rajoittamiselle ja velvollisuuteen hoitaa omaa terveyttä ja tukeutua muiden, muun muassa läheisten apuun. Ikääntyneiden asiakkaiden positio muotoutuu myös sen mukaan, miten he omaksuvat hoivapolitiikan tavoitteita esimerkiksi teknologian käytön suhteen ja miten he muokkaavat itsestään toivotunlaista kansalaista ja asiakasta. Positioon vaikuttaa myös se, onko heillä mahdollisuuksia harjoittaa vastavallan käytäntöjä tai onko heillä valtaa hoivaa koskevissa neuvottelutilanteissa.

Vanhuuden tarinalinjat pitävät sisällään arvoja, normeja ja valtasuhteita ja ne voivat ylläpitää vallitsevia yhteiskunnallisia käytäntöjä tai olla muutoksen välineitä. Tarinalinjojen yhteiskunta- ja vanhuspoliittinen merkitys tulee esimerkiksi siitä, miten niitä käytetään vanhuspalvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Esimerkiksi puheet kehityksen vääjäämättömyydestä palvelujen teknologisoimisessa tai omahoidon ja läheisten vastuun lisäämisestä vanhojen ihmisten hoivassa – joko ilman perusteluja tai esimerkiksi heikkoon taloudelliseen tilanteeseen tai tulevaisuusnäkyymiin vedoten – toimivat poliittisten valintojen tukena.

Tutkimukseni tulosten perusteella väitän, että vanhojen ihmisten myönteisen position rakentaminen edellyttää ikäystävällisemmän kulttuurin edistämistä. Tukea

tarvitsevien vanhojen ihmisten position edistämiseen tarvitaan hoivaan liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien sosiaalisesti kestävien käytäntöjen ja politiikan kehittämistä.

Avainsanat: vanhuus, vanhat ihmiset, sosiokulttuurinen, positiointiteoria, positio, tarinalinja

# Abstract

Marjo Outila

The positions of older people in the sociocultural storylines of care and aging

Rovaniemi: University of Lapland, 2025, 243 pp.

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 410

ISBN 978-952-337-483-6

ISSN 1796-6310

The aim of this doctoral dissertation is to increase our knowledge of the positions of older people who are in a need of support. The research context involves the everyday lives of older adults living in their own homes and supported by care services. Using the concepts of position and storyline from positioning theory, this summary section addresses the following questions: 1) What positions are available to older people in sociocultural storylines of aging? and 2) How are the positions of older people in need of support constructed within the storylines of care practices?

The positions, storylines, and practices are explored by interpreting the constituent publications of the dissertation. These publications analyze data collected through interviews, surveys, observations, audio recordings, and documents. The methodological and theoretical frame involves categorization analysis, frame analysis, discourse analysis, content analysis, actor-network theory, statistical description, and the analysis of technologies of the self.

This study is situated in the fields of cultural, social, and critical gerontology and it contributes to knowledge of gerontological social work. The connection to gerontological social work lies in the analysis of social care client relationships, eldercare services, and elder policy, as well as in the sociocultural and societal understanding of old age. Studies in gerontological social work emphasize the importance of addressing not only issues of care but also the social problems of older people, their position within the service system, and the assistance and support that the system provides for them. It is also important to understand old age broadly and to be sensitive to individuals' experiences of aging. The study's multi-method approach sheds light on the heterogeneous formation of older people's life situations and positions.

The research shows that the sociocultural construction of old age often features elements that shape aging in problematic ways. This appears as an effort to exclude old age, as a duty to account for the challenges associated with aging, or as an outright problem discourse, including older individuals' negative talk about themselves as older people. The findings indicate that successful aging in society largely requires

integrating characteristics of activity and autonomy into older individuals, even in situations where significant support is needed.

On the other hand, old age is also approached in an age-friendly manner, though primarily in older people's narratives of their own life. At the core of age-friendly storytelling was an understanding that aging might involve illness, physical pain, and loss, but these do not define a person or one's identity as an older person. Age-friendly practices were also included in interactions between home care workers and clients and in the resource-focused conceptions of old age in care-related documentation. However, in care policy documents, resources were sometimes discussed so as to shift care responsibility onto individuals themselves.

According to the findings, the position of an older person in the context of care is shaped by a culture of self-reliance, the support (or a lack thereof) provided by care services, and the care-related aspirations of both care policy and older individuals. In situations where greater reliance on other people and the service system becomes necessary, individuals must renegotiate and redefine their position. On the other hand, care does not become problematic in terms of rights and responsibilities when it satisfies an older person's needs and thereby supports the person's position.

In the absence of adequate care or support, questions concerning rights and responsibilities are likely to arise. In such cases, older clients may claim that they are entitled to care, while care policy presents grounds for limiting services and emphasizes people's own responsibility to take care of themselves and to seek help from others, including family members.

The position of older clients is also influenced by how they adopt the goals of care policy, such as the use of technology, and how they shape themselves into desired citizens and clients. Additionally, their position is affected by whether they have opportunities to exercise counter-power or to wield influence in care-related negotiations.

The storylines of old age embody values, norms, and power relations that may either sustain existing societal practices or act as instruments of change. The societal and policy-related significance of the storylines is seen, for instance, in how they are used in the planning and decision-making of care services. For example, discussions about the inevitable technologization of services or increasing self-care and family support in the care of older people – often without justification or by citing a weak economic situation or a poor outlook for the future – influence the associated political choices.

Based on my research, I argue that fostering a positive position for older people requires promoting a more age-friendly culture. Advancing the position of older individuals in need of support calls for the development of socially sustainable practices and policies regarding care-related rights and responsibilities.

Keywords: old age, older people, positioning theory, sociocultural position, storyline

## Kiitokset

*Tällainen on unessani lopputentti:  
ikkunalaudalla istuu kaksi ketjulla kablittua apinaa,  
ikkunan takana taivas lentää liihottaa  
ja meri on uimasillaan.*

*Tentin aiheena on ihmiskunnan historia.  
Minä änkytän ja takeltelen.*

*Toinen apina tuijottaa minua, kuuntelee pilkallisena,  
toinen näyttää torkkuvan -  
mutta kun on selvää etten osaa vastata,  
se antaa minulle vihjeen,  
kalisuttaa kahlettaan.*

*Wisława Szymborska (1957)*

Olen joitakin vuosia sitten kirjoittanut opetusportfoliooni Wisława Szymborskan runon *Brueghelin kaksi apinaa*. Se tuntuu sopivan myös tähän hetkeen, aikaan vähän ennen väitöstilaisuutta. Vaikka tutkimukseni aihe on jotain muuta kuin ihmiskunnan historia ja väitöskirjani ilmiöt eivät rinnastu kahleiden kalisuttamisen viittamiin ilmiöihin, ihmisten aseman ja vallan kysymykset ovat motivoineet minua tätä väitöskirjan yhteenvetoa kirjoittaessani.

Kiitos kaikille haastateltaville ja ihmisille, joiden elämää ja/tai työtä olen saanut olla tutkijana seuraamassa. Ilman teitä tätä tutkimusta ei olisi.

Kiitos väitöskirjani ohjaajat Minna Zechner ja Merja Laitinen. Minna on kommentoinut työtäni sekä sen sisältökysymysten että tutkimusraportin kirjoittamisen näkökulmista käsin. Minna on kysynyt tarkkoja kysymyksiä – ja toistanut niitä tarvittaessa. Merja on ohjeistanut tieteellisen kirjoittamisen yleisissä kysymyksissä ja kommentoinut tekstiäni tarkkuudella, joka on johtanut ensinäkemältä syvempiin tutkimuksen teon pohdintoihin. Sekä Merja että Minna ovat olleet huolehtivia ja kannustavia ohjaajia, jotka ovat aina osanneet löytää tekstistäni hyvää sanottavaa kysymysten esittämisen lisäksi. Väitöskirjan yhteenvedon kirjoittamisen yhteydessä olen ollut ensimmäistä kertaa oikeassa ohjaussuhteessa, ja olen kiitollinen kaikista ohjeista ja palautteesta, joita olen ohjaajiltani saanut.

Kiitos väitöskirjani esitarkastajille yliopistonlehtori Kirsi Lumme-Sandtille ja professori Sari Rissaselle kriittisistä kommenteista, joiden avulla sain toivottavasti työni ymmärrettävyyttä paremmalle tolalle. Lisäksi kiitos Sari Rissaselle vastaväittäjäksi lupautumisesta.

Kiitos myös väitöskirjani osana olevien artikkeleiden kanssakirjoittajille: Eija Jumisko, Riitta Kettunen, Pilvikki Lantela, Hilla Kiuru, Heli Valokivi, Marjaana Seppänen ja Pekka Vasari – thank you, Elin Kvist and Simone Carlo, for the enjoyable co-writing process. Tutkimuksen tekeminen yhdessä on rikkaus. Kiitos myös emeritusprofessori Simo Koskinen, professorit Marjaana Seppänen ja Heli Valokivi, kun olen saanut seurata teidän tapaanne tehdä tutkimusta vanhuuden kysymyksistä ja olla mukana johtamissanne vanhustyön kehittämishankkeissa.

Lapin yliopisto on ollut pitkäaikainen työyhteisöni ja työkaveruudet ovat ehtineet muodostua vuosien varrella myös merkityksellisiksi ihmissuhteiksi. Kiitos töiden ohella kaikenlaisten ilojen ja murheiden jakamisesta Sanna Hautala, Eeva Rossi, Tarja Kemppainen, Katriina Sirkka, Sanna Lähteinen, Pirjo Oinas, Pia Skaffari, Marjatta Martin, Anna Nikupeteri, Liisa Hokkanen, Vera Fiorentino, Ritva Linna-kangas, Jari Lindh, Emilia Brusila, Outi Hokkanen, Mari Kivistö, Elina Virokannas, Marianne Silén, Kirsi Päykkönen ja Sirpa Hast. Kiitos myös Anneli Pohjolalle tutkimusapulaisajoista, joita vietimme Kaisa Kostamo-Pääkön kanssa ja samalla opimme tutkimuksen teon ensimmäiset opit. Eeva Rossille erityiskiitos tekstini ensimmäisten versioiden lukemisesta ja gerontologisen sosiaalityön käytäntöjen sekä tutkimuksen asiantuntijuudesta. Erityiskiitokset myös Marianne Silénille käsikirjoituksen oikoluvusta ja muustakin avusta sekä Suvi Ronkaiselle ensimmäisen käsikirjoitusversion kommenteista. Paljon jäi hyviä ideoita ja kritiikkiä huomioimatta tässä tekstissä. Kiitos myös Kaisa Kostamo-Pääkkö, Pekka Pääkkö ja Karita Kostamo-Pääkkö, Minna Vartiainen, Outi Sassali ja Reetta Kupari. Kiitos vanhemmilleni ja veljilleni Ari ja Mikko Outilalle. Kiitos Mika Puustinen. Olette jaksaneet kysyä ja kuunnella väitöskirjani vaiheista kaiken muun tärkeän ohella. Lopuksi lämpimimmät kiitokset rakkaalle pojalleni Petrus Pahtakarille. Olen ilolla seurannut akateemisen koulutuspolkusi ensimmäisiä askeleita – kiitollisena, että olet olemassa.

Rovaniemellä 5.2.2025

Marjo Outila

## Osajulkaisuluettelo

Väitöskirjan yhteenveto perustuu seuraaviin alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä osajulkaisun tietojen perässä olevalla nimellä.

I Outila M., & Lantela P. (2019). Samanaikaisesti hauras ja resilientti – kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta. *Gerontologia*, 33(1), 18–35. ”Kategoria-artikkeli”

II Outila M., Seppänen M., Lantela P., & Vasari P. (2019). Bringing dying back home? – Northern Finns’ end-of-life preparations, concerns and care preferences and Finnish care policy’s emphasis on care at home. Teoksessa P. Naskali, J. Harbison & S. Begum (toim.) *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective* (International Perspectives on Aging). (103–122). Springer Nature. ”Kuolema-artikkeli”

III Outila M., Jumisko E., & Kettunen R. (2014). Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma”, *Gerontologia*, 28(4), 231–249. ”Kehysartikkeli”

IV Valokivi, H., Carlo, S., Kvist, E., & Outila, M. (2021). Digital ageing in Europe: A comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth. *Ageing and Society*, 835–856. ”Politiikka-artikkeli”

V Outila M., & Kiuru H. (2021). “Picturephone in my home” - Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service. *Journal of Technology in Human Services* 39(2), 163–192. ”Teknologia-artikkeli”

Artikkeleiden I – V käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

# Taulukko- ja kuvio- sekä liiteluettelot

## Taulukko- ja kuvioluettelo

|                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Taulukko 1. Väitöskirjan yhteenvedon tutkimusasetelma sekä luvut, joissa eri vaiheet esitellään.....     | 18 |
| Taulukko 2. Osajulkaisujen aineistot, positiointiteoreettinen luenta ja tulosten anti yhteenvedolle..... | 37 |
| Taulukko 3. Tukea tarvitsevan vanhan ihmisen positioon vaikuttavia tekijöitä .....                       | 41 |
| Taulukko 4. Tulosten koonti tarinalinjoittain ja positioittain .....                                     | 63 |
| Kuvio 1. Positiointiteorian kolmio (McVee ym. 2019 Van Langenhovea ja Harréta (1999) mukaillen) .....    | 24 |

## Liiteluettelo

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Liite 1. Osajulkaisujen yhteenvetotaulukko.....                                                          | 97  |
| Liite 2. Teknologia- ja Kategoria-artikkeleiden aineiston haastattelurunko.....                          | 101 |
| Liite 3. Kuolema-artikkelin kyselylomake.....                                                            | 104 |
| Liite 4. Lista Poliitiikka-artikkelin aineistoista.....                                                  | 117 |
| Liite 5. Esimerkkejä kuntien tutkimuslupahakemuksista.....                                               | 121 |
| Liite 6. Esimerkkejä tutkimustiedotteista.....                                                           | 125 |
| Liite 7. Esimerkki informantin suostumuslomakkeesta.....                                                 | 127 |
| Liite 8. Esimerkki tietojen salassapidon lupauksesta tutkimusaineiston keruussa ja/tai käsittelyssä..... | 128 |

# Sisällysluettelo

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tiivistelmä</b> .....                                                                                   | 3  |
| <b>Abstract</b> .....                                                                                      | 6  |
| <b>Kiitokset</b> .....                                                                                     | 8  |
| <b>Osajulkaisuluettelo</b> .....                                                                           | 10 |
| <b>Taulukko- ja kuvio- sekä liiteluettelot</b> .....                                                       | 11 |
| <b>Sisälllys</b> .....                                                                                     | 12 |
| <b>1 Johdanto</b> .....                                                                                    | 14 |
| <b>2 Tutkimuksen lähtökohdat</b> .....                                                                     | 17 |
| 2.1 Tutkimuskysymys ja -asetelma .....                                                                     | 17 |
| 2.2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys .....                                                              | 19 |
| 2.2.1 Sosiokulttuurinen lähestymistapa vanhenemisen tutkimuksessa .....                                    | 19 |
| 2.2.1.1 Kulttuurigerontologia .....                                                                        | 19 |
| 2.2.1.2 Kulttuurigerontologisen näkökulman suhde sosiaaligerontologiaan ja kriittisen gerontologiaan ..... | 21 |
| 2.2.2 Positointiteoria tutkimuksen näkökulmana .....                                                       | 24 |
| 2.3 Osajulkaisujen kuvaus .....                                                                            | 28 |
| 2.4 Yhteenvedossa käytetty menetelmä .....                                                                 | 38 |
| <b>3 Vanhuuden sosiokulttuurinen rakentaminen</b> .....                                                    | 40 |
| 3.1 Vanhuuden tarinalinjoja ja vanhojen ihmisten positioita .....                                          | 42 |
| 3.1.1 Vanhuuden ongelmallisuuden tarinalinja .....                                                         | 42 |
| 3.1.2 Ageismi .....                                                                                        | 44 |
| 3.1.3 Kolmas ja neljäs ikä tarinalinjoina .....                                                            | 47 |
| 3.1.4 Ikäystävällisyys .....                                                                               | 49 |
| 3.2 Ikääntyneen aikuisen positioita hoivan tarinalinjoissa .....                                           | 51 |
| 3.2.1 Positio itse pärjäämisen tarinalinjan ja hoivan risteyksessä .....                                   | 52 |
| 3.2.2 Position rakentuminen hoivan vuorovaikutustilanteessa – asiakkuuden tarinalinja .....                | 56 |
| 3.2.3 Hoivan teknologisoimisen tarinalinja ikääntyneen aikuisen position rakentajana .....                 | 57 |

|                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>4 Pohdinta</b>                                                                      | 64  |
| 4.1 Tulosten tiivistys                                                                 | 64  |
| 4.2 Tutkimuksen arviointia: rajaukset, eettiset kysymykset ja uuden tiedon tuottaminen | 65  |
| 4.3 Tutkimuksen anti vanhustyön käytännöille                                           | 68  |
| 4.4 Jatkotutkimusaiheita                                                               | 71  |
| <b>Lähteet</b>                                                                         | 72  |
| <b>Liitteet</b>                                                                        | 97  |
| <b>Osajulkaisut</b>                                                                    | 129 |

# 1 Johdanto

Tutkimusmatkani vanhuuteen liittyvien kysymysten parissa alkoi 1990- ja 2000-lukujen taitteessa emeritusprofessori Simo Koskisen johtamassa KyläElvi (Elämisen välineitä ikääntyneille, Euroopan sosiaalirahasto) -hankkeessa, jossa tutkittiin ikääntyneiden ihmisten elämää pohjoisissa kylissä. Hankkeen pääosassa olivat omassa kodissaan asuvat iäkkäät ihmiset, joiden elämää lähestyttiin arjen sujumisen ja sosiaalisten suhteiden näkökulmasta voimavarakeskeisen vanhuskäsityksen lähtökohdista (Koskinen 2004) käsin. Seuraava vanhuutta koskeva hanke, jossa olin tutkijana, oli Ikäehyt (Ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen, 2011–2013, Euroopan sosiaalirahasto) -hanke, jonka tavoitteena oli lappilaisten vanhojen ihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun ja elämänhallinnan tukeminen vanhuspalveluja kehittämällä. Ikäehyt-hankkeessa kirjoitimme tämän artikkeliväitöskirjan ensimmäisen osajulkaisun kotihoidon asiakkaan ja työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta (Kehysartikkeli, ks. tarkemmin luku 2.3), joskaan en kirjoitushetkellä vielä ajatellut sen olevan osa väitöskirjaani.

Toinen väitöskirjaani sisältävä osajulkaisu (Kuolema-artikkeli) syntyi Lapin yliopiston ja Sapporo City Universityn välisen yhteistyön (2014–2017) tuloksena. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa ajatuksia ja toiveita, joita ihmisillä on elämän loppuvaiheen hoivan ja kuoleman suhteen. Tätäkään artikkelia tehdessäni en ajatellut sen olevan osa väitöskirjaani.

Sen sijaan seuraavat artikkelit (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli) olivat ajatuksiani jo mahdollisia väitöskirjan osajulkaisuja. Molemmat artikkelit ovat osa Toimiva kotihoito Lappiin – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen -hanketta (2016–2018, Sosiaali- ja terveysministeriö). Hankkeen tavoitteena oli kehittää kotihoitoa ja omaishoitoa muun muassa niin, että palvelut tukisivat vanhojen ihmisten mahdollisuuksia asua omassa kodissaan. Lapin yliopiston tehtävänä hankkeessa oli kotihoidon palvelujen teknologisoimisen tutkiminen. Edellisten artikkeleiden tavoin kiinnostukseni kohdistui erityisesti vanhojen ihmisten näkökulmaan; heidän arkielämäänsä ja sen sujuvuuden edellytyksiin palveluiden turvin. Tämä näkökulma kiinnosti minua, koska kehittämishankkeissa oli tullut selväksi, että palveluiden kehittämistyössä tai palveluissa ylipäänsä ei ole itsestään selvää, että palveluiden käyttäjien kokemuksia ja toiveita otetaan huomioon. Viimeksi mainittuun hankkeeseen liittyvissä artikkeleissa olin kiinnostunut selvittämään tarkemmin aiemmissa tutkimushankkeissa esiin nousseita pohdintoja siitä, mitä ajattelemme vanhuudesta ja vanhana olemisesta ja mikä merkitys palveluilla on sellaisten vanhojen ihmisten elämässä, joilla kotona asuminen edellyttää tukea.

Väitöskirjani viimeinen, viides osajulkaisu (Politiikka-artikkeli), syntyi puolestaan osana Harvest – eHealth and Ageing in Rural Areas -hanketta (2018–2020, Suomen Akatemia), jossa tehtiin vertailevaa tutkimusta hoivapalvelujen digitalisatiosta ja sähköisiin palveluihin liittyvistä politiikoista vanhojen ihmisten ja harvaan asuttujen alueiden kannalta Italiassa, Ruotsissa ja Suomessa. Tämäkään artikkeli ei ollut itsestään selvästi osa väitöskirjaani, mutta sen tarpeellisuus ilmeni, kun aloin miettiä vanhuspoliittisia syitä palveluissa vallalla oleville käytännöille. Tässä vaiheessa olin tehnyt päätöksen artikkeliväitöskirjan tekemisestä ja aloin miettiä yhteenvedon kokonaisuutta.

Väitöskirjatutkimukseni on siis ollut vahvasti osa hanketoimintaa. Väitöskirjani osajulkaisujen tutkimuskysymykset, analyysimenetelmät ja teoreettiset valinnat ovat kuitenkin olleet hankkeiden tavoitteista erillisiä, tutkimuksellisista intresseistäni käsin määriteltäviä. Hankkeet – tutkimuksen teon yhtenä kontekstina – ovat kuitenkin johtaneet siihen, että käsillä olevan artikkeliväitöskirjan osajulkaisujen ainekset ovat hyvin moninaiset. Väitöskirjatutkimukseni lähtökohtana on vanhu(u)skäsitysten analyysi. Sen avulla olen pyrkinyt ymmärtämään sekä osajulkaisujeni moninaisuutta että tutkimuskohteeni, tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten asemaa eli positiota. Se, mitä ajatteleimme vanhoista ihmisistä ja vanhuudesta, oli se sitten ajatuksia itsestä tai muista ihmisistä vanhoina ihmisinä, on perustava tekijä siihen, kuinka vanhojen ihmisten asema eli positio rakentuu. Vanhu(u)skäsityksellä on merkitystä sille, kuinka esimerkiksi vanhojen ihmisten tuen tarpeita tunnistetaan, kuinka heidän hoivaansa järjestetään ja kuinka heidät kohdataan hoivan tilanteissa, ja millaisia ajatuksia vanhoilla ihmisillä itsellään on suhteessa saamaansa tai toivomaansa hoivaan.

Väitöskirjani lähtökohtana on siis tuottaa tietoa tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positioista. Tutkimukseni paikantuu kulttuurigerontologian, sosiaaligerontologian ja kriittisen gerontologian tutkimuksen kenttiin, joissa on tuotu esiin vanhojen ihmisten positioon liittyviä ongelmia (esim. Gilleard & Higgs 2010; 2013; Higgs & Gilleard 2016b), mutta myös positiota tukevia tekijöitä (Burnes ym. 2019; Marques ym. 2020; Ermer ym. 2021; Doncel-García ym. 2023; Apriceno & Levy 2023). Tutkimukseni on myös osa vanhojen ihmisten positiodien rakentumista koskevaa tiedontuotantoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen, erityisesti kotihoidon palvelujen (Turjamaa ym. 2023), sekä hoivapolitiikan (Naughton ym. 2021; Kiuru ym. 2024) kontekstissa. Tavoitteenani on tuoda ilmi vanhojen ihmisten näkökulmia ja mahdollisesti sitä kautta vähentää ageismia, ikään liittyvää syrjintää. Tutkimuksen teoreettisena menetelmällinen kontribuutio tulee monimenetelmällisestä lähestymistavasta position tutkimukseen. Monimenetelmällinen lähestymistapa lisää tietoa vanhuuden ja vanhojen ihmisten elämäntilanteiden ja positiodien muodostumisen heterogeenisyydestä.

Väitöskirjani liittyy myös gerontologisen sosiaalityön keskusteluihin. Tutkin erityisesti, joskin laiveammin sosiaalihuollon kontekstissa, vanhojen ihmisten asiak-

kuutta, vanhuspolitiikkaa ja -työtä, vanhuutta sosiokulttuurisena ja yhteiskunnallisena ilmiönä sekä vanhustyön arvopohjaa. Simo Koskisen väitöskirjassaan (1994) esittelemä, yhä ajankohtainen gerontologisen sosiaalityön kokonaisuuden määritelmä ymmärtää gerontologisen sosiaalityön koostuvan a) sosiaalityön yleisestä mallista; sen arvoista, tietoperustasta ja taidoista, b) gerontologisesta tiedosta, c) vanhuspolitiikasta ja -työstä ja d) vanhusspesifisyydestä, joka käsittää i) vanhuuden näkemisen uniikkina elämänvaiheena ja ii) vanhenemisen ymmärtämisen biologisina, psyykkisinä ja sosiaalisina prosesseina, iii) joka heijastuu yksilöllisenä, ryhmäkohtaisena ja yhteisötasoisena vanhusasiakkuutena. Tutkimukseni paikantuu kohtiin b–d.

Gerontologisen sosiaalityön tutkimustulokset ovat osoittaneet, että on tärkeää kiinnittää huomiota hoidollisten ja hoivan kysymysten lisäksi myös muihin vanhojen ihmisten avun ja tuen tarpeisiin, sosiaalisiin ongelmiin sekä asemaan palvelujärjestelmässä (Rossi ym. 2022; Kinni ym. 2023). Erityisesti kriittisessä gerontologisen sosiaalityön tutkimuksessa on kiinnitetty huomiota vanhojen ihmisten ihmisoikeuksiin ja sosiaaliseen oikeudenmukaisuuteen sekä sosiaalityöhön näiden vahvistajana – ja siihen, miten niin tutkimuksessa, politiikassa kuin palvelujen käytännöissäkin tuetaan tai ollaan tukematta edellä mainittujen arvojen toteutumista. (Esim. Ray ym. 2015; Donnelly & Torres 2023.) Gerontologinen sosiaalityö ymmärretäänkin yhtenä vanhuuteen kiinnittyvänä sosiaalisena käytäntönä, joka on suhteessa muihin, esimerkiksi vanhustyön käytäntöihin (ks. Rossi 2021). Gerontologisessa sosiaalityössä on tärkeä ymmärtää vanhuutta laaja-alaisesti ja iäkkäiden ihmisten kanssa työskentelevän sosiaalityöntekijän tulee olla sensitiivinen ihmisten ikäkokemukselle. (Seppänen & Koskinen 2022.) Tutkimukseni lisää ymmärrystä vanhuudesta ja vanhojen ihmisten asemasta ja heidän kokemuksistaan vahvistaen näin gerontologisen sosiaalityön tietopohjaa muun muassa suhdeperustaisessa gerontologisessa sosiaalityössä (Ray ym. 2015; ks. myös Soukiala & Pietilä 2024) ja rakenteellisessa sosiaalityössä (ks. esim. Seppänen & Ray 2022).

Tutkimukseni raportointi etenee seuraavasti: luvussa 2 tuon esiin yhteenvedon lähtökohtia siten, että luvussa 2.1 kerron tutkimuskysymykset ja tutkimusasetelman. Luvussa 2.2 kuvailen tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen ja luvussa 2.3 esittelen tutkimukseen kuuluvat osajulkaisut. Luvussa 2.4 esittelen yhteenvedossa käytetyn menetelmän. Tämän jälkeen tulosluvuissa (luku 3) tarkastelen vanhuuteen ja hoivaan liittyviä sosiokulttuurisia tarinalinjoja ja positiointia yhdistäen tutkimukseni tuloksia aiempaan tutkimuskirjallisuuteen. Lopuksi pohdintaosiossa (luku 4) tuon yhteen ja arvioin tutkimustuloksiani.

## 2 Tutkimuksen lähtökohdat

### 2.1 Tutkimuskysymys ja -asetelma

Väitöskirjatutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positioista. Positiointiteoriassa positioiden eli asemien katsotaan rakentuvan tarinalinjoissa (story line), puhe- ja muissa teoissa (speech and other acts) sekä näissä ilmenevien oikeuksien ja velvollisuuksien kautta (McVee ym. 2019 – ks. positioikäsitteen tarkempi määrittely luku 2.2.2). Positiot ovat osa vanhuuteen ja vanhoihin ihmisiin kulttuurisissa ja sosiaalisissa järjestyksissä liitettyjä merkityksiä (Davies & Harré 1990) muun muassa luokittelun ja arvottamisen merkityksessä (esim. Twigg & Martin 2015b; Gilleard & Higgs 2013) sekä oikeuksien ja velvollisuuksien sisällään pitäjiä (esim. Davies & Harré 1990).

Osajulkaisujani (ks. osajulkaisujen esittelyt luku 2.3) analysoimalla pyrin vastaamaan kahteen tutkimuskysymykseen. Kysyn,

- 1) millaisia positioita vanhoille ihmisille on tarjolla vanhuutta koskeissa sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa ja
- 2) miten tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positiot rakentuvat hoivan käytäntöjen tarinalinjoissa?

Kysymykseen 1 vastaaminen painottuu lukuun 3.1. Tutkimuskysymyksen vastaamisessa on käytetty kaikkia osajulkaisuja. Osajulkaisujen järjestys, sen mukaan kuinka keskeisiä ne ovat tulosluvun kannalta, on seuraava: Katteoria-, Teknologia-Kehys-, Kuolema- ja Politiikka-artikkeli. Kysymykseen 2 vastaaminen painottuu lukuun 3.2. Kysymykseen vastaamisessa käsittelen myös hoivapolitiikkaa, koska hoivan käytännöt ovat kiinteässä yhteydessä ja osa hoivapolitiikkaa, joka määrittää muun muassa hoivapalvelujen järjestämistä. Tutkimuskysymyksen vastaamisessa on käytetty kaikkia osajulkaisuja. Osajulkaisujen järjestys, sen mukaan kuinka keskeisiä ne ovat tulosluvun kannalta, on seuraava: Teknologia-, Politiikka-, Katteoria-, Kehys- ja Kuolema-artikkeli. Kysymysten välillä on kiinteä yhteys: se, millaisia positioita vanhat ihmiset saavat erilaisissa sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa, vaikuttaa hoivan käytäntöihin ja se, miten hoivan käytännöt positioivat tuen tarpeessa olevia vanhoja ihmisiä, pitää sisällään tietynlaisia tarinalinjoja.

Tutkimuksen kontekstina on pohjoissuomalaisten, pääasiassa sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä olevien vanhojen ihmisten arkielämä ja vanhushpalvelut. Vanhojen ihmisten position rakentumista tarkastellaan heidän kerrontansa, hoivaan liittyvien vuorovaikutustilanteiden ja vanhushpalvelujen käytäntöjen, kehittämistä ja palveluja koskevien poliittisten tarinalinjojen (ks. tarinalinjan määritelmä 2.2.2) yhteydessä. Position käsite on väitöskirjani yhteenvedon tutkimuksellinen käsite (ks. tarkemmin 2.2.2). Käytän position käsitettä useimmiten yksikössä, vaikka ymmärrän position muodostuvan eri ulottuvuuksista ja ihmisen positio voi olla samanaikaisesti jonkin ulottuvuuden (esim. terveys) mukaan hyvä ja toisen (esim. taloudellinen tilanne) huono. Osajulkaisuissa käytetyt tutkimusmenetelmät ovat kategoria-, kehys-, diskurssi- ja sisällönanalyysi, toimijaverkostoteoria, tilastollinen kuvailu ja minätekniologioiden analyysi.

Taulukossa 1 esitän pelkistyneen tutkimusasetelmasta sekä viittaukset lukuihin, joissa käsittelen kutakin kohtaa. Taulukkoa avataan tarkemmin luvuissa 2.2 ja 2.4.

*Taulukko 1. Väitöskirjan yhteenvedon tutkimusasetelma sekä luvut, joissa eri vaiheet esitellään*

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TAVOITE</b>                                                 | Tuottaa tietoa tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positioista                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>                                      | 1. Millaisia positioita vanhoille ihmisille on tarjolla vanhuutta koskevissa sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa? (luku 3.1)<br>2. Miten tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positiot rakentuvat hoivan käytäntöjen tarinalinjoissa? (luku 3.2)                                |
| <b>MENETELMÄ</b>                                               | Teorian kanssa ajattelu (thinking with theory), Jackson & Mazzei (2023) (luku 2.4)<br>-käsitteiden ja lähestymistapojen lainaaminen ja soveltaminen mm. ajattelun tueksi<br>-yhden tekstin kytkeminen (plugging into) toiseen tekstiin<br>-tarkoitus: moninaisen tiedon tuottaminen |
| <b>TEOREETTISET LÄHESTYMISTAVAT</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>SOSIOKULTTUURINEN NÄKÖKULMA VANHOJEN IHMISTEN POSITIOON</b> | Kulttuurigerontologia<br>-vanhenemiselle annetut merkitykset, ml. ihmisten kategorisointi iän perusteella (luku 2.2.1.1)                                                                                                                                                            |
|                                                                | Sosiaaligerontologia<br>-vanhuuden määrittäminen yhteiskunnan rakenteellisten ja institutionaalisten tekijöiden mukaan (luku 2.2.1.2)                                                                                                                                               |
|                                                                | Kriittinen gerontologia<br>-vanhuuteen liittyvät vallan, tasa- ja eriarvoisuuden kysymykset (luku 2.2.1.2)                                                                                                                                                                          |
| <b>POSITIOINTITEORIA</b>                                       | Yksilöiden ja ihmisryhmien positioiden rakentuminen tarinalinjoissa (story line) ja puhe- ja muissa teoissa (speech and other acts) sekä näissä ilmenevien oikeuksien ja velvollisuuksien kautta (luku 2.2.2)                                                                       |

Käytän tutkimuksessani käsitteitä ikääntynyt, iäkäs tai vanha ihminen ja ikään-  
tynyt aikuinen. Käsitevalinnoilla pyrin kulttuurisesti mahdollisimman neutraaliin ilmaisuun. Ikääntynyt aikuinen -käsitteen vertailukohteina ovat ilmaisut aikuinen ja nuori aikuinen. Vanha tai ikääntynyt ihminen -ilmaisua käytän lähinnä silloin, kun on tarve kiinnittää huomiota ikään ja siihen liittyviin kulttuuriin käytäntöihin.

Täysin neutraaliin ilmaisuun tuskin voidaan kuitenkaan päästä. Vanhoja ihmisiä kuvaavia termejä tulkitaankin eri tavoin. Tämä tulee esille muun muassa Vanhustyön keskusliiton kysyessä, millä termeillä ihmiset haluavat tulla kutsutuksi yli 65-vuotiaana (VTKL<sup>1</sup>).

## 2.2 Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Seuraavaksi esittelen tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen, joka muodostuu kulttuuri-, sosiaali- ja kriittisestä gerontologiasta sekä positiointiteoriasta. Tämän jälkeen kuvailen väitöskirjaan sisältyvät osajulkaisut ja yhteenvedossa käytetyn menetelmän (thinking with theory, Jackson & Mazzei [2023]).

### 2.2.1 Sosiokulttuurinen lähestymistapa vanhenemisen tutkimuksessa

#### 2.2.1.1 Kulttuurigerontologia

Kulttuurigerontologiassa tutkitaan vanhuutta kulttuurisena ilmiönä. Keskeisiä kulttuurigerontologisia kysymyksiä ovat muun muassa, millaisia merkityksiä vanhenemiselle annetaan, kuinka vanhoja ihmisiä kategorisoidaan ja miten vanhuutta representoidaan kuvissa, teksteissä, puheissa ja käytännöissä, ja kuinka kulttuuriset olosuhteet muokkaavat ikääntymisen kokemista. Kulttuurigerontologiassa kulttuuri ymmärretäänkin pääsääntöisesti jaettuna arkisena maailmana, joka koostuu muun muassa luonnollisiksi koetuista ajattelumalleista, tavoista ja perinteistä, arvoista, näkemyksistä, yhteiskuntamoraalista ja maailmankäsityksistä, joskin kulttuurin määritelmä ja määrittelyn tärkeys ylipäänsä on nähty kulttuurigerontologiassa monin tavoin (Twigg & Martin 2015a; 2015b). Keskeistä kulttuurigerontologialle, kuten kulttuurintutkimukselle yleisemminkin, on näkemys, jonka mukaan kulttuuria tuotetaan ja uusinnetaan vuorovaikutuksessa ja arkisissa käytännöissä, joissa suunnitellaan kulttuurin antamin välinein, muun muassa kielen ja käyttäytymismallien avulla (Vakimo & Sarvimäki 2003). Keskeistä on kiinnostus merkityksiin ja siihen, kuinka merkitysten avulla luodaan sosiaalista maailmaa, sosiaalisia suhteita ja identiteettejä (ks. kulttuuri- ja sosiaaligerontologian yhteydestä 2.2.1.2) (Twigg & Martin 2015b). Tähän liittyy kulttuurisen käänteen myötä ikään liittyvän poliittisuuden ymmärryksen syventyminen (esim. Twigg & Martin 2015a). Tämä tapahtuu esimerkiksi arkielämän politiikan ymmärryksen kasvamisen kautta, muun muassa normalisointeiden identiteettien, hierarkkisten sosiaalisten suhteiden, sosiaalisten normien,

---

1 Vanhustyön keskusliitto (VTKL) 7.8.2023: *Vanhuutta kuvaavilla termeillä luodaan mielikuvaa ja arvostusta*. <https://vtkl.fi/vanhuutta-kuvaavilla-termeilla-luodaan-mielikuvaa-ja-arvostusta> Parhaana terminä pidettiin senioria, joskin sitäkin kohtaan suhtauduttiin kriittisesti. Seuraavaksi positiivisimmiksi koettiin termit ikäihminen, iäkäs ja eläkeläinen, joista kukin sai vastaajilta tosin vain kolmanneksen kannatuksen.

inklusion ja eksklusion sekä kontrollin analyysin avulla. Esimerkkeinä tällaisista tutkimusaiheista ovat kehon ja sen hallintaan liittyvät tekniikat (esim. Foucault 1988; Gilleard & Higgs 2013; ks. tarkemmin seuraava luku) ja tilan ja paikan analyysit; erityisesti hoivatutkimuksessa kodin kulttuurista merkitystä ja merkityksen muutosta käsittelevä tutkimus (Twigg 2000; Vilkkio 2010; Rowles & Bernard 2013; ks. tarkemmin luku 3.2).

Varsinaisen kulttuurigerontologia-termin käytöstä on viitteitä 1990-luvulta alkaen<sup>2</sup>. Kulttuurigerontologian vahvempi esiinnousu liittyy tutkimusorientaatioiden muutoksiin, jotka pitivät sisällään toisaalta positivistisen tutkimusotteen kritiikin ja toisaalta laadullisen ja arjen tutkimuksen nousun. Kulttuuri-käsitteen kehityshistoria antropologiasta kulttuurintutkimuksen suuntaan näkyy myös kulttuurigerontologiassa. Painopiste on siirtynyt ihmisten konkreettisten aikaansaannosten, kuten esineiden, tutkimuksesta enemmän näiden tuotosten taustalla olevaan kulttuuriseen järjestelmään: symbolimaailmaan, ”kollektiiviseen tietoisuuteen”, maailman jäsennostapoihin ja tulkintoihin. Niin sanotun kielellisen käänteiden myötä siirryttiin merkitysten tulkintaan, refleksiivistä ja konstruktionistista tutkimusotetta korostavaan tutkimustapaan. (Twigg & Martin 2015a; 2015b.) Kulttuurinen käänne on lisännyt kiinnostusta muun muassa identiteetti-politiikkaan, ”rotuun”, sukupuoleen, kehollisuuteen, seksuaalisuuteen ja vammaisuuteen, ja pyrkimykseen avata vanhuuden kulttuurista monimuotoisuutta (Arber & Ginn 1991; Thompson 1996; Calasanti & Slevin 2001; Calasanti ym. 2006; Krekula 2007; Gilleard & Higgs 2013). Tällä tutkimusjuonteella on kiinteä yhteys sosiaaligerontologiaan.

Teoriasta tai sen puutteesta on gerontologiassa keskusteltu runsaasti ja esimerkiksi kulttuurigerontologiaan kiinteässä yhteydessä olevaa sosiaaligerontologiaa on moitittu sanomalla, että se on empiirisesti rikasta, mutta teoreettisesti köyhää kritiikin ytimen ollessa tutkimuksen oman teorianmuodostuksen tai sosiaalitieteellisen teoriayhteyden ohuudessa ja empirismissä (ks. esim. Birren & Bengtson 1988; Achenbaum & Bengtson 1994; Daatland 2002). Toisaalta on esitetty kriittisiä puheenvuoroja siitä, mitä teoria on tai sen tulisi olla. On myös kyseenalaistettu suurten teorioiden tarvetta. Yhteenvetona voisi esittää, että kulttuurigerontologia

---

2 Varhaista vanhuuden kulttuurista tutkimusta tekivät antropologit, jotka tutkivat vieraiden kulttuurien sosiaalisia järjestelmiä. Tämän yhteydessä tarkasteltiin myös vanhojen ihmisten asemaa kulttuureissa. Myöhempiä tutkijoita olivat muun muassa Leo Simmons (*The Role of the Aged in Primitive Societies*, 1945) ja Cowgill ja Holmes (*Aging and Modernization*, 1972), jotka esittivät, että yhteiskuntien modernisaatioketjitys on heikentänyt vanhojen ihmisten statusta. Tutkimuksellisen kiinnostuksen laajentumista vieraista kulttuureista omiin kulttuureihin 1970-luvulla, Chicagon koulukunnan tapaan, edusti muun muassa Barbara Myerhoffin ”*Number of Our Days*”, joka käsitteli juutalaisemigrantivanhusten yhteisöä Los Angelesissa. Varsinaista humanistiseksi gerontologiaksi kutsuttua (esim. Cole & Ray 2010), myöhemmin kulttuurigerontologiaksi nimettyä tutkimusta alettiin tehdä laajemminkin Yhdysvalloissa 1970 ja -80-luvuilla, jolloin muun muassa kysymys, mitä vanheneminen merkitsee, tuli tutkimuksessa vahvasti esille.

ei ole niinkään teoria, vaikka tiettyjä (muun muassa sosiologia) käsitteitä käytetäänkin useammin kuin toisia, vaan lähestymistapa, joka ymmärtää vanhenemisen kulttuurisena ilmiönä tarjoten moniulotteista ja kokonaisvaltaista kuvaa vanhana olemisesta (Twigg & Martin 2015b). Kielellisen ja kulttuurisen käännöksen jälkeen tutkimusmenetelminä on kulttuurigerontologiassa ollut edustettuna muun muassa narratiivisuus, diskurssianalyysi, etnografia ja kriittinen tutkimus (mt.). Kulttuurigerontologialla ei näin ollen ole omaa nimettyä kulttuurigerontologian metodologiaa tai menetelmiä. Kvalitatiivinen tutkimus lisääntyi kulttuurigerontologiassa 1990-luvulta lähtien, kuten sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa yleensäkin.

Kulttuurigerontologian merkitys väitöskirjani yhteenvedolle nousee vanhuuteen liittyvän kulttuurisen merkityksenannon ja representaation analysoimisesta. Analyysia on kohdennettu position käsitteen avulla (ks. tarkemmin 2.2.2).

### **2.2.1.2 Kulttuurigerontologisen näkökulman suhde sosiaaligerontologiaan ja kriittisen gerontologiaan**

Tutkimukseni kannalta on merkityksellistä ainakin jossain määrin hahmottaa kulttuuri- ja sosiaaligerontologian sekä kriittisen gerontologian näkökulmien yhteneväisyyksiä ja eroja. Kyse on monin kohdin painotuseroista, koska lähestymistavoilla on yhteisiä tekijöitä. Näitä ovat muun muassa yhteinen gerontologisen tutkimuksen historia, yhteisiä käsitteitä, kuten ageismi ja tutkimuksen kohteita, kuten vanheneamiseen liittyvät kokemukset ja vanhojen ihmisten asema yhteiskunnassa ja sosiaalisissa suhteissa.

Kulttuuri- ja sosiaaligerontologian suhdetta on määritelty usealla tavalla. Esimerkiksi Sinikka Vakimon (2003) mukaan sosiaaligerontologia on osa kulttuurigerontologisen tutkimuksen juuria. Toisaalta kulttuurigerontologian juuret tulevat antropologisesta, historian ja kulttuuritutkimuksen suunnasta nousevasta tutkimustraditiosta ja toisaalta gerontologisesta, erityisesti yhteiskunnallisesta tutkimuksesta, sosiaaligerontologiasta. Vakimon mukaan sosiaaligerontologinen tutkimus liittyy joiltakin osin saumattomasti kulttuurigerontologiaan, mutta kulttuurigerontologia-termillä on haluttu tehdä eroa yhteiskuntatieteelliseen ja sosiaalipoliittisesti painottuvaan sosiaaligerontologiseen tutkimukseen. Toisaalta Antti Kariston (2016) mukaan sosiaaligerontologian näkökulmasta kulttuurigerontologia voi olla joko sosiaaligerontologian osa-alue tai rinnasteinen ala. Kariston sanoin ”sosiaaligerontologia voidaan hahmottaa suppeammin psykogerontologiaan ja kulttuurigerontologiaan rinnastettavana alana tai laajemmin psykogerontologian ja kulttuurigerontologian kattavana alana”.

Sosiaaligerontologisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteena ovat muun muassa väestön ikääntyminen, vanhojen ihmisten perhesuhteet ja sosiaaliset verkostot, elämänkulku muun muassa eriarvoisuuden näkökulmasta analysoituna, vanhojen ihmisten sosioekonominen tilanne, asema työelämässä sekä eläköityminen, elämänlaa-

tu, vanhuspolitiikka sekä hoivapalvelut (Binstock ym. 2006).<sup>3</sup> Antti Karisto (2007) toteaa Jyrkämää (1995) mukaillen, että sosiaalisessa vanhenemisessä on kysymys siitä, miten erilaiset ajallisesti ja paikallisesti muuttuvat yhteiskunnan rakenteelliset, kulttuuriset ja institutionaaliset tekijät määrittävät, rakenteellistavat ja merkityksellistävät vanhenemisprosessia ja ikääntyvien ihmisten elämänkulkua. Kyse on siitä, miten yhteiskunnalliset tekijät toisaalta muovaavat ja toisaalta muokkautuvat osaksi ikääntyvien ihmisten elämistä, toimintaa ja kokemusmaailmaa ja sitä, miten ikääntyvät ihmiset omalta osaltaan muuttavat ympäristöään ja yhteiskuntaa.

Sosiaaligerontologian lähtökohtana on ajatus siitä, että ikä on tärkeä tekijä, koska se strukturoi elämää siinä missä esimerkiksi sukupuoli, sosiaaliluokka tai etninen tausta. Ikä ei ole vain yksikölinen ominaisuus. Meillä on monta ikää: kalenteri-ikä, biologinen ikä, koettu ikä ja sosiaalinen ikä, ja käsityksemme vanhuudesta ja vanhenemisesta ovat kulttuurisia. Sosiaalinen ikä kuvaa muun muassa yksilön tai ryhmän erilaisia rooleja ja asemia elämänkulun aikana ja siihen liittyy kulttuurisesti määräytyneitä ikänormeja ja rooliodotuksia, jotka määrittävät, mitä eri-ikäisiltä edellytetään, ja ikään liittyvät asenteet toimivat esimerkiksi vuorovaikutuksen ja toiminnan tukena tai osallistumisen ja vuorovaikutuksen esteenä.

Sosiaaligerontologian näkökulmaa voi avata myös termillä iän sosiologia, koska sosiologiaa pidetään yleisesti sosiaaligerontologian avaintieteenä (Jamieson 2002). Sosiaaligerontologiassa on kuitenkin ollut myös omia eritasoisia selitysmalleja. Näistä tunnetuimpia ovat irtautumisteoria (Cumming & Henry 1961), aktiivisuusteoria ja onnistuneen ikääntymisen ajatus (Havighurst 2009) sekä jatkuvuusteoria (Atchley 1989), jotka nimienä mukaisesti ymmärtävät ihmisen roolin ja toimintatavan muutoksen – tai jatkuvuuden – hänen vanhetessaan. Muita sosiaalisia teorioita, joita sosiaaligerontologiassa on käytetty, ovat muun muassa vaihtoteoria (mm. perheen sisäisiä suhteita analysoitaessa), poliittinen talousteoriat ja elämänkulkuteoria. Kulttuurigerontologian ja muiden sosiaalitieteiden tavoin ”uusina” menetelmällisteoreettisina lähestymistapoina on käytetty muun muassa sosiaalista konstruktionismia, diskurssianalyysia ja narratiivista tutkimusotetta. Sosiaaligerontologisista omia käsitteitä, joita on käytetty sekä sosiaali- että kulttuurigerontologiassa ovat muun muassa kolmannen ja neljännen iän käsitteet (Gilleard & Higgs 2013) ja varsinkin sosiaaligerontologiassa käytetty *ageing in place* -käsite (Buffel & Phillipson 2023).

Vanhuuteen liittyvään vallan kysymyksiin vastaa erityisesti kriittinen gerontologia. Tutkimussuunnan sisällä tarkastellaan yhteiskuntaa, kulttuureja ja sosiaalisia käytäntöjä kriittisesti vanhojen ihmisten, erityisesti marginalisoitujen ja patologisoitujen vanhojen ihmisten näkökulmasta. Keskeisiä kriittisen gerontologian

---

3 Esimerkkejä varhaisimmista tunnetuista sosiaaligerontologisista teksteistä, jotka tarkastelevat vanhuutta sosiaalisen näkökulmasta ovat Howellin ”Our Advancing Years. An Essay on Modern Problems of Old Age” (1953) ja Towsendin ”Family Life of Older People” (1957) ja ”The Last Refuge” (1962), joissa on tarkasteltu vanhojen ihmisten kohtaamia haasteita yhteiskunnassa ja hoivan kontekstissa.

käsitteitä ovat toimijuus, autonomia, moninaisuus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, eksklusio ja inkluusio, ihmisoikeudet ja tasa-arvoisuus. Näitä käsitteitä käytetään toki myös kulttuuri- ja sosiaaligerontologiassa. Kriittisen gerontologian tavoitteena on paljastaa ageistisia, ikään perustuvia syrjiviä käytäntöjä (ks. käsitteen määrittely tarkemmin 3.1.2) ja tuoda esiin sekä tukea vaihtoehtoisia ja positiivisia – emansipatorisia ja valtaistavia – ymmärtämisen tapoja suhteessa vanhenemiseen ja vanhoihin ihmisiin ja antaa ääni niille vanhoille ihmisille, joiden ääntä ei usein kuulla. Kriittinen gerontologia tunnustaa ageismin olemassaolon muun muassa palvelujen tarjonnassa ja sukupolvien välisenä konfliktina. (Bernard & Scharf 2007; Holstein & Minkler 2007; Doheny & Ian 2021; Donnelly & Torres 2023.)

Kriittisen gerontologian yhdistelmän, jossa tutkitaan sekä yhteiskuntarakenteellisia olosuhteita että vanhenemisen kokemusta ja kulttuurisia merkityksiä, taustalla on kriittisen gerontologian kahdenlaiset juuret (Bernard & Scharf 2007). Toisaalta ne tulevat poliittisesta talousteoriasta (esim. Peter Townsandin<sup>4</sup>, Carroll Estesin<sup>5</sup>, John Mylesin ja Jill Quadagnon<sup>6</sup> sekä Alan Walkerin<sup>7</sup> tutkimukset), joka tarkastelee ikääntymistä ja siihen liittyviä ongelmia rakenteellisena kysymyksenä – esimerkiksi sitä, kuinka yhteiskuntamme rakenteet asettavat vanhat ihmiset rakenteelliseen riippuvuuteen. Toisaalta kriittisen gerontologian humanistisen tutkimuksen juuret tuovat kriittiseen gerontologiaan vanhenemisen kokemuksen ”sisältä päin näkemisen” vaateen. Merkityksen tutkimuksen näkökulma realisoituu kysymyksinä muun muassa siitä, kuinka vanhat ihmiset ymmärtävät vanhenemiseen liittyvät kokemukset ja kuinka kulttuuriset ihanteet, sekä sanoittamattomat että eksplisiittiset, muokkaavat tätä kokemusta. Edellä mainittujen näkökulmien lisäksi feminististä gerontologiaa on pidetty kriittisen gerontologian yhtenä taustateoriana. Feministinen gerontologia toi esiin ensinnäkin sukupuolen merkityksen vanhuuden rakentumisessa talouden, sosiaalisen luokan, etnisyyden ja sosiaalipolitiikan rinnalle ja toiseksi vanhojen ihmisten kokemusten tutkimisen tärkeyden. Kriittinen gerontologia, ehkä eksplisiittisemmin kuin muut gerontologian osa-alueet, on arvositoutunut pyrkimällä ikääntymisen sosiaalisen rakentumisen ymmärtämisen lisäksi myös muutokseen. (Bernard & Scarf 2007.)

Työni sosiokulttuurisella näkökulmalla tarkoitan näkökulmaa, joka kiinnittyy vanhuuteen liittyvään kulttuurisen merkityksenantoon ja vanhuuden ja vanhojen ihmisten aseman tutkimukseen. Kulttuuri-, sosiaali- ja kriittisen gerontologian perinteiden mukaisesti olen kiinnostunut siitä, kuinka tapamme ymmärtää ja arvottaa vanhuutta on yhteydessä vanhojen ihmisten positioon ja millaisia käytäntöjä tähän liittyy.

4 Townsend, P. (1957). The family life of old people: an inquiry in East London.

5 Estes, C. (1986). Social policy and aging: A critical perspective.

6 Myles, J., & Quadagno, J. (toim.). (1991). States and labor markets.

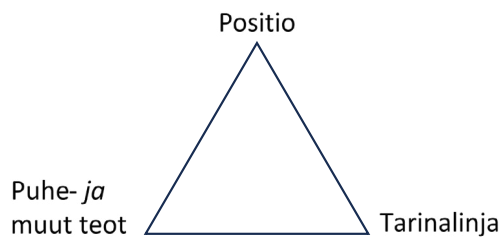
7 Walker, A., & Foster, L. (toim.) (2014). The political economy of ageing and later life critical perspectives.

Gerontologisen sosiaalityön kannalta näkökulmien merkitys tulee ymmärreystä, jota ne tuottavat vanhojen ihmisten sosiokulttuurisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta ja vanhuudesta spesifinä elämänvaiheena, joka on myös heterogeeninen esimerkiksi yksilö- ja ryhmäkohtaisesti (ks. esim. Koskinen 1994; Seppänen & Koskinen 2022). Tämän lisäksi näkökulmat kiinnittävät huomiota sosiaalityön kannalta keskeisiin ihmisoikeuksien ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kysymyksiin (esim. Ray ym. 2015; Donnelly & Torres 2023). Vanhuuden elämänvaiheen moninaisuuden ymmärtäminen on keskeistä gerontologisen sosiaalityön tutkimuksessa ja käytännöissä, mikä edellyttää myös monipuolista tietopohjaa, mukaan lukien sosi- aali- ja kulttuurigerontologian sekä kriittisen gerontologian tuottamaa tietoa (esim. Seppänen & Koskinen 2022; Donnelly & Torres 2023; Torres & Donnelly 2023).

### 2.2.2 Positiointiteoria tutkimuksen näkökulmana

Olen valinnut väitöskirjani yhteenvedon teoreettiskäsitteelliseksi lähtökohdaksi positiointiteorian (positioning theory, PT)<sup>8</sup>. Positiointiteorian avulla fokusoin tutkimukseni laajempia kulttuuri-, sosiaali- ja kriittisen gerontologian lähtökohtia nimenomaan position tutkimukseen. Positiointiteorian valinta perustuu myös on- tologiseen lähtökohtaan, jonka mukaan sosiaalista maailmaa voidaan tutkia keskus- teluja (mukaan lukien nonverbaalinen kommunikaatio) ja puheakteja analysoiden (Van Langenhove 2021; Edelen ym. 2022). Tämä tarkoittaa myös sitä, että keskus- teluja analysoimalla voi päästä kiinni (perinteisesti ilmaistuna) niin mikro-, meso-, kuin makrotasoiinkin ilmiöihin (Harré & Van Langenhove 1999; Törrönen 2000; Harré & Slocum 2003). Positiointiteoria on myös sopusoinnussa osajulkaisujen käsitellismenetelmällisten valintojen kanssa (ks. tarkemmin 2.3.1).

Positiointiteoriassa positioiden katsotaan rakentuvan tarinalinjoissa (story line) ja puhe- ja muissa teoissa (speech and other acts) (kuvio 1.) sekä näissä ilmenevien oikeuksien ja velvollisuuksien kautta.



Kuvio 1. Positiointiteorian kolmio (McVee ym. 2019 Van Langenhovea ja Harréa (1999) mukaillen)

8 Ks. valinnan kuvaus tutkimusprosessin etenemisen näkökulmasta luku 2.4.

Harré ja Moghaddam (2003) määrittelevät position seuraavasti<sup>9</sup>:

[positio on] joukko oikeuksia ja velvollisuuksia suorittaa tiettyjä toimintoja, joilla on tietty merkitys tekoina, mutta joka voi sisältää myös kieltoja tai evätyjä pääsyjä joihinkin merkityksellisten toimien paikalliseen valikoimaan. Tietyissä mielessä kussakin sosiaalisessa ympäristössä on eräänlainen platoninen positioiden piiri, joka toteutuu nykyisissä käytännöissä ja jonka tai johon ihmiset voivat omaksua, pyrkiä sijoittumaan, tulla työnnettyksi, joutua syrjäytetyksi tai evätyksi pääsystä, vetäytyä ja niin edelleen; erittäin liikkuvalla ja dynaamisella tavalla.

Yksilöt ja ryhmät positioivat itseään ja muita jatkuvasti eri tasoisesti (intra- ja interpersonallisesti, ryhmien välillä, yhteiskunnallisten instituutioiden tai kulttuuristen käytäntöjen kautta) ja eri aikajanoilla (yksittäisestä vuorovaikutuksesta koko elämänsä kaareen ja pidempiin vuorovaikutuskäytänteihin) (Harré & Van Langenhove 1999). Positiot sisältävät myös normatiivisia odotuksia siitä, kuinka yksilöiden tulisi toimia oikeuksien, velvollisuuksien ja velvoitteiden kanssa. Yksilöt voivat toisaalta joko ottaa näitä odotuksia vastaan tai asettua niitä vastaan. (Van Langenhove & Harré 1999.)

Positiot ovat osa tarinalinjoja, joita esitetään sekä yksilöiden taholta että osana vuorovaikutusta. Niissä ilmenee, kuinka ihmiset tulevat nähtyksi itsensä ja muiden taholta ja kuinka he asemoivat itseään ja toisia. (Van Langenhove & Harré 1999; Wilkinson & Kitinger 2003.) Tarinalinjat ovatkin keskeisiä positioitumisen ymmärtämisessä.

Tarinalinjan käsite on määritelty (Harré & Moghaddam 2003, 6) ”narratiivisten konventioiden väljäksi rykelmäksi”.<sup>10</sup> Tarinalinjat viittaavat ”dynaamisiin jaksoihin tai kuvioihin, jotka syntyvät puheakteista ja positioista” (McVee ym. 2021). Ne voidaan ymmärtää järjelyn välineenä (Slocum-Bradley 2007) tarjoten ymmärryksen siitä, mitä tiettyssä tilanteessa tapahtuu, ja ohjaten, miten yksilöt asemoivat itsensä ja toiset. Tarinalinjat ovat dynaamisia, sillä ne kehittyvät diskurssien ja vuorovaikutuksen kautta. Samoin kuin positiota, useita tarinalinjoja voi kehittyä yhden sosiaalisen tilanteen aikana (Harré 2012). Uudenlaiset tarinalinjat voivat tarjota mahdollisuuden kyseenalaistaa vallitsevia käsityksiä ryhmien välisistä suhteista ja muuttaa ryhmien jäsenten positioita (Tan & Moghaddam 1995). Toisaalta tiettyihin tarinalinjoin voidaan jäädä kiinni tai ne voivat korostua (esim. entinen alkoholisti, tuleva lakimies, Harré & Van Langenhove 1999).

9 Position: “a cluster of rights and duties to perform certain actions with a certain significance as acts, but which also may include prohibitions or denials of access to some of the local repertoire of meaningful acts. In a certain sense in each social milieu there is a kind of Platonic realm of positions, realized in current practices, which people can adopt, strive to locate themselves in, be pushed into, be displaced from or be refused access, recess themselves from and so on, in a highly mobile and dynamic way. (Harré & Moghaddam 2003.)

10 Storyline: a “loose cluster of narrative conventions” (Harré & Moghaddam 2003, 6).

Moghaddamin (1999) mukaan esimerkiksi henkilökohtaisia tarinoita kerrottaessa ”erilaisia diskursseja nousee esiin ja niitä tarjotaan osallistujille omaksuttavaksi tarinalinjoissa”. Tarinalinjoja ja kategorioita käyttämällä ihmiset sijoittavat itsensä ja toiset moraaliseen tilaan (Van Langenhove & Harré 1999). Esimerkiksi vanhuuteen liittyvät tarinalinjat liittyvät arvottaviin käsityksiin ikääntymisestä ja vanhoista ihmisistä. Kyse on siitä, miten vanhat ihmiset positioidaan eri konteksteissa, kuten terveydenhuollossa, perhesuhteissa tai julkisessa keskustelussa. Esimerkkejä tarinalinjoista ovat aktiivinen ikääntyminen, taakkapuhe, vanhuuden yhdistäminen joko viisauteen, rapistumiseen, riippuvuuteen tai näkymättömyyteen.

Tarinalinjojen tarkastelu kiinnittää huomion positioihin ja puheakteihin. Harré ja Moghaddam (2003) toteavatkin, että positioinnin kolmiota voidaan empiirisesti lähestyä minkä tahansa kärjen, position, puheteon tai tarinalinjan kautta.

Tarinalinjan analyysin kannalta olennaista on selvittää, mitä siihen sisältyvän narratiivin kertomisella saavutetaan (Brockmeier & Harré 1997) ja millaisia tyyppisiä ja tuttuja positioita oikeuksineen ja velvollisuuksineen määritetään (Harré & Moghaddam 2003). Positointi voi olla hyvin vahingollista (Sabat 2003), mutta toisaalta positointia voi myös vastustaa (Beard ym. 2009, Baert 2012; Allen & Wiles 2013). Oikeudet ja velvollisuudet ovat olennaisia PT:n kaikilla ulottuvuuksilla: positioihin yhdistetään tiettyjä oikeuksia ja velvollisuuksia, ja ne tulevat ilmi puhe-teoissa ja tarinalinjat sijoittuvat moraalisiin järjestyksiin, joissa määritellään oikeuksia ja velvollisuuksia (mt.). Keskeistä on, että kun tietyt tarinalinjat ovat käytössä, tietyt tapahtumat ovat odotettavissa (Harré & Van Langenhove 1999).

Positointiteorian kolmas elementti on puhe- ja muut teot. Tyypillisesti teorian käytössä keskitytään puhetekoihin analyysin keskittyttyä verbaaliseen kommunikaation. Kyse on ”sanoilla asioiden tekemisestä”, josta klassinen esimerkki on J. L. Austinin (1962) ”tahdon”-sanon merkitys avioliittosopimuksen sopimiseksi. Harré (2012) määritteli teon toiminnaksi, jolla on sosiaalista merkitystä ja puheen merkitykselliseksi ja tarkoitukselliseksi suoritukseksi.

Muilla teoilla viitataan ei-kielellisiin toimiin, jotka vaikuttavat positioitumiseen. Näitä voivat olla eleet, kehon kieli, symboliset teot tai esimerkiksi tilalliset järjestelyt. Puheaktit ja muut teot ovat välineitä, joiden avulla osallistujat toteuttavat, neuvottelevat tai haastavat positioita ja ne ovat kiinteässä yhteydessä tarinalinjaan. Muut teot korostuvat positointiteoriassa harvemmin varsinkin varhaisissa perusteksteissä, mutta esimerkiksi Harré ja Van Langenhove (1999) ja Harré ja Moghaddam (2003) käsittelevät muiden tekojen merkitystä position muodostumisessa. Puheaktit ja muut teot ovat välineitä, joiden avulla osallistujat toteuttavat, neuvottelevat tai haastavat positioita ja tarinalinjoja.

Väitöskirjani yhteenvedossa puhe- ja muiden tekojen tason yksityiskohtainen analyysi sijoittuu osajulkaisuihin. Yhteenvedossa keskityn tarinalinjoin ja niiden merkitykseen positoiden muodostumisessa.

Yksityiset keskustelut tulee positiointiteorian mukaan nähdä suhteessa julkisiin keskusteluihin, kulttuuriseen kontekstiin ja laajempaan normatiiviseen järjestelmään, jossa ihminen elää (Harré & Van Langenhove 1999; Harré & Slocum 2003). Jukka Törrönen (2000) kuvaakin näkökulmaa eklektiseksi, koska se ottaa vaikutteita useasta eri traditiosta, eikä erota mikro- ja makroprosesseja toisistaan, kuten tilanteisuutta korostava aineistovetoinen diskurssianalyysi tai yhteiskunnan institutionaalisesta hegemoniasta tai institutionaalisesta järjestyksestä lähtevä kriittinen sosiaaliteoria.

PT:tä on käytetty laajalti muun muassa kansainvälisen suhteiden ja politiikan, lääke- ja hoitotieteen, viestinnän ja markkinan, kielitieteen ja kasvatustieteen tutkimuksessa (McVee ym. 2019). Viime aikoina on tutkittu muun muassa seksististä huumoria (Villasanta ym. 2022), opiskelijoiden positioitumista oppimisessa, oppimisympäristöjen vuorovaikutustilanteissa ja kollaboratiivisessa toiminnassa (Campbell & Hodges 2020; Nishiyama ym. 2021; Edelen ym. 2022), opettajien asemoitumista kestävä kehityksen diskurssissa (Felix ym. 2022) ja ADHD:n merkityksiä nuorille aikuisille (Grønneberg ym. 2024).

Vanhenemisen tutkimuksen kentällä viimeaikaisissa tutkimuksissa on selvitetty muun muassa dementian diskursiivista rakentumista sairausvakuutusten kontekstissa (Bogaert ym. 2020) ja dementian kanssa elävien läheisten positioitumista hoivaan liittyvien päätösten teon kontekstissa (Larsen ym. 2020). Aiemmin tehtyjä tutkimuksia ovat muun muassa Jonesin (2006) tutkimus vanhojen ihmisten eronteosta vanhuuteen tai Alzheimer-taudin kanssa elävän sosiaalisen identiteetin rakentumisesta (Sabat 2003). Tutkimukset osoittavat vanhuutta koskevien tarinalinjojen kiinnittyvän helposti medikalisoituneeseen ongelmapuheeseen ja vanhojen ihmisten toiseuttamiseen tai tavallista vahvempaan ohjeistamiseen sen suhteen, mitä tulisi tehdä tai miten tulisi elää. Mitä enemmän kuullaan ihmisiä, jotka joko itse ovat vanhoja ja/tai joiden elämää koskettaa läheisesti sairaudet, joiden todennäköisyys kasvaa vanhenemisen myötä, sitä enemmän on tilaa laajemmalle ymmärrykselle vanhuudesta elämänvaiheena ja jossa sairastuminen kohdataan moniulotteisemmin kuin vain sairastuneen aiheuttamien haasteiden tai ongelmien kautta. (Mt.; Larsen ym. 2020.)

PT:tä on kritisoitu muun muassa todellisen maailman ja luonnollisen tutkimusaineiston laiminlyönnistä ja liiallisesta verbaalisen kommunikaation painottamisesta (McVee ym. 2021). Kuitenkin McVee ym. (mt.) osoittavat, että PT taipuu myös kehollisuuden, materiaalien elementtien ja multimodaalisuuden huomioitiin vuorovaikutuksen ja sen moraalisen järjestyksen analyysissä. Kehollisuuden analyysi, joskin vailla Harré:n eksplisiittistä ruumiillistuman (embodiment) käsitettä, tulee McVee ym. (mt.) mukaan PT:n näkökulmaan seuraavista lähtökohdista: John Dewey<sup>11</sup> keho-mieli -yhteyden teoretisointi, William W. Jamesin<sup>12</sup> kehollisuuden

11 Dewey, J. (1896). The reflex arc concept in psychology. Dewey, J., & Bentley, A. F. (1949). Knowing and the known.

12 James, W. (1890/2007). The principles of psychology.

merkitys, Bronwyn Davies'in<sup>13</sup> keho/maisema -muodostelma ja lokaation käsite. Käsitteet ovat yhteydessä myös vallan tematiikkaan, joskin valta-analyysia voisi myös lisätä PT:tä hyödyntävässä tutkimuksessa (mt.).

## 2.3 Osajulkaisujen kuvaus

Vastaan tutkimuskysymyksiini tulkitsemalla viittä, empiirisiä aineistoja analysoivaa osajulkaisua (ks. liite 1 tarkempi kuvaus osatutkimuksista). Olen valinnut osajulkaisut sillä perusteella, että kaikkia niitä analysoimalla voidaan tuottaa tietoa vanhojen ihmisten positiosta, ja osajulkaisuista analysoidut tarinalinjat tuottavat tietoa position muodostumisesta (perinteisesti ilmaisten) ilmiön mikro-, meso- ja makrotasoilla. Osajulkaisujen erilaisten tutkimusaiheiden kautta voi päästä positioiden rakentumisen monimuotoisuuden äärelle. Katson, että tukea tarvitsevien vanhojen ihmisten kohdalla tämän tutkimuksen keskiössä olevat hoivan ja iäkkäiden ikäryhmän määrittämisen kysymykset ovat keskeisiä position muodostumisen areenoja. Esittelen artikkelit seuraavaksi siinä järjestyksessä, jossa ne esiintyvät tulosluvussa 3.

Ensimmäisessä osajulkaisussa, ”Samanaikaisesti hauras ja resilientti – kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta” (Outila & Lantela 2019: ”Kategoria-artikkeli”<sup>14</sup>), tarkastellaan vanhojen ihmisten kerrontaa itsestään ja elämästään. Artikkelissa kysytään: 1) Miten ikääntyneet kategorisoivat itseään kertoessaan elämästään haastattelutilanteissa? ja 2) Miten hauraus ja resilienssi heijastuvat kategorioissa, joihin ikääntyneet sijoittavat itsensä? Artikkelin tutkimusaineisto koostuu kuudentoista 71–91-vuotiaan pohjoissuomalaisen haastatteluista (haastattelurunko, liite 2) ja se on analysoitu kategoria-analyysillä. Haastateltavien oman elämän pohdinta nosti heistä itsestään esiin sekä vanhan, autettavan, väsyvän, sairastavan ja luopuvan kategorioita että kategorioita, joissa korostuivat omasta arjesta vastuun ottaminen, autonomisuus, pystyvyys, aktiivisuus, yhteisön jäsenenä oleminen ja pärjääminen. Puhe itsestä hauraana oli joko toteavan neutraalia, johti selontekovelvollisuuteen tai näyttäytyi diskursiivisena keinona, jota käytettiin perusteluna esimerkiksi oikeudelle saada palveluja. Puhe itsestä resilienttinä ilmeni aikuisuuteen yhdistettyjen ominaisuuksien liittäminenä itseen. Esimerkkeinä tällaisista ominaisuuksista ovat elämänhallinnan ja itsestä huolehtimisen kyky. Aikuisen kategoriaa rakennettiin osoittamalla kykyä ajatella ja ymmärtää asioita sekä oikeutena päättää omista asioista ja elää valitsemansa elämäntyylin mukaan myös tilanteissa, joissa kunto oli heikentynyt. Kategoriatutkimuksen näkökulmasta tämän kaltaisessa puheessa on kyse kulttuurisen, ikääntymiseen liittyvän tarinavarannon hyödyntämi-

13 Davies, B. (2003). Positioning the subject in body/landscape relations.

14 Jokainen osajulkaisu on nimetty erikseen seurattavuuden helpottamiseksi. Nimet löytyvät työn alusta Osajulkaisuuttelo-osioista.

sestä. Kulttuurissa tarjolla olevilla diskursseilla, mielikuvilla ja tarinoilla, jotka ovat joko neutraaleja, ikäystävällisiä tai ageistisia, rakennetaan kuvaa itsestä tietyn ikäryhmän edustajana. Yhteenvedon kokonaisuuteen osajulkaisu tuottaa kokemuksellista tietoa vanhana ihmisenä elämisestä ja siihen kietoutuvasta reflektiivisyydestä sekä diskurssiivisista käytännöistä osana positioiden rakentumista.

Toisessa osajulkaisussa, "Bringing dying back home? – Northern Finns' end-of-life preparations, concerns and care preferences and Finnish care policy's emphasis on care at home" (Outila ym. 2019: "Kuolema-artikkeli"), tarkastellaan elämän loppuvaihetta sosiaalisen inklusion ja eksklusion näkökulmasta. Osajulkaisussa kysytään: 1) Millaisia elämän loppuvaiheen valmisteluja, huolia ja hoivaan liittyviä preferenssejä ihmisillä on? ja 2) Mitä voidaan sanoa kuoleamisen sosiaalisesta eksklusiosta elämän loppuvaiheen valmisteluja, huolia ja hoivaan liittyviä preferenssejä tarkasteltaessa, ja millaisia merkityksiä tällä voisi olla hoivapolitiikalle ja -käytännöille? Tutkimusaineisto koostui 294:n yli 20-vuotiaan pohjoissuomalaisen kyselyvastauksista (kyselylomake, liite 3). Sen valossa pohjoissuomalainen kuoleman järjestelmä, sosiaalisesti rakentunut suhde kuolevaisuuteen, kuolemaan liittyvät käytännöt ja merkitykset (death system, Kastenbaum ([1977] Corr'n (2014) mukaan), on vahvasti sidoksissa formaaliin hoivaan loppuelämän ja kuoleman paikkana. Toisaalta kuolemaan liittyvät huolet, kuolemaan liittyvän sairastamisen, kivun ja kärsimyksen ohella, koskevat myös jäljelle jääviä läheisiä (37 %). Jossain määrin ihmiset myös toivovat omaistensa huolenpitoa kuoleman lähestyessä; 55 % toivovat puolison, 38 % tyttären ja 35 % pojan huolenpitoa. Kotia loppuelämän paikaksi toivoo 57 % vastaajista (alle 63-vuotiaista 73 %, 63-vuotiaista ja sitä vanhemmista 44 %). Aineiston perusteella perheissä ei kuitenkaan juurikaan keskustella tai tehdä suunnitelmia elämän loppuvaiheen hoivaan tai kuolemaan liittyen. Näin on kuoleman aiheuttamasta huolista ja peloista (57 %) huolimatta. Pohjoissuomalaiset, erityisesti vanhemmat (63+ -v.), pitävät elämän päättymiseen valmistautumista tarkoituksenmukaisena asiana. Todellisuudessa kuitenkin harvat, vain 29 % vastaajista, tekevät konkreettisia valmisteluja. Yleisimmin valmistelut tarkoittivat testamenttia, jonka oli tehnyt 14 % vastaajista. Tutkimus tukee ajatusta kuoleman ja neljännen iän sosiaalisesta eksklusiosta, jolloin elämän loppuvaiheen kysymykset työnnetään mieluusti pois sosiaalisesta ja henkilökohtaisesta elämästä (ks. myös Elias 1985; Higgs & Gilleard 2015). Siksi tutkimuksessa ehdotetaankin tuen lisäämistä loppuelämän valmistautumiseen ja tarkempien selvitysten tekoa siitä, millaisissa olosuhteissa ihmiset haluavat valita joko kodin tai jonkin muun paikan elämän loppuvaiheen hoivan ja kuoleman paikaksi. Yhteenvedon kokonaisuuteen osajulkaisu tuottaa tietoa suhteesta vanhuuteen elämän loppumisen näkökulmasta ja toisaalta tietoa hoivasta hoivaan liittyvien toiveiden ja hoivavastuun kysymyksen käsittelyn kautta.

Kolmannessa osajulkaisussa, "Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma" (Outila ym. 2014: "Kehysartikkeli"), tarkastellaan kotihoidon työntekijöiden ja iäkkäiden asi-

akkaiden välistä vuorovaikutusta kehysanalyysin avulla (Goffman 1974). Tutkimusaineisto koostuu 22:sta kotikäynnin ääninauhoitteesta. Osajulkaisussa kysytään, mitkä ovat kotikäyntien vuorovaikutuksen perustavat kehykset, mitä seurauksia kehystämällä, kehyksissä tapahtuvalla vuorovaikutuksella ja kehysten välisellä dynamiikalla on asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen sekä osapuolten asemaan. Työntekijän ja asiakkaan aseman rakentumista analysoidessa tutkimus lähestyy myös diskurssianalyysin näkemystä vuorovaikutusosapuolten positioiden määrittelystä ja vallan rakentumisesta; kuinka valta tulee ilmi, miten sitä uusinnetaan ja legitimoidaan puheessa muun muassa puheenaiheen valinnan, toisen puheen keskeyttämisen ja vastausten vaatimisen kautta (ks. esim. Davies & Harré 1990; Pynnönen 2013). Vuorovaikutuksesta identifioitiin terveydenhoidon, informaalin vuorovaikutuksen ja kotihoidon järjestelyt -kehykset. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus sekä asemat vaihtelevat kehyksittäin, mutta työntekijöillä on hallitseva asema. Tämä ilmentyy työntekijöiden aloitteellisuutena, tilanteen määrittelyvaltaana sekä ammattiasemaan liittyvänä valankäyttönä. Asiakkaat voivat olla hoidon kumppaneita ja asiakkaiden aktiivisuus voi jopa suunnata vuorovaikutusta, mutta varsinkin jälkimmäinen on harvinaista. Osajulkaisun mukaan asiakkaiden ja työntekijöiden asemat ovat yhteydessä asiakkaiden tarpeiden huomioimiseen ja kuulluksi tulemiseen, asiakkaan ja työntekijän keskinäiseen kunnioitukseen ja yhteisymmärrykseen toisistaan vuorovaikutuksen osapuolina. Lisäksi asemia määrittää osapuolten kehon ja yksityisyyden rajojen huomioiminen ja vuorovaikutustilanteissa syntyvän selontekovelvollisuuden ja kehysten rikkoutumisen käsittelytapa. Yhteenvedon kokonaisuudelle osajulkaisu tuottaa tietoa hoivan institutionaalisten kohtaamisten vuorovaikutuksesta ja erityisesti siitä, miten tuo vuorovaikutus rakentaa vanhojen ihmisten positioita.

Neljäs osajulkaisu, *Digital ageing in Europe: A comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth* (Valokivi ym. 2021: "Politiikka-artikkeli"), käsittelee hoivapalvelujen teknologisoimista. Osajulkaisussa kysytään, miten Italia, Ruotsi ja Suomi eroavat eTerveyden (eHealth) politiikoissa, ja kuinka huomattavat erot ovat. Näkökulmana tutkimuksessa on eTerveyden sosiaalinen konstruointi, hoivan digitaalisen maiseman käsitettä hyödyntäen (Milligan & Wiles 2010; Lindberg & Carlson 2018). Tutkimuksen aineistona olevia kansallisia ja alueellisia asiakirjoja (esim. hallitusohjelmia, ministeriöiden asiakirjoja, lakitekstejä) vuosilta 2009–2019 on yhteensä 95 (Italia 59, Ruotsi 15, Suomi 21, liite 4). Niitä analysoidiin grounded theoryn lähtökohdista sisällön analyysia käyttäen. Asiakirjadokumenttien alustavasta teemoittelusta valittiin seuraavat kolme teemaa tarkempaan analyysiin: teknologian rooli, maaseutukysymys ja hoivavastuu. Tulosten mukaan asiakirjoille on yhteistä ja tyypillistä tietynlainen teknologiainnokkaus vanhojen ihmisten hoivassa sekä rajoittunut ymmärrys hoivan digitaalisen maiseman kompleksisuudesta. eTerveyden etua perusteltiin erityisesti taloudellisella tehokkuudella: teknologian käyttöönotto nähtiin keinona pienentää terveydenhoidon kuluja

ja teknologisoiminen nähtiin välttämättömyytenä taloudellisen niukkuuden aikana. Yhteistä oli myös hyötyjen näkeminen palvelujen saatavuuden ja käyttäjälähtöisyyden kasvussa, erityisesti syrjäseuduilla asuville ja kroonisesti sairaille, joilla palvelujen piiriin pääseminen on vaikeaa. eTerveysteen luotetaan muun muassa kotona asuminen pidentämisessä, yksinäisyyden vähentämisessä ja turvallisuuden sekä terveyden edistämässä. Toisaalta jaettua oli myös ymmärrys, että vanhojen ihmisten elämä eriytyy muun muassa digitaalisten kompetenssien, taloudellisten mahdollisuuksien sekä mentaalisten ja fyysisten kykyjen mukaan. Ruotsissa ja Suomessa eTerveysteen suhtauduttiin kriittisemmin kuin Italiassa, josta tulevissa asiakirjoissa ei ollut juuri lainkaan problematisointia teknologisen kehityksen merkityksestä terveydenhoitojärjestelmälle ja -ammattilaisille tai vanhojen ihmisten elämään. Myös eTerveysten riskejä ja eettisiä kysymyksiä tarkasteltiin italialaisissa dokumenteissa vähemmän. Tutkimustulosten mukaan ongelmallista eTerveysten diskurssissa on individualistinen näkökulma, joka ei huomioi digitaalisen infrastruktuurin merkitystä palveluiden saatavuudelle eikä terveydenhoidon digitalisoinnin merkitystä vanhojen ihmisten hoivaverkostoille, erityisesti informaalin hoivan verkostoille. Hoivavastuuta siirretään teksteissä yksilölle ja perheille ja samalla konstruoidaan vaatimus ”digitaalisista kansalaisista” (Schou & Hjelholt 2019), joka legitimoii palvelujen digitalisaation tuottamalla ymmärryksen ”kunnollisesta” hoivan vastaanottajasta ja ”kohtuullisista” palveluista. Osajulkaisussa ehdotetaan, että digitalisaation välttämättömyyden ja sen oletettujen etujen perustelun sijaan tulisi tarkastella eTerveysten<sup>15</sup> palvelujen käytäntöjä niiden toimivuuden ja eriarvoisuuden näkökulmasta. Yhteenvedon kokonaisuuteen osajulkaisu tuottaa tietoa hoivapolitiikan käytännöistä ja hoivavastuun kysymyksestä.

Viidennessä osajulkaisussa, ”Picturephone in my home” – Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service” (Outila & Kiuru 2021: ”Teknologia-artikkeli”), analysoidaan kotona käytettävän hoivateknologian merkityksiä. Osajulkaisussa kysytään: 1) Mitä toimijaverkostoja, diskursseja ja minätekniikoita kuvapuhelimen käyttöön sisältyy ja 2) mitä seurauksia kuvapuhelimen käyttöönotolla on vanhoille ihmisille? Tutkimusaineisto koostuu kahdeksan kuvapuhelinkokeiluun osallistuneen kotihoidon asiakkaan haastattelusta ja teknologiahankkeen osallistuvasta havainnoinnista. Kuvapuhelimen kautta kotihoidon asiakkailla oli palveluita vaihtelevalla kombinaatiolla, esimerkiksi yhteys kotihoitoon, muita palveluita (esim. liikunta-, kolmannen sektorin ystäväpalvelu-, muistelu-, lauluohjelmia) ja videopuhelinyhteys lähimmäisiin, useimmiten toisella paikkakunnalla asuviin lapsiin. Tutkimusai-

---

15 eTerveysten (eHealth) käsitteen rinnalla tulisi hoivan yhteydessä käyttää eSosiaalisen (eSocial) käsitettä, varsinkin kun puhutaan käsillä olevan osajulkaisun tapaan muun muassa hoivan vastuun liittyvistä kysymyksistä. Käsitteen käyttö on kuitenkin kirjallisuudessa harvinaisempaa kuin eTerveysten käsitteen käyttö.

neistoa analysoitiin toimijaverkostoteorian (Callon & Latour 1981; Callon 1986; Latour 1999), foucault'laisen diskurssianalyysin, sekä Foucault'n minätekniologian, elämisen tavan (regimen, "a whole art of living" Foucault, 1988) ja vastarinnan käsitteiden kautta. Tulosten mukaan teknologinen käänös ilmeni haastateltavien diskursseissa kuvapuhelintekniikasta osana terveyttä ja turvallisuutta, yhteyttä toisiin ihmisiin ja oppimista. Näihin diskursseihin yhdistyi pyrkimys muuttaa itseä uuden teknologian käyttäjäksi. Kun teknologian käyttö oli ristiriidassa edellä mainittuihin diskursseihin, teknologinen käänös häiriintyi, eivätkä haastateltavat sisällyttäneet kuvapuhelintekniikkaa jokapäiväiseen elämäänsä. Teknologisen käänöksen – joka on hoivapolitiikan auki puhuttu tavoite – epäonnistumiseen liittyi keskeisesti teknologian ja vanhojen ihmisten tarpeiden kohtaamattomuus, ja siitä seuraava vastustus käyttäjien taholta. Teknologia koettiin hyödyttömäksi tai arvottomaksi ja sopimattomaksi omaan elämään. Vanhojen ihmisten positio vaihteli teknologiakäännöksen sosiaalimateriaalisissa verkostoissa. Toimiessaan teknologian käyttö valtaisti ja tuki omatoimisuutta. Epäonnistuessaan se häiritsi haastateltavien elämää, toi mukanaan monimutkistuneita hoivaverkostoja, kasvavaa ja uutta riippuvuutta, osallisuuden puutetta ja täten palvelujen laadun heikkenemistä. Yhteenvedon kokonaisuuteen osajulkaisu tuottaa tietoa hoivapolitiikasta, hoivan käytännöistä ja vanhoihin ihmisiin liitetyistä käsityksistä.

*Osajulkaisut: suhde positiointiteoriaan ja lähestymistapoihin sisältyvät käsitykset todellisuuden rakentumisesta*

Tuon yhteenvedon positiointiteorian position käsitteen rinnalle osajulkaisujen myötä ensinnäkin (1) Goffmanin kehysanalyysin (Kehysartikkeli) tavan ymmärtää positioon liittyviä kysymyksiä aseman käsitteen avulla. Kehystämistä voidaan pitää todellisuuden rakentamisen välineenä siten, että kehys määrittää ne ominaisuudet, velvollisuudet ja oikeudet, joita vuorovaikutuksen osanottajat asettavat itselleen ja toisilleen. (Goffman 1974; Peräkylä 1990.) Tähän on yhteydessä Goffmanin aseman (status) käsite, jolla hän viittaa vuorovaikutuksen osapuolten yhteisesti hyväksyttyyn osallistujastatukseen ja puhujan ja kuulijan roolin vuorotteluun liittyvän statukseen. (Goffman 1974). Kehysanalyysillä on yhteys PT:n oikeuksien ja velvollisuuksien rakentumiseen tarinalinjoissa, positioissa ja puhe- ja muissa teoissa.

Toiseksi (2) sovellan tutkimuksessa diskurssianalyttistä näkemystä vuorovaikutuksen osapuolten positioiden määrittelystä ja vallan rakentumisesta (Teknologia- ja Kehysartikkeli). Diskurssianalyysissa tarkastellaan (ks. esim. van Dijk 2011) muun muassa sitä, kuinka valta ilmenee, sitä uusinnetaan ja legitimoidaan puheessa. Diskurssianalyysissä ollaan usein sensitiivisiä puheen konteksteille: puheen yhteyksiin institutionaaliin rakenteisiin, sosiaalisiin tilanteisiin ja puhekuppaneiden sosiaaliseen suhteeseen. Mutta vaikka sosiaaliset suhteet ja institutionaaliset kontekstit asettavatkin diskursseille tiettyjä oletuksia ja ohjaavat vuorovaikutusta, ei vuorovaikutustilanteiden ja siihen sijoittuvien valtasuhteiden tarvitse olla staattisia.

Valta voidaan haastaa tai vallasta ja siihen liittyvistä asemista ja rooleista voidaan neuvotella. Foucault’lainen diskurssianalyysi (FDA), joka on yksi yhteenvedon pohjana olevien osajulkaisujen teoreettismenelmällinen näkökulma, painottaa erityisesti vallan diskursiivisuutta, joka vaikuttaa sosiaalisten suhteiden verkostoihin ja subjektipositoiden muodostumiseen (Foucault 1984/1990; 2003; Sutherland ym. 2016). Diskurssit pitävät sisällään tietynlaisia subjektipositioita, jotka tarjoavat mahdollisia tapoja kokea ja käyttäytyä (Willig 2013; Sutherland ym. 2016). FDA:ssa tutkimuksen kohteena on valtasuhteiden verkostot (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2008). Keskeistä on vastarinta, jota tutkimalla paljastetaan sosiaalisten tilanteiden (setting) valtasuhteita (Foucault 1982). PT:n ja diskurssianalyysin lähestymistavat ovat tässä hyvin samankaltaisia. Esimerkiksi Kayı-Aydarin (2019) mukaan PT on osa diskurssianalyysia.

Neljänneksi (4) sovellan Foucault’n minätekniikan käsitettä position analyysissa (Teknologia-artikkeli). Minätekniikoissa hallinnan käytäntöjä kohdistetaan itseän, joko itsen tai toisten avulla (Mitcheson 2012). Kohde voi olla oma keho, ajatukset, käyttäytyminen ja olemisen tavat, joiden muutoksen myötä minä muuttuu toisenlaiseksi, esimerkiksi onnellisemmaksi, viisaammaksi, täydellisemmäksi. Tämä tapahtuu erilaisia fyysisiä tai mentaalisia harjoitteita tekemällä, opettelemalla pois tavoista tai kehittämällä itseään, myös itsensä suojelemisen vuoksi tai vallan alta pois pääsemiseksi (Foucault 1988; 2005/2001a; 2005/2001b). Position kannalta tämä on merkityksellistä. Foucault tarkastelee minätekniikoita vallan näkökulmasta uusien, vaihtoehtoisten subjektiviteettien syntyminen merkityksessä (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2008) ja vallitsevien valtajärjestysten ja rationaliteettien haastamisena (Mitcheson 2012).

Viidenneksi (5) hyödynnän kategoria-analyysin näkemyksiä positoiden rakentumisesta (Kategoria-artikkeli). Kategoria-analyysi pohjautuu etnometodologiseen tutkimustraditioon ja edustaa diskurssianalyysin tavoin sosiaalisen konstruktionismin tutkimusparadigmaa (Jokinen ym. 2012). Itsen, toisten, eläinten, asioiden ja paikkojen kategorisointi on tapa järjestää, ymmärtää ja tulkita ympäröivää maailmaa, ja kategoriat ovat kulttuurisesti ja moraalisesti latautuneita jäsennyksiä. Eri kategorioihin yhdistetään esimerkiksi ”luonnollisia” ominaisuuksia, oikeuksia, velvollisuuksia tai kompetensseja, jotka vaikuttavat siihen, miten kategorian edustajan otaksutaan toimivan, ja mikä on paheksuttavaa tai oletettavaa. (Baker 1997; Sacks 2006; Housley & Fitzgerald 2009; Juhila 2012.) Kategoriat eivät ole universaaleja, vaan ne kiinnittyvät aikaan ja paikkaan sekä yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin diskursseihin. Kategoriat toisaalta ylläpitävät sosiaalista järjestystä ja yhteiskunnallisia rakenteita mutta toisaalta ne myös uudistavat ja muovaavat niitä. Kategorioiden tutkiminen on aina samalla kulttuurin kriittistä tarkastelua. Siinä tarkastellaan yhteiskunnallisten instituutioiden, luokkien tai ryhmien sekä niihin linkittyvän vallan ja moraalisen järjestyksen rakentumista ihmisten keskinäisessä toiminnassa. (Hester & Eglin 1997; Housley & Fitzgerald 2009; Butler & Fitzgerald 2010; Jokinen ym. 2012.)

Kuudenneksi (6) yhteenvedossa on vaikutteita toimijaverkostoteoriasta (Actor Network Theory (ANT), Teknologia-artikkeli). ANT:n ontologisessa relationismissa verkostoihin kuuluvat ovat suhteessa toisiinsa myös positioiden muodostumisen merkityksessä. ANT:n ero kielellisten käytäntöjen kautta positioihin lähestyviin PT:hen, DA:han tai kategoria-analyysiin on siinä, että analyysin kohteena on tekstuaalisen materiaalin lisäksi paljon muuta; esineitä (esim. koneet tai instrumentit), ihmiset tietoineen ja kykyineen tai näiden yhdistelmät, sekä verkostot, joita toiminnassa muodostuu. ANT:n avulla voidaan kuitenkin pureutua edellä mainittujen lähestymistapojen tapaan järjestyksen tutkimiseen; kuinka järjestystä tuotetaan ja ylläpidetään paikallisissa intersubjektiivisissä käytännöissä (Leskinen 1994; Miettinen 1998; Moser & Law 1999). ANT:n käsitteistössä positio muodostuu verkoston toiminnassa ja erityisesti käännöksen (translation) prosessissa. Käännös tarkoittaa erilaisia neuvotteluja, juonitteluja, laskelmien tekoa, suostuttelua ja väkivaltaa, joiden ansiosta toimijalla on valta puhua ja toimia toisten puolesta (Callon & Latour 1981), ja joissa muokataan muun muassa sosiaalisia todellisuuksia (Leskinen 1994). Vahva positio on toimijalla ja välittäjällä (mediator). Välittäjällä on kyky muuttaa, kääntää, vääristää ja muokata merkityksiä ja tuottaa toimijuuden paikkoja. Toimija, joka voi olla henkilö, ryhmä, instituutio tai ei-inhimillinen entiteetti, perustaa tai käyttää välittäjiä (Law 1986; Latour 2005). Keskeistä ANT:ssa position muodostumisen kannalta on, kuinka ja kuka saa toimijan paikan.

Edellä mainitut lähestymistavat ovat luonteeltaan teoreettisia, mutta myös tie-teenteoreettisia sisältäen ymmärryksen siitä, kuinka todellisuus ja siitä saatava tieto rakentuvat. Tarkastelun kohteena oleva todellisuus ymmärretään lähestymistavoissa pääsääntöisesti yliksiöllisesti ja selityksissä haetaan yhteyksiä sekä mikro-, meso- että makrotasojen välillä. Vanhojen ihmisten positio rakentuu yksilön kokemuksissa ja niiden reflektoinnissa, vuorovaikutustilanteissa ja verkostoissa sekä sosiokulttuurisissa ja materiaalisissa järjestyksissä. Tutkimuksen rajauksena ja toisaalta lähestymistapojen yhteisenä piirteenä on se, että tulkintoja ei tehdä (Kuolema-artikkeliä lukuun ottamatta) nojautuen suoraan aineiston ulkopuolisiin selittäviin tekijöihin, kuten haastateltavien taloudelliseen tilanteeseen.

Niin kehysanalyysissa (Kehysartikkeli), toimijaverkostoteoriassa (Teknologia-artikkeli), kategoria-analyysissä (Kategoria-artikkeli) kuin diskurssianalyysissäkin (Teknologia- ja Kehysartikkeli) todellisuuden muotoutumista tarkastellaan osana toimintaa – osana puhetta, vuorovaikutusta ja käytännön toimintaa. Kehysanalyysissa todellisuuden rakentumista tarkastellaan erityisesti kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa. Kehystämistä voidaan pitää todellisuuden rakentamisen välineenä toisaalta siten, että vuorovaikutustilanteessa tehdyt teot ja sanat tulevat tilanteenmäärittelymme eli kehystämisen seurauksena ymmärretyksi tietynlaisiksi, jolloin tapamme suhtautua tilanteeseen riippuu tästä tulkinnasta. Toisaalta taas kehys määrittää vuorovaikutukseen osallistujien ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia. Kehysanalyysin mukaan vuorovaikutukseen säännönmukaisuus ja järjestynei-

syys perustuu kulttuurisesti jaettuihin olettamuksiin ja sääntöihin. Kehykset eivät kuitenkaan ohjaa yksioikaisesti yksilön toimintaa, vaikka ovatkin olemassa ennen kuin yksilöt osallistuvat tilanteeseen ja toiminnalle on asetettu valmiiksi sääntöjä. Vuorovaikutuksen kehystäminen tietynlaiseksi kuten myös se, kuinka hyvin ihmiset toimivat kehyksiin liittyvien normien mukaan, ei ole täysin ennalta määrättyä. (Goffman 1974; 1983; Peräkylä 1990.) Mikrososiologiaksi, symboliseksi interaktionismiksi ja etnografiseksi lähestymistavaksi kutsutun goffmanilaisen sosiologian mukaan vuorovaikutuksen tutkiminen on yksi keskeinen keino ihmisten toiminnan ymmärtämiseksi. Tätä kautta päästään kiinni myös sosiaalisten normien ja yhteiskunnan tapojen tunnistamiseen, jolloin analyysi tapahtuu yli mikrotason (Rawls 1987; Berger & Luckmann 1980; Verhoeven 1993; Collins 2004; Tavory & Fine 2020). Yhteenvedon näkökulmasta katsottuna keskeistä on se, kuinka vuorovaikutuksen tutkimuksen avulla saadaan tietoa vuorovaikutuksen osapuolten positioiden muodostumisesta.

Toimijaverkostoteoria menee kehysanalyysia pidemmälle siinä, millainen rooli kanssakäymisen osapuolten (mukaan lukien ei-inhimilliset oliot) suhteilla on todellisuuden luomisessa. Toimijaverkostoteorian relationaalisessa ontologiassa oliot syntyvät suhteessa toisiinsa. Relatioiden muodostumisen dynamiikkojen lopputulemana käänöksessä on muun muassa verkoston osapuolten valta-asemat. Käänös on toimijaverkostoteorian analyttinen tulkinta verkoston toimimisesta ja välitykset, joissa osapuolet vaikuttavat toisiinsa, ovat empiirisesti tutkittavissa. Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, millaisia välityksiä tapahtuu, millaisia seurauksia suhteiden osapuolten toiminnalla on, esimerkiksi sitä, millaista valtaa relaatioiden osapuolilla on ja mitä siitä seuraa eli millaisia käänöksiä toteutuu (Callon & Latour 1981; Callon 1986; Latour 1999).

Sekä kategoria- että diskurssianalyysissa puhe, tai yleisemminkin kielen käyttö, ymmärretään sosiaalisen todellisuuden rakentamisena (Fairclough 2012; Willig 2013). Menetelmien avulla tutkitaan kieltä – puhetta, tekstiä ja muutakin materiaalia, esimerkiksi mainoskuvia – empiirisesti. Kategoria-analyysin ja diskurssianalyysin suhdetta voidaan ajatella siten, että etnometodologiaan pohjautuvassa kategoria-analyysissa ollaan kiinnostuneita luokittelusta, ja kategorisointi on osa yhteiskunnallisia ja kulttuurisia diskursseja. Vaikka analyysin keskiössä molemmissa on analyysin kohteena oleva teksti tai puhe, yltää tulkinta merkityksellistämisen kysymyksiin, joissa otetaan huomioon kulttuuriset, institutionaaliset, vuorovaikutukselliset ja yhteiskunnalliset käytännöt. Kyse on maltillisesta konstruktionismista. (Jokinen ym. 2012, 18.) Diskurssit ja kategorisointi ovat tapa järjestää, ymmärtää ja tulkita ympäröivää maailmaa, joka on kulttuurisesti ja moraalisesti latautunutta ja kielen käytännöt tuottavat ”luonnollisia” ominaisuuksia, oikeuksia, velvollisuuksia tai kompetensseja, jotka vaikuttavat muun muassa siihen, miten kategorian edustajan otaksutaan toimivan, ja mikä on paheksuttavaa tai oletettavaa. (Baker 1997; Sacks 2006; Housley & Fitzgerald 2009; Jokinen ym. 2012; Juhila 2012.) Sekä diskurssit

että kategoriat ovat muuttuvia; ne toisaalta ylläpitävät sosiaalista järjestystä ja yhteiskunnallisia rakenteita mutta toisaalta ne ovat myös uudistamisen ja muovaamisen välineitä. Sekä diskurssianalyysille että kategoria-analyysille on tyypillistä kriittinen tarkastelutapa, joskaan se ei ole välttämätöntä. Näkökulmani pohjaa kriittiseen diskurssianalyysiin. Sen avulla voi tarkastella eriarvoisuuden rakentumista. Tässä yhteenvedossa, kuten kriittisessä diskurssianalyysissä usein, hyödynnetään Michel Foucault'n ajattelua vahvoista diskursseista tietorakenteina ja luonnollistuneina ajattelutapoina. Keskeistä on myös ajattelu vallasta, ja siitä, millaisia subjektipositioita diskurssit tuottavat. (Foucault 1984/1990; Foucault 2003; Willig 2013; Sutherland ym. 2016.) Myös kategorisointia tarkastellaan seurausten ja positioiden rakentumisen kautta.

Kuolema- ja Poliitiikka-artikkeleiden menetelmälliset lähtökohdat ovat luonteeltaan toisenlaisia edellä esiteltyihin osajulkaisuihin verrattuna. Kuolema-artikkelin kyselyn rakentamista ohjasi pyrkimys selvittää eri tekijöiden välisiä yhteyksiä tilastollisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Poliitiikka-artikkelin tarkoitus oli selvittää asiakirjojen hoivapoliittisia linjauksia sisällönanalyysin keinoin. Molempia osajulkaisuja on tässä yhteenvedossa tarkasteltu positiointiteorian lähtökohdista käsin; Kuolema-artikkelia esimerkiksi neljännen iän tarinalinjan (ks. luku 3.1.3) ja Poliitiikka-artikkelia esimerkiksi hoivan tarinalinjojen näkökulmista (ks. luku 3.2). Yhteenvedon positiointiteoreettisen luennan voi kuitenkin sanoa olevan kauempana näiden kuin muiden osajulkaisujen teoreettisemenetelmällisiä lähtökohtia.

Seuraavaan taulukkoon olen koonnut yhteen kuvaukset osajulkaisujen empiiristä aineistoista, osajulkaisujen teoreettisemenetelmälliset lähestymistavat positiointiteorian näkökulmasta katsottuna sekä pelkistetyt osajulkaisujen tulosten annin yhteenvedolle.

*Taulukko 2. Osajulkaisujen aineistot, positiointiteoreettinen luenta ja tulosten anti yhteenvedolle*

| OSAJULKAISUJEN EMPIIRISET AINEISTOT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Haastatteluaineisto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 51 haastattelua, 16 haastateltavaa, 71–91-v. (ka 85), 11 naista, 5 miestä, kotipalvelun pohjoissuomalaisia asiakkaita (Kategoria-artikkeli)</li> <li>2) 8 henkilön haastatteluja, 71–91-v. (ka 84), 6 naista, 2 miestä, kotipalvelun pohjoissuomalaisia asiakkaita (Teknologia-artikkeli)</li> </ol> <p>Kotihoidon kotikäyntien ääninauhoitteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 kotikäyntiä, asiakkaat, 80+ -v., 15 naista ja 7 miestä, pohjoissuomalaisia (Kehysartikkeli)</li> </ul> <p>Osallistuva havainnointi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kehittämishankkeen toiminnan havainnointi teknologiaosahankkeessa 2016–2018 (Teknologia-artikkeli)</li> </ul> <p>Kyselyaineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N=294, vastaajat: 20–93-v., joista 63+-vuotiaiden pohjoissuomalaisen (N=141, iän ka 73) vastauksia tarkastellaan (Kuolema-artikkeli)</li> </ul> <p>Asiakirja-aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N=95, joista suomalaisia asiakirjoja 21 (Politiikka-artikkeli)</li> </ul> |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |
| OSAJULKAISUJEN LÄHESTYMISTAPOJEN YHTEYS POSITIOINTITEORIAAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |
| <p><u>Kategoria-artikkeli</u></p> <p>-kategoriat</p> <p>kulttuurisesti ja moraalisesti latautuneina jäsenyyksinä, joihin yhdistetään oikeuksia ja velvollisuuksia</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><u>Kehysartikkeli</u></p> <p>-kehystäminen</p> <p>määrittää vuorovaikutuksen osapuolten velvollisuuksia ja oikeuksia</p>                                                                   | <p><u>Teknologia-artikkeli</u></p> <p>-positioiden muodostuminen verkostojen toiminnassa ja erityisesti käännöksen prosessissa mm. neuvottelujen ja suostuttelun keinoin; toimijalla on valta puhua ja toimia toisten puolesta ja välittäjällä kyky muuttaa ja muokata merkityksiä ja tuottaa toimijuutta -subjektipositiot osana diskursseja ja niihin yhteydessä olevia valtasuhteiden verkostoja</p> | <p><u>Politiikka-artikkeli</u></p> <p>-hoivan maisemaan sisältyvät positioihin vaikuttavat tekijät, esim. hoivaan liittyvät velvollisuudet</p> | <p><u>Kuolema-artikkeli</u></p> <p>-kuoleman kulttuurinen eksklusio osana vanhuuden positioitumista -hoivan vastaanottajan positioituminen hoivaan liittyvissä kannoissa</p>          |
| OSAJULKAISUJEN TULOSTEN ANTI YHTENVEDELLLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |
| <p><u>Kategoria-artikkeli</u></p> <p>tuottaa kokemuksellista tietoa vanhana ihmisenä elämisestä ja siihen kietoutuvasta reflektiivisyydestä sekä diskursiivisista käytännöistä osana positioiden rakentumista</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><u>Kehysartikkeli</u></p> <p>tuottaa tietoa hoivan institutionaalisten kohtaamisten vuorovaikutuksesta ja erityisesti siitä, miten vuorovaikutus rakentaa vanhojen ihmisten positioita</p> | <p><u>Teknologia-artikkeli</u></p> <p>tuottaa tietoa hoivapolitiikasta, hoivan käytännöistä ja vanhoihin ihmisiin liitetystä käsityksistä</p>                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><u>Politiikka-artikkeli</u></p> <p>tuottaa tietoa hoivapolitiikan sisällöistä ja hoivavastuun kysymyksestä</p>                              | <p><u>Kuolema-artikkeli</u></p> <p>tuottaa tietoa suhteesta vanhuuteen elämän loppumisen näkökulmasta ja siihen liittyvien toiveiden ja hoivavastuun kysymyksen käsittelyn kautta</p> |

Tutkimuksen osajulkaisu on kirjoitettu yhteistyössä muiden tutkijoiden kanssa. Roolini on ollut seuraava: Kategoria-artikkelissa olen ollut suunnittelemassa aineiston keruuta, hoitanut siihen liittyviä käytännön järjestelyjä, ollut osallistuva havainnoija teknologiahankkeessa ja haastatellut kehittämis- ja tutkimushankkeeseen osallistuneita iäkkäitä ihmisiä. Olen analysoinut aineistoa haurauden näkökulmasta. Julkaisun tulosluvut ja pohdintaosio on kirjoitettu yhteistyössä artikkelin toisen kir-

joittajan kanssa siten, että roolini on painottunut haurauden käsitteeseen liittyvään tulkintaan. Kuolema-artikkelissa olen ollut suunnittelemassa tutkimusta julkaisussa toiseksi nimetyn kirjoittajan kanssa ja johdanto-osio on yhdessä kirjoittamamme. Olen yhdessä artikkelissa kolmanneksi nimetyn kirjoittajan kanssa suunnitellut tilastollisen analyysin, tulkinnut tilastollisen analyysin tulokset ja kirjoittanut tutkimuksen tulokset. Olen vastannut julkaisun teoreettisen näkökulman valinnasta ja kirjoittanut siihen liittyvät artikkelin osat. Kehysartikkeli on toteutettu yhteistyössä siten, että kaikki kirjoittajat ovat osallistuneet tutkimuksen suunnitteluun, muun muassa aineiston keruun toteutustavan valintaan. Olen vastannut teoreettismenettelmällisen näkökulman valinnasta, aineiston analyysistä ja tulkinnasta sekä tulosten kirjoittamisesta. Poliitikka-artikkeli on toteutettu yhteistyössä siten, että kaikki kirjoittajat ovat osallistuneet tutkimuksen suunnitteluun, aineiston keruuseen, analyysiin ja tulkintaan. Olen ollut artikkelin ensimmäisen kirjoittajan kanssa vastuussa suomalaisen aineiston keruusta ja analysoinnista. Olen vastannut lisäksi teknologiatutkimuksen kirjallisuuskatsauksesta ja siihen liittyvästä aineiston analyysin pohdinnasta. Teknologia-artikkelissa olen ollut suunnittelemassa aineiston keruuta, hoitanut siihen liittyviä käytännön järjestelyjä, ollut osallistuva havainnoija hankkeessa ja haastatellut kehittämis- ja tutkimushankkeeseen osallistuneita iäkkäitä ihmisiä. Lisäksi olen vastannut teknologiatutkimukseen perehtymisestä ja toteuttanut toimijaverkostoteoriaan pohjautuvan aineiston analyysin. Julkaisun tulosluvut ja pohdintaosio on kirjoitettu yhteistyössä artikkelin toisen kirjoittajan kanssa siten, että vastuuni on ollut suurempi toimijaverkostoteoreettisessa näkökulmassa.

## 2.4 Yhteenvedossa käytetty menetelmä

Yhteenvedon menetelmää voisi kuvata Jacksonin ja Mazzein (2023) sanoin teorian kanssa ajatteluksi (thinking with theory). Heidän mukaansa teorian kanssa ajattelussa käsitteitä ja lähestymistapoja lainataan ja sovelletaan muun muassa ajattelun tueksi. He puhuvat yhden tekstin kytkemisestä (plugging into) toiseen tekstiin. Tarkoituksena tällaisessa teorian kanssa ajattelussa ja tekstien toisiinsa kytkemisessä on moninaisen tiedon tuottaminen. Tutkimuksessaan Jacksonin ja Mazzein (mt.) lukevat samaa, akateemisten naisten haastatteluaineistoa erilaisten teoreettisten lähestymistapojen kanssa; muun muassa Foucault'n tiedon ja vallan käsitteiden sekä Butlerin sukupuolen performatiivisuuden näkökulmista käsin. Katteoria- ja Teknologia-artikkelissa on samaan tapaan luettu haastatteluaineistoa katteoria-analyysin, toimijaverkostoteorian ja foucault'laisen diskurssianalyysin sekä Foucault'n minätekniikan käsitteen valossa. Yhteenvedossa teorian kanssa ajattelun ja tekstien toiseen kytkemisen menetelmässä on kyse eri teoreettisia ja metodologisia lähestymistapoja omaavien osajulkaisujen yhteen tuomisesta ja luennasta positiointiteorian näkökulmasta (esim. Harré & Moghaddam 2003, ks. tarkemmin 2.2.2) Teorian

kanssa ajattelu on vaatinut osajulkaisuja yhdistävän teoreettisen näkökulman käyttöönottoa, jollaiseksi olen valinnut PT:n. Menetelmää on sovellettu myös tuloslukujen kirjoittamisen tyyliin. Omat osajulkaisujen tulokset on positiointiteoreettisen luennan jälkeen tuotu kiinteään yhteyteen olemassaolevan tutkimuksen kanssa.

Käytännössä prosessi eteni siten, että ensimmäiseksi kirjasin osajulkaisujen keskeiset tulokset erillisille papereille. Kuolema-artikkelissa näitä olivat esimerkiksi kuolemaan ja elämän loppuvaiheen hoivaan liittyvä vähäinen valmistautuminen. Katteoria-artikkelista kirjasin ylös esimerkiksi itseän vanhana ihmisenä kohdistuvan negatiivisen, neutraalin ja positiivisen puhetavan. Kehysartikkelista kirjasin ylös esimerkiksi vanhan ihmisen vähäisen aloitteellisuuden keskustelussa verrattuna työntekijän aloitteellisuuteen ja asiakkaan pyyntöjen ohittamisen. Teknologia-artikkelista kirjasin ylös toimenpiteitä, joilla teknologiaa vietii vanhojen ihmisten kotiin sekä tapoja, joilla haastateltavat puhuivat teknologiasta, sen hyvistä ja huonoista puolista ja itsestä teknologioiden käyttäjänä. Politiikka-artikkelista kirjoitin ylös, miten teknologioiden käyttöä perusteltiin asiakirjoissa ja millaisia edellytyksiä teknologioiden käyttöönotto vaatisi teknologioiden käyttäjiltä ja heidän perheiltään.

Osajulkaisujen tulosten kokoamisen ja niiden rinnakkain asettamisen myötä aloin miettiä, mitä ne kertovat suhtautumisesta vanhuuteen ja vanhoihin ihmisiin. Aloin lukea tuloksia kulttuuri- ja sosiaaliogerontologian lähestymistapojen mukaisesti vanhuuteen liittyvää merkityksenannon, ikään liittyvää luokittelun ja esimerkiksi ageism-käsitteen näkökulmasta. Tämä tarkastelu herätti kiinnostuksen tarkastella vielä tarkemmin vanhojen ihmisten asemaan liittyviä kysymyksiä. Asemaan liittyvät kysymykset olivat olleet mukana jo osajulkaisujen teoreettisena menetelmällisissä lähtökohdissa. Kehysanalyysissä (Goffman 1974) tarkastellaan vuorovaikutustilanteita muun muassa oikeuksien ja velvollisuuksien rakentumisen näkökulmasta, foucault'laisessa diskurssianalyysissä (Arribas-Ayllon & Walkerdine 2008) subjektipositiot nähdään osana diskursseja, jotka ovat osa valtasuhteiden verkostoja, katteoria-analyysissä (Baker 1997; Housley & Fitzgerald 2009) kategorisointi nähdään kulttuurisesti ja moraalisesti latautuneina jäsennyksinä, joiden sisällä rakennetaan myös oikeuksia ja velvollisuuksia, ja toimijaverkostoteoriassa (Callon & Latour 1981; Callon 1986; Latour 1999) tarkastellaan positioiden muodostumista osana verkostojen toimintaa ja erityisesti käännoksen prosessissa muun muassa neuvottelujen ja suostuttelun keinoin. Toimijalla on valta puhua ja toimia toisten puolesta ja välittäjällä kyky muuttaa ja muokata merkityksiä ja tuottaa toimijuutta.

Seuraavaksi otin yhteen vetoon mukaan positiointiteorian (Harré & Moghadam 2003), jonka avulla pyrin vielä tarkemmin keskittymään vanhojen ihmisten positioiden rakentumiseen osana vanhuutta ja vanhojen ihmisten hoivaa koskevia tarinalinjoja. Seuraavaksi siirryn tutkimukseni tuloslukuihin, joissa käsittelen näitä kysymyksiä.

### 3 Vanhuuden sosiokulttuurinen rakentaminen

Tässä luvussa vastaan tutkimuskysymyksiini: 1) millaisia positioita vanhoille ihmisille on tarjolla vanhuutta koskevissa sosiokulttuurisissa tarinalinjoissa ja 2) miten tuen tarpeessa olevien vanhojen ihmisten positiot rakentuvat hoivan käytäntöjen tarinalinjoissa? Luku 3.1 painottuu ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ja luku 3.2 toiseen tutkimuskysymykseen. Teksti pohjautuu osajulkaisuihin I: Katgoria-, II: Kuolema-, III: Kehys-, IV: Politiikka- ja V: Teknologia-artikkeli.

Olen koonnut keskeiset tulokset taulukkoon 3 yleisellä tasolla kokonaisuuden hahmottamiseksi. Taulukon jälkeinen teksti luvussa ei etene taulukon laatikoiden järjestyksessä vaan useampaa tulosta kuljetetaan läpi tuloslukujen. Tämä johtuu positioinnin yleisestä luonteesta: tarinalinjojen lomittumisesta ja yhteenkietoutumisesta sekä usean tarinalinjan yhtäaikaaisesta läsnäolosta. Tuloslukujen päätteeksi esittelen taulukossa 4 tulokset kootusti muun muassa tarinalinjoittain ja positiottain sekä viitataan lukuihin, joissa asioita käsitellään tekstissä.

*Taulukko 3. Tukea tarvitsevan vanhan ihmisen positioon vaikuttavia tekijöitä*

| <b>VANHUUDEN YLEINEN SOSIOKULTTUURINEN MÄÄRITTÄMINEN</b>                                                                                                                                                                        |                                                               | <b>VANHA IHMINEN HOIVAN KONTEKSTISSA</b>                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -vanhuuteen liittyvät tarinalinjat: tavat, joilla vanhoista ihmisistä puhutaan ja kategorisoidaan: esim. ageistinen vs. ikäystävällinen tapa                                                                                    | <b>TUKEA TARVITSEVAN VANHAN IHMISEN POSITION RAKENTUMINEN</b> | -vanhojen ihmisten hoivaa koskeva yhteiskunnallinen keskustelu: esim. vastuun jaon, velvollisuuden ja hoivataakan kysymykset                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | -itse pärjäämisen kulttuurin ja hoivan suhde                                                                                                                                                                |
| -tavat, joilla vanhenemiseen liittyvät haasteet määrittävät vanhaa ihmistä yksilönä ja ikäryhmänä, esim. 3. ja 4. iän erottelu                                                                                                  |                                                               | -suhde toisilta saatavaan apuun: esim. tyytyväisyys apuun, avun pitäminen itsestään selvänä tai luonnollisena asiana, avun suhteen käytävät neuvottelut, avun tarpeeseen vastaamattomuus ja avun vaatiminen |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | -valta hoivan vuorovaikutustilanteissa: esim. kumppanuus, suostuttelu, ohittaminen vs. huomiointi, rajojen kunnioittaminen vs. rikkominen                                                                   |
| -tavat, joilla ikääntyneet ihmiset suhtautuvat vanhuuteen ja siihen liittyviin määrittämiin: esim. hyväksyvä, neutraali, neuvotteleva, vastustava, puolustautuva, poissulkeva, ongelmaksi kokeva ja resurssina käyttämisen tapa |                                                               | -”oikeanlaisen” asiakkaan ja hoivan vastaanottajan mallit, esim. digitaalinen kansalainen, ja malleihin suhtautuminen: esim. omaksuminen, mukautuminen ja vastustaminen                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               | -elämän loppuvaiheen hoivaan ja kuolemaan varautuminen, esim. varautumisen vähyys ja ns. neljanteen ikään liittyvä vanhuuden eksklusio                                                                      |

Ensimmäisessä alaluvussa (3.1) tarkastelen, millaisia tarinalinjoja kulttuurisamme on vanhuudesta ja mitä seurauksia niillä on vanhojen ihmisten positioille. Alaluvussa on suhteellisen paljon esimerkiksi kategorisointia käsittelevää tekstiä aiemmasta tutkimuksesta ilmiöön johdattelun ja sen merkityksellisyyden esiin tuomisen vuoksi. Yleisillä tarinalinjoilla ja kategorisoinnilla on sosiokulttuurisen merkityksellistämisen mielessä merkitystä myös toisen alaluvun hoivan kysymyksiin ja alkuosa on siinä mielessä johdattelevaa tekstiä myös toiseen alalukuun.

Toisessa alaluvussa (3.2) tarkastelen, miten vanhan ihmisen positio rakentuu hoivan konteksteissa. Tarkastelu painottuu erityisesti hoivan ja hoivapolitiikan näkökulmiin, ja siihen, kuinka hoivaa ja ikääntyntä aikuista hoivan vastaanottajana rakennetaan sosiokulttuurisesti hoivan tarinalinjoissa.

### 3.1 Vanhuuden tarinalinjoja ja vanhojen ihmisten positioita

Vanheneminen ja vanhuus merkityksellistyvät moniarvoisissa yhteiskunnissa useammalla kuin yhdellä tavalla. Osajulkaisujen aineistoissa on luettavissa erilaisia vanhuuteen liittyviä tarinalinjoja ja tapoja positoida vanhenemista ja vanhoja ihmisiä. Tämä näkyy vanhojen ihmisten puheessa itsestään ja elämästään, vastauksissa kyselylomakkeen kysymyksiin, kotihoidon palveluihin sisältyvissä vuorovaikutustilanteissa, hoivakäytännöissä ja hoivapolitiikkaan liittyvissä asiakirjoissa.

#### 3.1.1 Vanhuuden ongelmallisuuden tarinalinja

Vanheneminen näyttää kulttuurisesta moniarvoisuudesta huolimatta merkityksellistyvän helposti erilaisina haasteina tai ongelmina niin yksilö- kuin yhteiskunnallislakin tasolla (ks. esim. Ishikawa 2020). Tämä on yksi vanhuuteen liittyvä vahva tarinalinja. Haastattelu- (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli) ja ääninauhoiteaineistoissa (Kehysartikkeli) kerrotaan, kuinka vanhuuteen liittyy voimien ja jaksamisen vähenemistä ja sairauksiin ja kipuun liittyviä haasteita. Ikääntymisen ymmärrettiin myös vaikeuttavan arkiaskareiden ja uusien asioiden, kuten teknologian käytön, oppimista ja kaiken edellisen seurauksena johtavan tilanteisiin, joissa toisten apu on tarpeen toisella tavalla kuin nuorempana (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli). Haastateltavien oman elämän pohdinnassa on luettavissa muun muassa väsyvän, sairastavan ja ainakin osittain kyvyttömän kategoriat sekä autettavan ja ei-kuulluksi tulevan positiot (Kategoria-, Teknologia- ja Kehysartikkeli).<sup>16</sup> Tällaisen tarinalinjan myötä vanhenemiseen liitetäänkin myös positioituminen siihen joukkoon, joka tarvitsee apua.

Se, millä tavalla vanhenemiseen liittyyiin, esimerkiksi fyysisiin muutoksiin tai vanhetessa yleistyiin sairauksiin suhtaudutaan, on osa vanhuuden merkityksellistämistä ja tarinalinjoja ja siten se vaikuttaa vanhojen ihmisten position muotoutumiseen. Osajulkaisujen tutkimuksiin osallistuneet vanhat ihmiset puhuivat muutoksista yhtäältä luonnollisina asiantiloina, mutta toisaalta vanhuuden ongelmallisuus esiintyy vanhuspositiosta käytävänä neuvotteluna tai negatiivisesti rakentuvan position vastustamisena (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli), selontekovelvollisuutena (Kehysartikkeli) tai vanhenemiseen ja kuolemiseen liittyvien asioiden pois-sulkemisena (Kuolema-artikkeli) tai suoranaisena ongelmapuheena (Kategoria- ja Poliitiikka-artikkeli). Vanhan ihmisen tai esimerkiksi sairaan positiota käytetään kuitenkin puheessa myös resurssina. Näin on esimerkiksi silloin, kun ihminen perustelee oikeuttaan palvelujen saantiin (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli, ks. myös Timonen & Lolic 2020).

---

16 On hyvä muistaa, että tutkimukseen osallistuneet olivat osa säännöllisen kotihoidon palvelujen asiakaskuntaa, johon kuuluu pieni osa vanhoista ihmisistä. Vuonna 2022 84-vuotiaista 8 prosenttia, 85–94-vuotiaista 30 prosenttia ja yli 95-vuotiaista 57 prosenttia sai säännöllistä kotihoitoa (THL, Kotihoito 2022). Vuonna 2023 kotihoidon asiakkaiden määrä väheni 5 % vuoteen 2022 verrattuna. (THL, Kotihoito 2023)

Vanhuuden ja vanhojen ihmisten määrittely ongelmalliseksi pohjautuu ikäryhmäjaotteluun ja siihen liittyvään kulttuuriseen merkitsemiseen ja arvottamiseen. Kulttuurisesti merkittyjä siirtymiä vanhuuteen (Vincent 2003) ja siirtymiin liittyviä sopimuksia on useita. Yksi näistä on kronologisen iän käyttö merkityksellistämisen välineenä. Näin tehdään muun muassa ikäpoliittisissa asiakirjoissa (Madrid International Plan of Action on Ageing 2002; United Nations Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030; World Health Organization 2002 Active Ageing: A Public Policy Framework) tai etuisuuksissa, kuten vanhuuseläkkeessä. Myös gerontologiseen sosiaalityöhön siirrytään usein ihmisen täytettyä 65 vuotta, joka on palvelujärjestelmän tekemä ikäraja (Rossi ym. 2022). Vanhenemisen kulttuurisina merkkeinä pidetään myös ulkoisia merkitsijöitä kuten apuvälineitä (esim. kuulolaite, kävelykeppi tai rollaattori) tai kehon muutoksia (esim. ihon rypistyminen ja hiusten harmaantuminen tai kaljuuntuminen).

Ympäriämme on erilaisia korkean iän ja ikääntyneen kehon kuvauksia. Esimerkiksi vanhoja naisia näkee entistä enemmän mainoksissa (Kenalemang 2022; Sawchuk & Ly 2022) ja on tullut enemmän TV-sarjoja (Grace and Frankie 2015–2022) tai elokuvia (Iris 2001, Kvartetti 2012 ja Isä 2020), joissa päärooleissa on vanhoja ihmisiä. Vaikka mainoksia, TV-sarjoja tai elokuvia voidaan pitää esimerkeinä ikääntyneiden suuremmasta näkyvyydestä ja siinä mielessä positiivisemmista ikärepresentaatioista ja -kulttuurista verrattuna aiempaan vähempään näkyvyyteen, esimerkiksi Gilleard ja Higginsin (2010) tulkinta ikääntymisen kulttuurisista trendeistä esittää kriittisen kuvan ikääntymisen ja ikääntyneiden asemasta läntisissä kulttuureissa. Tulkinta on, että vanhuus merkitään nykyisissä länsimaisissa kulttuureissa pääsääntöisesti negatiivisilla tavoilla (esim. Gullette 2004; Lumme-Sandt ym. 2020), vaikka on paikkoja, joissa vanhojen ihmisten näkyvyys on lisääntynyt ja on puhuttu ikääntymistä ja ikääntyviä koskevien kulttuuristen ymmärrysten ja tulkintojen murroksesta (Varjakoski 2023). Edelleen on toisaalta myös positiivisia, joissa vanhat ihmiset ovat olleet perinteisesti arvostettuja, kuten vanhemmat valtionpäämiehet. Joskin heidänkin kohdallaan käydään keskustelua mahdollisesta liiallisesta vanhuudesta (esim. Shevi 2022).

Gilleardin (2002) mukaan negatiivisen vanhuskuvan ytimessä on nuoruuden ihannointi. Vanhojen ihmisten kohdalla tämä merkitsee toisaalta vanhuuden ghettoistumista sosiaalisen eristämisen ja aliarvostamisen merkityksessä ja toisaalta ”nuorekkaan vanhentumisen” tavoittelun kulttuuria, jota kuvastaa erilaisten anti-age- eli ikääntymistä hidastavaksi mainostettujen tuotteiden ja kauneuskirurgian markkinointi ja käytön lisääntyminen. Tällä on tulkittu olevan yhteys yksilöllistymiskehitykseen ja elämismaailman kaupallistumiseen. (Mt.)

Vanhuudesta tehdään ongelmallinen tila silloin, kun nidotaan yhteen kategorioita, jotka pitävät sisällään vanhuuden vähäistä arvostusta tai jopa vastenmielisyyttä vanhenemista kohtaan. Tämä liittyy usein vanhenevaan kehoon, joka yhä enenevässä määrin on ihmisen arvottamisen kohde tai paikka; kehon muutokset vanhuudessa

nähdään peruuttamattomina menetyksinä muun muassa viehättävyydessä ja terveydessä, mikä johtaa vanhuuden position heikkenemiseen. (Vincent 2003.) Vaikka vanhoja ihmisiä näkyisikin enemmän esimerkiksi mainoksissa, yksi tausta tälle näkyvyydelle on vanhenemista vastaan käytävä taistelu (Kenaleman 2022; Varjakoski 2023). Vaikka tutkimukseni ytimessä ei ole populaarikulttuurin analyysi eikä vanhuskuvan analyysi osana sitä, on tämän ulottuvuuden huomioiminen tärkeää. Se auttaa ymmärtämään muun muassa vanhojen ihmisten kriittistä puhetta itsestään vanhana ihmisenä.

### **3.1.2 Ageismi**

Yksi kulttuurigerontologian vahva tutkimusalue, joka tarkastelee edellisen kaltaista kriittistä tai ongelma-keskeistä suhtautumista vanhuuteen, on ageismitutkimus. Osajulkaisujeni tutkimusaineistoissa ageismi ilmenee esimerkiksi itseen kohdistuvana ageisminä ja lähinnä oman kehon toiminnallisiin muutoksiin kohdistuvana harmittelun tai moitteen sävytteisenä puheena (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli). Myös kotihoidon työntekijän me-puhetta saatettiin vastustaa eksplisiittisesti, minkä voidaan olettaa merkitsevän ageistiseksi koetun käytännön kokemista ja siihen reagoimista (Kehysartikkeli).

Ageismi perustuu ajatukseen, jonka mukaan ihmisillä on taipumus kategorisoida kanssaihmiä perustuen sellaisiin attributteihin kuten esimerkiksi ikä, sukupuoli tai etninen ryhmä. Ageismitutkimuksen kiinnostuksen kohteena on ikään, usein juuri korkeaan ikään, liittyvä ongelmallinen suhtautumistapa. Käsitteen klassiset määritelmät ovat peräisin Robert Butlerilta (1969; 1975). Hän ymmärsi ageismin ikäryhmien välisenä ennakkoluuloisuutena (1969) ja erityisesti vanhoihin ihmisiin liittyvänä, systemaattisena stereotypisointina ja syrjintänä heidän ikänsä perusteella (1975, 12). Uudempi ageismitutkimus on nostanut esiin ”hienovaraisia” ageismin muotoja ja määritelmä on saanut lisämäärittelyksiä, kuten hyvää tarkoittava (benevolent ageism, Sublett & Bisconti 2023; Vale ym. 2020), sisäistetty tai itseä kohtaan kohdistuva ageismi (internalized ageism, Levy ym. 2002; Vickerstaff & van der Horst 2022) tai rinnakkaistermejä kuvaamaan ageistisia käytäntöjä, kuten vanhuspuhe (elderspeak, Kemper & Harden 1999; O’Connor & St. Pierre 2004).

Ageismi ilmenee siis usealla eri tavalla. Sen on todettu olevan myös eri kulttuureissa jaettu ilmiö (Cuddy ym. 2005; Löckenhoff ym. 2009; North & Fiske 2015; Schuurman ym. 2022). Yksi tyypillinen tutkimuksen esiin nostama ageismin muoto on jo ageismitutkimuksen alussa keskusteltu korkeaan ikään liittyvä, lähes poikkeuksetta negatiivinen stereotypisointi, joka korostaa sairauksia, riippuvuutta ja toimijuuden, valintojen tekemisen ja itsemääräämisen ongelmia (Victor 2010; Swift ym. 2017).

Aiemmissa, 1980 ja –90-luvun tunnetuimmissa stereotypiatutkimuksissa (Schmidt & Boland 1986; Hummert ym. 1994) nousi esiin sekä negatiivisia että positiivisia stereotypioita. Negatiivisissa stereotypioissa esiin tulleita piirteitä olivat itsekkyy-

valittaminen, itsepäisyys, hidasälyisyys, heiveröisyys, masentuneisuus, yksinäisyys, toivottomuus, naiivius ja arkuus. Positiiviset stereotypiat liittyivät isänmaallisuuteen, uskonnollisuuteen, nostalgisuuteen, ystävällisyyteen, viisauteen, perhekeskeisyyteen ja sosiaalisuuteen. Myöhemmin Frey ja Bisconti (2023) ovat tosin todenneet, että osa edellä mainituista positiivisista stereotyyppisistä piirteistä, kuten nostalgisuus, voidaan tulkita myös negatiivisiksi stereotypioiksi. Myöhemmissä ja uusimmissa stereotypiatutkimuksissa vanhoihin ihmisiin liitettyjä negatiivisia stereotypioita ovat muun muassa unohtelu ja henkisen kyvykkyyden heikkeneminen (Richeson & Shelton 2006), ahdasmielisyys, riidanhakuisuus, ajantasaisuuden puute, loukkaavuus, kriittisyys, nostalgisuus ja/tai konservatiivisuus (Frey & Bisconti 2023), äreys ja huumorintajuttomuus (Lin & Walden 2024<sup>17</sup>). Negatiivisten stereotypioiden on katsottu lisääntyneen läntisissä yhteiskunnissa 1900-luvun loppupuolen ajoista. Samalla ageismi on muuttunut verhotummaksi. Jälkimmäisen on tulkittu johtuvan ikäsyrynnän tiedostamisen lisääntymisestä. Ageismia on verrattu rasismiin tai seksismiin, jotka ovat laajasti kritisoituja käytäntöjä ja joiden avoin ilmaiseminen ei ole enää niin hyväksyttyä. (Michel ym. 2011; Mason ym. 2015.) Suhtautuminen vanhoihin ihmisiin on myös monisyistä; samanaikaisesti vanhoihin ihmisiin liitetään positiivisia piirteitä ja vanhemmat ihmiset kokevat ikään liittyvää syrjintää (Airio 2016).

Ageismin seurauksista tehty tutkimus viittaa sen moninaisiin negatiivisiin vaikutuksiin. Ageistiset tulkinnat vanhojen ihmisten kykyjen puuttumisesta ja hyvän-  
tahtoinen ageismi voi johtaa muun muassa siihen, että vanhojen ihmisten ajatellaan tarvitsevan apua yli todellisen tai koetun avuntarpeen (Kategoria-artikkeli) ja heitä autetaan ihan yksinkertaisissakin asioissa. Heille voidaan myös puhua toisin kuin muille aikuisille (elderspeak) eli liioitellun kovalla äänellä, hitaasti ja yksinkertaisesti tai toisaalta vähätellään heidän kokemia ongelmia ja tunnekokemuksia (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli; Kemper 1994, Gietzen ym. 2023). Tällaisen hyvätahtoisien ageismin, esimerkkinä mainittakoon ylihuolehtivainen käytös (overaccommodative behavior), on todettu olevan yhteydessä muistitoimintojen heikentymisen kokemukseen (Kemper & Harden 1999) ja alentuneeseen ympäristön hallintaan omien asioiden tehokkaan hoitamisen heikentymisen merkityksessä (Sublett & Bisconti 2023). Vanhat ihmiset ovat kokeneet sen myös alentavaksi (Harwood & Giles 1996; O'Connor & St. Pierre 2004). Ikään perustuvan syrjinnän on ylipäättään todettu olevan yhteydessä vanhojen ihmisten terveyteen (Chang ym. 2020), biologiseen ikääntymiseen (Liu ym. 2022), lyhyempään elinikään (Levy ym. 2002), mielenterveyden heikkenemiseen (mt.), arvottomuuden ja yksinäisyyden tunteeseen (Shiovitz-Ezra ym. 2023) ja siihen liittyen masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintymiseen (Ro-

---

17 Linin ja Waldenin (2024) tutkimuksessa mielenkiintoista on, että syntymäpäiväkortit, jotka oli suunnattu 30–60-vuotiaille, sisälsivät merkittävästi enemmän ikäsyryjiä viestejä verrattuna kortteihin, jotka oli tarkoitettu 21-vuotiaille sekä 70–100-vuotiaille.

sell & Vergés 2023). Käsitys itsestä kronologista ikää vanhempana voi lisätä myös esimerkiksi riskiä taloudelliseen hyväksikäyttöön (Weissberger & Bergman 2023).

Sosiaali- ja terveystalvelujen kontekstissa ageismi tarkoittaa esimerkiksi vanhojen ihmisten toiveiden ja reaktioiden patologisointia, mikä voi johtaa virheelliseen ymmärrykseen siitä, mitkä vanhojen ihmisten tarpeet ovat ja että vanhat ihmiset olisivat homogeeninen ryhmä (Sargent-Cox 2017). Kydd ja Flemingin (2015) kirjallisuuskatsauksen mukaan hoivan tulisi olla potilaiden ikään nähden viritettyä siten, että potilaiden elämänvaihe tulee huomioiduksi. Ageismitutkimuksen kirjallisuuskatsauksen mukaan (Wilson ym. 2017) ageismin ilmenemistä ja sen vaikutusta ammatilliseen hoivaan tulisi tutkia tarkemmin. Kategorisointiin sosiaaliryöön tai sosiaalityöhön liittyneinä käytäntönä on tärkeää kiinnittää huomioita niin sosiaalityöntekijöiden kuin sosiaalityön asiakkaiden position muodostumisen näkökulmasta. Ikääntyneen asiakkaan position näkökulmasta katsottuna merkitystä on esimerkiksi tarpeiden kategorisoinnilla (Olaison 2010; 2012) ja kategorisoinnin vaikutuksilla palvelujen saamiseen (Kinni 2014), asiakasryhmittelyyn (Kuusisto ym. 2021) ja sosiaalityön asiakkuuden päättymiseen (Kinni & Tiilikainen 2024).

Sisäistetyn ageismin eli negatiivisen suhtautumistavan itseä kohtaan vanhuuden perusteella, on todettu olevan yhteydessä terveyden ja hyvinvoinnin haasteisiin. Viitteitä on siitä, että itseensä ageistisia ajatuksia kohdistavien elämänhalu (Levy ym. 2000), muistitoiminta (Levy ym. 2011) ja toimintakyky (Levy ym. 2012) ovat alenuneet ja fyysinen (Levy ym. 2006; Levy ym. 2009; Levy ym. 2016) sekä psyykkinen kuormittuminen (Levy ym. 2014) lisääntynyt. Toisaalta positiivisilla ikään liittyvillä stereotyyioilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia erilaisiin suorituksiin, kuten kävelynopeus (Hausdorff ym. 1999) tai muisti (Levy 1996). Tuoreen suomalaisen tutkimuksen (Valkama ym. 2024) mukaan tämä näkyy myös yli 65-vuotiaiden suomalaisten internetin käytössä; ikääntymiseen positiivisesti suhtautuvat käyttävät nettiä useammin kuin ikääntymiseen ja vanhuuteen negatiivisesti suhtautuvat.

Pääsääntöisesti erotettavissa olevat hyväntahtoinen ageismi tai positiivinen stereotyyisointi saattavat liueta toisiinsa (Vale ym. 2020). Positiivisiksi tarkoitettuihin stereotyyioihin kuten kunnioitettavuuteen, viisauteen, sulaisuuteen, luotettavuuteen ja saavutettuihin kokemuksiin (Chonody 2016) voidaan yhdistää negatiivisia piirteitä kuten kykyjen heikkeneminen ja avusta riippuvaisuus, jolloin vanhuus määrittyy loppujen lopuksi negatiiviseksi. Hyväntahtoinen tai tahaton ageismi on näkynyt myös politiikka-asiakirjoissa (Naughton ym. 2021), joissa vanhuutta toisaalta homogenisoidaan ja toisaalta tuotetaan jakoa sekä kolmannen ja neljännen iän välille (Politiikka-artikkeli; glorification vs. abjection, Naughton ym. 2021) että vanhuuden ja ”ikäneutraalin” keski-ikä välille.

Ageismitutkimus on osoittanut, että suhde ageismiin vaihtelee muun muassa ikäryhmittäin (nuorten sallivuus ageistisia tekoja kohtaan voi olla suurempi kuin vanhempien ihmisten, Gans ym. 2023), sukupuolen mukaan (nuoret miehet ovat nuoria naisia ageistisempia, [Muntsant ym. 2021]) tai naisiin kohdistuva ageismi

on tyyppillisempää kuin miehiin kohdistuva ageismi (Krekula ym. 2018) tai yksilöt voivat toteuttaa (do), purkaa (undo) tai haastaa (challenge) ageismia (Keskinen & Nikander 2023).

Tutkimus ageismin aktiivisesta vähentämisestä osoittaa, että tehokkaita keinoja ovat koulutus ja tiedon lisääminen ikääntymiseen liittyvistä asioista ja positiiviset sukupolvien väliset kohtaamiset ja yhdessä tekeminen, joissa yhdenvertaiset ihmiset kohtaavat toisensa kasvokkain (Burnes ym. 2019; Marques ym. 2020; Ermer ym. 2021; Doncel-García ym. 2023; Apriceno & Levy 2023). Myös iäkkäille ihmisille suunnatulla valtaistavalla mediaviestinnällä on todettu olevan positiivinen vaikutus vanhojen ihmisten käsityksiin itsestä (Levy ym. 2022).

Ageistiset stereotyyptit ovat usein tiedostamattomasti sisäistettyjä ja sillä tavoin itsestään selvä osa elämää. Ageismin olemassaolosta saatetaan olla tietoisia, mutta voidaan kokea, että se ei koske omaa elämää. Tästä huolimatta voidaan omaksua stereotyyppisiä ajatuksia, joiden mukaan esimerkiksi oletetaan, että myöhempi elämä on väistämättä fyysisen rappeutumisen ja riippuvuuden aikaa, ja hyväksyä tosiasiana se, että vanhemmat aikuiset ovat ärtyneitä, huonoja kuljettajia, eivätkä kykene oppimaan uutta teknologiaa ja että ikääntyneet naiset eivät voi olla seksuaalisesti viehättäviä. (Clarke & Korotchenko 2016.)

Ageismi saattaa verhoutua myös osaksi ikäystävällisiä näkemyksiä. Esimerkiksi korkean iän arvostukseen tai vanhojen ihmisten urheilusuoritusten ihailuun mediassa saattaa yhdistyä nuorekkuuden ”vaatimus” myös hyvin korkeassa iässä (Torgé & Nyman 2022 - tutkimus satavuotiaista). Vanhaan ikään poissulkevasti suhtautumisena voidaan pitää ilmiötä, jossa koettu ikä ja kronologinen ikä ovat ristiriidassa keskenään eli sisäisen minuuden koetaan pysyvän nuorena kehon vanhenemismuutoksista huolimatta (esim. Featherstone & Hepworth 1991; Hurd 1999; Westerhof ym. 2014; Barrett 2005).

### **3.1.3 Kolmas ja neljäs ikä tarinalinjoina**

Tutkimuskirjallisuudessa vanhuuden heterogeenisyyttä ja ajallista muutosta on pyritty hahmottamaan muun muassa kolmannen ja neljännen iän käsitteiden avulla. Vaikka en käytä kolmannen ja neljännen iän kategorioita tutkimuksellisina käsitteinä (ks. esim. Wahl & Ehni 2020), on jaon tai vastaavien luonnehdintojen (esim. the young old vs. the old old (Neugarten 1974) huomioon ottaminen aiheellista niiden käyttämisen seurausten arvioimisen vuoksi.

Peter Laslett kuvasi kolmannen iän käsitteen avulla vanhuutta elämäntapana, jolle on tyyppillistä vapaus työelämän paineista, suurempi mahdollisuus toteuttaa itseään ja aiempaan elämänvaiheeseen verrattuna myös suurempi väljyys sosiaalisissa rooleissa (Laslett 1989). Chris Gilleard ja Paul Higgs (2002) painottavat, että kolmas ikä on osa demografista ja sosioekonomista muutosta, ja että sitä on syytä tarkastella kulttuurisena kenttänä tai ilmiönä, ei niinkään tiettyä ikäryhmänä tai elämänvaiheena. Kolmas ikä on heidän mukaansa mahdollistunut länsimaissa va-

rallisuuden kasvun ja kulttuurin, erityisesti kulutuskulttuurin muutoksen myötä, ja että se on sekä kohortti- että sukupolvikysymyksenä kokemuksellisesti jaettu ilmiö.

Peter Laslett (1989) määritteli neljännen iän riippuvuuden, haurauden ja kuoleman läheisyyden ajaksi. Gilleard ja Higgs (2013) puhuvat kuitenkin neljänteen ikään liittyvästä sosiaalisesta kuvitelmasta (imaginary), joka pitää sisällään muun muassa pelon ja vastenmielisyyden vanhuutta ja ”seniiliyttä” kohtaan. Jos kolmatta ikää pidetään ideaalina vanhuutena valinnanmahdollisuuksien, autonomian, itseilmaisun ja nautinnollisuuden hengessä (Gilleard & Higgs 2009), on neljäs ikä sitä vastoin kulttuurisesti hyljeksittyä (ks. esim. Behuniak 2011: Alzheimerin tautia sairastavien zombie-vertaus; Naughton ym. 2021). Kolmannesta iästä voidaan puhua jonkinlaisena kulttuurissamme ylläpidettynä tavoitteena, johon tulisi yltää. Arkipuheen ja vanhuspolitiikan neljännen iän diskurssit (vaikka harvoin näin nimettynä) painottavat neljättä ikää usein ongelmana tai haasteena keskittyen sairauksiin ja palvelutarpeisiin; terveydellisiin ja toiminnallisiin ongelmiin, toimintakyvyn heikkenemiseen ja avun tarpeen lisääntymiseen. Se, millä tavoin muistisairautta sairastavaa ihmistä nimitetään, kategorisoidaan, miten hänen sairautensa ja siihen liittyvät muutokset esimerkiksi toiminnassa luokitellaan ja ymmärretään, vaikuttavat siihen, kuinka hänen suhtaudutaan muun muassa hoivan piirissä ja millaista toimijuutta hänelle on tarjolla (Immonen 2024).

Tutkimukseni vanhojen ihmisten suhde kolmannen iän tarinalinjaan ilmeni aineistossani toisaalta puheena, jossa itseä suhteutetaan tai puolustetaan suhteessa kolmannen iän ideaaliin aktiivisesta ja autonomisesta (kuluttaja)kansalaisesta (Kategoria-artikkeli). Kolmannen iän diskurssi oli hallitseva. Se näkyi puheena pärjäämisestä; kuinka itse hoidetaan asioita ja päätetään, vaikka vain ajatuksen tasolla (Kategoria-artikkeli, ks. myös Pirhonen ym. 2016; Aholola & Lumme-Sandt 2016), ja samalla pidetään itse kaukana neljännen iän sosiaalisen mielikuvan (Gilleard & Higgs 2013) kuvaamasta tilasta. Neljäs ikä nähtiin tilana tai aikana, jolloin elämä on epävarmaa esimerkiksi sen suhteen, kuinka kauan kotona asuminen on mahdollista ja miten terveyden käy. Siirtymää niin sanottuun neljänteen ikään kuvaillaan ”ei enää onnistumisena”, ”ei sitäkään pysty tekemisenä”, ”ei pitkää patkää jaksamisena” ja ”ei selviämisenä”. Neljännen iän eksklusiona voidaan pitää myös elämän loppuvaiheeseen ja kuolemaan liittyvien valmistelujen ja yksityiselämän keskustelujen vähäisyyttä (Kuolema-artikkeli).

Toisaalta sairastuminen, haavoittuvuus ja toisten apuun turvautuminen voidaan nähdä luonnollisena osana elämää (ks. esim. Pirhonen ym. 2016; Aholola & Lumme-Sandt 2016) ja kuolemaan voi varautua niin käytännön toimien, ajattelun kuin tunnettyöskentelyinkin avulla (Pirhonen ym. 2022). Neljännen iän piirteiden esiintyminen omassa elämässä ei ole myöskään totaalista; se ei johda itsen määrittelyyn ”neljäksikäiseksi”. Tutkimuksen haastateltavat puhuivat itsestään sekä kolmas- että neljäksikäisen piirteitä omaavina, ei joko-tai, kuten kolmas- tai neljäksikäisistä yleensä puhutaan (Kategoria-artikkeli).

Vanhuuden tarinalinjoihin vaikuttaa monet tekijät, kuten sukupuoli tai sosio-ekonominen asema. Vanhenemisen ja sukupuolen kysymyksiä yhdistävä tutkimus esittää usein, että vanhoja naisia kohdellaan stereotyyppisemmin kuin vanhoja miehiä. Sukupuolittuneisuus näkyy siten, että naisia kohtaan on enemmän ageistisia käsityksiä ja vanhoihin miehiin liitetään enemmän kulttuurisesti arvostettuja ominaisuuksia, kuten tietäminen, valta ja yhteiskunnallinen aktiivisuus. (Vakimo 2001; Kovács ym. 2021; Sánchez-Román ym. 2022; Varjakoski 2023.) Susan Sontag (1972) kirjoitti tästä 1970-luvun alussa ikääntymisen kaksoisstandardina. Toisaalta vanhoja miehiä kohtaan on alettu asettaa enenevässä määrin samankaltaisia esimerkiksi ulkonäköön kohdistuvaa ageistisia vaateita kuin naisille, joskin on myös tulkintoja, joiden mukaan nämä vaatteet eivät ole yhtä kovia (Varjakoski 2023). Lisäksi esimerkiksi rapistumisdiskurssi saa erilaisia painotuksia miessukupuolen sisällä; Willis ja Hafford-Letchfieldin mukaan (2022) rapistumisdiskurssi kohdistuu homoseksuaalisiin miehiin enemmän kuin heteromiehiin asettaen suurempia ulkonäöllisiä vaatimuksia.

Sukupuolisensitiivisen tutkimuksen on nähty keskittyvän enemmän vanhojen naisten tutkimiseen ja on puhuttu jopa sosiaaligerontologisen tutkimuksen feminisoitumisesta (Krekula 2007; Saxton & Cole 2012). Tutkimuskatseen kohdistuminen erityisesti naisiin on joidenkin tutkijoiden mielestä johtanut vinoutuneeseen näkemykseen siitä, että ikääntyminen olisi erityisesti naisia koskeva ”ongelma” (ks. esim. Kangas & Nikander 1999). Tällaisen vinoutuneen käsityksen on katsottu vaikuttavan siten, että miesten ikääntymistä ja siihen liittyviä kysymyksiä on tutkittu vähemmän (Saxton & Cole 2012; Ojala & Pietilä 2013; Hearn & Wray 2015). Vanhoja miehiä koskeva tutkimus on kuitenkin viime aikoina yleistynyt (ks. esim. Willis ym. 2023).

Sukupuolen tai esimerkiksi sosioekonomisen aseman kysymykset eivät olleet tutkimukseni lähtökohtaisia kohteita, mutta teemat nousivat tutkimusaineistoissa esiin muun muassa arkielämän ja auttamisen käytännöissä ja palveluiden käytön mahdollisuuksissa ja kulttuurissa. Esimerkiksi kynnyksien ja taloudellinen mahdollisuus yksityisten palvelujen käyttöön, kuten siivouspalveluihin, vaihteli ja apua arkeen saatiin usein naispuolisilta sukulaisilta. Aineisto ei kuitenkaan mahdollistanut näiden kysymysten yksityiskohtaisempaa analyysia.

### **3.1.4 Ikäystävällisyys**

Ageismi-käsitteen rinnalle on tuotu ikäystävällisyyden käsite (age-friendliness). Tutkimukseni osajulkaisuista esiin nostettujen havaintojen kautta ikäystävällisyys, sekä siihen liittyvä positioituminen näkyi monin tavoin. Se ilmeni esimerkiksi haastattelujen käsityksenä itsestä vanhana ihmisenä, jolla on toimijuuden rajoituksia, mutta niiden merkitys ei ole oman itsen tulkinnan kannalta ratkaiseva (Kategoria-artikkeli). Poliittika-asiakirjoissa korkeaan ikään liittyviä ominaisuuksia pidettiin esimerkiksi voimavarana (Poliittika-artikkeli). Ikäystävällisessä itseä koskevassa puheessa voi iäs-

tä ja sen tuomista haasteista riippumatta puhua itsestä esimerkiksi pystyvänä, autonomisena ja yhteisön jäsenenä (Kategoria-artikkeli) sekä elämästään positiivisesti; omia valintoja voi tehdä ja niistä voi puhua ilman että kokee tarvetta puolustella valintojaan (Teknologia-, Kehys- ja Kategoria-artikkeli). Viimeaikaisen kyselytutkimuksen mukaan suomalaiset (N=2024) suhtautuvat vanhuuteen pääsääntöisesti neutraalisti (40 %) tai positiivisesti (41 %), mutta he kokivat myös, että vanhoja ihmisiä myös syrjitään (66–75-v. 55 %, 76–85-v. 52 %, 85+ 24 %). Syrjintää koetaan varsinkin politiikkojen ja sosiaali- ja terveystalvelujen taholta. (Vaarama 2022.)

Ikäystävällisyyskäsitteen käytölle on tyyppillistä huomioon kiinnittäminen fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön (Smith ym. 2013) sekä palveluihin. Käsitettä on käytetty varsinkin rakennettujen ympäristöjen ja yhteisöjen yhteydessä kysymällä esimerkiksi, miten työyhteisöt (Eppler-Hattab ym. 2020) ja millaiset elinympäristöt (Menec ym. 2015) ottavat huomioon iältään vanhat työntekijät tai asukkaat. Myös WHO:n vuonna 2006 lanseeraama Age-friendly cities -ohjelma on edistänyt käsitteen tunnettuutta.

Esimerkki käsitteen määrittelystä on ikäystävällisestä yhteisöstä paikkana, jossa vanhat ihmiset ovat aktiivisesti osallisia ja arvostettuja, ja jossa infrastruktuuri ja palvelut tukevat heitä tehokkaasti heidän tarpeidensa mukaisesti (Alley ym. 2007). Begumin (2023) Pohjois-Suomeen sijoittuvassa tutkimuksessa ikäystävällinen ympäristö koostui vanhojen ihmisten mukaan elinpaikkaan (mukaan lukien luonto) liittyvästä kiintymyksestä ja yhteydestä, turvallisuuden ja tuttuuden tunteesta ja suhteista, joissa on välittämistä sekä osallistumisen mahdollisuuksia yksilöllisyys ja autonomia huomioden. Käsitteelle rinnakkaisia käsitteitä ovat, kontekstista riippuen, muun muassa ikäpositiivinen (työ)kulttuuri (age-positive culture, Paullin & Whetzel 2012) tai ikätietoinen politiikka (age-aware policies, Brooke & Taylor 2005; age-conscious policies, Martens ym. 2006). Keskityn tutkimuksessani hoivapalvelujen ja hoivapolitiikan tarinalinjoihin, joiden tarkasteluun käsitettä ei ole varsinaisesti suunniteltu, mutta jonka käytön näen kuitenkin mielekkäänä ageismin käsitteen vastakäsitteenä. Esimerkiksi positiivinen käsitys itsestä ikääntyvänä ihmisenä, itseen kohdistuvan ageismin vastakohtana, on tutkimusten mukaan yhteydessä esimerkiksi pitempään elinikään (Levy ym. 2002) tai myötätunto itseä kohtaan vaikuttaa positiivisesti käsityksiin omista muistiin liittyvistä kyvyistä, mikä puolestaan ennustaa lisääntyvää ympäristön hallinnan kykyä; esimerkiksi omien asioiden hoidossa (Sublett & Bisconti 2023).

Ikäystävällisen ajattelutavan mukaan negatiivisten tulkintojen lisäksi tai niiden sijaan tulisi olla myös täysin neutraaleja ja positiivisia suhtautumistapoja vanhenevista ja vanhoja ihmisiä kohtaan. Edellä tuotiin esiin, kuinka vanhojen ihmisten kulttuurinen näkyvyys ei välttämättä lisää ikäystävällisyyttä. Näkyvyyteen voi sisältyä ”hyväntahtoisia” ageismia, joka ei ole täysin avointa ja suoraa ageismia.

Ageistisista stereotyyppioista pyritään irrottautumaan eri tavoin. Yksi tapa on liittää ageistisia stereotyyppioita muihin vanhoihin ihmisiin, mutta ei itseensä (etäännyttä-

minen). Tämä pitää sisällään kuitenkin ageistisen ajattelun piirteitä. Toinen tapa on vanhempien ja nuorempien samanlaisena näkeminen tai vanhempien näkeminen jopa parempina - jälkimmäinen on tosin taas ageistisia piirteitä sisällään pitävä ajattelutapa. (Nimrod & Berdychevsky 2018; Weiss & Lang 2012.) Kolmas tapa on ”hyväätahtoisen” ageismin eksplisiittinen vastustaminen, mikä nousi esiin tutkimusaineostossani (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli). Kulttuuriin kuvastoihin refleктоiva, ei passiivinen suhtautuminen (Sawchuk & Ly 2022) tai tyyppillisestä ageistisesta kuvastosta poikkeavan kuvaston esittäminen (Lumme-Sandt 2011) ovat myös keinoja erottautua ageismista. Myös ikääntymisen kokemisen tutkimus voidaan nähdä ikäystävällisyyden lähteenä. Kun vanhuutta tarkastellaan vanhojen ihmisten itsensä eikä hallitsevan kulttuurin ulkoisista, objektiivisista ja usein vähättelevistä näkökulmista, homogenisoivat ja stereotyyppiset kertomukset on helpompi haastaa (Twigg & Martin 2015b). Kokemukset ikäystävällisistä yhteisöhankeista ovat myös tuottaneet hyviä tuloksia tuoden niihin osallistuneille vanhoille ihmisille kokemuksia sosiaalisesta osallistumisesta, yhteenkuuluvuudesta, integraatiosta, aktiivisuudesta ja henkilökohtaisesta kasvusta (Cao ym. 2024).

Gerontologisen sosiaalityön ja vanhustyön näkökulmasta on tärkeä tunnistaa erilaiset ageistiset ja ikäystävälliset käytännöt, jotka vaikuttavat asiakkaiden positioon. Lisäksi on tärkeää tunnistaa se, kuinka myös sosiaalityössä voidaan sekä vahvistaa että murtaa iäkkäisiin ihmisiin liittyviä kulttuurisia käsityksiä.

Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan vanhuuden sosiokulttuurista rakentamista hoivan kontekstissa ilmenevien tarinalinjojen ja positioiden analyysin kautta.

### **3.2 Ikääntyneen aikuisen positioita hoivan tarinalinjoissa**

Yhteiskunnallisen keskustelun teemat vanhojen ihmisten hoivaan liittyen ovat jo pitkään koskeneet väestörakenteen muutosta, väestön ikääntymistä ja sen seurauksena vanhojen ihmisten hoivakustannusten lisääntymistä. Keskustelua on käyty enenevässä määrin myös hoivapalvelujen riittävydestä ja laadusta. Sosiaali- ja yhteiskuntatieteellisen vanhushoivan tutkimuksen kenttä on laaja. Suomessa tutkimusta on viime vuosikymmenten aikana tehty muun muassa perheiden ja sukupolvien välisestä hoivasta (Miettinen 2006; Knif 2012), uusfamilismista ja omaisolettamasta (Kalliomaa-Puha 2017; Ahosola 2018), informaalista hoivasta sosiaalipoliittisena kysymyksenä (Zechner 2010), huoltosuhteen muutoksesta (Kestilä & Karvonen 2022) ja hoivaköyhyydestä (Van Aerschot & Kröger 2023), hoivan saantiin liittyvästä eriarvoisuudesta (Van Aerschot 2014), institutionaalisen hoivan käytännöistä (Pirhonen 2017; Tuominen ym. 2022), hoivatyöntekijöiden työstä (Tedre 1999) sekä hoivan markkinoistamisesta (Karsio 2024) ja finansialisaatiosta (Karsio ym. 2023).

Viimeaikaisissa kehityskuluissa vanhojen ihmisten elämäntilanteiden ja position näkökulmasta katsottuna huomio kiinnittyy heihin, jotka a) uusfamilismiin suun-

taavan hoivapolitiikan kontekstissa asuvat yksin, tarvitsevat hoivaa ja ovat ilman läheisten apua (Ahosola 2018), b) turvautuvat kotihoidon tai palveluasumisen palveluihin, ovat taloudellisesti heikossa asemassa ja tarvitsisivat sosioemotionaalista tukea fyysisen terveydenhoitoon painottuvilta palveluilta (Van Aerschot & Kröger 2023; Tuominen 2023) tai eivät saa tarvitsemiaan palveluita (Van Aerschot 2014) tai eivät saa apua esimerkiksi palveluiden ja etuisuuksien hakemisessa (Zechner 2010), c) joiden hoivasuhteisiin sisältyy väkivaltaa tai sen uhkaa (Sointu 2023), sekä d) niihin, joiden hoivasuhde estää hyvän ja omannäköisen elämän toteutumista (Pirhonen 2017; Tuominen ym. 2022). Hoivapalvelujen tarjonnan muutoksissa vanhojen ihmisten position kannalta kaiken kaikkiaan – mutta erityisesti taloudellisesti heikosti pärjäävien kohdalla – palveluiden markkinoistaminen ja finansialisatio asettavat haasteita laadukkaiden hoivapalvelujen saatavuudelle (Valokivi 2008; Karsio ym. 2023; Karsio 2024).

Seuraavaksi osallistun edellä mainittuun tutkimuskeskusteluun ikääntyneiden aikuisten position ja hoivan tarinalinjojen näkökulmasta. Tarkastelen osajulkaisujen tulosten kautta, millaisiksi tukea tarvitsevia ikääntyneitä aikuisia pyritään määrittelemään muun muassa ”oikeanlaisen” asiakkaan, hoivan vastuujon ja palveluihin liittyvien tavoitteiden ja toiveiden näkökulmasta katsottuna. Osajulkaisujen rajausten mukaan painopiste tarkastelussa on kotihoidon palveluissa, niiden teknologisoimisessa ja kotihoidon asiakkaan tai hoivan vastaanottajan näkemyksissä. Tarkastelu liikkuu hoivapolitiikan, hoivakäytäntöjen ja vanhojen ihmisten hoivaan liittyvän kerronnan tasoilla. Hoivalla viitataan tutkimuksessa väljästi apuun tai tukeen, jota ihminen tarvitsee muilta (Vasara & Sihto 2023).

### **3.2.1 *Positio itse pärjäämisen tarinalinjan ja hoivan risteyksessä***

Vastuu tarvittavan hoivan turvaamisesta on Suomessa julkisella sektorilla (Perustuslaki 11.6.1999/731, 19 § ja Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta 28.12.2012/980 sekä Laki iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista annetun lain muuttamisesta 604/2022). Läheisten tarjoama hoiva on kuitenkin olennaista apua ja tukea tarvitsevien vanhojen ihmisten elämässä (Kröger & Leinonen 2012; Zechner & Valokivi 2012; Ulmanen & Szebehely 2015; Anttonen & Karsio 2016; Puthenparambil & Kröger 2016) ja kotona asumisen mahdollistumisessa (Teknologia- ja Katteologia-artikkeli). Läheishoivaan asetetaan myös toiveita esimerkiksi rahoittamalla siihen liittyviä kehittämishankkeita (Ahosola & Lumme-Sandt 2019). Vanhoja ihmisiä auttavat yleensä puoliso, lapset, sisarukset ja sukulaiset (Kröger & Leinonen 2012; Katteologia- ja Teknologia-artikkeli).

Tutkimukseni haastatteluihin ja havainnointiin osallistuneet olivat elämäntilanteessa, jossa kodissa itsenäisesti asuminen ei ollut enää mahdollista, vaan se edellytti apua ja tukea (Katteologia-, Teknologia- ja Kehysartikkeli). Tähän tilanteeseen liittyi elämän arviointia kotona asumisen mahdollisuuksien suhteen; sen suhteen mitä on mahdollista tehdä itse ja mihin tarvitaan muiden apua. Tämä näkyi myös aineistojen

sisällöissä sekä niistä esiin nostetuissa tuloksissa. Aiemmassa tulosluvussa (3.1) esitin, kuinka itse pärjäämisen kulttuuri on vahvasti osa positiivista käsitystä itsestä ja sitä halutaan vaalia, vaikka esimerkiksi kotona asuminen edellyttäisi paljon muiden apua (ks. myös Ahosola & Lumme-Sandt 2016; Tiilikainen ym. 2019). Tutkimukseen osallistuneiden ikääntyneiden elämäntilannetta voi kuvata uudenlaisen kategorisoitumisen (Kategoria-artikkeli), transition ja liminaalisuuden käsitteillä (Milne ym. 2024) tai positiosiiirtymien ja uudenlaisten tarinalinjojen yhdistämisenä omaan elämään. Tutkimuksiin osallistuneet olivat kokeneet muutoksia elämäntilanteessaan ja suhteessa itsen (sairastuminen ja toimijuuden muutokset) ja omiin rooleihin (esim. kotihoiton asiakkuus, leskeytyminen). Toisaalta he olivat jonkinlaisessa välitilassa, useamman kategorian, nopeiden kategoriasiiirtymien tai tuttuun kategoriaan kuulumisen luopumisen tilassa (Kategoria-artikkeli), mikä herätti pohdintaa omasta elämästä ja itsestä. Positiontiteoreettisesti kyse on positiosiiirtymistä ja uusista tarinalinjoista, jotka liittyivät esimerkiksi omaan terveyteen ja asuinpaikkaan. Nämä ovat asioita, joiden käsittelemiseen ihmiset tarvitsevat välineitä ja joissa vanhustyö ja gerontologinen sosiaalityö voisivat olla valmistelun tukena niin asioiden käsittelyssä, hoivajärjestelmään liittyvissä tiedottamisessa kuin käytännön asioiden hoitamisen tukena.

Aineistoissa nousi esiin monin tavoin puhe vanhojen ihmisten pärjäämisestä mutta niin, että ne sisälsivät kerrontaa toisista ihmisistä ja heiltä saadusta avusta (Kategoria- ja Teknologia-artikkeli, ks. myös Ahosola & Lumme-Sandt 2016). Luonteeltaan puhe vaihteli neutraalista kuvailuista, kuinka asiat hoituvat toisten auttamana siihen, kuinka toisten apu ja tuki on pärjäämisen ehto (ks. myös Timonen & Lolich 2020 informaali ja formaali hoiva sosiaalisena pääomana) tai siihen, kuinka apua tai tukea tarvitsisi enemmän tai kuinka kokee olevansa taakkana läheisille. Aineistoissa ilmeni tyytyväisyyttä apuun, avun pitämistä itsestään selvänä tai luonnollisena asiana, mutta toisaalta myös avun tarpeeseen vastaamattomuutta sekä avun suhteen käytäviä neuvotteluja (Kategoria-, Teknologia- ja Kehysartikkeli).

Avun ja tuen merkityksen tunnistaminen johdattaa kysymyksen hoivasta ja siihen liittyvistä toiveista. Eksplisiittisesti tätä on selvitetty osana kyselyä, jossa kysyttiin vanhojen ihmisten hoivaan liittyviä toiveita (kenen haluaa tarpeen tullessa hoivaavan ja missä) elämän loppuvaiheen hoivan kontekstissa (Kuolema-artikkeli), joskin hoivaan liittyviä teemoja on tarkasteltu kaikissa muissakin aineistoissa. Elämän loppuvaiheen hoiva tuo hoivakeskusteluun omia erityispiirteitä kuoleman läheisyyden vuoksi, mutta hoivan yleisempää sosiokulttuurista jäsentämistä ja tarinalinjoja voitaneen kuitenkin tarkastella myös tässä erityisen hoivan tilanteessa.

Kulttuurimme ei juurikaan kannusta puhumaan hoivasta ja kuolemasta henkilökohtaisena kysymyksenä tai tekemään sitä koskevia valmisteluja (Kuolema-artikkeli, ks. myös Malcomson & Bisbee 2009; Sharp ym. 2013; Ko ym. 2016; Marques ym. 2020) siitä huolimatta, että ihmisillä on tähän liittyviä huolia. Olen tulkinnut tämän olevan osa vanhuuden ja kuoleman kulttuurista poissulkemista (ks. tarkemmin 3.1), mikä vaikeuttaa ihmisten vanhuuteen ja kuolemaan liittyvien asioiden käsittelyä.

Tekemämme kyselyn aineistossa 9.5 %:lla vastaajista oli hoivatahto ja 29 % oli tehnyt muita hoivaan liittyviä valmisteluja tai käynyt elämän loppuvaiheen hoivaan liittyviä keskusteluja (Kuolema-artikkeli, ks. myös Ko & Berkman 2012). Näin siitä huolimatta, että esimerkiksi hoivatahdon tekemisen ajatellaan olevan tärkeää (79 %). Yli 65-vuotiailla hoivaan liittyvien valmistelujen tekeminen (37,5 %) oli hoivatahdon tekemistä (13 %) yleisempää. Näin oli myös heillä, joilla joko hoivan ja kuoleman kysymykset olivat kokemusten kautta tulleet lähelle (30 %:lla muita valmisteluja, 10 %:lla hoivatahto) (ks. myös Carr & Khodyakov 2007; Piers ym. 2013; Kelly ym. 2013; Lovell & Yates 2014; Ko ym. 2016; Lynn ym. 2016; Ke ym. 2017) ja heillä, jotka asuivat yksin (40 %:lla muita valmisteluja, 19 %:lla hoivatahto) (ks. myös Carr & Khodyakov 2007; Samsi & Manthorpe 2011; Piers ym. 2013). Hoivatahdon tekemisen ajatus nostattaa tutkimusten mukaan erilaisin tavoin häiritseviä tai huolestuttavia kokemuksia (Malcomson & Bisbee 2009; Jeong ym. 2011; Brinkman-Stoppenburg ym. 2014; Simon ym. 2015; Ke ym. 2017), vaikka sen tekeminen tuottaa myös positiivisia seurauksia (Sudore & Fried 2010; Jeong ym. 2011). Ilmeistä on, että ihmiset tarvitsisivat tukea loppuelämän hoivaan liittyvien kysymysten käsittelyssä ja suunnittelussa (ks. myös Kuronen 2023, Ronkainen 2024).<sup>18</sup>

Keskeisiä asioita, jotka määrittävät vielä kotona asuvan, mutta tukea tarvitsevan vanhan ihmisen positiota ovat hoivapolitiikka ja auttamisen sekä itse pärjäämisen kulttuurit. Vaikka moni haluaa viettää elämänsä loppuajat kotona (< 63-v. 73 %, ≥63-v. 44 %; ks. myös Gott ym. 2004; Choi ym. 2010; Gomes ym. 2013; Hunt ym. 2014a; b; Hoare ym. 2015), monet (78 %) myös tahtoisivat turvautua ammatilliseen hoivaan (Kuolema-artikkeli). Tutkimusten mukaan tyypillistä on, että ihmiset suosivat tuttua elinympäristöään silloin, kun heillä on kohtalainen hoitotarve ja muuttoa hoivakotiin silloin, kun heidän hoivan tarpeensa lisääntyvät (Lehnert ym. 2019; Sánchez-Román ym. 2022). Yhteiskunnan oletetaan huolehtivan jäsenistään eikä perheen oleteta hoivaavan, vaikka heidän läheisyyttään toivotaankin. Tutkimusaineistossa on kuitenkin myös epäluottamusta formaalin hoivajärjestelmän toimivuuden suhteen ja puolison (55 %) sekä lasten hoivaa (tytärten 38 % ja poikien 35 %) toivottiin myös. Keskeisiä kysymyksiä ovat yksin jäämisen ja turvattomuuden pelko sekä perheelle mahdollisesti aiheutuva liian suuri vastuu. (Kuolema-artikkeli.) Nämä ovat teemoja, jotka ovat osa kotona mahdollisimman pitkään asumisen, itse pärjäämisen, asiakkuuden ja hoivan vastuullistamisen tarinalinjoja (ks. taulukko 4).

Anderson ym. (2022) puhuvat riippumattomuuden ja autonomisuuden sosiokulttuurisen ideaalin yhteydessä kapeiden parametrien autonomiasta. Ihmisen vanhetessa ideaalin mukaisen identiteetin ylläpitäminen voi olla haasteellista. Suhteessa avun antajiin tämä voi tarkoittaa muun muassa omien näkemysten perustelemisen vaadetta ja puolustautumista hyvää tarkoittavia neuvoja tai ohjeita vastaan (myös Teknolo-

18 Myös positiivisen (onnistuneen, aktiivisen, tuottavan ja terveellisen) ikääntymisen mallien on katsottu poissulkevan kuoleman vanhuuden luonnehdinnoistaan (Otto ym. 2023).

gia-artikkeli) ja tapaturmien salaamista. Valta kapeiden parametrien autonomiassa on usein muilla ja vaikka suhteessa olisikin vastavuoroisuutta, läsnä on periaatteellinen asymmetria. Hoivassa toimintaa voi ohjata esimerkiksi ”heidän parhaakseen” ja resurssien mukaan toimimisen periaatteet (Higgs & Gilleard 2016a). Valtarakenne on sisäänrakennettu esimerkiksi potilas–hoitotyöntekijä-suhteeseen (Kehysartikkeli; Arribas-Ayllon & Walkerdine 2008; Foucault 1992) tai tilanteeseen, jossa ollaan riippuvaisia läheisten avusta. Kulttuuri, joka arvostaa korkealle autonomisuutta ja valintojen tekoa, ehdollistaa yksilöllisyyttä neljännessä iässä, kun päätökset yksilön elämän tärkeimmistä asioista ovat muiden tekemiä ja fokus siirtyy ensimmäisestä persoonasta kolmanteen persoonaan (Higgs & Gilleard 2016b). Poliittisessa keskustelussa voi esimerkiksi korostua palvelujärjestelmän rooli vanhojen ihmisten toimijuuden lähteenä (Karjalainen ym. 2021). Osajulkaisujen tutkimuksiin osallistuneet vanhat ihmiset olivat tilanteessa, jossa kapeiden parametrien autonomia oli joko jo käsillä tai mahdollisesti lähitulevaisuutta (Kategoria- Kehys- ja Teknologia-artikkeli).

Vanhus- ja hoivapolitiikkaa kuvaa mahdollisimman pitkään kotona asumisen tai paikoillaan vanhenemisen (ageing in place; Vasara 2023; Poliitiikka- ja Kategoria-artikkeli), aktiivisen ikääntymisen (active ageing, Ahosola & Lumme-Sandt 2016; Kiuru ym. 2024, Kiuru 2024; Kategoria- ja Teknologia-artikkeli) ja omasta terveydestä ja hyvinvoinnista vastuun ottamisen (Katz 2001; Ahosola & Lumme-Sandt 2016; Immonen 2024; Poliitiikka-, Kategoria- ja Teknologia-artikkeli) ja perheiden vastuullistamisen ideaalit tai tarinalinjat (re-familisation, Ahosola & Lumme-Sandt 2016; Clotworthy 2020; Lestari ym. 2022, Poliitiikka- ja Teknologia-artikkeli). Hoivaa tarvitsevan vanhan ihmisen positio rakentuu näissä tarinalinjoissa tavoilla, joilla heidän on mahdollista saada ja vaikuttaa saamaansa hoivaan tai ajatella, keneltä on sopivaa odottaa hoivaa sekä sanoilla, joilla heistä ja heille puhutaan. Apua tarvitsevan vanhan ihmisen position kannalta olennaista olisi muun muassa, että hoivan tarve ei merkityksellistyisi negatiivisesti muista riippuvuutena (Grenier 2007; Higgs & Gilleard 2016a, Timonen & Lolic 2020).

Vaikka käytännössä apua tarvitsevien vanhojen ihmisten lähipiirin merkitys kotona asumisen tukemisessa on suuri (Kategoria-, Kehys-, Teknologia- ja Kuolema-artikkeli) ja läheisiin vedotaan vanhojen ihmisten tukemisessa (Poliitiikka-artikkeli), esimerkiksi hoivan teknologisoimisen merkitystä hoivaverkostoille ei arvioida asiakirja-aineistoissamme (hoivan teknologisoimisesta tarkemmin ks. 2.2.3). Yksilön ja perheen vastuuttaminen omasta hoivasta on myös potentiaalinen epätasa-arvoisuuden lähde hoivan vastaanottajalle ja hoivaajille ja vielä suuremmin vanhoille ihmisille, joilla ei ole informaalia hoivaverkostoa. Näin varsinkin, jos/kun hoivaan käytettäviä resursseja karsitaan. (Szebehely 2014; Poliitiikka-artikkeli.) Onnistuneen ikääntymisen tarinalinja, joka sisältää aktiivisuuden, tuottavuuden, itseen tukeutumisen ja valinnanvapauden ideaalit, myös valmistaa tietä julkisten palveluiden supistamiselle ja hyvinvointivaltion heikentämiselle (Blix & Ågotnes 2023).

### **3.2.2 Position rakentuminen hoivan vuorovaikutustilanteissa – asiakkuuden tarinalinja**

Palvelujen kotiin vieminen voi mahdollistaa vanhan ihmisen kotona asumista silloin, kun se ei ole mahdollista omin tai läheisten avuin. Hoivapalvelujen kotiin tuominen kuitenkin muuttaa kotia, siinä tapahtuvaa vuorovaikutusta ja hoivaverkostoa, ja samalla kotonaan asuvan vanhan ihmisen paikkaa kodissa. Tässä alaluvussa tarkastelen vanhan ihmisen position rakentumista kotihoidon työntekijä–asiakas-vuorovaikutuksessa. Näkökulma tässä yhteenvedossa on asiakkuuden tarinalinjassa.

Kotihoidon asiakkaan positiota rakennetaan vuorovaikutustilanteissa muun muassa kehystämällä vuorovaikutusta (Goffman 1974) tavoilla, joilla korostetaan fyysisen terveyden hoitoa (64,5 % kehysten aloituksista terveydenhoitoon liittyvää), työntekijöiden aloitteellisuutta (76 % kehyksen aloittaja) ja heidän ammatillisuuteensa perustuvaa määrittelyvaltaa (Kehysartikkeli). Asiakkaan positio on vahvimmillaan silloin, kun asiakkaat ovat hoidon ja hoivan kumppaneita, asiakkailla on mahdollisuus suunnata vuorovaikutusta toivomaansa suuntaan ja asiakas saa tarvitsemaansa hoivaa, tukea ja kanssakäymistä. Osajulkaisuni (Kehysartikkeli) tulosten mukaan kotihoidon asiakkaiden position muodostumista luonnehtii kuitenkin asiakkaiden neuvotteluasemien heikkous vuorovaikutuksen suuntaamisessa työntekijä–asiakas-valtasuhteessa ja asiakkaan aktiivisuuden vähäisyys. Asiakkaan positio on heikoimmillaan silloin, kun työntekijä–asiakas-vuorovaikutus ei perustu vuorovaikutuksen osapuolten yhteisymmärrykseen, asiakkaalla ei ole valtaa kotihoidon käyntien tapahtumiin tai saatavan hoivan suhteen, asiakkaiden tarpeet ohitetaan eikä asiakas tule kuulluksi (Kehysartikkeli; Andersson ym. 2004; Niemelä 2006; Olaison 2009; Tønnessen ym. 2011, Paljärvi 2012; Groop 2012; Tiilikainen ym. 2019). Palvelu- ja työntekijäkeskeisessä vuorovaikutuksessa myös asiakkaan kehon sekä kodin yksityisyyden rajojen ylläpidossa voi olla haasteita; työntekijän ammatillisen tilan luominen asiakkaan kotiin voi tuntua oman tilan hallinnan tunteen vähenemisenä (Kehysartikkeli, Spiers 2002; McGarry 2009; Öresland ym. 2009; Lindahl ym. 2010). Asiakkaat voivat myös itse, muun muassa työntekijöiden kiirettä ajatellen (Jarnila & Eloranta 2024), vähentää palveluiden vaatimuksia. Toisaalta asiakkaat käyttävät myös vastarintaa ja pyrkivät ylittämään työntekijä–asiakas-vuorovaikutuksen yleisesti hyväksyttyjä rajoja (Kehysartikkeli).

Kun edellä esitettyjä tuloksia tarkastellaan asiakkaan position näkökulmasta, kiinnittyy huomio kotona tapahtuvan työntekijä–asiakas-vuorovaikutuksen luonteeseen ja osapuolten osallistujastatukseen (Goffman 1974) sekä position diskursiiviseen määrittymiseen (ks. esim. Davies ja Harré 1990; Pynnönen 2013). Puhevalta ja siitä käytävä neuvottelu (esim. van Dijk 2011), suostuttelu, vuorovaikutuksen osapuolen ohittaminen tai huomiointi, yksityisyyden rajojen kunnioittaminen tai ylittäminen vuorovaikutustilanteissa, ja informaaliin vuorovaikutuksen suuntaan liikkuminen määrittävät myös kotihoidon asiakkaan positiota (Kehysartikkeli) ja ovat osa asiakkuuden tarinalinjaa. Aiempi, asiakkaan näkökulmasta tehty tutkimus

työntekijä–asiakas-vuorovaikutuksesta on tuonut esiin, kuinka onnistuneessa vuorovaikutussuhteessa on molemmipuolista luottamusta, rajojen kunnioittamista ja läsnäoloa (Twigg 2000; Spiers 2002; Andersson ym. 2004; Öresland ym. 2008; 2009; 2011; McGarry 2009; Lindahl ym. 2010) sekä tuttuutta, joka edellyttää jatkuvuutta työntekijä–asiakkaan-suhteessa (esim. Tepponen 2009; Öresland ym. 2009; Paljärvi 2012) ja että vuorovaikutus sisältää muutakin sisältöä kuin asiakkaan terveydentilasta huolehtimista (Öresland ym. 2009; Tepponen 2009; Paljärvi 2012).

Asiakkaan positioon vaikuttavista kasvokkaisen vuorovaikutuksen ulkopuolisista tekijöistä tutkimukset ovat tuoneet esiin esimerkiksi kotihoidon palvelujen saamisen tiukentuneet kriteerit, palvelujen saatavuuden heikkenemisen ja palvelujen suuntaamisen professionaalisista sekä organisatorista tarpeista käsin (Olaison 2009; Niemelä 2006; Ruotsalainen ym. 2020; Ring ym. 2024; Raitakari & Juhila 2022).

Kotihoidon työntekijä–asiakas-vuorovaikutustilanteisiin, asiakkaiden hyvinvointiin ja positioon vaikuttavat myös yhteenvedon tarkastelun ulkopuolelle jääneet kotihoidon työntekijöiden työolosuhteet. Viimeaikaisissa tutkimuksissa (Ruotsalainen ym. 2022; Ring ym. 2024) on raportoitu kotihoidon työn kasvavista ongelmista. Työntekijät ovat kokeneet, että he eivät voi tehdä työtään riittävän hyvin tai eettisesti kestäväällä tavalla tilanteessa, jossa työmäärä on lisääntynyt, mutta työnteon resursseja on vähennetty. Asiakkaiden tarpeet ovat entistä laajempia, mutta työssä keskitytään fyysisen terveyden tarpeiden hoitamiseen holistisen työotteen sijaan. Työ on myös yhä enemmän ulkoapäin määriteltyjen suoritteiden tekoa ja kirjaamista ja autonomisuus työssä on entistä vähäisempää. Työntekijöiden mukaan toisaalla on asiakkaita, joiden kodeista on tullut ”säilytyspaikkoja” ja toisaalla on työntekijöitä, jotka kokevat olevansa asiakkaiden ainoita auttajia, jotka joustavat liikaa eivätkä muun muassa työn järjestelyjen ontumisen syistä ehdi palautua työstä.

### **3.2.3 Hoivan teknologisoimisen tarinalinja ikääntyneen aikuisen position rakentajana**

Kotona mahdollisimman pitkään asuminen ja teknologioiden käyttö hoivassa ovat suomalaisen vanhuspolitiikan ja hoivakulttuurin julkilausuttuja tavoitteita (STM 2020). Myös tutkimukseni osajulkaisuja sijoittuu kehittämishankkeisiin, joissa tavoitteina on ollut kotihoidon kehittäminen (Kategoria- ja Kehysartikkeli) ja teknologioiden<sup>19</sup> käyttöönotto kotihoidon palveluissa ja hoivassa yleisemminkin (Teknologia-artikkeli).

---

19 Teknologioilla tai digitaalisilla palveluilla viitataan tässä tutkimuksessa teknologiavälitteisiin hoiva- tai sosiaalipalveluihin kuten valvonta- ja hälytysjärjestelmät ja videoyhteyden avulla toimivat hoivatyöntekijöiden, kolmannen sektorin ja yritysten tarjoamat palvelut tai yhteydet perheenjäseniin. Muita joko vastaavia tai läheisiä termejä ovat gero(n)teknologia (Delello & McWhorter 2017), avustava teknologia (assistive technology - Fischer ym. 2014), mTerveys tai eTerveys (mHealth - Spann & Stewart 2018; telecare - Bentley ym. 2018) ja hyvinvointiteknologia (Östlund ym. 2015).

Politiikka-artikkelin dokumenteissa<sup>20</sup> vanhat ihmiset näyttäytyvät runsaslukuisena, suuren palvelutarpeen omaavana ja hoivakuluja aiheuttavana ryhmänä (ks. 3.1 eronteko kolmannen ja neljännen iän välillä). Hoivakulujen vähentämisen – ja tähän vastauksena esitetyn kotona mahdollisimman pitkään asumisen tavoitteen ja teknologiaoptimismin – hengessä hoivapolitiikassa luodaan oikeanlaisen kotona asuvan ja digitaalisia palveluja käyttävän hoiva-asiakkaan/vanhan ihmisen malli tai tavoite. Tavoitteena on muun muassa digitaalinen kansalainen (Schou & Hjelholt 2019), joka digitaalisia palveluita käyttäen omahoidon ja -avun turvin sekä läheisten avulla pääsee näiden kustannustehokkaiksi nähtyjen palveluiden piiriin ja pystyy asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Näin myös harvaan asutuilla alueilla, kuten Lapissa. Aiempi tutkimus osoittaa kuitenkin, että digitaalisten palvelujen käyttö on vähäisempää vanhemmissa ikäryhmissä (60+-vuotiaat), eivätkä edes hyvät digitaaliset taidot ole yhteydessä digitaalisten palveluiden runsaaseen käyttöön vanhimmissa ikäryhmissä (n. 80-vuotiaat) (Heponiemi ym. 2022).

Teknologiaoptimismi näkyy myös kotihoidon kehittämishankkeissa, jotka tuovat edellä mainitun hoivapolitiikan päämäärät käytäntöön ja joissa tavoitteena on tuoda teknologiaa kotihoidon asiakkaiden kotiin ja saada heidät teknologioiden käyttäjiksi, eli saada aikaan toimijaverkostoteorian käsitteiden mukaisesti teknologinen käännös (Teknologia-artikkeli). Digitaalisen kansalaisen konstruointi on osa digitalisaation legitimisointia, jota ohjaa taloudellisuuden, joustavuuden (Schou & Hjelholt 2019, Lindberg & Lundgren 2022, Iisakka & Alastalo 2024), vääjäämättömyyden (mt.) ja vastuullistamisen ideat (Juhila ym. 2017, Samén ym. 2024, Iisakka & Alastalo 2024).

Kotona mahdollisimman pitkään asuminen on myös tämän tutkimuksen haastatteluihin osallistuneiden vanhojen ihmisten sanoittama tavoite. He ovat nähneet teknologisten palveluiden käyttöönoton yhtenä keinona kotona asumisen tukemisessa tilanteessa, jossa kotona asuminen edellyttää tukea ja ajatus kotona asuminen jatkumisesta ei ole itsestään selvää (Teknologia-artikkeli). Haastateltavat ovat olleet valmiita muokkaamaan itseään – foucault’laisittain itseensä minäteknologiaa soveltaen (Foucault 1988) – teknologioiden käyttäjiksi, vaikka nämä teknologiat ovat olleet heille uusi ja osittain vastenmielinenkin asia. Syyt itsensä hoivateknologian käyttäjäksi muovaamisesta (Teknologia-artikkeli) nousivat haastateltavien puheessa terveyden hoitamisesta, turvallisuuden tunteen saavuttamisesta, mahdollisuudesta uudenlaiseen yhteydenpitoon itselle tärkeisiin ihmisiin tai palveluihin tai heränneestä kiinnostuksesta uudenlaista teknologiaa kohtaan. Nämä ovat tyypillisiä tutkimuksissa esitettyjä teknologiavälitteisten palvelujen hyötyjä. Tutkimusten mukaan hoivateknologioiden hyödyt liittyvät muun muassa fyysisen terveyden hoitoon ja kuntoutukseen (Tchalla ym. 2012; Choi ym. 2014; Kerssens ym. 2015; Bond &

---

20 21 dokumenttia, joihin sisältyy lakitekstejä, hallituksen ohjelmia, strategioita ja suunnitelmia, ministeriöiden asiakirjoja (mm. laatusuosituksia), alueellisia ohjelma-asiakirjoja Lapista (ks. liite 4).

Worswick 2015; Brown ym. 2015; Shulver ym. 2017; Bradford ym. 2018), kotona itsenäisesti asumisen tukemiseen sekä institutionaalisen hoivan tarpeen vähentymiseen (Riikonen ym. 2010; Stokke 2016; Mitzner ym. 2017) ja sosiaalisten suhteiden tukemiseen (Winstead ym. 2013; Kilpeläinen & Seppänen 2014; Chen & Schulz 2016; Hasan & Linger 2016; Barbosa Nevese ym. 2019; Tsai ym. 2017; Bradford ym. 2018; Antunes ym. 2019; Tan ym. 2024).

Teknologioiden käytön aloittamisen ja oppimisen yhteydessä vanhat ihmiset kävivät ikään liittyvää itsemäärittelyä ja elämäntilanteensa reflektointia; esimerkiksi sen suhteen, missä määrin he vanhoina ihmisinä olivat kykeneviä ja kiinnostuneita oppimaan uusia asioita (Teknologia-artikkeli). Tällaisella sosiokulttuurisella määrittelyllä on merkitystä sairauksien kannalta. On todettu muun muassa, että vanhat ihmiset alikäyttävät teknologiaa sisäistetyin ageismin (Köttl ym. 2021; Valkama ym. 2024) ja ageististen stereotyyppien vahvistumisen uhan vuoksi (Mariano ym. 2022). Tutkimukseni näkökulmasta on kyse siitä, miten muut ja vanhat ihmiset itse asettavat vanhoille ihmisille hoivaan liittyviä ominaisuuksia, oikeuksia ja velvollisuuksia. Oppimisen lisäksi pohdintaa itsestä käytiin seuraavissa kysymyksissä: miten kotona asuminen on mahdollista ja millaiseksi oma elämä muuttuu jos/kun fyysinen kunto heikkenee entisestään, millaista apua ja keneltä toivotaan, on mahdollista ja/tai kuuluisi saada.

Se, miksi haastateltujen kohdalla teknologinen käänнос (Teknologia-artikkeli) ei lopulta toteutunut, eivätkä haastateltavat jatkaneet kotiin tuotujen teknologioiden käyttöä, johtui useasta syystä. Haastateltavien puheesta ilmeni turhautumista laitteiden toimivuuteen tai siihen, ettei laitteiden käytöllä ollut vastaavuutta heidän tarpeisiinsa ja teknologiat koettiin itselle merkityksettömiksi. Hoivateknologian tutkimus on tuonut esille teknologian käyttöön liittyviä ongelmia. Näitä ovat muun muassa teknologian käyttöön yhdistyvän luottamuksen, turvallisuuden ja yksityisyyden menetys (Lie ym. 2016; Yusif ym. 2016; Pols 2017), omiin kykyihin liittyvät huolet (Korjonen-Kuusipuro & Saari 2021), kasvanut riippuvaisuus muista (Bentley ym. 2018; Morgan ym. 2022), taloudelliset, palvelumaksuihin liittyvät kysymykset (Spann & Stewart 2018; Tan ym. 2024), teknologioiden epäsopevuus (Korjonen-Kuusipuro & Saari 2021), kompleksisuus (Tan ym. 2024) ja koetun hyödyllisyyden puute (Davis 1989), joka johtuu muun muassa siitä, että vanhoja ihmisiä ei ole ollut ylipäänsä mukana tuotteiden suunnittelussa (Cook ym. 2016; Mannheim ym. 2021; Mannheim ym. 2023; Turjamaa ym. 2023) tai mukaan ottaminen on rajattu nuorimpiin, hyväkuntoisimpiin, aktiivisimpiin ja teknologioita jo taitaviin vanhoihin ihmisiin (Mannheim ym. 2023). Lisäksi kasvokkaisten kohtaamisten menettäminen (Frennert ym. 2013; Currie ym. 2015; Shulver ym. 2017 – suhteessa hoitajiin; Zwijsen ym. 2011; Kim ym. 2017) tai tunne pakotetuksi joutumisesta ja pelko yhteiskunnasta syrjäytymisestä palveluiden digitalisaation kiihtyessä (Korjonen-Kuusipuro & Saari 2021) ovat merkittäviä tekijöitä.

Teknologioiden käytöstä kieltäytymistä voidaan tarkastella myös vastarinnan (Foucault 1976/1984) tai valinnan mahdollisuuden näkökulmasta. Teknologiavälitteiset palvelut eivät olleet osajulkaisujeni tutkimusaineistojen keruun aikana ainoa kotihoiton palvelujen saannin tapa. (Teknologia-artikkeli.) Hoivateknologian pilottihankkeet olivat kuitenkin kokeiluja tavoitteessa teknologisoida palveluja, ja viitteitä on siihen, että kotihoitopalvelujen tarjonnassa on siirrytty tilanteeseen, jossa teknologiavälitteiset palvelut ovat joidenkin palvelujen ja asiakkaiden osalla ainoa vaihtoehto (Jarnila & Eloranta 2024).

Mahdolliset palveluiden teknologisoimisen riskit, joita dokumenttiaineistoissa (Politiikka-artikkeli) tuotiin esille eksplisiittisesti, liittyvät palveluiden luotettavuuteen ja eettisyyteen, erityisesti yksityisyyden ja turvallisuuden kysymyksiin ja niiden vanhojen ihmisten asemaan, joiden taloudellisessa tilanteessa tai digitaalisessa kompetenssissa on haasteita. Asiakirja-aineistossa (Politiikka-artikkeli) teknologia-ensin-ajattelu ei ollut teknologiaoptimismista tai -determinismistä (Sundberg 2019) huolimatta eksplisiittisesti ensisijalla. Kuitenkin esimerkiksi ajatus vanhojen ihmisten mukaan ottamisesta teknologioiden suunnitteluun ja teknologian testaamiseen lähti liikkeelle taloudellisen tuloksellisuuden ja tehokkuuden näkökulmasta (uusien teknologioiden käytön lisääntyminen vanhoilla ihmisillä), ei esimerkiksi vanhojen ihmisten hyvinvoinnista tai osallisuuden lisäämisestä käsin. Myös palvelujen saatavuuden ajateltiin harvaan asutuilla alueilla parantuvan, kun palveluja vietäisiin kotiin teknologioiden avulla, mutta teknologisen infrastruktuurin heikkous nimenomaan harvaan asutulla alueella, ikääntyneen väestön teknologioiden käytön alhainen aste ja teknologisoinnin merkitys hoivan laadulle jäi vähäiselle arvioinnille (Politiikka-artikkeli).

eTerveysteen suhtaudutaankin hoivapolitiikassa pääasiassa optimistisesti. Hoivan teknologisoimisen tarinalinja on hallitseva. Teknologian uskotaan parantavan hoidon laatua, vähentävän hoitokustannuksia ja kannustavan ikääntyneitä pitämään huolta itsestään (Lindberg & Carlson 2018). eTerveys-puheeseen kuuluu Lindberg ja Carlsonin (mt.) tutkimuksen mukaan edellä mainitun teknologiaoptimismin lisäksi keskeisesti keskustelut muun muassa aktiivisesta ikääntymisestä ja potilaiden osallistumisesta. Teknologiaoptimismi näkyy myös siinä, kuinka esimerkiksi politiikka-asiakirjoissa ei käsitellä hyvinvointiteknologian mahdollista epäonnistumista itsenäisyyden luomisessa ja sitä, millaisia vaihtoehtoisia ratkaisuja kyseisissä tilanteissa on tarjolla (Samén ym. 2024). Lindberg ja Carlson (2018) huomauttavatkin, että teknologiaoptimistisia diskursseja on arvioitava kriittisesti. Sama toteamus on myös nostettavissa esiin Politiikka- ja Teknologia-artikkeleista. Ne osoittavat selkeästi teknologiaoptimismin rajallisuuden.

Lisäksi edellä mainitun teknologiaoptimismin lisäksi on syytä suhtautua kriittisesti 1) keskusteluun kohtuulliseksi määritellystä hoivasta, 2) yksilöiden omahoivaan keskittymiseen julkisen terveyspalvelujen tarjoamisen sijaan, 3) läheisten ja vertaisavun roolin painottamiseen, 4) teknologiavälitteisten palveluiden rakenteel-

listen kysymysten ja 5) konkreettiseen teknologiapalveluiden arvioinnin vähäisyyteen (esim. tietoteknisten yhteyksien toimivuus, tarjolla olevien palvelujen vähyys, henkilökunnan koulutus teknologiavälitteisissä palveluissa), 6) asiakkaiden teknologioiden käyttöön suostutteluun ja 7) teknologiadeterminismiin, kun arvioidaan ikääntyneiden ihmisten positioita hoivapalvelujen kontekstissa.

Edellisiä kysymyksiä voidaan tarkastella myös digitaalisen jaon kysymyksinä palvelujen saatavuuden, käytettävyyden ja käytön seurausten mielessä (van Deursen & Helsper 2015; van Deursen & van Dijk 2019; Buchert ym. 2023; Poliitikka-artikkeli). Digitaaliset jaot vaikuttavat vanhojen ihmisten mahdollisuuksiin hoitaa omia asioitaan ja tarpeeseen turvautua muiden ihmisten apuun. Haavoittuvassa asemassa ovat sellaiset vanhat ihmiset, joilla ei ole teknologisia välineitä tai valmiuksia, jotka asuvat paikoissa, joissa tietotekniset yhteydet ovat heikot, jotka suostutellaan käyttämään heidän tarpeitaan vastaamattomia teknologisia palveluita, ja joilla ei ole läheisiä, jotka hoitaisivat asioita heidän kanssaan tai puolesta (Poliitikka-artikkeli ja Teknologia-artikkeli). Ajatus siitä, että palvelujen muuttaminen teknologiavälitteiseksi tarkoittaisi sitä, että hoivan lopputulos tai seuraukset olisivat laadultaan samat kuin kasvokkaisella palvelulla, mutta vähemmillä kustannuksilla (Sanyal ym. 2018), näyttäytyy osajulkaisujeni (Teknologia-, Kehys- ja Poliitikka-artikkeli) tulosten valossa liialliselta yksinkertaistamiselta ja jossain määrin myös turhalta teknologiaoptimismilta. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan hoivateknologian onnistunut käyttöönotto edellyttää useimmiten esimerkiksi digitaalisen hoivan yhdistämistä henkilökohtaisen läsnäoloon (Lindberg ym. 2021).

Palvelujen teknologisoiminen, yksilöiden ja perheiden vastuuttaminen ja suostuttelu digitaalisiksi kansalaisiksi on osa vanhojen ihmisten tietynlaistamista. Vanhan ihmisen tulee pyrkiä olemaan tietynlainen ulkoisesti (ks. luku 3.1) ja sen lisäksi tietynlainen myös muillakin elämän alueilla; kotona mahdollisimman pitkään pärjäävä, itseään hoitava, teknologiaa käyttävä, mutta myös tarvittaessa yhteiskunnan tukema (Teknologia- ja Poliitikka-artikkeli). Nämä voidaan katsoa olevan osa aktiivisen ikääntymisen tarinalinja<sup>21</sup>, jota ylläpidetään yhteiskunnassamme (Kiuru 2022; Lindberg & Lundgren 2022; Kiuru 2024; Kiuru ym. 2024). Siihen kuuluu muun muassa kannustaminen omaishoitaajuuteen ja omaishoivaan turvautumiseen, vanhuuden varalta taloudelliseen varautumiseen, terveellisiin elämäntapoihin, pieneen aktiivisuuteen myös neljännessä iässä, joskaan ei kuitenkaan täysin ilman yhteiskunnan tukea esimerkiksi sosioekonomisia riskien kuten köyhyyden, yksinäisyyden ja teknologisten palvelujen käytön haasteiden kohdalla (Kiuru 2022; Kiuru 2024; Kiuru ym. 2024). Aktiivisen ikääntymisen tarinalinjan hyväksyminen voi tarkoittaa yksilötasolla teknologisten palveluiden näkemisen positiivisessa valossa,

---

21 Vanhuspolitiikassa ja -tutkimuksessa aktiivisen ikääntymisen ohella on käytetty samansuuntaisia käsitteitä kuten onnistunut ikääntyminen (successful ageing, ks. esim. Bülow & Söderqvist [2014]) tai terveellinen ikääntyminen (healthy ageing ks. esim. Menassa ym. [2023]).

vaikka toiveena olisikin kasvokkain tapahtuva terveydenhuolto. Toivottujen palvelujen vähentäminen ja lopettaminen ymmärretään, ja hyväksytään teknologiset palvelut, koska ne nähdään välttämättömyytenä ja oikeutettuna ratkaisuna. Tilanteeseen alistutaan, vaikka siihen suhtauduttaisiin myös vastarinta-asenteella. Lindberg ja Lundgren puhuvat ”aktiivisen vanhenemisen” uusliberalistisen identiteetin omaksumisesta. (Lindberg & Lundgren 2022.)

Hoivateknologian kotiin tuominen ja digitaaliseksi kansalaiseksi muuttuminen muuttaa vanhojen ihmisten arkea, kotia ja vuorovaikutusta. Teknologian mukana kotiin tulee uusia koneita, teknologiayritysten työntekijöitä, käytettävistä ohjelmista riippuen ohjelmistoyrittäjiä, kolmannen sektorin toimijoita ja uusia ihmisiä esimerkiksi ikääntyneiden keskusteluryhmistä. Se tuo myös uusia asioita perheen ja/tai muiden läheisten ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. (Teknologia- ja Kehysartikkeli.) Teknologiavälikkeiden palveluiden kotiin vieminen edellyttää usein perheeltä, lapsilta ja lastenlapsilta avunantoa ja usein myös auttamisen lisäämistä tai uudenlaisen avun antamista (Teknologia-artikkeli; Olsson & Viscovi 2018; Hänninen ym. 2021; Lindberg ym. 2022; Tan ym. 2024). Asiakirja-aineistossa (Politiikka-artikkeli) läheisten apuun myös nojaututaan vahvasti esimerkiksi teknologisten palveluiden käytön tukemisessa. Läheisten antaman avun lisäksi painotetaan vertaisavun lisäämistä (ks. myös vertaisavun merkityksestä digitalisaation aiheuttaman iäkkäiden maahanmuuttajien sosiaalisten oikeuksien yhdenvertaisuuden vaarantumisen paikkaajana, Buchert & Wrede 2021). Ikääntyneiden digitaalisen hoivan on todettu olevan kollektiivista, vaikka se usein nähdään yksilöllisenä käytäntönä (Lindberg ym. 2022).

Taulukko 4 havainnollistaa tutkimukseni tuloksia. Olen koonnut yhteen havainnot siitä, millaisia tarinalinjoja ja positioita analyysini tuotti ja millaisia suhteita tarinalinjoin ja positioihin tutkimusaineistojeni kohderyhmissä ilmeni.<sup>22</sup>

---

22 Tutkimuksen kohderyhmien suhteella tarinalinjoin ja/tai positioihin tarkoitan tapoja, joilla esimerkiksi haastateltavat tai asiakirja-aineistossa esimerkiksi vastustetaan määrittymistä autettavaksi tai edellytetään vastuun ottamista omasta hoidosta.

*Taulukko 4. Tulosten koonti tarinalinjoittain ja positioittain*

| TARINALINJAT<br>(viittaus yhteenvedon lukuun)                                                                                                      | VANHUUDEN JA VANHAN IHMISEN<br>POSITIOT                                                                                                                                                               | TUTKIMUKSEN KOHDERYHMIEN<br>SUHDE TARINALINJOIHIN JA/TAI<br>POSITIOIHIN                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| vanhuuden ongelmallisuuden tai<br>haasteellisuuden tarinalinja (3.1.1 & 3.2.3)                                                                     | -väsyvä<br>-sairastava<br>-kyvytön<br>-autettava<br>-ei-kuulluksi tuleva<br>-runsaslukuinen, suuren palvelutarpeen<br>omaava ja hoivakuluja aiheuttava ryhmä                                          | -neuvottelu<br>-vastustaminen<br>-selontekovelvollisuus<br>-poissulkeminen<br>-myöntäminen tai hyväksyminen<br>-resurssina käyttö (esim. perusteluna<br>palvelujen saannin oikeuteen)                                                                                                                                           |
| ageistinen tarinalinja (3.1.2)<br><br>-ageismin muodot: hyvää tarkoittava, itseän<br>kohdistuva ja sisäistetty ageismi,<br>stereotypisointi        | eriarvoinen ikäkausi tai -ryhmä                                                                                                                                                                       | -itseän kohdistuva harmittelu tai<br>moite vanhana ihmisenä<br>-vastustus (esim. työntekijän<br>"vanhuspuhetta" kohtaan)<br>-yli tarpeiden auttaminen                                                                                                                                                                           |
| vanhuuden ja kuoleman poissulkemisen<br>tarinalinja (3.2.1)                                                                                        | kuolevainen                                                                                                                                                                                           | -kieltäminen tai vältteleminen<br>-valmistautuminen<br>-ambivalentti suhtautuminen<br>-pelot                                                                                                                                                                                                                                    |
| kolmannen ja neljännen iän tarinalinjat<br>(3.1.3)                                                                                                 | -3. iän ja kolmasikäisen positiivinen positio<br>-4. iän ja neljäikäisen negatiivinen positio                                                                                                         | -kolmannen iän tavoittelu, itsen<br>yhdistäminen kolmanteen ikään, itsen<br>puolustaminen kolmasikäisenä<br>-neljännestä iästä erottautuminen,<br>siihen kuulumisen harmittelu, 4. iän<br>ekskluusio<br>-4. iän luonnollisena pito<br>-kulttuurisen jaon ylittäminen elettyssä<br>arjessa                                       |
| ikäystävällisyyden tarinalinja (3.1.4)                                                                                                             | -positiivinen vanhuus mahdollisista<br>ikäntymisestä johtuvista haasteista<br>huolimatta<br>-itsen määrittäminen: pystyvä, autonominen<br>ja yhteisön jäsen<br>-vanhuus ja vanhat ihmiset voimavarana | vanhuuden hyväksyminen ja<br>arvostaminen                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| kotona mahdollisimman pitkään asumisen<br>tarinalinja (3.2.1 & 3.2.3)<br><br>-sisältää: aktiivisen ikäntymisen ja itse<br>pääraamisen tarinalinjat | -itsenäinen<br>-hoivan tarpeessa oleva<br>-hoivan vastaanottaja<br>-taakka<br>-vältilassa oleva                                                                                                       | -itsenäisyyden korostaminen<br>-oman tilanteen pohdinta<br>-avun ja hoivan saamisen<br>neutraalisuus<br>-avun ja hoivan saamisen<br>välttämättömyys<br>-avun riittämättömyys<br>-odotukset ja epäluottamus<br>hoivajärjestelmää kohti<br>-pohdinta suhteessa läheisiltä<br>saatavaan hoivaan (toiveet vs.<br>taakkana oleminen) |
| hoivan teknologisoimisen tarinalinja (3.2.3)                                                                                                       | digitaalinen kansalainen                                                                                                                                                                              | -suostuttelu<br>-itsen muokkaaminen<br>-vastustaminen<br>-epäonnistuminen<br>-digitaalinen jako                                                                                                                                                                                                                                 |
| asiakkuuden tarinalinja (3.2.2)                                                                                                                    | asiakas–työntekijä -positiot                                                                                                                                                                          | -kumppanuus<br>-neuvotteluaseman heikkous<br>-vastarinta<br>-molemmipuolinen suostuttelu<br>-vuorovaikutuksen osapuolen<br>ohittaminen tai huomiointi<br>-yksityisyyden rajojen<br>kunnioittaminen tai ylittäminen<br>vuorovaikutustilanteissa                                                                                  |
| hoivan vastuullistamisen tarinalinja (3.2.1)                                                                                                       | -vastuullinen yksilö<br>-vastuullinen perheenjäsen                                                                                                                                                    | -vastuunoton edellyttäminen vanhalta<br>ihmiseltä itseltä ja hänen läheisiltään<br>-vastuunoton problematisointi                                                                                                                                                                                                                |

## 4 Pohdinta

### 4.1 Tulosten tiivistys

Olen tarkastellut vanhojen ihmisten positioita hoivan ja vanhuuden sosiokulttuurisia tarinalinjoja analysoiden (Allen & Wiles 2013). Keskeisimmät tarinalinjat olivat vanhuuden ongelmallisuuden tai haasteellisuuden, ageistinen, vanhuuden ja kuoleman poissulkemisen, kolmannen ja neljännen iän, ikäystävällisyyden, kotona mahdollisimman pitkään asumisen, hoivan teknologisoimisen, asiakkuuden ja hoivan vastuullistamisen tarinalinjat (ks. tarkemmin taulukko 4). Positiointiteorian mukainen puhe- ja muiden tekojen tarkempi analyysi sijoittuu artikkeliväitöskirjani osajulkaisuihin.

Tutkimukseni mukaan vanhuuden sosiokulttuurisessa merkityksellistämässä on piirteitä, jotka rakentavat vanhenemistä ja vanhuutta ongelmakeskeisesti. Tutkimus tukee aiempien tutkimusten tuloksia ageismista (esim. Gilleard & Higgs 2010; 2013; Higgs & Gilleard 2016a; b). Tämä ilmenee vanhuuden negatiivisena määrittymisenä erilaisissa tarinalinjoissa ja diskursseissa, mukaan lukien vanhojen ihmisten negatiivisessa puheesta itsestä iäkkäänä ihmisenä (ks. myös esim. Vickerstaff & van der Horst 2022). Vanhuuden ongelmallisuus esiintyy pyrkimyksenä vanhuuden poissulkemiseen, vanhenemiseen yhdistettyihin haasteisiin liittyvänä selontekovelvollisuutena tai suoranaista ongelmapuheena. Itse pärjäämisen tarinalinja on vahva myös sellaisessa vanhuudessa, jossa tarvitaan paljon tukea. Se on yhteydessä aktiiviseksi ja autonomiseksi määritellyn aikuisuuteen, ja onnistunut vanheneminen määritetty pitkälti sen mukaan, missä määrin edellä mainittuja aktiivisuuden ja autonomisuuden määreitä voidaan liittää ikääntyneisiin ihmisiin.

Toisaalta vanhuuteen suhtauduttiin ikäystävällisesti (Alley ym. 2007), joskin lähinnä vanhojen ihmisten oman elämän kerronnassa. Tutkimus tukee aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että vanhuuteen liittyvät kokemukset tukevat ikäystävällistä suhtautumistapaa (ks. esim. Pirhonen ym. 2016; Ahosola & Lumme-Sandt 2016). Ikäystävällisen kerronnan ytimessä oli ymmärrys siitä, että ikääntymiseen voi kuulua muun muassa sairautta, kipua ja menetyksiä, mutta etteivät ne ole itseä tai vanhaa ihmistä täysin määrittäviä asioita. Korkean iän suhteen ikäystävällisiä käytäntöjä esiintyi myös kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisessä vuorovaikutuksessa ja voimavarakeskeisessä vanhuskäsityksessä hoivapoliittisissa asiakirjoissa. Voimavaraisuutta käytettiin jälkimmäisessä tosin myös osana omaan hoitoon liittyvää vastuullistamista.

Ikääntyneen ihmisen positio hoivan kontekstissa määrittyy itse pärjäämisen kulttuurin, hoivasta saadun tuen tai tuen puutteen ja hoivapolitiikan sekä ikääntyneen ihmisen hoivaan liittyvien pyrkimysten käytännöissä. Elämäntilanteessa, jossa aletaan tarvita enemmän muiden ihmisten ja palvelujärjestelmän apua, tukea ja hoivaa, positioista joudutaan neuvottelemaan sekä määrittelemään sitä uudelleen. Toisaalta tarpeita vastaava hoiva tukee ikääntyneen ihmisen positiota myönteisellä tavalla ja hoiva ei problematisoidu oikeuksien ja velvollisuuksien kysymyksenä. Silloin, kun tarpeita vastaavaa hoivaa tai tukea ei ole tarjolla, kysymykset oikeuksista ja velvollisuuksista aktualisoituvat todennäköisemmin. Ikääntyneet asiakkaat esittävät perusteluja, joiden mukaan he olisivat oikeutettuja hoivaan ja hoivapolitiikassa esitetään perusteluja hoivapalvelujen rajoittamiselle ja velvollisuuteen hoitaa omaa terveyttä ja tukeutua muiden, muun muassa läheisten apuun. Iäkkäiden asiakkaiden positio muotoutuu myös sen mukaan, kuinka he omaksuvat hoivapolitiikan tavoitteita esimerkiksi teknologioiden käytön suhteen, kuinka he muokkaavat itseään kohti toivotunlaista kansalaista ja asiakasta. Positioon vaikuttaa myös se, onko heillä mahdollisuuksia harjoittaa vastavallan käytäntöjä tai onko heillä valtaa hoivaa koskeissa neuvottelutilanteissa.

## **4.2 Tutkimuksen arviointia: rajaukset, eettiset kysymykset ja uuden tiedon tuottaminen**

Yksittäisellä tutkimuksella saatu tieto on aina osittaista tai rajallista. Tässä tutkimuksessa on rajauduttu tutkimaan pääasiassa pohjoissuomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä olevien iäkkäiden ihmisten position rakentumista haastattelu- ja kyselyaineistojen, vuorovaikutustilanteiden nauhoitteiden, kehittämishankkeen osallistuvan havainnoinnin ja asiakirja-analyysin avulla. Position rakentumista on tarkisteltu arkielämän kontekstissa ja tärkeitä positioon vaikuttavia tekijöitä tai ilmiöitä on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

Vanhuutta tehdään muillakin kuin tutkimuksen kohteena olevilla tavoilla. Ikääntyneiden aikuisten tarpeiden ja harjoitetun, informaalia hoivaa enenevässä määrin painottavan hoivapolitiikan ristiriitaisuus on näkynyt viimeaikaisissa tutkimuksissa esimerkiksi siinä, miten vanhojen ihmisten käsitykset kotona asumisen edellytyksistä (Ylönen ym. 2024), riippumattomuudesta ja riippuvuudesta (Era & Kröger 2024) ja kotipalvelujen riittävyydestä (Aaltonen ym. 2023) ovat erisuuntaisia hoivapalvelujen käytäntöjen kanssa. Tämä vaikuttaa siihen, miten tyytyväisiä asiakkaat ovat tarjolla oleviin palveluihin, hakeutuvatko he pyytämään lisää erilaisia terveys- ja sosiaalipalveluita jostain muualta (esimerkiksi ensihoidosta) tai jättävätkö he hakematta heille tarjottuja palveluita (ks. esim. mt.).

Viimeaikainen suomalainen tutkimus on nostanut esiin huolen a) sellaisista yksin asuvista ja pienituloisista vanhoista ihmisistä, joilla ei ole varaa yksityisten palvelui-

den oston, joilla ei ole omaisia auttamassa eikä oikeutta kotihoidon palveluihin ja b) sellaisista vaativan avun tarpeessa olevista vanhoista ihmisistä, jotka eivät saa riittävästi kotihoitoa tai pääse tarvitsemaansa ympärivuorokautiseen hoivaan. Huolta aiheuttaa myös muutos palveluissa; palveluiden saannin kriteereiden tiukentuminen ja keskittyminen fyysisiin tarpeisiin. (Van Aerschot & Kröger 2023.) Tällaisissa elämäntilanteissa olevien vanhojen ihmisten positio on selvästi erilainen verrattuna varakkaampiin ja terveempiin vanhoihin ihmisiin.

Hyvinvointierot haastavatkin vanhojen ihmisten positiota ja keskinäistä tassa-arvoisuutta. Suurimpia eroja on vanhimpien vanhojen ihmisten, naisten ja huonokuntoisten joukossa. Hyvinvointieroilta suojaavat muun muassa koulutus, hyvätuloisuus ja sosiaalinen aktiivisuus. (Smith & Wesselbaum 2024; Tilastokeskus 2022.) Tilastokeskuksen mukaan Suomessa varakkaimpia olivat 65–74-vuotiaiden kotitaloudet. Yli 74-vuotiaiden kotitaloudet olivat kolmen varakkaimman kotitalouden joukossa. (Mt.) Korkein sijoitusrahastojen ja pörssiosakkeiden mediaaniarvo oli ikääntyneemmillä, vähintään 75-vuotiailla omistajilla, mutta ikäryhmien sisällä erot ovat suuria. Esimerkiksi vähintään 75-vuotiaista omistajia oli 37,7 % asuntoväestöstä. (Tilastokeskus 2024.) 75–84-vuotiaista naisista 19 % ja miehistä 7,6 % oli köyhyys- tai syrjäytymisriskissä vuonna 2022. 85 vuotta täyttäneistä naisista heitä oli 29,6 % ja miehistä 22,8 % (Tilastokeskus 2022).

Tutkimukseni rajauksen ulkopuolelle on jäänyt myös paljon vuorovaikutuskäytäntöjä ja -suhteita, joilla on vaikutusta vanhojen ihmisten omaan ja vuorovaikutuksen toisen osapuolen positioon, joko vahvistaen tai heikentäen sitä. Vanhenemisen tutkimus on tuonut esille muun muassa isovanhemmuuden (Shorey & Ng 2022), vanhempien lapsilleen ja lastenlapsilleen antaman taloudellisen tuen (Baeriswyl ym. 2022) ja vanhojen ihmisten perheen sisäisen hoivan (Søvde ym. 2024) merkityksiä. Rajauksen ulkopuolella on myös vanhojen ihmisten positiota vakavasti uhkaavat ilmiöt, kuten väkivalta (esim. Bows 2019; Montgomery & Carney 2022; Casella ym. 2024; Fadeeva ym. 2024) ja hyväksikäyttö (esim. Bows 2018; Dias & Fraga 2024; Lee ym. 2024). Lisäksi ulkopuolelle ovat jääneet esimerkiksi sukupuolen (esim. Arber & Ginn 1991; Thompson 1996; Calasanti & Slevin 2001; Clasanti ym. 2006; Krekula 2007), vammaisuuden (Aubrect ym. 2020), seksuaalivähemmistöjen (esim. de Vries 2015; Willis & Hafford-Letchfield 2022), maahanmuuton (esim. Torres 2019) ja alkuperäisväestön (Quigley ym. 2022) kysymykset.

Tutkimukseni ensimmäisiä eettisiä valintoja olivat aiheen ja tutkimusmenetelmien valinta. Tutkimuksen lähtökohtana on ollut tutkia ja tuoda keskusteluun vanhojen, tuen tarpeessa olevien ihmisten positiota koskevia kysymyksiä moniaineistollisella ja -menetelmällisellä lähestymistavalla siten, että ikääntyneiden ihmisten kokemuksia ja ajatuksia on kysytty heiltä itseltään.

Tutkimuksen eettisyyteen on sisällynyt muun muassa tutkimuslupien hakeminen kunnista (liite 5). Tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä, kotihoidon asiakkaita

ja muita tutkimukseen osallistuneita on informoitu tutkimuksen keskeisistä asioista suullisesti ja kirjallisesti (liite 6) ja pyydetty suostumus osallistua tutkimukseen (liite 7). Sellaisten kotihoidon asiakkaiden kohdalla, jotka ovat sopineet kotihoidon kanssa, että heidän asioitaan hoidetaan yhdessä läheisten, useimmiten aikuisten lasten kanssa, suostumusta pyydettiin myös läheisiltä. Kuolemaa ja loppuelämän hoivaa koskevaan tutkimukseen pyydettiin tutkimuseettistä ennakoarviointia Lapin korkeakoulukonsernin ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta (426/00.05/2015). Tutkimusaineiston kerääjiltä ja/tai aineiston analysoijilta pyydettiin kirjallinen sitoumus tietojen salassapitoon (liite 8).

Tutkimukseen osallistuvilta varmistettiin aina kunkin aineistonkeruunkerran alussa halukkuus jatkaa osallistumista tutkimukseen. Tilanteissa, joissa haastateltavan elämäntilanne vaikutti raskaalta esimerkiksi puolison kuoleman läheisyyden tai vaikean terveydentilanteen vuoksi, tutkija ehdotti itse mahdollisuutta siirtää haastatteluhetkeä. Haastateltavat tarttuivat usein tähän mahdollisuuteen. Kolme alustavan tutkimussuostumuksen antanutta ei osallistunut tutkimukseen kertoen syyksi (ilman, että syytä kysyttiin) terveydentilanteen heikkenemisen. Haastateltavat saattoivat oma-aloitteisesti kertoa syitä myös tutkimukseen osallistumisesta. Heidän mielestään oli tärkeää kuulla vanhojen ihmisten palautetta palveluista ja mielipiteitä laajemminkin. Tutkimuksen osajulkaisuihin onkin kiinnitetty huomiota palvelujen laatuun liittyviin kysymyksiin asiakkaiden position näkökulmasta eksplisiittisesti. Osa tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä ihmisistä kertoi olevansa mukana myös kiinnostuksesta tutkimuksen tekoa kohtaan ja kiitti keskusteluista ja mahdollisuudesta puhua elämästään. Tutkimukseen osallistuneiden osallisuutta olisi voinut lisätä vielä esimerkiksi antamalla osajulkaisut kommentoitavaksi tutkimukseen osallistuneille sekä yhteiskirjoittajuudella.

Yksi eettisen pohdinnan kohde on liittynyt siihen, millaisella termillä viitata haastateltaviin ja ihmisiin, joiden elämää on havainnoitu. Valinta on ollut harkinnassa koko yhteenvedon kirjoittamisen ajan, eikä se ole ollut itsestään selvä. Täysin neutraalia ilmaisuja ihmisille, joilla on korkea ikä, ei ole olemassa. Käytän iäkäs tai vanha ihminen, ikääntynyt aikuinen tai ikääntynyt ihminen termejä kontekstista riippuen. Termien vanha, iäkäs tai ikääntynyt ihminen käyttö, esimerkiksi kategorisoinnin analyysin yhteydessä, pyrkii tuomaan esiin, että kyseessä on korkeaikäinen ihminen, mutta tarkoituksena ei ole essentialisoida häntä iän perusteella. Ikääntynyt aikuinen termiä käytetään useimmiten kohdissa, joissa analysoidaan hoivan käytäntöjä. Tarkoituksena on painottaa sitä, että hoivan tarvitsevuus ei tulisi irrottaa ihmistä aikuisuuden kategoriasta ja termi vertautuu kulttuurimme positiivisävyteisiin termeihin aikuinen tai nuori aikuinen.

Empiirisiä aineistoja analysoivien osajulkaisujen luotettavuutta sekä tulosten uskottavuutta ja vakuuttavuutta on pyritty varmistamaan runsaiden aineistokatkelmien mukaan ottamisella tekstiin, jotta lukija voi arvioida tulkintojen pätevyyttä. Analyysia on tehty myös useissa artikkeleissa eri tutkijoiden tulkintojen pohjalta

siten, että tutkijat ovat ensin analysoineet aineistoja kukin tahoillaan, minkä jälkeen tulkinnoista on keskusteltu yhdessä.

Tutkimukseni uuden tiedon tuottamisen arvioinnissa kiinnitän huomiota ensinnäkin tutkimukseni kohderyhmään, tukea tarvitseviin vanhoihin ihmisiin. Vaikka vanhoja ihmisiä on tutkittu paljon, tukea tarvitsevat, muun muassa muistisairautta sairastavat ihmiset suljetaan usein esimerkiksi haastattelututkimusten ulkopuolelle. Tämän tutkimuksen osajulkaisuissa on pyritty pääsemään eroon tällaisesta ulossulkemisen kriteeristä. Havainnointiin ja vuorovaikutuksen ääninauhoituksiin perustuva aineistonkeruu on mahdollistanut myös pidemmällä muistisairautta sairastavien iäkkäiden ihmisten mukaan ottamisen tutkimukseen. Myös haastateltavissa oli mukana muistisairautta sairastavia ihmisiä sillä kriteerillä, että keskustelu oli mahdollista. Toiseksi tutkimukseni perustuu tietoon, jota on tuotettu usealla eri teoreettisemenetelmällisellä lähestymistavalla. Mukana on esimerkiksi vanhus-tutkimuksessa vähemmän käytettyjä teoreettisemenetelmällisiä lähestymistapoja, kuten toimijaverkostoteoria, joka tuo tutkimukseen myös materiaallisen maailman analyysin kohteeksi. Käytän tutkimuksessani monia erilaisia aineistoja ja analyysimenetelmiä, mikä on harvinaista positiointiteoriaan pohjaavissa tutkimuksissa. Tämän lisäksi useista positiointiteoreettisista tutkimuksista poiketen tutkimukseni liikkuu vanhojen ihmisten tutkimuksen kentässä usean eri aihepiirin sisällä. Tämän on mahdollistanut se, että osajulkaisuissa on keskitytty puhe- ja muiden tekojen tasoon ja yhteenvedossa tarinalinjojen merkitykseen positioiden muodostumisessa.

### **4.3 Tutkimuksen anti vanhustyön käytännöille**

Väitöskirjatutkimukseni osajulkaisuilla on hanketyöyhteyden vuoksi tiivis yhteys vanhustyön käytäntöihin. Tutkimukseni kontribuutio gerontologisen sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen käytännön työn näkökulmasta katsottuna tulee vanhuuteen ja vanhojen ihmisten positioon ja sosiaalipalvelujen asiakkuuteen sekä palvelujen kehittämiseen että hoivapolitiikkaan liittyvästä tiedontuotannosta. Kun gerontologinen sosiaalityö nähdään koostuvan muun muassa sosiaalityön arvoista ja periaatteista, vanhuuden ymmärryksestä sekä vanhusasiakkuudesta, vanhuspolitiikasta ja palveluista (Koskinen 1994), voi asiakkaiden tilanteiden tarkastelu tarinalinjojen ja positioiden sekä niihin liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien moninaisuuden kautta tukea heidän tarpeidensa huomioimista asiakaskohtaamisissa ja rakenteellisessa sosiaalityössä. Tämä lähestymistapa huomioi positioihin liittyvät jännitteet ja muutoksen mahdollisuudet. Esimerkiksi nykyisessä ”niukuuden” ajassa vanhus- ja hoivapolitiikan ja -työn suuntaa ja tehtyjä ratkaisuja tulisi arvioida kriittisen gerontologian hengessä, erityisesti gerontologisen sosiaalityön asiakkaiden aseman ja palvelujen saannin oikeuden näkökulmasta (ks. esim. Torres & Donnelly 2023; Soukiala ym. 2024). Työni hyödyt käytännön vanhustyölle nousevatkin asiakkuuden,

asiakas–työntekijä-vuorovaikutuksen, vanhuspolitiikan sekä vanhuuden analyysistä sosiokulttuurisena ja yhteiskunnallisena kysymyksenä (ks. työn alussa Koskinen 1994).

Tutkimukseni mukaan vanhojen ihmisten position tukemisessa käytännön työssä on merkitystä muun muassa seuraavilla asioilla:

1) Arvioitaessa iäkkäiden asiakkaiden tuen ja hoivan tarpeita on sillä, miten vanhuus ja vanhat asiakkaat ymmärretään, vaikutusta esimerkiksi palveluiden valikoitumiseen. Vanhuuteen liittyvien tarinalinjojen tiedostaminen on yhteydessä iäkkään asiakkaan avun ja tuen tarpeiden tyydyttämiseen sekä kokemukseen siitä, miten palveluilla vastataan tarpeisiin.

Viimeaikaisessa sosiaalityön tutkimuksessa (Kinni & Tiilikainen 2024) tuodaan esille esimerkiksi, kuinka palvelutarpeen arvioinnissa asiakasta koskevat luokittelut ovat keskeisessä roolissa gerontologisen sosiaalityön asiakkuuteen pääsyssä, kuinka asiakas- ja palveluohjauksessa työntekijät kokevat haasteita muun muassa tuen tarpeiden tunnistamisessa, avun tarjoamisessa, palvelujen kohtaamattomuudessa (Peiponen ym. 2023) tai kuinka asiakkaiden tarpeiden ja palveluiden kohtaamattomuus johtuu useasta tekijästä, muun muassa tiedon puutteesta tai erilaisista arvioista (Peiponen ym. 2024).

Palveluissa ylläpidettyjen tarinalinjojen ja asiakkaiden tarinalinjojen kohtaamattomuus voi tuottaa ristiriitaisia käsityksiä esimerkiksi palveluihin liittyvistä oikeuksista ja velvollisuuksista. Merkittäviä tarinalinjoja tässä yhteydessä ovat itse pärjäämisen, hoivan vastuullistamisen ja kotona mahdollisimman pitkään asumisen tarinalinjat sekä 3. ja 4. iän tarinalinjat. Esimerkiksi 4. iän tarinalinjan mukaisesti itseään määrittelevä asiakas voi ajatella, että hänellä on oikeus palveluihin, mutta työntekijän tulkinta asiakkaan tilanteesta itse pärjäämisen, hoivan vastuullistamisen ja kotona mahdollisimman pitkään asumisen tarinalinjojen mukaisesti tuottaa erilaisen käsityksen asiakkaiden tarpeista ja palveluiden tarjoamisesta. Toisaalta asiakkaan ja työntekijän eriävät tarinalinjat päinvastaisesti edelliseen esimerkkiin nähden voivat tuottaa avun tarpeen tunnistamattomuutta, mikä saattaa tuottaa riskejä asiakkaan turvallisuudelle. Erilaiset tarinalinjat tulisi tunnistaa vanhustyön käytännössä ja niiden suhteen tulisi olla refleksiivisiä ja avoimia esimerkiksi asiakastilanteissa, jotta palveluilla on mahdollisuus kohdentua asiakkaiden tarpeiden mukaisesti.

2) Vanhuspolitiikassa ja -palveluissa syntyvillä uusilla tarinalinjoilla ja niiden käytöllä on merkitystä palveluiden luonteeseen ja laatuun sekä asiakkaiden positioille. Esimerkkinä tästä on tutkimusmatkani aikana voimistunut hoivan teknologisoimisen tarinalinja, joka tutkimukseni perusteella on teknologiaoptimismin hengessä ainakin osan asiakasryhmien kohdalla johtanut palvelujen heikentymiseen – ja joiden kohdalla teknologisoimisen tarinalinjaan tulisi suhtautua varauksella.

Osalle asiakkaista hoivateknologian käyttöönotto voi laajentaa sosiaalisia verkostoja, tukea asiakkaiden olemassa olevia sosiaalisia verkostoja ja vuorovaikutussuh-

teita, ja olla sekä väline kehittää itseään että toimiva palveluiden antamisen tapa. Hoivan teknologisoiminen on kuitenkin tuottanut myös toimimattomia palveluita, jotka ovat heikentäneet joidenkin asiakkaiden positiota ja kuormittaneet heidän sosiaalisia verkostojaan ja vuorovaikutussuhteita lisääntyneiden avun pyyntöjen vuoksi. Hoivan teknologisoimisen tarinalinja on tuottanut vahvoja vaateita siihen, millainen on ”oikeanlainen” asiakas ja mikä on ”järkevää” hoivaa. Tällöin näkökulma on usein asiakkaissa ja heidän ominaisuuksissaan, ei palveluiden rakenteissa ja käytännöissä. Tutkimukseni tuottaa siis välineitä arvioida vanhustyön käytäntöjä tarinalinjoja huomioimalla. Palvelujen ja käytäntöjen arviointia voidaan käydä myös muiden tarinalinjojen kuin hoivan teknologisoinnin tarinalinjan kautta.

3) Tutkimuksestani on hyötyä vanhustyön käytännöille myös asiakkaiden tukemisessa esimerkiksi positiosiiirtymissä. Keskeisiä gerontologisen sosiaalityön kysymyksiä ovat esimerkiksi iäkkään asiakkaan muutokset omassa kodissa asumisessa (ks. esim. Vilkkio 2010). Mahdollisia tuen tarpeita voi löytyä myös esimerkiksi elämän loppuvaiheen hoivan ja kuolemaan valmistautumisen kysymyksissä, siirtymissä palvelusta toiseen, vanhenemiseen liittyvissä muutoksissa ja lisääntyneeseen tuen tai hoivan tarpeen tilanteissa, joihin voi yhdistyä ageistisia käytäntöjä lähisuhteissa, vanhuspolitiikassa ja myös palvelujen käytännöissä. Kyse on tarinalinjojen tunnistamisesta vanhustyön käytännöissä ja vanhojen ihmisten elämässä sekä niiden suhteen toimimisesta.

4) Vanhuuteen yhdistetyt tarinalinjat pitävät sisällään arvoja, normeja ja valtasuhteita ja ne voivat ylläpitää vallitsevia yhteiskunnallisia käytäntöjä tai olla muutoksen välineitä. Tarinalinjojen yhteiskunta- ja vanhuspoliittinen merkitys tulee esimerkiksi siitä, miten niitä käytetään vanhuspalvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Siksi niiden tutkiminen on tärkeää myös käytännön työn näkökulmasta katsottuna. Esimerkiksi puheet kehityksen vääjäämättömyydestä palvelujen teknologisoimisessa (Teknologia- ja Poliitiikka-artikkeli) tai omahoidon ja läheisten hoivavastuun lisäämisestä ikääntyneiden hoivassa – joko ilman perusteluja tai esimerkiksi heikkoon taloudelliseen tilanteeseen tai tulevaisuusnäkyymiin vedoten – toimivat poliittisten valintojen tukena (Poliitiikka-artikkeli, ks. myös Iisakka & Alastalo 2024).

Tutkimukseni tulosten perusteella väitän, että vanhojen ihmisten myönteisen position rakentaminen edellyttää ikäystävällisemmän kulttuurin edistämistä. Tukea tarvitsevien vanhojen ihmisten position edistämiseen tarvitaan hoivaan liittyvien oikeuksien ja velvollisuuksien sosiaalisesti kestävien käytäntöjen ja politiikan kehittämistä.

#### 4.4 Jatkotutkimusaiheita

Olen tarkastellut tutkimuksessani vanhojen ihmisten positioita useasta näkökulmasta. Tätä tutkimusraporttia kirjoittaessani olen huomannut vielä kokonaisvaltaisemman tarkastelun tarpeen. Esimerkiksi tukea tarvitsevien vanhojen ihmisten läheisten tarinalinjojen merkityksiä olisi tarpeellista analysoida vielä tarkemmin – nimenomaan siten, että hoivan eri osapuolten tarinalinjojen analyysia tuodaan yhteen. Muun muassa tämän tutkimuksen mahdollistaneissa hankkeissa on vanhojen ihmisten ja heidän läheistensä näkemysten yhteneväisyydet ja eroavaisuudet näytettyneet tärkeiltä positioiden rakentumisessa. Myös hoivapolitiikan tavoite lisätä omaishoivaa on syy lisätä edellisen kaltaista tutkimusta.

Toisaalta intersektionaalisuuden huomioiminen on tärkeää. Tätä tutkimusta tehdessä on käynyt ilmi, että ainakin vähemmistöryhmiin kuuluminen, sukupuoli ja taloudellinen eriarvoisuus vaikuttavat vanhojen ihmisten positioihin. Jälkimmäinen teema onkin työn alla tutkijakollegoiden kanssa. Työstän väitöskirjaa viimeistellesäni myös tekstiä kuoleman ja kuolevien ihmisten kohtaamisesta. Sen yksi tavoite on vanhuuden ja kuoleman tarinalinjojen näkyväksi tuominen.

## Lähteet

- Aaltonen, M., Häsä, J., & Edgren, J. (2023). When a home is no longer the best place – older adults' use of health and care services in the context of a major healthcare reform. *European Journal of Public Health*, 33(S2), ckad160.127. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160>
- Achenbaum, W. A., & Bengtson, V. L. (1994). Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology. *The Gerontologist*, 34(6), 756–763. <https://doi.org/10.1093/geront/34.6.756>
- Ahosola P. (2018). *Vanhushoivapolitiikan uusfamilismi: Omaisettomat hoivan tarvitsijat instituutionaalisen hallinnan kohteena*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). (Acta Universitatis Tampereensis, 2401). <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/104090/978-952-03-0804-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ahosola P., & Lumme-Sandt K. (2016). ”Sen haluan ilmoittaa, että minä olen vielä pystyssä”. Ilman omaisia elävien vanhojen ihmisten toimijuus ja vanhuspolitiikan kategorisoima vanhuus. *Gerontologia*, 30(4), 182–197.
- Ahosola, P., & Lumme-Sandt, K. (2019). Vanhustyön kehittämishankkeet vanhuspalvelujärjestelmän vastuita rakentamassa. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 27(3), 228–245. <https://doi.org/10.30668/janus.69647>
- Airio, I. (2016). Ikään liitettävät stereotypiat ja käsitykset iäkkäistä viidessä EU-maassa. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 24(1), 3–25. <https://journal.fi/janus/article/view/56013>
- Allen, R., & Wiles, J. (2013). The utility of positioning theory to the study of ageing: Examples from research with childless older people. *Journal of Aging Studies*, 27(2), 175–187. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.02.001>
- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T., & Choi, I. H. (2007). Creating elder-friendly communities: Preparations for an aging society. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1–2), 1–18. [https://doi.org/10.1300/J083v49n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J083v49n01_01)
- Andersson S., Haverinen R., & Malin M. (2004). Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69(5), 481–494. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117049>
- Anderson, H., Stocker, R., Russell, S., Robinson, L., Hanratty, B., Robinson, L., & Adamson, J. (2022). Identity construction in the very old: A qualitative narrative study. *PloS one*, 17(12), e0279098–e0279098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279098>
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>
- Antunes, T., Oliveira, A., Hudec, R., Crocetta, T., Antão, J., Barbosa, R., Guarnieri, R., Massetti, T., Garner, D., Abreu, L., Massetti, T., Garner, D. M., & de Abreu, L. C. (2019). Assistive technology for communication of older adults: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 23(4), 417–427. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1426718>
- Apriceno, M. B., & Levy, S. (2023). Systematic review and meta-analyses of effective programs for reducing ageism toward older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1356–1375. <https://doi.org/10.1177/07334648231165266>

- Arber, S., & Ginn, J. (1991). The invisibility of age: Gender and class in later life. *The Sociological Review*, 39(2), 260–291. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1991.tb02981.x>
- Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian discourse analysis. Teoksessa C. Willig & R. W. Stainton (toim.), *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. (91–108). Sage Publications.
- Atchley, R. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Aubrecht, K., Kelly, C., & Rice, C. (toim.). (2020). *The aging-disability nexus*. University of British Columbia Press.
- Austin, J.L. (1962). *How to do things with words*. Harvard University Press.
- Baeriswyl, M., Girardin, M., & Oris, M. (2022). Financial support by older adults to family members: a configurational perspective. *Journal of Demographic Economics*, 88(2), 167–194. <https://doi.org/10.1017/dem.2021.21>
- Baert, P. (2012). Positioning theory and intellectual interventions. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 42(3), 304–324. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2012.00492.x>
- Baker, C. (1997). Membership categorization and interview accounts. Teoksessa D. Silverman (toim.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. (130–143). Sage.
- Barbosa Neves, B., Franz, R., Judges, R., Beermann, C., & Baecker, R. (2019). Can digital technology enhance social connectedness among older adults? A feasibility study. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 38(1), 49–72. <https://doi.org/10.1177/0733464817741369>
- Barrett, A. E. (2005). Gendered experiences in midlife: Implications for age identity. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 163–183. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.05.002>
- Beard, R. L., Knauss, J., & Moyer, D. (2009). Managing disability and enjoying life: How we reframe dementia through personal narratives. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 227–236. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2008.01.002>
- Begum, S. (2023). Age-friendly environments in the stories of older people in the Finnish Arctic. Teoksessa S. Begum, J. Harbison, P. Naskali & M. Zechner (toim.), *Distance, Equity, and Older People's Experiences in the Nordic Periphery – Centering the Local*. (47–65). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003280330>
- Behuniak, S. M. (2011). The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing and Society*, 31(1), 70–92. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000693>
- Bentley, C. L., Powell, L. A., Orrell, A., & Mountain G. A. (2018). Making telecare desirable rather than a last resort. *Ageing & Society* 38(5), 926–953. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001355>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1980). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Irvington.
- Bernard, M., & Scharf, T. (2007). Critical perspectives on ageing societies. Teoksessa *Critical Perspectives on Ageing Societies*. (3–12). Policy Press.
- Binstock, R., George, L., Hendricks, J., Cutler S., & Schulz J. (toim.) (2006). *Handbook of Ageing and Social Sciences*. Elsevier.
- Birren, J. E., & Bengtson, V. L. (toim.). (1988). *Emergent Theories of Aging*. Springer Publishing Company.
- Blix B.H., & Ågotnes G. (2023). Aging successfully in the changing Norwegian welfare state: A policy analysis framed by critical gerontology. *The Gerontologist*, 63(7), 1228–237. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac177>

- Bogaert, S., Ceuterick, M., & Bracke, P. (2020). The silver lining of greying: Ageing discourses and positioning of ageing persons in the field of social health insurance. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 24, 136345931880017. <https://doi.org/10.1177/1363459318800171>
- Bond, C. S., & Worswick, L. (2015). Self management and telehealth: lessons learnt from the evaluation of a Dorset telehealth program. *The Patient* 8(4), 311–316. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0091-y>
- Bows, H. (2018). Sexual Violence Against Older People: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19(5), 567–583. <https://doi.org/10.1177/1524838016683455>
- Bows, H. (2019). Domestic Homicide of Older People (2010–15): A comparative analysis of intimate-partner homicide and parricide cases in the UK. *The British Journal of Social Work*, 49(5), 1234–1253. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy108>
- Bradford, D. K., Kasteren, Y. V., Zhang, Q., & Karunanithi, M. (2018). Watching over me: positive, negative and neutral perceptions of in-home monitoring held by independent-living older residents in an Australian pilot study. *Ageing and Society*, 38(7), 1377–1398. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1700006X>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & Van Der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
- Brockmeier, J., & Harré, R. (1997). Narrative: Problems and promises of an alternative paradigm. *Research on Language and Social Interaction*, 30(4), 263–284.
- Brooke L., & Taylor P. (2005). Older workers and employment: Managing age relations. *Ageing and Society*, 25, 415–429. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003466>
- Brown, A. D., Colville, I., & Pye, A. (2015). Making sense of sensemaking in organization studies. *Organization Studies* 36(2), 265–277. <https://doi.org/10.1177/0170840614559259>
- Buchert, U., Kemppainen, L., Olakivi, A., Wrede, S., & Kouvonen, A. (2023). Is digitalisation of public health and social welfare services reinforcing social exclusion? The case of Russian-speaking older migrants in Finland. *Critical social policy*, 43(3), 375–400. <https://doi.org/10.1177/0261018322110503>
- Buchert, U., & Wrede, S. (2021). ‘Bridging’ and ‘fixing’ endangered social rights in the digitalising welfare state: The ambiguous role of third sector organisations in supporting marginalised older migrants in Finland. Teoksessa H. Hirvonen, M. Tammelin, R. Hanninen, & E. J. Wouters (toim.), *Digital Transformations in Care for Older People: Critical Perspectives*. (52–71). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003155317-6>
- Buffel, T., & Phillipson, C. (2023). *Ageing in Place in Urban Environments. Critical Perspectives*. Routledge.
- Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C., & Pillemer, K. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), e1–e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
- Butler, R. (1969). Age-ism another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_part_1.243)
- Butler, R. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Harper & Row.
- Butler, C., & Fitzgerald, R. (2010). Membership-in-action: operative identities in a family meal. *Journal of Pragmatics*, 42(9), 2462–2474. <https://doi.org/10.1016/j.pragma.2010.03.006>

- Bülow, M. H., & Söderqvist, T. (2014). Successful ageing: a historical overview and critical analysis of a successful concept. *Journal of Aging Studies*, 31, 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2014.08.009>
- Calasanti, T., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, Social Inequalities, and Aging*. AltaMira Press.
- Calasanti, T., Slevin, K. F., & King, N. (2006). Ageism and Feminism: From “Et Cetera” to Center. *The National Women’s Studies Association Journal*, 18(1), 13–30. <https://www.jstor.org/stable/4317183>
- Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. Teoksessa J. Law (toim.), *Power, Action and Belief: A New Sociology of Knowledge?* (196–223). Routledge. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb0011>
- Callon, M., & Latour, B. (1981). Unscrewing the big leviathan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. Teoksessa K. Knorr-Cetina & A. Cicourel (toim.), *Advances in Social Theory and Methodology*. (277–303). Routledge and Kegan Paul.
- Campbell, T., & Hodges, T. (2020). Using positioning theory to examine how students collaborate in groups in mathematics. *International Journal of Educational Research*, 103, 101632. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2020.101632>
- Cao, Q., Pope, N., & Greenfield, E. (2024). “I’m part of something that matters”: Exploring what older adults value through their engagement in age-friendly community initiatives. *Journal of Gerontological Social Work*, 67(6), 715–737. <https://doi.org/10.1080/01634372.2024.2339971>
- Carr, D., & Khodyakov, D. (2007). End-of-life health care planning among young-old adults: An assessment of psychosocial influences. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(2), S135–S141. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S135>
- Casella, C., Aquino, C. I., Sarno, L., Di Donna, G., & Capasso, E. (2024). Is there a lesser value type of violence? Older people abuse: “The silence of the lambs”. *Legal Medicine (Tokyo, Japan)*, 66, 102359. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2023.102359>
- Chang, E.-S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J., & Levy, B. (2020). Global reach of ageism on older persons’ health: A systematic review. *PloS One*, 15(1), e0220857–e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chen, Y. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e18. <https://doi.org/10.2196/jmir.4596>
- Choi, N. G., Hegel, M. T., Marti, C. N., Marinucci, M. L., Sirrianni, L., & Bruce M. L. (2014). Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 263–271. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318266b356>
- Choi, J., Miyashita, M., Hirai, K., Sato, K., Morita, T., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2010). Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Supportive Care in Cancer*, 18(11), 1445–1453. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0767-3>
- Chonody, J. M. (2016). Positive and negative ageism: The role of benevolent and hostile sexism. *Journal of Women and Social Work*, 31(2), 207–218. <https://doi.org/10.1177/0886109915595839>
- Clarke, L., & Korotchenko, A., (2016). ‘I know it exists ... but I haven’t experienced it personally’: older Canadian men’s perceptions of ageism as a distant social problem. *Ageing and Society*, 36(8), 1757–1773. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000689>

- Clotworthy, A. (2020). *Empowering the Elderly? How 'Help to Self-Help' Health Interventions Shape Ageing and Aldercare in Denmark*. Transcript Verlag <https://doi.org/10.14361/9783839452110>
- Cole, T. R., & Ray, R. (2010). Introduction: the humanistic study of aging past and present, or why ontology still needs interpretive inquiry. Teoksessa T.R. Cole, R.E. Ray & R. Kasterbaum (toim.), *Guide to Humanistic Studies of Aging: What Does it Mean to Grow Old?* (1–29). Johns Hopkins Press.
- Collins, R. (2004). *Interaction Ritual Chains*. Princeton University Press.
- Cook, E., Randhawa, G., Sharp, C., Ali, N., Guppy, A., Barton, G., Bateman, A., & Crawford-White, J. (2016). Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: A nested qualitative study of patient 'users' and 'non-users'." *BMC Health Services Research*, 16(1), 137. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1379-5>
- Corr, C. (2014). The death system according to Robert Kastenbaum. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 70(1), 13–25. <https://doi.org/10.2190/OM.70.1.c>
- Cowgill, D. & Holmes, L. (toim.). (1972). *Aging and Modernization*. Meredith Corporation.
- Cuddy, A., Norton, M., & Fiske, S. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x>.
- Cumming E., & Henry W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. Basic Books.
- Currie, M., Philip, L., & Roberts, A. (2015). Attitudes towards the use and acceptance of eHealth technologies: A case study of older adults living with chronic pain and implications for rural healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0825-0>
- Daatland, S. O. (2002). Time to pay back? Is there something for psychology and sociology in gerontology? Teoksessa L. Andersson (toim.), *Cultural Gerontology*. (1–12.) Greenwood Publishing Group.
- Davies, B. (2003). Positioning the subject in body/landscape relations. Teoksessa R. Harré, & F. M. Moghaddam (toim.), *The Self and Others*. (279–295). Praeger.
- Davies H., & Harré, R. (1990). Positioning: the discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- Delello, J., & McWhorter, R. (2017). Reducing the digital divide: Connecting older adults to iPad technology. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0733464815589985>
- Dewey, J. (1896). The reflex arc concept in psychology. *Psychological Review*, 3(4), 357–370.
- Dewey, J., & Bentley, A. F. (1949). *Knowing and the known*. Beacon Press.
- Dias, I., & Fraga, S. (2024). "Older people are weak": perceptions and meanings of ageing and abuse against older people. *Frontiers in Sociology*, 8, 1329005. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1329005>
- Doheny, S., & Ian, R. J. (2021). What's so critical about it? An analysis of critique within different strands of critical gerontology. *Ageing and Society*, 41(10), 2314–2334. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000288>

- Doncel-García, B., Lizaso, I., Fraile-Bermúdez, A. B., Mosquera-Lajas, Á., Santamaría-Trincado, B., Sanz, B., & Irazusta, J. (2023). Reducing negative aging stereotypes via educational intervention in older people: A randomized controlled study. *Research on Aging*, 45(5–6), 475–485. <https://doi.org/10.1177/01640275221126100>
- Donnelly, S., & Torres, S. (2023). Social work and critical gerontology: Why the former needs the latter. Teoksessa S. Torres & S. Donnelly (toim.), *Critical Gerontology for Social Workers*. (1–16). Bristol University Press.
- Edelen, D., Bush, S. B., Schmidt, A., Fulton, T., Kebreab, L., & Rutledge, T. (2022). Untangling classroom positionings: An instrumental case unpacking positioning theory in mathematics education. *Investigations in Mathematics Learning*, 14(2), 117–133. <https://doi.org/10.1080/19477503.2022.2038470>
- Elias, N. (1985). *The Loneliness of Dying*. (Englanninkielinen käännös Edmund Jephcott. Saksankielinen alkuteos 1982). Blackwell.
- Eppler-Hattab R., Meshoulam I., & Doron I. (2020). Conceptualizing age-friendliness in workplaces: Proposing a new multidimensional model. *Gerontologist*, 60(1), 12–21. <https://doi.org/10.1093/geront/gny184>
- Era, S., & Kröger, T. (2024). Being independently dependent: Experiences at the intersection of disability and old age in Finland. Teoksessa H. Katsui, & M. T. Laitinen (toim.), *Disability, Happiness and the Welfare State: Finland and the Nordic Model*. (48–67). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032685519-4>
- Ermer, A., York, K., & Mauro, K. (2021). Addressing ageism using intergenerational performing arts interventions. *Gerontology & Geriatrics Education*, 42(3), 308–315. <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1737046>
- Estes, C. (1986). *Social Policy and Aging: A Critical Perspective*. SAGE.
- Fadeeva, A., Hashemi, L., Cooper, C., Stewart, R., & McManus, S. (2024). Violence against older people and associations with mental health: A national probability sample survey of the general population in England. *Journal of Affective Disorders*, 363, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.073>
- Fairclough, N. (2012). Critical discourse analysis. Teoksessa P. Gee & M. Handford (toim.), *The Routledge Handbook of Discourse Analysis*. (9–20). New York. Routledge.
- Featherstone, M., & Hepworth, M. (1991). The mask of ageing and the postmodern life course. Teoksessa M. Featherstone, M. Hepworth & B. S. Turner (toim.), *The Body: Social Process and Cultural Theory*. (371–389). Sage Publications.
- Felix, S., Lykknes, A., & Staberg, R. (2022). Identifying the ‘different we’s’ in primary teachers’ education for sustainable development discourse—A positioning theory perspective. *Sustainability*, 14(20), 13444. <https://doi.org/10.3390/su142013444>
- Fischer, S. H., David, D., Crotty, B. H., Dierks, M., & Safran, C. (2014). Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *International Journal of Medical Informatics* 83(9), 624–635. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.005>
- Foucault, M. (1976/1984). *The History of Sexuality. 1, An Introduction*. Peregrine Books.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.
- Foucault, M. (1984/1990). *The History of Sexuality. 3, The Care of the Self*. Penguin Books.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. Teoksessa L. Martin, H. Gutman, & P. Hutton (toim.) *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*. (16–49). University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1992). *The History of Sexuality. 2, The Use of Pleasure*. Penguin Books.

- Foucault, M. (2003). 14 January 1976. Teoksessa M. Bertani, F. Ewald, A. Fontana & D. Macey (toim.), *Society Must Be Defended: Lectures at the College de France, 1975–76* (169–186). NY: Picador.
- Foucault, M. (2005/2001a). Course summary. Teoksessa A. Davidson, F. Ewald, A. Fontana & F. Gros (toim.), (Englanninkielinen käännös G. Burchell). *The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the College de France 1981–1982*. (495–505). Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2005/2001b). 3 February 1982 – First hour. Teoksessa A. Davidson, F. Ewald, A. Fontana & F. Gros (toim.), (Englanninkielinen käännös G. Burchell). *The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the College de France 1981–1982*. (169–186). Palgrave Macmillan.
- Frennert, S., Forsberg, A., & Ostlund, B. (2013). Elderly people's perceptions of a telehealthcare system: Relative advantage, compatibility, complexity and observability. *Journal of Technology in Human Services*, 31(3), 218–237. <https://doi.org/10.1080/15228835.2013.814557>
- Frey, K. T., & Bisconti, T. L. (2023). “Older, entitled, and extremely out-of-touch”: Does “OK, boomer” signify the emergence of a new older adult stereotype? *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1200–1211. <https://doi.org/10.1177/07334648231154044>
- Gans, H., Horhota, M., Chasteen, A. (2023). Ageism against older adults: How do intersecting identities influence perceptions of ageist behaviors? *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1191–1199. <https://doi.org/10.1177/07334648231161937>
- Gietzen, L.J., Lewis, H., & Buchanan, J.A. (2023). Age-related microaggressions: A descriptive study. *Gerontologist*, 63(5), 820–830. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac158>
- Gilleard, C. (2002). Aging and old age in medieval society and the transition of modernity. *Journal of Aging and Identity*, 7(1), 25–41. <https://doi.org/10.1023/A:1014358415896>
- Gilleard, C., & Higgs P. (2002). The third age: class, cohort or generation. *Ageing & Society*, 22(3), 369–382. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0200870X>
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2009). The third age: field, habitus or identity. Teoksessa I. R. Jones, P. Higgs & D. Ekerdt (toim.), *Consumption and Generational Change: The Rise of Consumer Lifestyles and the Transformation of Later Life*. (23–36). Transactions Press.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2010). Aging without agency: Theorizing the fourth age. *Aging & Mental Health*, 14(2), 121–128. <https://doi.org/10.1080/13607860903228762>
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2013). The fourth age and the concept of a ‘social imaginary’: A theoretical excursus. *Journal of Aging Studies*, 27(4), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.08.004>
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. New York. Harper & Row.
- Goffman E. (1983). The interaction order. *American Sociological Review*, 48(1), 1–17. <https://www.csun.edu/~snk1966/Erving%20Goffman%20The%20Interaction%20Order.pdf>
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12(7). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
- Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark, D., & Ahmedzai, S. (2004). Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*, 18(5), 460–467. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm889oa>
- Grenier, A. (2007). Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing and Society*, 27(3), 425–445. <https://doi.org/10.1017/S0144686X06005782>
- Groop, J. (2012). *Theory of Constraints in Field Service: Factors Limiting Productivity in Home Care Operations*. (Väitöskirja Aalto-yliopisto). (University publication series, doctoral dissertations, 47). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-4594-8>

- Gullette, M. (2004). *Aged by Culture*. The University of Chicago Press.
- Grønneberg, S. V., Engebretsen, E., & Torp Løkkeberg, S. (2024). Storylines and positions theory as a tool to identify how young people conceptualise their positions of living with ADHD. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2024.2361272>
- Harré, R. (2012). Positioning theory: moral dimensions of social-cultural psychology. Teoksessa J. Valsiner (toim.) *The Oxford Handbook of Culture and Psychology*. (191–206). Oxford University.
- Harré, R., & Moghaddam, F. (2003). Introduction: The self and others in traditional psychology and in positioning theory. Teoksessa R. Harré & F. Moghaddam (toim.), *The Self and Others: Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. (1–11). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Harré, R., & Slocum, N. (2003). Disputes as complex social events: On the uses of positioning theory. Teoksessa R. Harré & F. Moghaddam (toim.), *The Self and Others: Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. (123–136). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (1999). *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*. Wiley-Blackwell.
- Harwood, J., & Giles, H. (1996). Reactions to older people being patronized: The roles of response strategies and attributed thoughts. *Journal of Language and Social Psychology*, 15(4), 395–421. <https://doi.org/10.1177/0261927X960154001>
- Hasan, H., & Linger, H. (2016). Enhancing the wellbeing of the elderly: Social use of digital technologies in aged care. *Educational Gerontology*, 42(11), 749–757. <https://doi.org/10.1080/003601277.2016.1205425>
- Hausdorff, J.M., Levy B. R., & Wei J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes. *Journal of American Geriatric Society*, 47(11), 1346–1349. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x>
- Havighurst, R. J. (2009). Successful aging. Teoksessa R.H. Williams, C. Tibbitts & W. Donahue (toim.), *Processes of Aging. Social and Psychological Perspectives*. (299–320). New York. Atherton Press.
- Hearn, J., & Wray, S. (2015). Gender: Implications of a contested area. Teoksessa J. Twigg & W. Martin (toim.), *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. (201–209). Routledge.
- Heponiemi, T., Kaihlanen A.-M., Kouvonen, A., Leemann, L., Taipale, S., & Gluschkoff, K. (2022). The role of age and digital competence on the use of online health and social care services: A cross-sectional population-based survey. *Digital Health*, 8. <https://doi.org/10.1177/20552076221074485>
- Hester, S., & Eglin, P. (toim.) (1997). Culture in action. *Studies in Membership Categorization Analysis*, (4). University Press of America.
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2015). *Rethinking Old Age. Theorising the Fourth Age*. London. Palgrave Macmillan.
- Higgs P., & Gilleard, C. (2016a). Interrogating personhood and dementia. *Aging & Mental Health*, 20(8), 773–780. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1118012>
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2016b). *Personhood, Identity and Care in Advanced Old Age*. Policy Press. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112366601>
- Hoare, S., Morris, S. Z., Kelly, M. P., Kuhn, I., & Barclay, S. (2015). Do patients want to die at home? A systematic review of the UK literature, focused on missing preferences for place of death. *PLoS One*, 10(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147273>

- Holstein, M. B., & Minkler, M. (2007). Critical gerontology: Reflections for the 21st century. Teoksessa M. Bernard & T. Scharf (toim.), *Critical Perspectives on Ageing Societies*. (13–26). Policy Press.
- Housley, W., & Fitzgerald, R. (2009). Membership categorization, culture and norms in action. *Discourse & Society*, 20(3), 345–362. <https://doi.org/10.1177/09579265091024>
- Howell, T. (1953). *Our Advancing Years. An Essay on Modern Problems of Old Age*. Phoenix House.
- Hummert, M. L., Garstka, T. A., Shaner, J. L., & Strahm, S. (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 49(5), 240–249. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.5>
- Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014a). End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: Results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliative Medicine*, 28(5), 412–421. <https://doi.org/10.1177/0269216313512012>
- Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014b). End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: Results of a population-based survey using VOICES-Short Form. *Journal of Palliative Medicine*, 17(2), 176–182. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0385>
- Hurd, L. (1999). ‘We’re not old!’: Older women’s negotiation of aging and oldness. *Journal of Aging Studies*, 13(4), 419–439. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(99\)00019-5](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(99)00019-5)
- Hänninen, R., Taipale, S., & Luostari, R. (2021). Exploring heterogeneous ICT use among older adults: The warm experts’ perspective. *New Media & Society*, 23(6), 1584–1601. <https://doi.org/10.1177/1461444820917353>
- Iisakka, E., & Alastalo, M. (2024). Digitaalisen sosiaali- ja terveydenhuollon lupaukset: Kriittinen luenta hyvinvointialuestrategioiden sosioteknisestä mielikuvastosta. *Sosiologia*, 61(3). <https://journal.fi/sosiologia/article/view/148372>
- Immonen, A. (2024). *Muistisairaana vierellä. Muistisairaana ihmisen ajallisuus ja toimijuus suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemänä 1980-luvulta 2020-luvulle*. (Väitöskirja, Turun yliopisto). (Annales universitatis turkuensis, B, 665). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-9683-4>
- Ishikawa, M. (2020). *Media Portrayals of Ageing Baby Boomers in Japan and Finland* (Väitöskirja, Helsingin yliopisto). (Sosiaalitieteellisen tiedekunnan julkaisuja, 159). <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/24019838-852b-4fc0-b567-56f58f6dacde/content>
- Jackson, A. Y., & Mazzei, L. A. (2023). *Thinking with Theory in Qualitative Research*. Routledge.
- James, W. (1890/2007). *The Principles of Psychology*. Henry Holt.
- Jamieson, A. (2002). Theory and practice in social gerontology. Teoksessa A. Jamieson & C.R. Victor (toim.), *Researching Ageing and Later Life. The Practice of Social Gerontology*. (7–19). Open University Press.
- Järnala, I., & Eloranta, S. (2024). Iäkkäiden asiakkaiden kokemuksia etäkotihoitosta. *Gerontologia*, 38(1), 3–15. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.130934>
- Jeong, S. Y., Higgins, I., & McMillan, M. (2011). Experiences with advance care planning: Older people and family members’ perspective. *International Journal of Older People Nursing*, 6(3), 176–186. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00201.x>
- Jokinen, A., Juhila, K., & Suoninen, E. (2012). *Kategoriat, kulttuuri ja moraali: Johdatus kategoria-analyysiin*. Vastapaino.
- Jones, R. L. (2006). ‘Older people’ talking as if they are not older people: Positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20(1), 79–91. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2004.12.003>

- Juhila, K. (2012). Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoria-analyysiin*. (131–172). Vastapaino.
- Juhila, K., Raitakari, S., & Hall, C. (toim.) (2017). *Responsibilisation at the Margins of Welfare State*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315681757>
- Kallioma-Puha, L. (2017). Vanhuksen oikeus hoivaan ja omaisolettama. *Gerontologia*, 31(3), 227–242. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.63421>
- Kangas, I., & Nikander, P. (toim.) (1999). *Naiset ja ikääntyminen*. Gaudeamus.
- Karisto, A. (2007). Sosiaaligerontologian syvin olemus. *Gerontologia*, 21(3), 273–280.
- Karisto, A. (2016). *Vanhenemisen tutkimuksen johdantokurssi*. Luentomateriaalit, 10.11.2016. <https://blogs.helsinki.fi/akaristo/files/2016/10/Johdantokurssi-2016-2-ik%C3%A4-Sivut.pdf>
- Karjalainen, A.-M., Ukkonen-Mikkola, T., Luodonpää-Manni, M., & Pietilä, I. (2021). Lasten ja vanhusten toimijuus: diskurssianalyysi neljän puolueen eduskuntavaaliohjelmista. *Janus – sosiiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti*, 29(1), 4–20. <https://doi.org/10.30668/janus.80298>
- Karsio, O. (2024). *The Marketisation of Public Eldercare Services in Finland: A Gradual Institutional Change*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). (Tampere University Dissertations, 938).
- Karsio, O., Zechner, M., Näre, L., Hoppania H.-K., & Vaittinen T. (2023). Hoivapalveluiden finansialisaatio Suomessa. Teoksessa T. Sihto & P. Vasara (toim.), *Hoivan pimeä puoli*, 255–278. Gaudeamus.
- Kayı-Aydar, H. (2019). Positioning Theory and Discourse Analysis. Teoksessa H. Kayı-Aydar, *Positioning Theory in Applied Linguistics*, 27–40. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-97337-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-97337-1_2)
- Katz, C. (2001). Vagabond Capitalism and the Necessity of Social Reproduction. *Antipode*, 33(4), 709–728. <https://doi.org/10.1111/1467-8330.00207>
- Ke, L.-S., Huang, X., Hu, W.-Y., O'Connor, M., & Lee, S. (2017). Experiences and perspectives of older people regarding advance care planning: A meta-synthesis of qualitative studies. *Palliative Medicine*, 31(5), 394–405. <https://doi.org/10.1177/0269216316663507>
- Kelly, C. M., Masters, J. L., & DeViney, S. (2013). End-of-life planning activities: An integrated process. *Death Studies*, 37(6), 529–551. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.653081>
- Kemper, S. (1994). Elderspeak: Speech accommodations to older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 1(1), 17–28. <https://doi.org/10.1080/09289919408251447>
- Kemper, S., & Harden, T. (1999). Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not. *Psychology and Aging*, 14(4), 656–670. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.4.656>
- Kenalemag, L. (2022). Visual ageism and the subtle sexualisation of older celebrities in L'Oréal's advert campaigns: a multimodal critical discourse analysis. *Ageing and Society*, 42(9), 2122–2139. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20002019>
- Kerssens, C., Kumar, R., Adams, A.E., Knott, C. C., Matalenas, L., Sanford, J. A., & Rogers, W. A. (2015). Personalized technology to support older adults with and without cognitive impairment living at home. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 30(1), 85–97. <https://doi.org/10.1177/1533317514568338>
- Keskinen, K., & Nikander, P. (2023). Researching time and ageism: Applications of qualitative longitudinal research to the field. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 335–344. <https://doi.org/10.1177/07334648231160982>

- Kestilä, L., & Karvonen S. (2022). Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa. Teoksessa S. Karvonen, L. Kestilä & P. Saikkonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2022*. (20–38). THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>
- Kilpeläinen, A., & Seppänen, M. (2014). Information technology and everyday life in ageing rural villages. *Journal of Rural Studies*, 33, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2013.10.005>
- Kim, K. I., Gollamudi, S. S., & Steinhubl, S. (2017). Digital technology to enable aging in place. *Experimental Gerontology*, 88, 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.11.013>
- Kinni, R.-L. (2014). *Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä*. (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto). (Dissertations in Social Sciences and Business Studies, 92). [https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14299/urn\\_isbn\\_978-952-61-1646-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/14299/urn_isbn_978-952-61-1646-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Kinni, R.-L., Rossi, E., Zechner, M., Tiilikainen, E., Seppänen, M., Skaffari, P., Soukiala, T., Ruotsalainen, S., Peiponen, J., Pietilä, I., Niemi, M., & Korpelainen, A. (2023). Gerontologisen sosiaalityön osaamista tarvitaan – tuloksia GERIT-hankkeesta. *Gerontologia*, 37(3), 281–288. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.130628>
- Kinni, R.-L., & Tiilikainen, E. (2024). Complex needs and ethical dilemmas—Care managers processing older clients to gerontological social work. *International Journal of Social Welfare*. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12656>
- Kiuru, H. (2022). Aktiivisen ikääntymisen diskurssi Helsingin Sanomien pääkirjoitusaukeamalla vuosina 2000–2015. *Gerontologia* 36(2), 143–157. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/109935/71272>
- Kiuru, H. (2024). *Aktiivinen ikääntyminen - diskurssin rakentuminen eri konteksteissa*. (Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto). (JYU dissertations 806). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-86-0231-6>
- Kiuru, H., Laulainen S., & Valokivi H. (2024). Aktiivinen ikääntyminen kuntien vanhuspoliittisten ohjelmien retoriikassa. *Hallinnon tutkimus* 43(1), 51–65. <https://doi.org/10.37450/ht.127218>
- Knif, P. (2012). *Keski-ikäiset ikääntyvien omaistensa auttajina? Tutkimus sukupolvien välisestä informaalisesta hoivasta*. (Väitöskirja, Jyväskylän yliopisto). (Jyväskylä studies in education, psychology and social research 439). <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/38357/9789513947767.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ko, E., & Berkman, C. S. (2012). Advance directives among Korean American older adults: Knowledge, attitudes, and behavior. *Journal of Gerontological Social Work*, 55(6), 484–502. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.667523>
- Ko, E., Lee, J., & Hong, Y. (2016). Willingness to complete advance directives among low-income older adults living in the USA. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), 708–716. <https://doi.org/10.1111/hsc.12248>
- Korjonen-Kuusipuro, K., & Saari, E. (2021). Huolta, ärsynty mistä, pelkoa ja ahdistusta: Ikääntyvien kielteiset tunteet digitalisaatiossa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 4, 371–382. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091546268>
- Koskinen, S. (1994). *Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena*. (Väitöskirja, Lapin yliopisto). (Acta Universitatis Lapponiensis, 3). ISBN: 951-634-382-1
- Koskinen, S. (2004). Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa M. Kautto (toim.) *Ikääntyminen voimavarana*. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, 24–90. [https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622938/J3304\\_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+voimavarana.pdf](https://valtioneuvosto.fi/documents/10616/622938/J3304_Ik%C3%A4%C3%A4ntyminen+voimavarana.pdf)
- Kovács, G., Aczél, P., & Bokor, T. (2021). The portrayal of elderly men and women in Hungarian television news programmes. *Ageing and Society*, 41(9), 2099–2117. <https://doi.org/10.1017/S10.1017/S0144686X20000227>

- Krekula C. (2007). The intersection of age and gender. Reworking gender theory and social gerontology. *Current Sociology*, 55(2), 155–171. <https://doi.org/10.1177/00113921070732>
- Krekula, C., Nikander, P., & Wilińska, M. (2018). Multiple marginalizations based on age: Gendered ageism and beyond. Teoksessa L. Ayalon & C. Tesch-Römer (toim.), *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, 19. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_3)
- Kröger T., & Leinonen A. (2012). Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health and Social Care in Community*, 20(3), 319–327. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01047.x>
- Kuronen M. (2023). Hoiva elämän päättyessä. Teoksessa T. Sihto & P. Vasara (toim.), *Hoivan pimeä puoli*. (211–232). Gaudeamus.
- Kuusisto K., Ekqvist E., & Kallioma-Puha L. (2021). Erityistä tukea tarvitsevat päihiteitä ongelmallisesti käyttävät asiakkaat sosiaalityöntekijöiden tulkinnoissa. *Yhteiskuntapolitiikka*, 86(4), 419–430. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091546262>
- Kydd, A., & Fleming, A. (2015). Ageism and age discrimination in health care: Fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4), 432–438. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002>
- Köttl, H., Gallistl, V., Rohner, R., & Ayalon, L. (2021). “But at the age of 85? Forget it!”: Internalized ageism, a barrier to technology use. *Journal of Aging Studies*, 59, 100971. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100971>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta 28.12.2012/980.
- Laki iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta 604/2022.
- Larsen, L., Blix, B., & Hamran, T. (2020). Family caregivers’ involvement in decision-making processes regarding admission of persons with dementia to nursing homes. *Dementia*, 19(6), 2038–2055. <https://doi.org/10.1177/1471301218814641>
- Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of Life*. Macmillan.
- Latour, B. (1999). On recalling ANT. Teoksessa J. Law & J. Hassard (toim.), *Actor network theory and after*. (264–280). Blackwell Publishers.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press.
- Law, J. (1986). Laboratories and texts. Teoksessa M. Callon, J. Law & A. Rip (toim.), *Mapping the dynamics of science and technology*. (35–50.) The Macmillan Press Ltd.
- Lee, M., McKillop, N., & Moir, E. (2024). A Scoping Review of Sexual Violence Events Perpetrated Against Older People. *Trauma, violence & abuse*, 15248380241265387. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15248380241265387>
- Lehnert, T., Heuchert, M., Hussain, K., & König, H.-H. (2019). Stated preferences for long-term care: A literature review. *Ageing and Society*, 39(9), 1873–1913. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000314>
- Leskinen, J. (1994). *Tiede, teknologia ja kulutustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 2, Helsinki.
- Lestari, M., Stephens, C., & Morison, T. (2022). Constructions of older people’s identities in Indonesian regional ageing policies: the impacts on micro and macro experiences of ageing. *Ageing and Society*, 42(9), 2046–2066. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001907>
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>

- Levy, B., Ashman, O., & Dror, I. (2000). To be or not to be: The effects of aging stereotypes on the will to live. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 40(3), 409–420. <https://doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR>
- Levy, B., Chang, E., Lowe, S., Provolo, N., & Slade, M. (2022). Impact of media-based negative and positive age stereotypes on older individuals' mental health. *The Journals of Gerontology*, 77 (4), e70–e75. <https://doi.org/0.1093/geronb/gbab085>
- Levy, B. R., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., Slade, M. D., Troncoso, J., & Resnick, S. M. (2016). A culture–brain link: Negative age stereotypes predict Alzheimer's disease biomarkers. *Psychology and Aging*, 31(1), 82–88. <https://doi.org/10.1037/pag0000062>
- Levy, B. R., Pilver, C. E., & Pietrzak, R. H. (2014). Lower prevalence of psychiatric conditions when negative age stereotypes are resisted. *Social Science & Medicine*, (119)170–174. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.046>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261–270. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.261>
- Levy, B. R., Slade, M. D., May, J., & Caracciolo, E. A. (2006). Physical recovery after acute myocardial infarction: Positive age self-stereotypes as a resource. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(4), 285–301. <https://doi.org/10.2190/EJK1-1Q0D-LH-GE-7A35>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*, 308(19), 1972–1973. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.1454>
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2009). Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science*, 20(3), 296–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x>
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2011). Memory shaped by age stereotypes over time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432–436. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120>
- Lie, M., Lindsay, S., & Brittain, K. (2016). Technology and trust: Older people's perspectives of a home monitoring system. *Ageing and Society*, 36(7), 1501–1525. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000501>
- Lin, S., & Walden, A. (2024). Ageism in birthday cards: A mixed-method content analysis. *The Gerontologist*, 64(5), gnad115. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad115>
- Lindahl, B., Liden, E., & Lindblad, B. M. (2010). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3–4), 454–463. <https://doi.org/0.1111/j.1365-2702.2009.03008.x>
- Lindberg, J., Bhatt, R., & Ferm, A. (2021). Older people and rural eHealth: perceptions of caring relations and their effects on engagement in digital primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1322–1331. <https://doi.org/10.1111/scs.12953>
- Lindberg, J., & Carlson, E. (2018). Digitala vårdlandskap – kristiska reflektioner om e-hälsa i glesbygden. *Socialmedicinsk tidskrift*, 95(1), 62–69. <https://doi.org/0000-0003-0020-2609>
- Lindberg, J., Kvist, E., & Lindgren, S. (2022). The ongoing and collective character of digital care for older people: moving beyond techno-determinism in government policy. *Journal of Technology in Human Services*, 40(4), 357–378. <https://doi.org/10.1080/15228835.2022.2144588>
- Lindberg, J., & Lundgren, A. S. (2022). The affective atmosphere of rural life and digital healthcare: understanding older persons' engagement in eHealth services. *Journal of Rural Studies*, 95, 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2022.07.020>

- Liu, M., Cohen, A., Fulop, T., Legault, V., Betrisey, C., & Levasseur, M. (2022). Does ageism accelerate biological aging? *Innovation in aging*, 6(S1), 478–478. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.1849>
- Lovell, A., & Yates, P. (2014). Advance care planning in palliative care: A systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008–2012. *Palliative Medicine*, 28(8), 1026–1035. <https://doi.org/10.1177/0269216314531313>
- Lumme-Sandt, K. (2011). Images of ageing in a 50+ magazine. *Journal of aging studies*, (25)1, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.013>
- Lumme-Sandt, K., Nikander, P., Pietilä, I., & Vakimo, S. (2020). Ikäkäsitteet päätöksenteon taustalla. *Gerontologia*, 34(4), 359–362. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99605>
- Lynn, T., Curtis, A., & Lagerway, M. D. (2016). Association between attitude toward death and completion of advance directives. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 74(2), 193–211. <https://doi.org/10.1177/0030222815598418>
- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. T., Aguiar-Vafaie, M. E., Ahn, C.-K., Ahn, H.-N., Alcalay, L., Allik, J., Avdeyeva, T. V., Barbaranelli, C., Benet-Martínez, V., Blatný, M., Bratko, D., Cain, T. R., Crawford, J. T., Lima, M. P., . . . Yik, M. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging*, 24(4), 941–954. <https://doi.org/10.1037/a0016901>
- Malcomson, H., & Bisbee, S. (2009). Perspectives of healthy elders on advance care planning. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(1), 18–23. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00369.x>
- Mannheim, I., Wouters, E. J. M., Köttl, H., van Boekel, L. C., Brankaert, R., & van Zaanen, Y. (2023). Ageism in the discourse and practice of designing digital technology for older persons: A scoping review. *The Gerontologist*, 63(7), 1188–1200. <https://doi.org/10.1093/geront/gnac144>
- Mannheim, I., van Zaanen, Y., & Wouters, E. (2021). Ageism in applying digital technology in healthcare: Implications for adoption and actual use. Teoksessa H. Hirvonen, M. Tammelin, R. Hanninen, & E. J. Wouters (toim.), *Digital Transformations in Care For Older People: Critical Perspectives*. (72–90). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003155317-7>
- Mariano, J., Marques, S., Ramos, M. R., Gerardo, F., Cunha, C. L., da Girenko, A., Alexandersson, J., Stree, B., Lamanna, M., Lorenzatto, M., Mikkelsen, L., Bundgård-Jørgensen, U., Rêgo, S., & de Vries, H. (2022). Too old for technology? Stereotype threat and technology use by older adults. *Behaviour & Information Technology*, 41(7), 1503–1514. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2021.1882577>
- Martens, H., Lambrechts, F., Manshoven, J., & Vandenberk, A. (2006). An organizational development approach towards age diversity practices in Belgian organizations. *Ageing International*, 31, 1–23. <https://doi.org/10.1007/s12126-006-1001-y>
- Marques, S., Mariano, J., Mendonça, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F., & Martins, D. (2020). Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2560. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072560>
- Mason, S. E., Kuntz, C. V., & McGill, C. M. (2015). Oldsters and ngrams: Age stereotypes across time. *Psychological Reports: Sociocultural Issues in Psychology*, 116(1), 324–329. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.2466/17.10.PR0.116k17w6>
- McGarry, J. (2009). Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), 83–91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x>

- McVee, M., Silvestri, K., Barrett, N., & Haq, K. (2019). Positioning theory. Teoksessa D. E. Alvermann, N. J. Unrau, M. Sailors & R. Ruddell (toim.), *Theoretical Models and Processes of Literacy*. (381–400). Routledge.
- McVee, M., Silvestri, K., Schucker, K., & Cun, A. (2021). Positioning theory, embodiment, and the moral orders of objects in social dynamics: How positioning theory has neglected the body and artifactual knowing. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 51(2), 192–214. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12289>
- Menassa, M., Stronks, K., Khatmi, F., Roa Díaz, Z. M., Espinola, O. P., Gamba, M., Itodo, O. A., Buttia, C., Wehrli, F., Minder, B., Velarde, M. R., & Franco, O. H. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *EClinical-Medicine*, 56, 101821. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101821>
- Menec, V., Hutton, I., Newall, N., Nowicki, S., Spina, J., & Veselyuk, D. (2015). How ‘age-friendly’ are rural communities and what community characteristics are related to age-friendliness? The case of rural Manitoba, Canada. *Ageing and Society*, 35(1), 203–223. <https://doi.org/10.1017/S0144686X13000627>
- Michel J. B., Shen Y. K., Aiden A. P., Veres A., Gray M. K., The Google books team, Pickett J.P., Hoiberg D., Clancy D., Norvig P., Orwant J., Pinker S., Nowak M. A., & Aiden E. L. (2011). Quantitative analysis of culture using millions of digitized books. *Science*, 14(331, 6014), 176–182. 14;331(6014):176-82. <https://doi.org/10.1126/science.1199644>
- Miettinen, R. (1998). Materiaalinen ja sosiaalinen: Toimijaverkkoteoria ja toiminnan teoria innovaatioiden tutkimuksessa. *Sosiologia*, 35(1), 28–42.
- Miettinen S. (2006) *Eron aika - Tytöiden kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta. Akateeminen väitöskirja*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto). (Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia, 4). <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/26459429-67f7-46e0-b578-d5991d29b3aa/content>
- Milligan, C., & Wiles, J. (2010). Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, 34(6), 736–754. <https://doi.org/10.1177/0309132510364556>
- Milne, A., Ray, M., Donnelly, S., Lonbay, S. P., Montgomery, L., Corradini, F., ..., & Anand, J. C. (2024). Admission of an older person into a care home in Europe: exploring the dimensions of a ‘Healthy Transition’ and the potential role of social work. *European Journal of Social Work*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/13691457.2024.2308593>
- Mitcheson, K. (2012). Foucault’s technologies of the self: Between control and creativity. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 43(1), 59–75. <https://doi.org/10.1080/00071773.2012.11006757>
- Mitzner, T. L., Stuck, R., Hartley, J. Q., Beer, J. M., & Rogers, W. A. (2017). Acceptance of televideo technology by adults aging with a mobility impairment for health and wellness interventions. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering* 4(2), 1–12. <https://doi.org/10.1177/2055668317692755>
- Moghaddam, F. M. (1999). Reflexive positioning: Culture and private discourse. Teoksessa R. Harré & Van Langenhove, L. (toim.) *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*. (74–86). Malden, MA. Blackwell.
- Montgomery, L. & Carney, G. (2022). Elder abuse. Teoksessa S. Torres & S. Donnelly (toim.), *Critical Gerontology for Social Workers*. (130–145). Bristol University Press.
- Morgan, T., Duschinsky, R., & Barclay, S. (2022). Dispensing care? The dosette box and the status of low-fi technologies within older people’s end-of-life caregiving practices. *Sociology of Health & Illness*, 44(4–5), 745–763. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13455>

- Moser, I., & Law, J. (1999). Good passages, bad passages. *The Sociological Review*, 47(1\_suppl), 196–219. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03489.x>
- Muntsant, A., Ramírez-Boix, P., Leal-Campanario, R., Alcaín, F., & Giménez-Llort, L. (2021). The Spanish intergenerational study: Beliefs, stereotypes, and metacognition about older people and grandparents to tackle ageism. *Geriatrics*, 6(3), 87. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030087>
- Myerhoff B. (1979). *Number of Our Days. A Triumph of Continuity and Culture Among Jewish Old People in an Urban Ghetto*. Simon & Schuster.
- Myles, J., & Quadagno, J. (toim.). (1991). *States and labor markets*. Temple University Press.
- Naughton, L., Padeiro, M., & Santana, P. (2021). The twin faces of ageism, glorification and abjection: A content analysis of age advocacy in the midst of the COVID-19 pandemic. *Journal of Aging Studies*, 57, 100938. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2021.100938>
- Neugarten, B. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 9(2), 187–198. <https://doi.org/10.1177/000271627441500114>
- Niemelä, A.-L. (2006). *Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä*. (Väitöskirja, Helsingin yliopisto). (Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia, 206). <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/c0e78578-7a61-4649-9dd6-f5a0e21995f9/content>
- Nimrod, G., & Berdychevsky, L. (2018). Laughing off the stereotypes: Age and aging in seniors' online sex-related humor. *The Gerontologist*, 58(5), 960–969. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx032>
- Nishiyama, C., Nussbaum, E. M., & Van Winkle, M. S. (2021). The real me: Shared technology's impact on status from the lens of positioning theory. *Innovations in Education and Teaching International*, 58(5), 522–532. <https://doi.org/10.1080/14703297.2021.1961096>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(5), 993–1021. <https://doi.org/10.1037/a0039469>
- O'Connor, B. P., & St. Pierre, E. S. (2004). Older persons' perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends, and service workers. *The International Journal of Aging & Human Development*, 58(3), 197–221. <https://doi.org/10.2190/LY83-KPXD-H2F2-JRQ5>
- Ojala, H., & Pietilä, I. (2013). (toim.). *Miehistä puhetta. Miehet, ikääntyminen ja vanhenemisen kulttuuriset mallit*. Tampere University Press.
- Olaisson, A. (2009). *Negotiating Needs: Processing Older Persons as Home Care Recipients in Gerontological Social Work Practices*. Linköping Universitet Studies in Arts and Science, 464.
- Olaisson, A. (2010). Creating images of old people as home care receivers: Categorizations of needs in social work case files. *Qualitative Social Work*, 9(4), 500–518. <https://doi.org/10.1177/1473325010367820>
- Olaisson, A. (2012). Creating home care recipients. Using categorization as a tool in home care case management. Teoksessa C. Ceci, K. Björnsdóttir & M.E. Purkis (toim.), *Perspectives on Care at Home for Older People*. (158–170). Routledge.
- Olsson, T., & Viscovi, D. (2018). Warm experts for elderly users: Who are they and what do they do? *Human Technology*, 14(3), 324–342. <https://doi.org/10.17011/ht/urn.201811224836>
- Otto, R. B., Fields, N. L., Bennett, M., & Anderson, K. A. (2023). Positive aging and death or dying: A scoping review. *The Gerontologist*, 63(9), 1497–1509. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad006>

- Outila, M., Jumisko, E., & Kettunen, R. (2014). Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma. *Gerontologia*, 28(4), 231–249.
- Outila, M., & Kiuru, H. (2021). “Picturephone in my home” - Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service, *Journal of Technology in Human Services*, 39(2), 163–192. <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1869670>
- Outila, M., & Lantela, P. (2019). Samanaikaisesti hauras ja resilientti – kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta, *Gerontologia*, 33(1), 18–35. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.75935>
- Outila, M., Seppänen, M., Lantela, P., & Vasari, P. (2019). Bringing dying back home? – Northern Finns’ end-of-life preparations, concerns and care preferences and Finnish care policy’s emphasis on care at home. Teoksessa P. Naskali, J. Harbison & S. Begum (toim.), *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective* (International Perspectives on Aging, 22). (103–122) Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-20603-1\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-20603-1_7)
- Paljärvi, S. (2012). *Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta.* (Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto). (Dissertations in Social Sciences and Business Studies, 39.) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0702-8>
- Paullin C., & Whetzel D. L. (2012). Retention strategies and older workers. Teoksessa J. W. Hedge & W. C. Borman (toim.), *The Oxford Handbook of Work and Aging*, 392–418. Oxford University Press.
- Peiponen J., Tiilikainen E., & Kinni R.-L. (2023). Pyörivää kehää ja pallottelua: Tuen tarpeisiin vastaamisen haasteet ikääntyneiden asiakas- ja palveluohjauksessa. *Focus Localis*, 51(2), 26–42. <https://journal.fi/focuslocalis/article/view/122968>
- Peiponen, J., Tiilikainen, E., Kinni, R. L., & Rissanen, S. (2024). Navigating social services from the perspective of Finnish older adults with complex needs: An examination of different dimensions of access. *Journal of Social Service Research*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/01488376.2024.2388627>
- Perustuslaki 11.6.1999/731, 19 §.
- Peräkylä A. (1990). *Kuoleman monet kasvot*. Vastapaino.
- Pirhonen, J. (2017). *Good Human Life in Assisted Living for Older People: What the Residents Are Able to Do and Be.* (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). (Acta Universitatis Tampereensis, 2272). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0416-4>
- Pirhonen, J., Jylhä, M., & Pietilä, I. (2022). Kuolemaan valmistautuminen toimijuutena vanhuudessa. *Sosiologia*, 59(1), 4–18. <https://journal.fi/sosiologia/article/view/124637>
- Pirhonen, J., Ojala, H., Lumme-Sandt, K., & Pietilä, I. (2016). ‘Old but not that old’: Finnish community-dwelling people aged 90+ negotiating their autonomy. *Ageing and Society*, 36(8), 1625–1644. <https://doi.org/10.1017/S0144686X15000525>
- Piers, R. D., Van Eechoud, I. J., Van Camp, S., Grypdonck, M., Deveugele, M., Verbeke, N. C., ... (2013). Advance care planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Education and Counselling*, 90(3), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.008>
- Pols, J. (2017). Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals*, 18(1). <https://doi.org/10.1111/nup.12154>
- Puthenparambil, M., & Kröger, T. (2016). Using private social care services in Finland: Free or forced choices for older people? *Journal of Social Service Research*, 42(2), 167–179. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1137534>

- Pynnönen, A. (2013). *Diskurssianalyysi: Tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen*. Working paper 379. Jyväskylän yliopiston korkeakoulu.
- Quigley, R., Russell, S. G., Larkins, S., Taylor, S., Sagigi, B., Strivens, E., & Redman-MacLaren, M. (2022). Aging Well for Indigenous Peoples: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 10, 780898. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.780898>
- Raitakari, S., & Juhila, K. (2022). Kotikäännö: Hyvinvointipalveluiden ja -työn muutos. Teoksessa S. Raitakari, K. Günther & J.-M. Räsänen (toim.), *Koti, hyvinvointityö ja haavoittuvuus*. Tampere University Press. (25–58).
- Rawls, A. (1987). The Interaction Order Sui Generis: Goffman's Contribution to Social Theory. *Sociological Theory*, 5(2), 136–149. <https://doi.org/10.2307/201935>
- Ray, M., Milne, A., Beech, C., Phillips, J. E., Richards, S., Sullivan, M. P., Tanner, D., & Lloyd, L. (2015). Gerontological social work: Reflections on its role, purpose and value. *The British Journal of Social Work*, 45(4), 1296–1312. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct195>
- Richeson, J. A., & Shelton, J. N. (2006). A social psychological perspective on the stigmatization of older adults. Teoksessa L. L. Carstensen & C. R. Hartel (toim.), *When I'm 64*. (174–208). The National Academies Press.
- Riikonen, M., Mäkelä, K., & Perälä, S. (2010). Safety and monitoring technologies for the homes of people with dementia. *Gerontechnology* 9(1), 32–45. <https://doi.org/10.4017/gt.2010.09.01.003.00>
- Ring, M., Ristolainen, H., & Tiilikainen, E. (2024). From restricted resources to ethical burden-former home care workers' reasons for leaving their jobs. *Journal of Applied Gerontology*, 2, 7334648241231404-7334648241231404. <https://doi.org/10.1177/07334648241231404>
- Ronkainen, S. (2024). Kuolevaisuus – elämän vai kärsimyksen ylläpitoa. Teoksessa P. Kuusela, H. Pirskanen & M. Saastamoinen (toim.), *Kärsimys elämänsäkulussa. Sosiokulttuurinen näkökulma*. (220–244). Gaudeamus.
- Rosell, J., & Vergés, A. (2023). Loneliness as a potential mechanism of the association between ageism and mental health outcomes in the Chilean context. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1245–1254. <https://doi.org/10.1177/07334648231158484>
- Rossi, E. (2021). *Osista muodostuva kokonaisuus – Kuvaus gerontologisesta sosiaalisuudesta, sen käytännöistä ja niiden tutkimisesta*. (Väitöskirja, Lapin yliopisto). (Acta Electronica Universitatis Laponiensis, 310). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-264-1>
- Rossi, E., Zechner, M., Tiilikainen, E., Pietilä, I., Seppänen, M., Kinni, R.-L., Skaffari, P., Ruotsalainen, S., Soukiala, T., Hirvonen, J., Niemi, M., & Korpelainen, A. (2022). Gerontologinen sosiaalisuus etsii paikkaansa muuttuvassa palvelujärjestelmässä. *Yhteiskuntapolitiikka*, 87(5–6), 579–584. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022112366601>
- Rowles, G.D., & Bernard, M. (toim.) (2013). *Environmental Gerontology: Making Meaningful Places in Old Age*. New York: Springer.
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 896. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Ruotsalainen, S., Väisänen, V., Corneliusson, L., Noro, A., & Sinervo, T. (2022). Factors associated with Finnish home care workers job satisfaction. *European Journal of Public Health*, 32(S3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.375>
- Sabat, S. R. (2003). Malignant positioning and the predicament of people with Alzheimer's disease. Teoksessa R. Harré & F. Moghaddam (toim.), *The Self and Others: Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. (85–98). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.

- Sacks, H. (2006). 'The baby cried. The mommy picked it up.' Teoksessa Jaworski, A. & Coupland N. (toim.), *The Discourse Reader*. (239–245). Routledge.
- Samén, A., Lindberg, J., & Andersson, K. (2024). Disembodied care: Articulations of care in municipal policy regarding welfare technologies in eldercare. *Nordic Journal of Social Research*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.18261/njsr.15.1.1>
- Samsi, K., & Manthorpe, J. (2011). "I live for today": A qualitative study investigating older people's attitudes to advance planning. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 52–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00948.x>
- Sánchez-Román, M., Autric-Tamayo, G., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Agulló-Tomás, M., Sánchez-González, D., & Rodríguez-Rodríguez, V. (2022). Social image of old age, gendered ageism and inclusive places: Older people in the media. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 17031. <https://doi.org/110.3390/ijerph192417031>
- Sanyal, C., Stolee, P., Juzwishin, D., & Husereau, D. (2018). Economic evaluations of eHealth technologies: A systematic review. *PloS One*, 13(6), e0198112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198112>
- Sargent-Cox, K. (2017). Ageism: We are our own worst enemy. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001939>
- Sawchuk, D., & Ly, M. (2022). Older women using women's magazines: the construction of knowledgeable selves. *Ageing and Society*, 42(4), 765–785. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001129>
- Saxton B., & Cole T. R. (2012). No country for old men: a search for masculinity in later life. *International Journal of Ageing and Later Life*, 7(2), 97–116. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.1272a5>
- Schmidt, D. F., & Boland, S. M. (1986). Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes. *Psychology and Aging*, 1(3), 255–260. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.1.3.255>
- Sharp, T., Moran, E., Kuhn, I., & Barclay, S. (2013). Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis. *The British Journal of General Practice: The Journal of The Royal College of General Practitioners*, 63(615), e657–e668. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X673667>
- Shevi, S. (2022). Too old to be president? *American Politics Research*, 50(6), 752–756. <https://doi-org.ezproxy.ulapland.fi/10.1177/1532673X221118344>
- Shiovitz-Ezra, S., Erlich, B., & Ayalon, L. (2023). Short- and medium-term effects of ageism on loneliness experienced during the COVID-19 pandemic. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1255–1266. <https://doi.org/110.1177/07334648231159372>
- Schou, J., & Hjelholt, M. (2019). Digitalizing the welfare state: citizenship discourses in Danish digitalization strategies from 2002 to 2015. *Critical Policy Studies*, 13(1), 3–22. <https://doi.org/10.1080/19460171.2017.1333441>
- Schuurman, B., Lindenberg, J., Huijg, J., Achterberg, W., & Slaets, J. (2022). Expressions of self-ageism in four European countries: a comparative analysis of predictors across cultural contexts. *Ageing and Society*, 42(7), 1589–1606. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001622>
- Seppänen, M., & Koskinen, S. (2022). Gerontologinen sosiaalisuus. Teoksessa T. Rantanen, K. Kokko, S. Sipilä & A. Viljanen (toim.), *Gerontologia*. (448–457). Helsinki. Duodecim.
- Seppänen, M., & Ray, M. (2022). Opportunities and future prospects for gerontological social work with a critical lens. Teoksessa S. Torres & S. Donnelly (toim.), *Critical Gerontology for Social Workers* (177–191). Policy Press. <https://doi.org/10.46692/9781447360476.013>

- Shorey, S., & Ng, E. D. (2022). A social–ecological model of grandparenting experiences: A systematic review. *The Gerontologist*, 62(3), e193–e205. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa172>
- Shulver, W., Killington, M., Morris, C., & Crotty, M. (2017). ‘Well, if the kids can do it, I can do it’: older rehabilitation patients’ experiences of telerehabilitation. *Health Expectations* 20(1), 1201–1229. <https://doi.org/10.1111/hex.12443>
- Simmons, L. (1945). *The Role of the Aged in Primitive Societies*. Yale University Press
- Simon, J., Porterfield, P., & Bouchal, S. R. (2015). ‘Not yet’ and ‘just ask’: Barriers and facilitators to advance care planning—A qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(1), 54–62. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000487>
- Slocum-Bradley, N. (2007). Constructing and de-constructing the ACP Group: Actors, strategies and consequences for development. *Geopolitics*, 12(4), 635–655.
- Smith, M. D., & Wesselbaum, D. (2024). Global evidence of inequality in well-being among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 72(3), 842–849. <https://doi.org/10.1111/jgs.18694>
- Smith, R. J., Lehning, A. J., & Dunkle, R. E. (2013). Conceptualizing age-friendly community characteristics in a sample of urban elders: An exploratory factor analysis. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(2), 90–111. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.739267>
- Sointu, L. (2023). Väkiälta hoivan pimeänä puolena. Teoksessa Sihto T. & Vasara P. (toim.), *Hoivan pimeä puoli*. (23–38). Gaudeamus.
- Sontag, S. (1972). The double standard of aging. *Saturday Review of Literature* 39, 29–38. [https://warwick.ac.uk/fac/arts/english/currentstudents/undergraduate/modules/literaturetheoryandtime/susan\\_sontag\\_the\\_double\\_standard\\_of\\_aging.pdf](https://warwick.ac.uk/fac/arts/english/currentstudents/undergraduate/modules/literaturetheoryandtime/susan_sontag_the_double_standard_of_aging.pdf)
- Soukiala, T., & Pietilä, I. (2024). Elements of trust and trust-building in gerontological social work. The social worker’s perspective. *Nordic Social Work Research*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2024.2414123>
- Soukiala, T., Rossi, E., Peiponen, J., Niemi, M., & Kinni, R.-L. (2024). Vaikuttavaa gerontologista sosiaalityötä erityisen tuen tarpeet tunnistamalla. *Tutkiva sosiaalityö*. 101–114. <https://talentia.lukusali.fi/#/reader/565ee118-75a4-11ef-a316-00155d64030a>
- Spann, A., & Stewart, E. (2018). Barriers and facilitators of older people’s mHealth usage: a qualitative review of older people’s views. *Human Technology* 14(3), 264–296. <https://doi.org/10.17011/ht/urn.201811224834>
- Spiers, J. (2002). The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions. *Qualitative Health Research*, 12(8), 1033–1057. <https://doi.org/10.1177/104973202129120430>
- STM (2020). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja*, 29. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM\\_2020\\_29\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Stokke, R. (2016). The personal emergency response system as a technology innovation in primary health care services: an integrative review. *Journal of Medical Internet Research* 18(7), e187. <https://doi.org/10.2196/jmir.5727>
- Sublett, J., & Bisconti, T. (2023). Metamemory and self-compassion as protective factors in the relationship between benevolent ageism and environmental mastery. *Journal of Applied Gerontology*, 42(6), 1179–1190. <https://doi.org/10.1177/07334648231163847>
- Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the “planning” in advance care planning: Preparing for end-of-life decision making. *Annals of Internal Medicine*, 153(4), 256–261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008>

- Sundberg, L. (2019). If digitalization is the solution, what is the problem? *European Conference on Digital Government*, 136–IX, Cyprus. <https://doi.org/10.34190/ECDG.19.023>
- Sutherland, O., LaMarre, A., Rice, C., Hardt, L., & Jeffrey, N. (2016). Gendered patterns of interaction: A Foucauldian discourse analysis of couple therapy. *Contemporary Family Therapy*, 38(4), 385–399. <https://doi.org/10.1007/s10591-016-9394-6>
- Swift, H. J., Abrams, D., Lamont R. A., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: how ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active ageing. *Social Issues and Policy Review*, 11, 195–231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- Szebehely, M. (2014). Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. I Lönsamt arbete – familjeansvarets fördelning och konsekvenser. Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet. *SOU* 28, 131–158. Fritze.
- Szymborska, W. (2003). *Sata Szymborskaa*. Suomentanut M. Puukko & J. Laine. Helsinki. Like.
- Søvde, B. E., Sandvoll, A. M., Natvik, E., & Drageset, J. (2024). Caregiving for frail home-dwelling older people: A qualitative study of family caregivers' experiences. *International Journal of Older People Nursing*, 19(1), e12586. <https://doi.org/10.1111/opn.12586>
- Tan, S. L., & Moghaddam, E. M. (1995). Reflexive positioning and culture. *Journal for The Theory of Social Behavior*, 25(4), 387–400. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1995.tb00281.x>
- Tan, X., Wilson, I., Tay, P., Win, P., Song, W., & Shiou-Liang, W. (2024). Mapping of technological strategies for reducing social isolation in homebound older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 125, 105478. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105478>
- Tavory, I., & Fine, G. A. (2020). Disruption and the theory of the interaction order. *Theory and Society*, 49, 365–385. <https://doi.org/10.1007/s11186-020-09384-3>
- Tchalla, A. E., Lachal, F., Cardinaud, N., Saulnier, I., Bhalla, D., Roquejoffre, A., Rialle, V., Preux, P.-M., & Dantoine, T. (2012). Efficacy of simple home-based technologies combined with a monitoring assistive center in decreasing falls in a frail elderly population (results of the Esoppe study). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 683–689. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.05.011>
- Tedre, S. (1999). *Hoivan sanattomat sopimukset: tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä*. (Väitöskirja, Joensuun yliopisto). (Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja).
- Tepponen, M. (2009). *Kotihoidon integrointi ja laatu*. (Väitöskirja, Kuopion yliopisto). (Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet, 171.) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1301-1>
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kotihoito 2022. Kotihoito 2022. [Viitattu: 31.10.2024].
- THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kotihoito 2023. Kotihoito 2023. [Viitattu: 31.10.2024].
- Thompson, E. H. Jr. (1996). Men and aging: A selected, annotated bibliography. *Bibliographies and Indexes in Gerontology*, 32. Bloomsbury Academic.
- Tiilikainen, E., Hujala, A., Kannasoja, S., Rissanen, S., & Närhi, K. (2019). “They’re always in a hurry”: Older people’s perceptions of access and recognition in health and social care services. *Health and Social Care in the Community*, 27(4), 1011–1018. <https://doi.org/10.1111/hsc.12718>
- Tilastokeskus 2022. Suomen virallinen tilasto (SVT): Elinolotilasto. ISSN 2669-8854. Helsinki. [Viitattu: 15.9.2024].
- Tilastokeskus 2024. Suomen virallinen tilasto (SVT): Kotitalouksien varallisuus. ISSN 2242-3214. Helsinki. [Viitattu: 19.9.2024].
- Timonen, V., & Lolich, L. (2020). *Dependency as Status: Older Adults’ Presentations of Self as Recipients of Care*. SAGE Open. <https://doi.org/10.1177/2158244020963590>

- Torgé, C., & Nyman, R. (2022). Centenarians in Swedish mass media: is it reverse ageism? *Innovation in Aging*, 6(S1), 661. <https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.2438>
- Torres, S. (2019). *Ethnicity and old age: Expanding our imagination*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctvfp63dx>
- Torres, S., & Donnelly, S. (2023). *Critical Gerontology for Social Workers*. Bristol. Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781447360476>
- Towsend, P. (1957). *The Family Life of Older People: An Inquiry in East London*. Routledge.
- Towsend, P. (1962). *The Last Refuge: A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*. Routledge.
- Tsai, H. S., Shillair, R., & Cotten, S. R. (2017). Social support and “playing around”: An examination of how older adults acquire digital literacy with tablet computers. *Journal of Applied Gerontology: the Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 36(1), 29–55. <https://doi.org/10.1177/0733464815609440>
- Tuominen, K. (2023). *Making Space for Social Relationships: Understanding Ageing in Social Spaces*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). (Tampere University Dissertations, 920). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-3193-1>
- Tuominen, K., Pietilä, I., Jylhä, M., & Pirhonen, J. (2022). A home, an institution and a community – frames of social relationships and interaction in assisted living. *International Journal of Ageing and Later Life*, 16(1), 49–73. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.3540>
- Turjamaa, R., Vaismoradi, M., & Kangasniemi, M. (2023). Older home care clients' experiences of digitalisation: A qualitative study of experiences of the use of robot for medicines management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 561–570. <https://doi.org/10.1111/scs.13141>
- Twigg, J. (2000). Carework as a form of bodywork. *Ageing and Society*, 20(4), 389–411. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007801>
- Twigg, J., & Martin, W. (2015a). The Challenge of Cultural Gerontology, *The Gerontologist*, 55(3), 353–359. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu061>
- Twigg, J., & Martin, W. (toim.) (2015b). *Routledge Handbook of Cultural Gerontology*. New York. Routledge.
- Törrönen, J. (2000). Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa. *Sosiologia*, 37(3), 243–255.
- Tønnessen, S., Nortvedt, P., & Forde, R. (2011). Rationing home-based care: professional ethical implications. *Nursing Ethics* 18(3), 386–396. <https://doi.org/10.1177/0969733011398099>
- Ulmanen, P., & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12108>
- Vaarama, M. (2022) *Toiveena tavallinen, hyvä elämä. Suomalaisten mielikuvat ja kokemukset vanhuudesta*. Vanhustyön keskusliitto. [https://www.vanheneminen.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/01/Raportti\\_Toiveena\\_tavallinen\\_hyva\\_elama\\_FINAL\\_PDF.pdf](https://www.vanheneminen.fi/wp-content/uploads/sites/3/2023/01/Raportti_Toiveena_tavallinen_hyva_elama_FINAL_PDF.pdf)
- Vakimo, S. (2001). *Paljon kokeva, vähän näkyvä: tutkimus vanhaa naista koskevista kulttuurisista käsityksistä ja vanhan naisen elämäntäytännöistä*. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia, 818. Hakapaino.
- Vakimo, S. (2003). Kulttuurista gerontologiassa – kulttuurigerontologisen identiteetin pohdintaa. *Gerontologia*, 17(4), 196–201.
- Vakimo, S., & Sarvimäki, A. (2003). Vanhuuden ja kulttuurin kohtaamisia (Esipuhe Kulttuurigerontologia-teemanumeroon). *Gerontologia*, 17(4), 175–176.

- Vale, M., Bisconti, T., & Sublett J. (2020). Benevolent ageism: Attitudes of overaccommodative behavior toward older women. *The Journal of Social Psychology*, 160(5), 548–558. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1695567>
- Valkama, O., Raitanen, J., & Tiainen, K. (2024). Ikäkasitysten yhteys internetin käyttöön 65–84-vuotiailla suomalaisilla. *Gerontologia*, 38(2), 155–168. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.130716>
- Valokivi, H. (2008). *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. (Tampereen yliopisto, väitöskirja). (Acta Universitatis Tampereensis, 1826). <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7181-0>
- Valokivi, H., Carlo, S., Kvist, E., & Outila, M. (2021). Digital ageing in Europe: A comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth. *Ageing and Society*, 43(4), 835–856. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>
- Van Aerschoot, L. (2014). *Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus, sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön*. (Väitöskirja, Tampereen yliopisto). (Acta Universitatis Tampereensis, 1971). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9568-7>
- Van Aerschoot L., & Kröger T. (2023). Suomalaisen vanhuspalvelujärjestelmän ongelmakohdat. Teoksessa T. Sihto & P. Vasara (toim.) *Hoivan pimeä puoli*. (237–255). Gaudeamus.
- Van Deursen A., & Helsper E. (2015). The third-level digital divide: who benefits most from being online? Teoksessa L. Robinson, S. R. Cotton, J. Schulz, T M. Hale, & A. Williams (toim.), *Communication and Information Technologies Annual (Studies in Media and Communications)*. Bingley, UK: Emerald Group Publishing, 10, 29–53. <https://doi.org/10.1108/S2050-206020150000010002>
- Van Deursen, A. J., & van Dijk, J. A. (2019). The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society*, 21(2), 354–375. <https://doi.org/10.1177/1461444818797082>
- Van Dijk, T. (2011). Structures of discourse and structures of power. *Annals of the International Communication Association*, 12(1), 18–59. <https://doi.org/10.1080/23808985.1989.11678711>
- Van Dijk, T. (2011). Structures of discourse and structures of power. *Annals of the International Communication Association*, 12(1), 18–59. <https://doi.org/10.1080/23808985.1989.11678711> *Annals of the International Communication Association*, 12
- Van Langenhove, L. (2021). Towards the Spoken World Theory: The contribution of Rom Harré to advancing social theory. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 51(2), 273–290. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12288>
- Van Langenhove, L., & Harré, R. (1999). Introducing positioning theory. Teoksessa R. Harré & L. Van Langenhove (toim.), *Positioning Theory: Moral Contexts of Intentional Action*. (14–31). Blackwell.
- Varjakoski, H. (2023). *Vastarintaa, ikäleikkiä ja aktivistimummoja. Vanhenemisen kotimaiset mediakuvastot*. (Väitöskirja, Turun yliopisto). (Annales universitatis turkuensis sarja, B/606). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-9150-1>
- Vasara, P. (2023) Paikollaan vanhenemisen varjopuolia. Teoksessa Sihto T. & Vasara P. (toim.), *Hoivan pimeä puoli*. (81–104). Gaudeamus.
- Vasara, P., & Sihto, T. (2023). Johdanto. Teoksessa T. Sihto & P. Vasara (toim.) *Hoivan pimeä puoli*. (9–18). Gaudeamus.
- Verhoeven, J. (1993). An interview with Erving Goffman, 1980. *Research on Language and Social Interaction*, 26(3), 317–348. [https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2603\\_5](https://doi.org/10.1207/s15327973rlsi2603_5)

- Vickerstaff, S., & van der Horst, M. (2022). Embodied ageism: “I don’t know if you do get to an age where you’re too old to learn”. *Journal of Aging Studies*, 62, 101054–101054. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.101054>
- Victor, C. (2010). *Ageing, Health and Care*. Policy Press.
- Vilkko, A. (2010). Koti vanhetessa. Teoksessa A. Vilkko, A. Suikkanen & J. Järvinen-Tassopoulos (toim.), *Kotia paikantamassa*. (213–238). Lapin yliopistokustannus.
- Villasanta, A., Caringal-Go, J., Manaois, J., Ofreneo, M., & Canoy, N. (2022). Delegitimizing a woman politician through sexist humor in online public discourse: A discursive analysis using positioning theory. *Women’s Studies International Forum*, 95, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2022.102646>.
- Vincent, J. (2003). *Old Age*. Psychology Press.
- Vincent, J. (2013). The anti-aging movement contemporary cultures and the social construction of old age. Teoksessa M. Schermer & W. Pinxten (toim.), *Ethics, Health Policy and (Anti-)Ageing: Mixed Blessings*, 29 Ethics and Health Policy 1. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-3870-6>
- de Vries, B. (2015). Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. Teoksessa N. A. Orel & C. A. Fruhauf (toim.), *The Lives of LGBT Older Adults: Understanding Challenges and Resilience* (55–71). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14436-003>
- VTKL. Vanhustyön keskusliitto 7.8.2023: *Vanhuutta kuvaavilla termeillä luodaan mielikuvaa ja arvostusta*. <https://vtkl.fi/vanhuutta-kuvaavilla-termeilla-luodaan-mielikuvaa-ja-arvostusta>
- Wahl, H.-E., & Ehni, H.-J. (2020) Advanced old age as a developmental dilemma: An in-depth comparison of established fourth age conceptualizations. *Journal of Aging Studies*, 55, 100896–100896. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100896>
- Walker, A., & Foster, L. (toim.) (2014). *The political economy of ageing and later life critical perspectives*. Edward Elgar
- Weiss, D., & Lang, F. (2012). “They” are old but “I” feel younger: age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, 27(1), 153–163. <https://doi.org/10.1037/a0024887>
- Weissberger, G., & Bergman, Y. S. (2023). Subjective age and financial exploitation vulnerability: The mediating role of financial self-efficacy. *Journal of Gerontological Social Work*, 67(2), 230–241. <https://doi.org/10.1080/01634372.2023.2246159>
- Westerhof, G. J., Miche, M., Brothers, A. F., Barrett, A. E., Diehl, M., Montepare, J. M., Wahl, H. W., & Wurm, S. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, 29(4), 793–802. <https://doi.org/10.1037/a0038016>
- Wilkinson, S., & Kitinger, C. (2003). Constructing identities: A feminist conversation analytic approach to positioning in action. Teoksessa R. Harré, & F. Moghaddam (toim.) *The Self and Others: Positioning Individuals and Groups in Personal, Political, and Cultural Contexts*. (157–180). Praeger.
- Willig, C. (2013). Foucauldian discourse analysis. Teoksessa C. Willig (toim.) *Introducing Qualitative Research in Psychology*. (129–142). Open University Press.
- Willis, P. B., & Hafford-Letchfield, T. (2022). Sexuality and rights in later life. Teoksessa S. Torres, & S. Donnelly (toim.), *Critical Gerontology for Social Workers*. (81–96). Policy Press. <https://doi.org/10.1332/policypress/9781447360445.003.0006>
- Willis, P., Pietilä, I., & Seppänen, M. (toim.) (2023). *Ageing, Men and Social relations: New Perspectives on Masculinities and Men’s Social Connections in Later Life*. (Ageing in a Global Context). Policy Press. <https://doi.org/10.56687/9781447363088>

- Wilson, D.M., Nam M.A., Murphy J., Victorino J.P., Gondim E.C., & Low G. (2017). A critical review of published research literature reviews on nursing and healthcare ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 3881–3892. <https://doi.org/10.1111/jocn.13803>
- Winstead, V., Anderson, W. A., Yost, E. A., Cotton, S.R., Warr, A., & Berkowsky, R. W. (2013). You can teach an old dog new tricks: a qualitative analysis of how residents of senior living communities may use the web to overcome spatial and social barriers. *Journal of Applied Gerontology* 32(5), 540–560. <https://doi.org/10.1177/0733464811431824>
- Ylönen, M., Stolt, M., Kohanová, D., & Suhonen, R. (2024). Older individuals> perspectives on the prerequisites for living at home: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 19(2). <https://doi.org/10.1111/opn.12603>
- Yusif, S., Soar, J., & Hafeez-Baig, A. (2016). Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 94, 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004>
- Zechner, M. (2010). *Informaali hoiva sosiaalipoliittisessa kontekstissa*. (Väitöskirja. Tampereen yliopisto). (Acta Electronica Universitatis Tampereensis 988). <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8190-1>
- Zechner, M., & Valokivi, H. (2012). Negotiating care in the context of Finnish and Italian elder care policies. *European Journal of Ageing*, 9(2), 131–140. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0224-x>
- Zwijnen, S. A., Niemeijer, A. R., & Hertogh, C. M. (2011). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Aging & Mental Health*, 15(4), 419–427. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543662>
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jörgensen, M., & Lützén, K. (2008). Nurses as guests or professional in home health care. *Nursing Ethics* 15(3), 371–383. <https://doi.org/10.1177/0969733007088361>
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., & Lützén, K. (2009). Patients as ‘safeguard’ and nurses as ‘substitute’ in home health care. *Nursing Ethics* 16(2), 219–230. <https://doi.org/10.1177/0969733008100081>
- Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., & Lützén, K. (2011). Home-based nursing: An endless journey. *Nursing Ethics*, 18(3), 408–417. <https://doi.org/10.1177/0969733011398098>
- Östlund, B., Olander, E., Jonsson, O., & Frennert, S. (2015). STS-inspired design to meet the challenges of modern ageing. Welfare technology as a tool to promote user driven innovations or another way to keep older users hostage? *Technological Forecasting & Social Change*, 93(4), 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.04.012>

Liite 1. Osajulkaisujen yhteenvetotaulukko

| I Outila M. & Lantela P. (2019) Samanaikaisesti hauras ja resilientti – kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta (kategoria-artikkeli)                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tutkimuskysymys                                                                                                                                                                                                                     | Miten ikääntyneet kategorisoivat itseään kertoessaan elämästään haastattelutilanteissa? Miten hauraus ja resilienssi heijastuvat kategorioissa, joihin ikääntyneet sijoittavat itsensä?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tutkimusaineisto                                                                                                                                                                                                                    | Kuudentoista 71–91-vuotiaan (keskiarvo 85) pohjoissuomalaisen, yksityiskodissaan asuvan henkilön 51 haastattelua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Analyyysimenetelmät ja keskeiset käsitteet                                                                                                                                                                                          | Aineistolähtöinen kategoria-analyysi, joka pohjautuu etnometodologiseen tutkimustraditioon ja edustaa sosiaalisen konstruktioismin tutkimusparadigmaa; millä tavoin puheessa käytetään ja rakennetaan itseä koskevia kategorioita. Kategoria-analyysin tulosten tulkinta haurauden ja resilienssin käsitteiden valossa.<br>Kategorisointi tapana järjestää, ymmärtää ja tulkita ympäröivää maailmaa. Kategoriat kulttuurisesti ja moraalisesti latautuneina jäsenyyksinä, joihin yhdistetään esimerkiksi ”luonnollisia” ominaisuuksia, oikeuksia, velvollisuuksia tai kompetensseja ylläpitäen sosiaalista järjestystä ja yhteiskunnallisia rakenteita, mutta toisaalta uudistaen ja muovaten niitä.<br>Hauraus ja resilienssi sosiokulttuurisena käsitteparina, joka perustuu haastateltavien puheeseen itsestä: a) resilienttinä eteen tulleiden vaikeuksien kohtaajina, vaikeuksista selviytyjinä tai niihin sopeutujina, perustuen heidän yksilöllisiin ominaisuuksiinsa, ympäristön, sosiaalisen verkoston ja läheisten ihmisten toimintaan ja olemassaoloon<br>b) hauraana itsessä tapahtuneisiin muutoksiin tai ominaisuuksiin liittyen ja/tai ympäristöstä ja sen muutoksista johtuviin syihin tai sosiaalisiin suhteisiin liittyviin haasteisiin liittyen. |
| Keskeiset tulokset vanhan ihmisen position näkökulmasta                                                                                                                                                                             | Kategorisoinnin ja position väliä on yhteys: hauraan kategoriaan määrittymiseen liittyy selontekovelvollisuutta ja esim. kategoriasiihtymiin liittyvää problemaattisuutta. Suhde hauraan kategoriaan ei ole kuitenkaan essentialisoiva ja sitä voidaan käyttää myös diskursiivisena välineenä oman position tukemisen pyrkimyksissä.<br>Resilientin kategoriaan kuuluminen näyttäytyy toisaalta velvollisuutena - osoitus aikuisuudesta elämänhallinnan, itsestä ja omien asioiden huolehtimisen mielessä ja kykynä ajatella ja ymmärtää asioita. Tällä tavoin perustellaan esimerkiksi aikuisuuteen kulttuurisesti linkitettyjen oikeuksien saamista: oikeus päättää oman elämän asioista ja elää valitsemansa elämäntyylin mukaan. Määrittyminen resilientin kategoriaan on myös itsearvoista resilienssiä arvostavassa kulttuurissa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| II Outila M., Seppänen M., Lantela P. & Vasari P. (2019) Bringing dying back home? – Northern Finns’ end-of-life preparations, concerns and care preferences and Finnish care policy’s emphasis on care at home (kuolema-artikkeli) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Tutkimuskysymys                                                                                                                                                                                                                     | Millaisia loppuelämän valmistelua, huolia ja hoivapreferenssejä ihmisillä on? Mitä voidaan sanoa kuoleman sosiaalisesta inkluusiosta, kun ajatellaan ihmisten loppuelämän valmistelua, huolia ja hoivapreferenssejä ja mitä seurauksia tällä on hoivapolitiikalle ja hoivan käytännöille?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Tutkimusaineisto                                                                                                                                                                                                                    | Kyselyaineisto yli 20-vuotiaille pohjoissuomalaisille, satunnaisotanta, n=249                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Analyyysimenetelmät ja keskeiset käsitteet                                                                                                                                                                                          | Kuvailevat tilastolliset menetelmät<br>-tulosten analysointi kuoleman ja elämän loppuvaiheen hoivan sosiokulttuurisen konstruoinnin näkökulmasta ja tutkimuskirjallisuuden oletuksen valossa siitä, kuinka läntisessä kulttuurissa ns. neljäs ikä, jossa hoivan ja elämän lopun kysymykset ovat keskeisiä, on kulttuurisesti torjuttu ja työnnetty pois tavanomaisesta sosiaalisesta elämästä                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Keskeiset tulokset vanhan ihmisen position näkökulmasta</b>                                                                                                                         | <p>Elämän loppuvaiheen hoivan ja kuoleman kulttuuriin liittyy vanhan ihmisen position kannalta epävarmuuksia aiheuttavia tekijöitä. Mahdollisimman pitkään kotona asuminen ideaali ja vanhuspolitiikan informaalin hoivan korostaminen yhdistettynä ihmisten vahaan luottamukseen professionaaliseen hoitoon elämän loppuvaiheessa ja toisaalta toivelsiin lähimmaisten läheisyydestä asettaa mahdollisia riskejä vanhan ihmisen ja heidän perheidensä positiolle.</p> <p>Kuoleman lähestyminen ja siihen varautumisen vähyyä asettaa riskejä vanhojen ihmisten positiolle. Kuoleman käsittelyn ja kuolemaan liittyvien käytännön asioiden järjestämisen vähyyä (esim. hoitotahto, testamentti) yhdistettynä kuolemaan ja elämän loppuvaiheen huoliin ja järjestelyjen tärkeänä näkemiseen tuottaa ristiriitaisen tilanteen. Tämän voidaan tulkita olevan osa neljänneen iän ja kuoleman sosiaalista eksklusiota.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>III Outila M., Jumisko E. &amp; Kettunen R. (2014) Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma (kehysartikkeli)</b> | <b>III Outila M., Jumisko E. &amp; Kettunen R. (2014) Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Tutkimuskysymys</b>                                                                                                                                                                 | Mitkä ovat kotikäyntien vuorovaikutuksen kehyyet? Mitä seurauksia kehystämislle, kehyyksissä tapahtuvalla vuorovaikutuksella ja kehysten välisellä dynamiikalla on asiakkaiden ja työntekijöiden välisen vuorovaikutukseen ja heidän asemaansa vuorovaikutuksessa?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tutkimusaineisto</b>                                                                                                                                                                | 22 kotihoidon kotikäynnin ääninauhoitukset (asiakkaat ≤ 80 v), 342 sivua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Analyysoimenetelmät ja keskeiset käsitteet</b>                                                                                                                                      | <p>Kehysanalyysi (Goffman)</p> <p><u>Kehys</u>: Vuorovaikutustilanteessa tehdyt teot ja sanat tulevat kehystämisen seurauksena ymmärretyksi tietyinlaisiksi ja tapamme suhtautua tilanteeseen riippuu tästä tulkinnasta. Kehystäminen on todellisuuden rakentamisen väline myös siten, että kehys määrittää ne ominaisuudet, velvollisuudet ja oikeudet, joita vuorovaikutuksen osanottajat omistavat itselleen ja toisilleen.</p> <p><u>Status</u>: vuorovaikutuksen osapuolten osallistujastatukset</p> <p><u>Diskursiivinen valta</u> ja vuorovaikutuksen osapuolten positioiden määrittely</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Keskeiset tulokset vanhan ihmisen position näkökulmasta</b>                                                                                                                         | <p>Vanhan ihmisen positiota kotihoidon asiakas-työntekijä -vuorovaikutuksessa</p> <p>1. uhkaa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-asiakkaiden tarpeiden ohittaminen ja kuulluksi tuleminen puutteet</li> <li>-uusien tarpeiden tilannekohtaisen ratkaisemisen esteet lyhyillä ja ennalta määritettyjä tehtäviä sisältävillä kotikäynneillä</li> <li>-fyysiseen terveyden varaan pohjautuvan avun riittämättömyys, mukaan lukien palvelujen piiristä poissuljettuihin palveluihin liittyvien tarpeiden tyydyttymättömyys</li> <li>-kommunikaatio-ongelmat ja niiden ratkaisemattomuus</li> <li>-valtaistumisen vähäinen aste: asiakkaiden neuvotteluasemien heikkous työntekijä–asiakas-valtasuhteessa vuorovaikutuksen suuntaamisessa ja asiakkaan aktiivisuuden ongelmallisuus palvelu- ja työntekijäkeskeisessä vuorovaikutuksessa</li> <li>-oman kehon ja kodin yksityisyyden rajojen ylläpidon haasteet</li> <li>-yhteisymmärryksen saavuttamattomuus, silloin kun se johtaa vanhan ihmisen osallisuuden ja vallan puutteeseen</li> </ul> <p>2. tukee</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-asiakkaalla ja työntekijällä vuorovaikutuksen osapuolina on molempien hyväksymät selkeät asemat ja tehtävät vuorovaikutuksessa</li> <li>-asiakkaan aktiivisuus tilanteen määrittelyssä mahdollistuu</li> <li>-avun tarpeisiin vastataan ja se tapahtuu vanhaa ihmistä kunnioittavalla tavalla</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>-vuorovaikutustilanteissa syntyvä selontekovelvollisuus käsitellään eettisesti kestävällä tavalla</p> <p>-kehysten rikkoutuessa vanha ihminen asiakkaana otetaan mukaan asian hoitamiseen ja päätöksentekoon tai häntä informoidaan kunnioittavalla tavalla</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>IV Valokivi H., Carlo S., Kvist E. &amp; Outila M. (2021) Digital ageing in Europe: A comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth (Politiikka-artikkeli)</b></p> <p><b>Tutkimuskysymys</b></p>                             | <p>Miten italialaisissa, suomalaisissa ja ruotsalaisissa poliittisissa asiakirjoissa puhutaan eTerveystiestä, hoivan digitalisoinnista, vanhemmista aikuisista, harvaan asutuista alueista ja hoivavastuista? Miten maat eroavat eTerveys-politiikan lähestymistavoissa ja kuinka huomattavia erot ovat? Millaisia digitaalisen hoivan maisemia tutkimuksen kohteena olevissa asiakirjoissa luodaan? Millaisia seurauksia edellä mainituilla on käsittelemme vanhoista ihmisistä ja hoivasta?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Tutkimusaineisto</b>                                                                                                                                                                                                                                                | Suomalainen aineisto (ks. liite 4) pitää sisällään 21 dokumenttia: lakeja, hallitusohjelmia, ministeriöiden ja Lapin liiton asiakirjoja ajanjaksolta 2009-2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Analysimenetelmät ja keskeiset käsitteet</b>                                                                                                                                                                                                                        | <p>Sisällönanalyysi, grounded theory</p> <p>-sosiokulttuurinen, vertaileva näkökulma; miten kulttuuriset, hoitoidologiset ja alueelliset tekijät ovat yhteydessä digitaalisen hoivan erilaiseen käyttöön, tarpeisiin, kompetensseihin, innostukseen ja peikoihin vanhojen ihmisten hoivassa</p> <p>-hoivan maisema: hoivasuhteiden monitahoiset kehollistuneet ja organisoituneet tilaisuudet (spatialities) sisältäen sosiokulttuurisia prosesseja ja rakenteita, hoivan käytäntöjä ja kokemuksia, kuten tukea, palveluja, etiikkaa, moraalia, vastuuta ja hoivan politiikkaa</p> <p>-digitaalisen hoivan maisema: miten hoivan digitalisoiminen ja hoivateknologia vaikuttavat hoivan maisemaan</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Keskeiset tulokset vanhan ihmisen position näkökulmasta</b>                                                                                                                                                                                                         | <p>Dokumentteja luonnehtii tietynlainen teknologiainnostus ja rajallinen ymmärrys hoivan digitaalisen maiseman monimutkaisuudesta ja hoivateknologian käyttöönoton seurauksista vanhojen ihmisten elämään.</p> <p>Vaikka suomalaisissa (ja ruotsalaisissa) politiikkadokumenteissa nostetaan esiin eTerveiden kehittämisen rajoituksia ja riskejä myös vanhojen ja maaseudulla asuvien ihmisten näkökulmasta, eTerveyttä tarkastellaan erityisesti taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta konstruoiden ”kunnan hoivan vastaanottaja” ja taloudellisesti ”järkevää” hoivaa. Vanha ihminen olisi tässä kontekstissa mm. omaksunut omahoidon, oma-avun ja itsemonitoroinnin ideat ja kantaa kasvavaa vastuuta terveydenhoidostaan (mm. lasten tukemana). eTerveys-diskurssi on ongelmallinen silloin, kun se keskittyy yksilöllisiin tekijöihin, kuten kompetensseihin esim. digitaalisen infrastruktuurin, yhdenvertaisen saavutettavuuden tai digitaalisten palveluiden käyttöönoton edellytysten sijaan.</p> |
| <p><b>V Outila M. &amp; Kiuru H. (2021) ”Picturephone in my home” - Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service (Teknologia-artikkeli)</b></p> <p><b>Tutkimuskysymys</b></p> | <p>Mitä toimijaverkostoja, diskursseja ja minätekniikoita liittyy kuvapuhelimen käyttöön? Millaisia seurauksia kuvapuhelimen käyttöönotolla on vanhoille aikuisille?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Tutkimusaineisto</b>                                                                                                                                                                                                                                                | Kahdeksan kuvapuhelinkokeiluun osallistuneen yksityiskodissa asuvan 71–91-vuotiaan haastattelut ja teknologiakokeilun havainnointiaineisto. 561 sivua (35–106 sivua/haastateltava)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Analyysimenetelmät ja keskeiset käsitteet</b>               | <p>Toimijaverkostoteoria, foucault'lainen diskurssianalyysi, minätekniologiat ja vastarinta.</p> <p>Toimijaverkostoteoriassa tarkastellaan, kuinka verkostoissa sopimisen, neuvottelun ja suostuttelun – käännöksen prosesseissa luodaan toimijuuksia ja auktoriteetteja. Artikkelin foucault'laisessa analyysissä tarkastellaan subjektipositioiden rakentumista diskursiivisen vallan, järjelyn ja minätekniologioiden prosesseissa.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Keskeiset tulokset vanhan ihmisen position näkökulmasta</b> | <p>Vanhoiden ihmisten positio toimijaverkostoissa vaihtelee voimakkaasti teknologisen käännöksen eri vaiheissa, ja heidän minätekniologiansa vaikuttavat siihen merkittävästi.</p> <p>Onnistuessaan hoivatekniologian käyttö tukee vanhan ihmisen positiota</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-tukemalla käyttäjän terveyttä ja turvallisuuden tunnetta</li> <li>-olemalla osa sosiaalisten ja paikkasuhteiden ylläpitoa ja jopa luomista</li> <li>-tuottamalla oppimisen kokemuksia ja olemalla osa kykenevän minän rakentamista</li> </ul> <p><u>Epäonnistuessaan</u> hoivatekniologia käyttää heikentää vanhan ihmisen positiota</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-turhauttamalla; hoivatekniologia koetaan hyödyttömänä, toimimattomana tai epäsovittavana</li> <li>-nostamalla esiin esille mm. riittämättömät tukiverkostot ja hoivavastuun jaon ongelmia</li> <li>-tekniologian käyttämättömyys voidaan nähdä myös vastarinnan muotona, mikä voi olla osoitus vanhan ihmisen vahvasta asemasta tai siihen pyrkimisestä</li> </ul> |

## **Liite 2. Teknologia- ja Kategoria-artikkeleiden aineiston haastattelurunko**

### Haastattelun aluksi

- Kerro kuka olet, mistä tulet ja mitä olet tekemässä, jos et tunne haastateltavaa
- Varmista, että haastateltava on saanut tutkimusta koskevan tiedotteen ja suostumuslomake on allekirjoitettu
- Kerrataan pääasiat: STM:n kehittämishanke, jossa yliopisto tutkii palveluiden ja teknologioiden tukea kotona asumisessa
- Kerrotaan nauhoittamisesta, ensin ääninauhitus, sitten mahdollisesti kuvanauhoitus, jos käyttöön tulossa kuvapuhelin
- Varmistetaan että kaikki on hyvin ja kysytään, onko kysymyksiä asiaan liittyen, ja jos tarpeen sovitaan sinuttelusta/teittelystä?
- Kerrotaan, että haastattelu ja nauhoitus alkaa ja ko. kerralla olevien kysymysten teemat
- Myöhemmät haastattelut: kerrataan haastattelun perusasiat ja kysytään, onko elämäntilanteessa tapahtunut muutoksia, ja kysytään laitteiden käyttöön liittyvät kysymykset

### Taustatiedot

- Minkä ikäinen olet?
- Millainen koulutus sinulla on ja mitä olet tehnyt työksesi?
- Asutko yksin vai jonkun muun kanssa, kenen?
- Onko sinulla lapsia? Jos on, asuvatko he kaukana, missä?
- Missä ja millaisessa kodissa asut?
- Millaiseksi arvioisit oman terveydentilasi?

Aloitetaan teknologioiden käytöstä, sitten kysytään palveluista ja lopuksi on arkielämään liittyviä kysymyksiä.

### Teknologiat ja niiden käyttö

- Mitä teknologisia laitteita sinulla/teillä on käytössä? (onko älypuhelin, tietokone, tabletti, Internet-yhteys, turvalaitteet...)
- Miten laitteet toimivat? Mitä hyötyä tai iloa niistä on? Onko ollut ongelmia esim. yhteyksien kanssa? Mikä ollut helppo oppia? Mikä vaikeaa? Tuntuuko että kaipaisit laitteiden käyttöön apua/tukea?
- Jos on tietokone tai tabletti, jossa Internet-yhteys, mitä palveluita käytät netin kautta? (Esim. sähköposti, pankkiasiat, uutisten luku, sanomalehtien luku, kela, veroasiat, kirjasto, yhteydenpito sosiaalisen median kautta/Facebook) Kuinka usein (päivittäin, viikoittain?) Millainen merkitys asioiden hoitamisella/kanssakäymisellä tällä tavalla on?

### Palvelut ja apu

- Miten peruspalvelut ovat saatavillasi? Kuinka kaukana palvelut ovat? (esim. kauppa, posti, pankki, lääkäri, muu?)
  - Mitkä asiat hoidat itse ja missä asioissa saa apua (esim. pankkiasiat, kaupassa käynti, lumityöt...)? Onko tässä tapahtunut muutoksia? Onko apua riittävästi? Kuka sinua auttaa ja kuinka usein? Miten koet muiden auttamisen? Joskus apua on vaikeaa pyytää, onko sinulle? Jos on/ei ole, kertoisitko miksi? Autatko sinä jotain ihmistä ja millä tavoin; teoilla, tuella tai esim. lapsia esim. taloudellisesti?
  - Käykö teillä kotihoito? (Jos ei ole tietoa ennen haastattelua.)
  - Kuinka usein kotihoito käy ja mitä he tekevät? Onko tämä määrä sopiva vai liian vähän tai paljon? Onko kotihoidon tekemät asiat juuri sellaisia mihin tarvitsette apua vai onko asioita, joita toivoisitte kotihoidon tekevän?
  - Jos kotihoitoa ei olisi, miten se vaikuttaisi elämäsi?
  - Tuleeko teille muita palveluja kotiin? Mitä (esim. ruoka, siivous)? Toimivatko palvelut hyvin? Olisiko sinulla tarvetta johonkin muuhun apuun?
- ### Odotukset (Kuvapuhelin, hoivaturva, Sävelsirkku?)
- Mitä laitteita sinulle on tulossa? Millaisia ajatuksia (odotuksia, "huolia") sinulla on laitteiden käytön suhteen?
  - Mihin tarkoitukseen laitteet ovat? Mitä hyötyä niistä voisi olla? Mitä ongelmia niiden kanssa voisi tulla?

- Kuka ohjeistaa laitteiden käytössä? Minkälaista tukea/ohjeistusta toivot ja keneltä?
- Miten laitteiden kotiin tuominen lähti liikkeelle? Kenen kanssa keskustelit asiasta? Miten asiasta päätettiin?
- Jos tulossa Seniortekin laite, kukkatolppa
  - Mitä odotuksia sinulla on laitteen suhteen? Mihin siitä olisi apua?
  - Kenelle hälytys menee? Kenelle haluaisit hälytyksen menevän?
- Jos tulossa kuvapuhelin
  - Mitä toiveita sinulla on kuvapuhelimen käyttöön liittyen? Voisiko siitä olla apua tai iloa, miten?
  - Kuvapuhelimen yhtenä tarkoituksena on mahdollistaa kuvallinen yhteys läheisiin. Keneen/keihin haluaisit pitää yhteyttä kuvapuhelimen avulla?
    - yhteydenpito läheisiin (lapset, lapsenlapset, sisarukset)?
    - yhteydenpito ystäviin, naapureihin, ikätovereihin?
    - mitä ajattelet, voisiko kuvapuhelimen avulla kanssakäyminen lisääntyä, kenen kanssa ja kuinka usein?
  - Jos kuvapuhelimen välityksellä on mahdollisuus osallistua harrastuksiin, viriketoimintaan? (jumpat, kerhot, hartaudet, tietovisat), olisitko kiinnostunut kokeilemaan?
  - Jos kuvapuhelimen välityksellä voitaisiin kokeilla myös muita palvelujen, esim. kotihoidon palveluja. Mitä ajattelisit, haluaisitko kokeilla sitä?

#### Arien ja päivien kulku ja kotona asumisen kysymykset

- Millainen on tyypillinen päiväsi? Kerro mitä teet, kenen kanssa olet ja missä?
- Miten paljon liikut kodin ulkopuolella? Millä liikut (auto, bussi, taksi, pyörä)? Onko joitain asioita, jotka rajoittavat liikkumista?
- Onko sinulla joitain liikkumista tukevia apuvälineitä? Onko niistä hyötyä, ja millä tavoin? Jos ei, niin miksi?
- Onko sinulla harrastuksia? Mitä ne ovat ja kuinka usein harrastat? Mikä muu tekeminen on mukavaa? Pystytkö tekemään haluamasi niin usein kuin toivoisi? Onko asioita, joita haluaisit tehdä, muttet voi? Mitkä tekijät rajoittavat?
- Kuka tai ketkä ovat sinulle tärkeitä ihmisiä? (lapset, lastenlapset, ystävät, naapurit, kotihoidon työntekijät, muut)? Keihin olet yhteydessä? Millä tavoin olet heihin yhteydessä? Kuinka usein? Jos sinulle tulisi jokin hätä, kenelle soittaisit?
- Keitä sinun luona käy? Vierailletko itse toisten luona? Kuinka usein?
- Kaipaisiko useammin toisten seuraa vai viihtyykö yksin? Kenen seuraa erityisesti kaipaisit? Onko päiviä, jolloin ei ole kenenkään kanssa tekemisissä? Miltä sellaiset päivät tuntuvat? (Jos yksinäisyys tulee esille, ks. tarvittaessa tarkemmat kysymykset alempana.)
- Kuinka kotona asuminen sujuu? Mitä hyviä ja huonoja puolia kotona asumisessa on?
- Mitä hyviä asioita omassa kodissa asumisessa on? (Esimerkkeinä itsenäisyys, saa määrätä omista asioista, saa tehdä mitä haluaa, milloin haluaa, koti on hyvien muistojen paikka) Mitkä asiat tekevät kotona asumisesta hyvää ja turvallista?
- Onko joitain asioita, jotka tekevät kotona asumisen ongelmia tai asioita, jotka huolestuttavat kotona asumisessa?
- Joskus ikääntyessä omassa kodissa asumiseen liittyy turvattomuuden tunteita. Onko sinulla ollut turvattomuuden kokemuksia? (Jos turvattomuus tulee esille, ks. tarvittaessa tarkemmat kysymykset alempana.)
- Onko sinulla apuvälineitä, jotka tukevat kotona asumista? Mitä ne ovat ja onko niistä hyötyä?
- Onko ollut ajatuksia tai keskusteluja esim. kotoa pois muutosta?

#### Laitteiden käyttökokemukset

- Miten laitteet ovat toimineet?
- Mitä hyötyä tai iloa niistä on ollut sinulle?
- Onko niiden kanssa ollut ongelmia?
- Mikä on ollut helppo oppia? Mikä vaikeaa?

-Ovatko laitteet vastanneet odotuksiasi? Onko tullut esiin asioita, joita oli vaikea ennakoida, hyviä tai huonoja?

-Tuntuuko että kaipaisit laitteiden käyttöön nykyistä enemmän apua?

-Ovatko laitteet muuttaneet arjen rutiineja, miten?

-Onko kuvapuhelin lisännyt yhteydenpitoa? Jos on, keneen/keihin olet ollut yhteydessä?

-Oletko käyttänyt joitakin palveluja kuvapuhelimen avulla, mitä?

-Oletko osallistunut kuvapuhelimella harrastuksiin tai viriketoimintaan, mihin?

-Käyttänyt jotenkin muuten, miten?

-Olisiko hyvä, että laitteet olisivat käytössäsi myös kokeilun jälkeen? Onko ollut kenenkään kanssa puhetta, onko mahdollista, paljonko maksaisi, ja olisitko valmis maksamaan summaa?

#### Jos yksinäisyys nousee teemana esiin

-Mitä yksinäisyys merkitsee sinulle (joskus positiivisella tavalla yksinäinen, joskus negatiivisella tavalla)?

-Liittykö yksinäisyys johonkin tiettyyn asiaan tai tilanteeseen? (Voimistuuko yksinäisyyden tunne tiettyinä aikoina, esimerkiksi illoilla?)

-Milloin olo on erityisen yksinäinen? Osaatko kertoa miksi?

-Millaisia tunteita yksinäisyys aiheuttaa? (Surua, vihaa, ahdistusta...?)

-Milloin olo ei ole yksinäinen? Millaisia tällaiset tilanteet ovat? Kaipaako näitä asioita ja hetkiä?

-Onko tuntenut itsensä yksinäiseksi vasta viime vuosina? Tuntuuko yksinäisyys erilaiselta kuin ennen?

-Mistä yksinäisyys johtuu? Johtuiko sen ennen erilaisista asioista? Onko suhtautuminen siihen muuttunut iän myötä?

-Voisiko kuvapuhelin vähentää yksinäisyyden tunnetta?

#### Jos turvattomuus nousee teemana esiin

-Millaiset asiat tuottavat turvattomuuden tunnetta?

-Liittykö turvattomuus johonkin tiettyyn asiaan tai tilanteeseen?

-Milloin olo on erityisen turvaton? Osaatko kertoa miksi?

-Millaisia tunteita turvattomuus aiheuttaa? Pelkoa, surua, ahdistusta...?

-Milloin olo ei ole turvaton? Millaisia tällaiset tilanteet ovat?

-Onko tuntenut itsensä turvattomaksi vasta viime vuosina? Tuntuuko turvattomuus erilaiselta kuin ennen?

-Mistä turvattomuus johtuu? Johtuiko sen ennen erilaisista asioista? Onko suhtautuminen siihen muuttunut iän myötä?

-Voimistuuko turvattomuus tunne tiettyinä aikoina, esimerkiksi illalla?

-Toisiko kuvapuhelin lisää turvallisuuden tunnetta, miten?

#### Haastattelujen loppu

-Kerrotaan, miten seuraavaksi edetään.

-Palautetta haastatteluun: "Mitä ajattelet haastattelusta? Jäikö jokin tärkeä asia käsittelemättä?"

-Esim. kun kuvapuhelin ja mahdollisesti kukkatolppa on asennettu ja sitä on käytetty jonkin aikaa, seuraava haastattelu tehdään kuvapuhelimella. Silloin kysytään laitteiden käyttöön liittyviä kysymyksiä ja laajemminkin palveluista. Kolmas haastattelukerta on hankkeen loppupuolella ja siinä kysytään kokemuksia laitteiden käytöstä.

### Liite 3. Kuolema-artikkelin kyselylomake



LAPIN YLIOPISTO  
UNIVERSITY OF LAPLAND



札幌市立大学  
SAPPORO CITY UNIVERSITY

## HOIVA ELÄMÄN LOPPUVAIHEESSA - KYSELY

## OHJEET VASTAAJALLE

Olkaa hyvä ja vastatkaa kysymyksiin ympyröimällä sopivan vaihtoehdon kohdalla oleva numero, kirjoittamalla kysytty tieto sitä varten varattuun tilaan tai vastaamalla muulla pyydetyllä tavalla.

Joissakin kysymyksissä on vaihtoehtojen jälkeen merkintä: *”siirtykää kysymykseen nro...”*, jolloin voitte siirtyä suoraan kyseiseen kysymykseen ja jättää väliin jääviin kysymyksiin vastaamatta. Joidenkin kysymysten yhteydessä on myös esimerkkivastaus helpottamassa vastauksen antamista. Mikäli vastaustila on riittämätön, voitte jatkaa vastausta kyselyn viimeisillä sivuilla.

Elämän loppuvaiheella tarkoitetaan tässä kyselyssä tilannetta, jossa tiedetään, että ihmisen kuolema on lähellä. Usein kuolemaa on vaikeaa ennakoida, mutta kysymyksiin vastatessanne voitte ajatella aikaa, joka on maksimissaan noin puoli vuotta. Monet kysymyksistä koskettavat elämän loppuvaiheessa annettavaa tai vastaanotettavaa hoivaa. Hoivalla tarkoitetaan tässä yhteydessä erilaisia tuen ja auttamisen muotoja, joita ihminen tarvitsee arjessaan.

Olkaa hyvä ja palauttakaa kyselylomake oheisessa vastauskuoressa 15.12.2015 mennessä. Postimaksu on maksettu puolestanne.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE TUTKIMUKSEEN!

1. Minä vuonna olette syntyneet?

\_\_\_\_\_

2. Mikä on sukupuolenne?

- 1) mies
- 2) nainen

3. Kuinka monta henkilöä taloudessanne asuu **itsenne lisäksi**?

- 1) 0 (asun yksin)
- 2) 1 henkilö
- 3) 2 henkilöä
- 4) 3 henkilöä
- 5) 4 henkilöä
- 6) 5 henkilöä tai enemmän → Kuinka monta?

\_\_\_\_\_

4. Mikäli vastasitte yksi tai enemmän edellisessä kysymyksessä, mikä heidän suhteensa on Teihin. Voitte valita useamman vaihtoehdon. Asuinkumppanini on

- 1) vanhempani
- 2) puolisoni
- 3) lapseni
- 4) sisarukseni
- 5) lapsenlapseni
- 6) muu, mikä \_\_\_\_\_

5. Jos Teillä on lapsia, mikä on heidän sukupuolensa, ikänsä ja maantieteellinen etäisyys Teistä?

| 1) sukupuoli | 2) ikä | 3) kuinka kaukana he asuvat teistä (km) |
|--------------|--------|-----------------------------------------|
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |
|              |        |                                         |

6. Missä asutte tällä hetkellä?

- 1) kaupunki- tai taajama-alueella Rovaniemellä
- 2) maaseudulla tai haja-asutusalueella Rovaniemellä
- 3) kaupunki- tai taajama-alueella Sodankylässä
- 4) maaseudulla tai haja-asutusalueella Sodankylässä

7. Kuinka kauan olette asunut nykyisellä asuinalueella?

- 1) alle 1 vuotta
- 2) 1–4 vuotta
- 3) 5–9 vuotta
- 4) 10–19 vuotta
- 5) 20 vuotta tai enemmän

8. Mistä olette alun perin kotoisin?

- 1) Lapista kaupunki- tai taajama-alueelta
- 2) Lapista maaseudulta tai haja-asutusalueelta
- 3) muualta, mistä \_\_\_\_\_

9. Missä olette asunut tähän asti pisimpään?

- 1) Lapissa kaupunki- tai taajama-alueella
- 2) Lapissa maaseudulla tai haja-asutusalueella
- 3) muualla, missä \_\_\_\_\_

10. Millä tavalla pidätte yhteyttä naapureihinne? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) minä ja naapurini emme pidä yhteyttä
- 2) tervehdimme
- 3) juttelemme nähdessämme
- 4) jaamme asioita keskenämme, puhumme myös henkilökohtaisista asioista
- 5) käymme kahvilla tai syömässä toistemme luona
- 6) autamme toisiamme esimerkiksi toisen ollessa sairas
- 7) autamme toisiamme lasten tai vanhusten hoidossa
- 8) pistäydymme toistemme luona melkein kuin kotonamme
- 9) muulla tavalla, miten \_\_\_\_\_

11. Millä alalla työskentelette?

- 1) maa-, metsä- tai kalatalous
- 2) kaivostoiminta tai teollisuus
- 3) rakennus-, korjaus- sähkö- tai huoltoala
- 4) tukku- tai vähittäiskauppa
- 5) kuljetus tai varastointi
- 6) majoitus tai ravitsemus
- 7) informaatio tai viestintä
- 8) hallinto
- 9) koulutus
- 10) terveystoimet
- 11) hoivapalvelut (muu kuin sairaanhoidollinen työ, esim. kotipalvelu)
- 12) sosiaalipalvelut
- 13) toimisto- tai asiakaspalvelu
- 14) muu ala, mikä \_\_\_\_\_
- 15) en ole työelämässä

12. Millä alalla olette työskennellyt pisimpään?

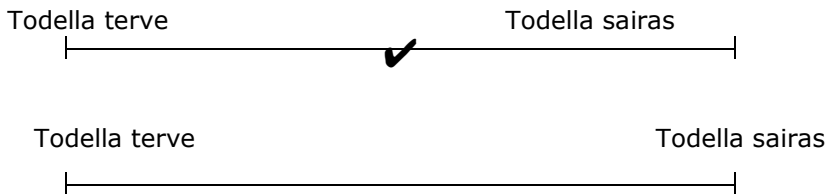
- 1) maa-, metsä- tai kalatalous
- 2) kaivostoiminta tai teollisuus
- 3) rakennus-, korjaus- sähkö- tai huoltoala
- 4) tukku- tai vähittäiskauppa
- 5) kuljetus ja varastointi
- 6) majoitus tai ravitsemus
- 7) informaatio tai viestintä
- 8) hallinto
- 9) koulutus
- 10) terveyspalvelut
- 11) hoivapalvelut (muu kuin sairaanhoidollinen työ, esim. kotipalvelu)
- 12) sosiaalipalvelut
- 13) toimisto- tai asiakaspalvelu
- 14) muu ala, mikä \_\_\_\_\_
- 15) en ole ollut työelämässä

13. Mikä on koulutustaustanne?

- 1) perus- tai kansakoulu
- 2) lukio tai oppikoulu
- 3) ammattikoulu tai toisen asteen koulu
- 4) opisto tai ammattikorkeakoulu
- 5) yliopisto (kandidaatti)
- 6) yliopisto (maisteri)
- 7) muu, mikä \_\_\_\_\_

14. Arvionne tämänhetkisestä terveydentilastanne alla olevaa asteikkoa käyttäen.

*Esimerkki:*



15. Saatteko tarvittaessa helposti yhteyden lääkäriin?

- 1) kyllä
- 2) en

16. Mitä mieltä olette hoitotahdosta?

*Hoitotahto on suullinen tai kirjallinen tahdonilmaisu, jolla ihminen antaa omaa hoitoa koskevia määräyksiä ja toivomuksia siltä varalta, että hän ei enää itse pysty käyttämään itsemääräämisoikeuttaan.*

- 1) pidän sitä tarpeellisena
- 2) pidän sitä tarpeettomana
- 3) en osaa sanoa

17. Oletteko tehnyt hoitotahdon?

- 1) en ole
- 2) olen

18. Oletteko tehnyt loppuelämän hoivaan tai kuoleman liittyviä muita järjestelyjä (esim. testamentti, kirje läheisille, keskustelut hoiva- tai hautajaisjärjestelyistä)?

- 1) en ole tehnyt
- 2) olen tehnyt, mitä: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Oletteko kohdannut lähipiiriinne kuuluvan henkilön kuoleman?

- 1) kyllä
- 2) en ⇒siirtyä kysymykseen 22.

20. Tämä kysymys on henkilöille, jotka ovat kokeneet lähipiiriinsä kuuluvan henkilön kuoleman. Kuinka vanha olitte tuolloin? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) 0–9-vuotias
- 2) 10–19-vuotias
- 3) 20–29-vuotias
- 4) 30–39-vuotias
- 5) 40–49-vuotias
- 6) 50–59-vuotias
- 7) 60–69-vuotias
- 8) 70–79-vuotias
- 9) 80–89-vuotias
- 10) 90-vuotias tai vanhempi

21. Myös tämä kysymys on henkilöille, jotka ovat kokeneet lähipiiriinsä kuuluvan henkilön kuoleman. Mikä oli vainajan suhde Teihin? Voitte valita useamman vaihtoehdon. Vainaja oli

- 1) isoisovanhempani
- 2) isovanhempani
- 3) vanhempani
- 4) appivanhempani
- 5) sisarukseni
- 6) lapseni
- 7) lapsenlapseni
- 8) ystäväni
- 9) puolisoni
- 10) muu, mikä \_\_\_\_\_

22. Oletteko koskaan hoitanut apua tarvitsevaa läheistänne hänen kodissaan tai Teidän omassa kodissanne?

- 1) kyllä
- 2) en ⇒siirtyä kysymykseen 24

23. Kun olette hoitanut apua tarvitsevaa läheistänne hänen tai omassa kodissanne, mikä on/oli hänen suhteensa Teihin, kuinka kauan hoiditte häntä ja mikä oli hoidon tarpeen syy?

| 1)suhde Teihin      | 2)kuinka kauan hoiditte häntä | 3)mikä on/oli hoidon tarpeen syy |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <i>esim. äitini</i> | <i>esim. 6 kk</i>             | <i>esim. sairaus (dementia)</i>  |
|                     |                               |                                  |
|                     |                               |                                  |
|                     |                               |                                  |
|                     |                               |                                  |

24. Oletteko hoivannut tai hoitanut kuolevaa henkilöä?

- 1) en
- 2) kyllä, työelämässä
- 3) kyllä, henkilökohtaisessa elämässä

25. Millainen mielikuva tai käsitys Teillä on kotihoidon palveluista?

*Kotihoito huolehtii hoivasta (esim. ruokailu ja hygienia) ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä asiakkaan kotona (esim. lääkkeiden jako).*

- 1) hyvä
- 2) jokseenkin hyvä
- 3) jokseenkin huono
- 4) huono

26. Jos Teidän pitäisi valita väri, joka edustaisi tuota mielikuvaa, minkä värin valitsisitte? Kysymys koskee mielikuvaa eli voitte kertoa ensimmäisen värin, joka tulee mieleen (sen enempää miettimättä), kun ajattelette kotihoitoa.

Väri: \_\_\_\_\_

27. Millainen mielikuva tai käsitys Teillä on ihmisten hoitamisesta kotona elämän loppuvaiheessa (mukaan lukien saattohoito)?

- 1) Hyvä
- 2) Jokseenkin hyvä
- 3) Jokseenkin huono
- 4) Huono

28. Jos Teidän pitäisi valita väri, joka edustaisi tuota mielikuvaa, minkä värin valitsisitte? Voitte kirjoittaa värin, joka tulee ensimmäisenä mieleen, kun ajattelette ihmisten hoitamista kotona elämän loppuvaiheessa (mukaan lukien saattohoito).

Väri: \_\_\_\_\_

29. Missä Teidän mielestänne ihmisten tulisi **yleisesti ottaen** viettää elämänsä loppuvaihe? Valitkaa yksi vaihtoehto ja siirtykää sen jälkeen vaihtoehdon perässä ilmoitettuun kysymykseen.

- 1) Sairaalassa  
⇒ siirtykää kysymykseen 30
- 2) Vanhainkodissa tai muussa ympärivuorokautista hoivaa tarjoavassa yksikössä  
⇒ siirtykää kysymykseen 30
- 3) Saattohoitokodissa tai -osastolla  
⇒ siirtykää kysymykseen 30
- 4) Kotona  
⇒ siirtykää kysymykseen 31
- 5) Muualla, missä ja miksi \_\_\_\_\_

⇒ siirtykää kysymykseen 32

30. Tämä kysymys on henkilöille, joiden mielestä ihmisten tulisi **yleisesti ottaen** viettää elämänsä loppuvaihe sairaalassa, vanhainkodissa, saattohoitokodissa tai -yksikössä. Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava numero kultakin riviltä.

| Valitsin sairaalan, vanhainkodin tai saattohoitokodin tai -yksikön, koska | Samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Eri mieltä |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| ammattimaisen hoidon saaminen on tärkeää.                                 | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| siellä on tarvittavat laitteet ja tilat.                                  | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| kotona ihmiset olisivat vaivaksi perheelleen.                             | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| siellä he voivat saada hoitoa.                                            | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| siellä heidän terveydentilansa muutoksiin voidaan reagoida nopeasti.      | 4            | 3                       | 2                     | 1          |

⇒ **siirtykää kysymykseen 32**

31. Tämä kysymys on henkilöille, jotka ovat sitä mieltä, että ihmisen on **yleisesti ottaen** hyvä viettää elämänsä loppuvaihe kotona. Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava numero kultakin riviltä.

| Valitsin kodin, koska                | Samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Eri mieltä |
|--------------------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| kotona ihmiset voivat olla vapaasti. | 4            | 3                       | 2                     | 1          |

|                                                                            |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| sairaalassa he eivät kuitenkaan saisi tarvittavaa hoitoa.                  | 4 | 3 | 2 | 1 |
| kotona ihmiset voivat olla perheensä kanssa ilman ulkopuolisten läsnäoloa. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| kotona he olisivat heille tärkeiden asioiden keskellä.                     | 4 | 3 | 2 | 1 |

32. Missä **Te haluaisitte** viettää elämänne loppuvaiheen? Valitkaa yksi vaihtoehto ja siirtykää sen jälkeen vaihtoehtoon perässä ilmoitettuun kysymykseen.

1) sairaalassa

⇒ siirtykää kysymykseen 33

2) vanhainkodissa tai muussa ympärivuorokautista hoivaa tarjoavassa yksikössä

⇒ siirtykää kysymykseen 33

3) saattohoitokodissa tai -osastolla

⇒ siirtykää kysymykseen 33

4) kotona

⇒ siirtykää kysymykseen 34

5) muualla, missä ja miksi

---



---



---



---

⇒ siirtykää kysymykseen 35

33. Tämä kysymys on henkilöille, jotka haluaisivat itse viettää elämänsä loppuvaiheen sairaalassa, vanhainkodissa tai saattohoitokodissa tai -yksikössä. Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava numero kultakin riviltä.

| Valitsin sairaalan, vanhainkodin, saattohoitokodin tai -yksikön, koska | Samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Eri mieltä |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| ammattimaisen hoidon saaminen on tärkeää.                              | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| niissä on tarvittavat laitteet ja tilat.                               | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| kotona olisin vaivaksi perheelleni.                                    | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| siellä voin saada hoitoa.                                              | 4            | 3                       | 2                     | 1          |

|                                                              |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| siellä terveydentilani muutoksiin voidaan reagoida nopeasti. | 4 | 3 | 2 | 1 |
|--------------------------------------------------------------|---|---|---|---|

⇒ **siirtäkää kysymykseen 35**

34. Tämä kysymys on henkilöille, jotka haluaisivat viettää elämänsä loppuvaiheen kotona. Ympyröikää mielipidettänne parhaiten vastaava numero kultakin riviltä.

| Valitsin kodin, koska                                               | Samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Eri mieltä |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| kotona olisin vapaa.                                                | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| en kuitenkaan saisi sairaalassa sellaista hoitoa, mitä tarvitsisin. | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| kotona voisin olla perheeni kanssa ilman ulkopuolisten läsnäoloa.   | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| kotona olisin pitämieni asioiden keskellä.                          | 4            | 3                       | 2                     | 1          |

35. **Yleisesti ottaen**, kenen Teidän mielestänne tulisi pitää huolta henkilöstä tämän elämän loppuvaiheessa? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) terveydenhuollon ammattilaiset
- 2) sosiaalihuollon ammattilaiset
- 3) puoliso
- 4) vanhempi
- 5) tytär
- 6) poika
- 7) miniä
- 8) vävy
- 9) lapsenlapsi
- 10) ystävä
- 11) muu, kuka \_\_\_\_\_

36. Kenen Te haluaisitte pitävän Teistä huolta viimeisinä aikoinanne? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) terveydenhuollon ammattilaiset
- 2) sosiaalihuollon ammattilaiset
- 3) puoliso
- 4) vanhempi
- 5) tytär
- 6) poika
- 7) miniä
- 8) vävy
- 9) lapsenlapsi
- 10) ystävä
- 11) muu, kuka \_\_\_\_\_

37. Millaisia ajatuksia tai tunteita herättää ajatus siitä, että perheenne pitäisi huolta Teistä elämänne loppuaikoina? Vastatkaa ympyröimällä yksi numero kultakin riviltä.

|                                 | Samaa mieltä | Jokseenkin samaa mieltä | Jokseenkin eri mieltä | Eri mieltä |
|---------------------------------|--------------|-------------------------|-----------------------|------------|
| Olisin iloinen.                 | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| Olisin pahoillani.              | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| Olisin taakaksi.                | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| Häpeäisin.                      | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| Se tuntuisi luonnolliselta.     | 4            | 3                       | 2                     | 1          |
| Sen tuntuisi vastentahtoiselta. | 4            | 3                       | 2                     | 1          |

38. Aiheuttaako elämän loppuvaiheen ajattelemisen Teissä huolia? Jos, niin millaisia huolia? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

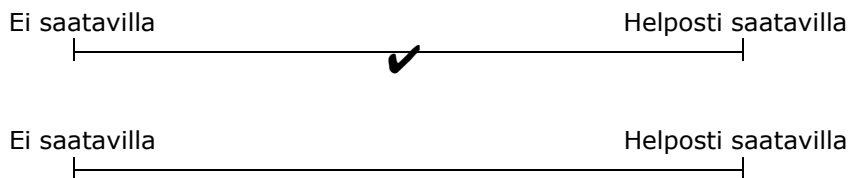
- 1) kyllä, pelkoa ja huolta kuolemaan liittyen
- 2) kyllä, taloudellisia huolia
- 3) kyllä, huolta perheestä
- 4) kyllä, katumusta keskenjääneistä asioista
- 5) kyllä, muuta huolta, mitä: \_\_\_\_\_
- 6) ei aiheuta huolta

39. Mistä iästä lähtien lasten kanssa tulisi keskustella elämän rajallisuudesta ja kuolemasta?

- 1) 0–2-vuotiaasta
- 2) 3–5-vuotiaasta
- 3) 6–8-vuotiaasta
- 4) 9–12-vuotiaasta
- 5) 13–15-vuotiaasta
- 6) 16–18-vuotiaasta
- 7) 19–23-vuotiaasta
- 8) Muu ikä, mikä \_\_\_\_\_
- 9) En tiedä

40. Onko kotihoitoa saatavilla siellä, missä asutte?

*Esimerkki:*



41. Mistä oletatte kotihoitoon liittyvää tietoa olevan saatavilla? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) kaupungin tai kunnan palvelupisteestä

- 2) Kelalta
- 3) sairaalasta tai terveyskeskuksesta
- 4) lääkäriltä
- 5) kotihoitajalta
- 6) terveydenhoitajalta
- 7) internetistä
- 8) ystäviltä
- 9) kirjoista ja sanomalehdistä
- 10) muualta, mistä \_\_\_\_\_

42. Onko Teillä kokemusta seuraavista palveluista joko oman tai läheisen palvelun käytön kautta? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) on, kotihoidosta
- 2) on, vanhainkodista tai muusta ympärivuorokautisen hoivan yksiköstä
- 3) on, saattohoitokodista tai -osastosta
- 4) ei, minulle ei ole kokemusta edellä mainituista palveluista

43. Millaista tukea tai resursseja luulisitte tarvitsevanne voidaksenne viettää elämänne loppuvaiheen kotona? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- 1) taloudellista tukea
- 2) henkilökohtaisia säästöjä
- 3) oikeanlainen ympäristö
- 4) lääkärin kotikäyntejä
- 5) tukea kotipalvelun työntekijältä
- 6) tukea kotisairaanhoidajalta
- 7) tukea ystäviltä ja naapureilta
- 8) hoitovälineistöä
- 9) hoitoa perheeltä
- 10) muuta, mitä \_\_\_\_\_

44. Onko taloudellinen tilanteenne turvattu?

- 1) on
- 2) ei ole

45. Mihin tuloluokkaan kotitaloutenne kuuluu (yhteenlasketut bruttotulot eli tulot, joista ei ole vähennetty esim. veroja)?

- 1) 0–13 999 euroa/v
- 2) 14 000–19 999 euroa /v
- 3) 20 000–39 999 euroa/v
- 4) 40 000–69 999 euroa/v
- 5) 70 000–99 999 euroa/v
- 6) 100 000–129 999 euroa/v
- 7) 130 000 tai enemmän euroa/v

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Tässä olivat kaikki kysymykset. Kiitämme Lapin yliopiston, Helsingin yliopiston ja Sapporo City Universityn tutkijoiden puolesta osallistumisestanne tähän tutkimukseen. Olette auttaneet osaltanne tämän tutkimuksen onnistumista.

## Liite 4. Lista Poliitikka-artikkelin aineistoista

Italy: 59 documents

|                                                                                                                          |                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| National Government agencies and ministries                                                                              |                                                                                                                                              |
| Digital Growth Strategy 2014-2020 (2014)                                                                                 | The Presidency of the Council of Ministers                                                                                                   |
| Digital Italy 2.0 Observatory (2009)                                                                                     | The Presidency of the Council of Ministers + Italian Industrial Federation                                                                   |
| National program for culture, training and digital skills (2014)                                                         | Agency for the Digital in Italy – The Presidency of the Council of Ministers                                                                 |
| Digital Growth Strategy 2014-2020 (2014)                                                                                 | The Presidency of the Council of Ministers                                                                                                   |
| EGov Plan 2012                                                                                                           | Ministry of Innovation                                                                                                                       |
| National strategy for internal areas: definition, objectives, tools and governance (2013)                                | Ministry of Economic Development                                                                                                             |
| The National eHealth Information Strategy 2011                                                                           | Ministry of Health                                                                                                                           |
| Electronic health record. guidelines 2011                                                                                | Ministry of Health                                                                                                                           |
| TELEMEDICINE National guidelines 2012                                                                                    | Ministry of Health                                                                                                                           |
| The internal areas in the context of the Health Pact 2014-2016 and of the Standards on Hospital Care                     | Ministry of Health                                                                                                                           |
| Digital Healthcare Pact 2016                                                                                             | Ministry of Health + Regions                                                                                                                 |
| General Health Guideline 2017 and 2018 (2 docs)                                                                          | Ministry of Health                                                                                                                           |
| Local Government administrations (Regional)                                                                              |                                                                                                                                              |
| Innovation and Healthcare in the Aging Society 2011                                                                      | Regione Lombardia                                                                                                                            |
| Regional social and health plans (2010-2018) – 11 docs                                                                   | Regional administration of Basilicata, Lombardia, Emilia Romagna, Provincia Bolzano, Trentino, Valle D’Aosta, Sicilia, Toscana               |
| Regional Digital Agendas (2012, 2013, 2014) – 21 docs                                                                    | Regione Abruzzo, Alto Adige, Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Umbria, Valle d’Aosta + Conference of Italian Regions |
| Active Ageing Going Local (AGL) 2014                                                                                     | Regione Marche, Puglia, Veneto                                                                                                               |
| Regional strategies for internal areas: (2014-2019) – 11 docs                                                            | Regional administration of Abruzzo, Lazio, Marche, Molise, Toscana, Trento, Calabria, Emilia Romagna, Piemonte, Sicilia                      |
| Lombardia 2016-2018 regional Addresses For Taking In Charge Of Chronicity And Fragility In The Lombardy Region 2016-2018 | Regione Lombardia                                                                                                                            |

Finland: 21 documents

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| National Government agencies and ministries                                                                                            |     |
| Act on Social Welfare (30.12.2014/1301)                                                                                                | law |
| Act on the Provision of Digital Services (306/2019)                                                                                    | law |
| Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons (28.12.2012/980) | law |

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Act on Health Care (30.12.2010/1326)                                                                                                                                                                                                          | law                                                                             |
| Finland, a Land of Solutions (2015). Strategic Programme of the Government of Prime Minister Juha Sipilä May 29, 2015. Finnish Government Publication 10/2015                                                                                 | Finnish Government                                                              |
| Finland, a Land of Solutions (2018). Government Action Plan 2018–2019. Finnish Government Publications 27/2018                                                                                                                                | Finnish Government                                                              |
| Inclusive and competent Finland – a socially, economically and ecologically sustainable society (2019) Programme of Prime Minister Sanna Marin’s Government. Finnish Government Publication 31/2019                                           | Finnish Government                                                              |
| Societal integration and sustainable wellbeing. Futures Review of the Ministry of Social Affairs and Health (2018). Finnish government publication series 22/2018                                                                             | Finnish Government                                                              |
| Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons (2013). Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2013:19                                                                  | Ministry of social affairs and health                                           |
| Government programme, Executive Plan for Ministry of social affairs and health 2016-2019 (2016). Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2     | Ministry of social affairs and health                                           |
| Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons. Ministry of social affairs and health 2017-2019 (2017). Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2018:1                  | Ministry of social affairs and health                                           |
| Socially sustainable Finland 2020. Strategy for social and health policy. Ministry of social affairs and health publications 1/2011                                                                                                           | Ministry of social affairs and health                                           |
| Future Health and Social Services Centres 2020–2022. Programme and related Project Guide. Series and publication number Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2020:3                                                      | Ministry of social affairs and health                                           |
| Social and health knowledge utilization strategy 2020. Knowledge to support wellbeing and renewable services (2014). The ministry of social affairs and health and Association of Finnish municipalities                                      | Ministry of social affairs and health and Association of Finnish municipalities |
| Legislation on social and health service and provincial reform. Summary of the key points of the Government's proposal. 2.3.2017. Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö. Tiivistelmä hallituksen esityksen keskeisistä asioista. 2.3.2017 | Ministry of social affairs and health and Ministry of Finance                   |
| Legislation on provincial and social and health service. Summary of the key points of the Government's proposal. 2017 Maakunta- ja                                                                                                            | Ministry of social affairs and health and Ministry of Finance                   |

|                                                                                                                                                                                                                             |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| sote-uudistuksen lainsäädäntö. Tiivistelmä lakiesitysten keskeisistä asioista. 2018                                                                                                                                         |                                          |
| SADe program (Program for the Promotion of Electronic Communications and Democracy). VM 21/2016                                                                                                                             | Ministry of Finance                      |
| Digituen toimintamalliehdotus (2017). AUTA-hankkeen projektiryhmän loppuraportti. Valtiovarainministeriö 19.12.2017. Digital support policy proposal. Final Report of the AUTA Project Team. Ministry of Finance 19.12.2017 | Ministry of Finance                      |
| Making digital transport and communication services accessible (2017). Action Programme 2017–2021. Publications of the Ministry of Transport and Communications 8/2017                                                      | Ministry of Transport and Communications |
| Regional documents                                                                                                                                                                                                          |                                          |
| Lapland's digital programme 2020 (2013). Lapin digiohjelma 2020 (2013). Lapin liitto julkaisu A36                                                                                                                           | Regional Council of Lapland              |
| Lapland Welfare Program 2025 (2019). Regional Council of Lapland. Lapin hyvinvointiohjelma 2025 (2019) Lapin liitto 28.2.2019                                                                                               | Regional Council of Lapland              |

Sweden: 14 documents

|                                                                                                                                                        |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| SOU 2015:91<br>Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden [The transformational power of digitalization - a choice for the future] | Ministry of Enterprise and Innovation |
| SOU 2016:89<br>För digitalisering i tiden [digitalisation in time]                                                                                     | Ministry of Enterprise and Innovation |
| SOU 2016:85<br>Digitaliseringens effekter på individen och samhälle [The effect of digitalisation on the individual and society]                       | Ministry of Enterprise and Innovation |
| SOU 2015: 28<br>Gör Sverige i framtiden [make Sweden in the future]                                                                                    | Ministry of Enterprise and Innovation |

|                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| SOU 2017: 52<br>Så stärker vi den personliga integriteten [How to strengthen personal integrity]                                                                                                                  | Ministry of Justice                   |
| Regeringens skrivelse 2011/12:34<br>Riksrevisionens rapport om rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg [ National Audit office report on the right information at the right time in health care] | Swedish National Audit office         |
| SOU 2016:2<br>Effektiv vård [efficient care]                                                                                                                                                                      | Ministry of Health and Social Affairs |
| SOU 2015:32<br>Nästa fas i e-hälsoarbetet [ Next phase in eHealth work]                                                                                                                                           | Ministry of Health and Social Affairs |
| SOU 2017: 53<br>God och nära vård [ Good and close care]                                                                                                                                                          | Ministry of Health and Social Affairs |
| SOU 2018: 39<br>God och nära vård – en primärvårdsreform [Good and close care- a primary care reform]                                                                                                             |                                       |
| SOU 2017: 48<br>Kunskapsbaserad och jämlik vård – förutsättningar för en lärande hälso och sjukvård [Knowledge-based and equal care - prerequisites for a learning health care system]                            | Ministry of Health and Social Affairs |
| SOU 2012: 33<br>Gör det enklare [make it simpel]                                                                                                                                                                  | Ministry of Health and Social Affairs |
| Regeringens skrivelse 2017/18:280<br>Framtidens äldreomsorg – en nationell kvalitetsplan; Skr 2017/18:280 [future elder care – a national quality plan]                                                           | Ministry of Health and Social Affairs |
| SOU 2017: 21<br>Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer. del 1 och 2 [ read me! National quality plan for elder care part. 1 and 2]                                               | Ministry of Health and Social Affairs |

## Liite 5. Esimerkkejä kuntien tutkimuslupahakemuksista

Esimerkki 1. Toimiva kotihoito Lappiin – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen -hankkeen tutkimuslupahakemus

| TUTKIMUSLUPAHAKEMUS       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tutkimusluvan hakija      | <b>Nimi</b><br>Heli Valokivi, Marjo Outila, Satu Peteri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                           | <b>Osoite</b><br>Lapin yliopisto<br>Yliopistonkatu 8<br>96101 Rovaniemi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                           | <b>Sähköposti</b><br><a href="mailto:heli.valokivi@ulapland.fi">heli.valokivi@ulapland.fi</a> , <a href="mailto:marjo.outila@ulapland.fi">marjo.outila@ulapland.fi</a> ,<br><a href="mailto:satu.peteri@ulapland.fi">satu.peteri@ulapland.fi</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                           | <b>Puhelin</b><br>040-4844257/Heli Valokivi, 040-4844 176/Marjo Outila, 040-7013833/Satu Peteri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tutkimuksen vastuutaho    | professori Heli Valokivi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tutkimus                  | <p><b>Hanke</b><br/>Toimiva kotihoito Lappiin – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen (STM)</p> <p><b>Tutkimusaihe</b><br/>Ikääntyneiden osallisuus ja hyvinvointi kodissa sekä kotiin tarjottavien palveluiden että erityisesti teknologiavälitteisten palvelujen kehittämisen kontekstissa.</p> <p><b>Tutkimuksen kohdealue- ja/tai ryhmä</b><br/>Hankkeeseen osallistuvat, kunnan palvelujen piirissä olevat kotona asuvat ikääntyneet</p> <p><b>Tutkimuksen taso</b><br/>Vertaisarvioidut tieteelliset artikkelit, pro gradu -tutkielmat, sosiaalityön ja sosiaaligerontologian opinnot</p> <p><b>Aineiston keruu</b><br/>Haastattelut, videot, valokuvat, tekstiaineistot (esim. arviointikyselyt asianomaisilta, huom. ei asiakasdokumentit) ja havainnointi</p> <p><b>Aineiston keruu aika</b><br/>2017–2018</p>                                 |
| Tutkimusaineiston suojaus | <p><b>Tutkimusaineiston käyttö ja säilytys</b><br/>Tutkimuksessa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita (ks. esim. <a href="http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet">http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet</a>). Tutkimusaineisto säilytetään tutkijoiden hallussa. Aineistoa käytetään tutkimusraporttien aineistona ja kehittämistoiminnan tukena. Tutkimukseen osallistujilta pyydetään erillinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Jos kuvia esitetään julkisesti, siihen pyydetään asianomaisilta lupa erikseen. Tunnistetiedot hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Aineistoja käyttävät opiskelijat ohjeistetaan toimimaan tutkimuseettisesti kestäväällä tavalla ja aineiston käytöstä tehdään kirjallinen sopimus.</p> |



## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tutkimusluvan hakija                 | <p><b>Nimi</b><br/>Eija Jumisko (Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, KTAMK), Riitta Kettunen (KTAMK), Marjo Outila (Lapin yliopisto, LAY), Hanna-Riina Vuontisjärvi (LAY), Jaana Ågren (KTAMK)</p> <p><b>Osoite</b><br/>Kemi- Tornion ammattikorkeakoulu<br/>Meripuistokatu 26<br/>94100 Kemi</p> <p>Lapin yliopisto<br/>Yliopistonkatu 8<br/>96101 Rovaniemi</p> <p><b>Sähköposti</b><br/><a href="mailto:eija.jumisko@tokem.fi">eija.jumisko@tokem.fi</a>, <a href="mailto:marjo.outila@ulapland.fi">marjo.outila@ulapland.fi</a></p> <p><b>Puhelin</b><br/>050-310 93 63 (Eija Jumisko), 040-4844 176 (Marjo Outila)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tutkimuksen vastuutaho               | <p>Ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen (<b>Ikäehyt</b>) -hanke: hankkeen tieteellinen johtoryhmä ja opiskelijat ohjaajineen, yhteyshenkilö Marjo Outila</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Tutkimus                             | <p><b>Tutkimusaihe ja kohderyhmät</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta sekä tukipalveluista: palveluiden toimivuus, vuorovaikutus henkilöstön kanssa, kehittämistarpeet.</li> <li>2. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstön (työntekijät ja esimiehet) kokemukset ja mielipiteet työstään: oma suhde työhön, työn ilot ja haasteet, vuorovaikutus asiakkaiden kanssa, työhön liittyvät kehittämistarpeet.</li> </ol> <p><b>Tutkimuksen kohdealue</b><br/>(Kunnan nimi) kunta: kotipalvelu ja kotisairaanhoido.</p> <p><b>Aineistonkeruumenetelmät</b><br/>Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaat:<br/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ryhmähaastattelut (n=2), n. 5-6 osallistujaa/ryhmä</li> <li>2. kotikäyntien havainnointi ja suullisen vuorovaikutuksen nauhoitus</li> </ol> Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstö:<br/> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ryhmähaastattelut (n=2-3, joista yksi esimiesten ryhmä) ja työntekijöiden tuottamat kirjoitukset</li> <li>2. kotikäyntien havainnointi ja suullisen vuorovaikutuksen nauhoitus</li> </ol> </p> <p><b>Aineiston keruu-aika ja toteuttajat</b><br/>Keruu-aika: toukokuu 2012.<br/>Toteuttajat: vanhustyön koulutusohjelman (KTAMK) opiskelijat sekä tässä hakemuksessa mainitut hanketyöntekijät</p> |
| Tutkimuksen etiikka ja dokumentointi | <p><b>Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus</b><br/>Tutkimuksessa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita (ks. esim. <a href="http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html">http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html</a>). Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistujilta pyydetään erillinen suostumus osallistumisesta (liitteet 1-5).</p> <p><b>Tutkimusaineiston säilytys</b><br/>Tutkimusaineisto nauhoitetaan ja säilytetään tutkijoiden hallussa. Tunnistetiedot hävitetään tutkimuksen päätyttyä.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | <b>Tutkimusaineiston käyttö ja julkaisu</b><br>Aineistoa käytetään kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa tehtävässä kehittämistyössä. Tutkimusaineiston pohjalta kirjoitetaan artikkeli (n=1-2). Lisäksi aineistoa tullaan käyttämään väitöskirjassa (Marjo Outila). Tutkimustulokset julkaistaan siten, että kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei missään vaiheessa tule julki. Julkaisuissa ei myöskään kerrota paikkojen nimiä.                    |
| Lupahakijan sitoumukset ja allekirjoitus | Sitoudumme siihen, ettemme käytä saamiamme tietoja tutkittavan tai hänen läheisensä vahingoksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, emmekä luovuta saamiemi henkilötietoja sivullisille.<br><br>Päiväys<br><br>Allekirjoitus<br><br>Marjo Outila (am. puolesta)<br>Eija Jumisko<br>Riitta Kettunen<br>Hanna-Riina Vuontisjärvi<br>Jaana Ågren<br>KTAMK, vanhustyön koulutusohjelman geronomiopiskelijat (n=13) |
| Päätös                                   | <input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään esitettyssä muodossa<br><input type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:<br><input type="checkbox"/> Tutkimuslupa hylätään                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Päätöksentekijä                          | Päiväys<br>Allekirjoitus<br>Nimenselvennys<br>Virka-asema                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## Liite 6. Esimerkkejä tutkimustiedotteista

### Esimerkki 1. Toimiva kotihoito Lappiin - Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen - hankkeen tutkimustiedote

Arvoisa vastaanottaja

Lapin yliopistossa tehdään tutkimusta ikääntyneiden elämästä, heidän kotiin saamistaan palveluista ja teknologian merkityksestä kotona asumisen tukena. Tutkimus on osa Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” ja Lapin ”Toimiva kotihoito Lappiin - Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen” - hankkeita.

Toivomme saavamme tutkimukseemme mukaan pohjoissuomalaisia ikääntyneitä, jotka ovat mukana edellä mainitussa kehittämishankkeessa ja jotka ovat valmiita jakamaan ajatuksiaan omasta elämästään: arjen sujumisesta, ilon aiheista ja haasteista. Ajatuksemme on, että ikääntyneiden kokemusten ja mielipiteiden kuunteleminen on tärkeää, mutta erityisesti se on tärkeää palveluiden kehittämisessä. Osallistumalla tutkimukseemme edistäisitte ikääntyneiden kotona asumisen tutkimusta ja kotihoidon kehittämistä. Palvelujen järjestäjien on hyvä tietää ikääntyneiden kotona asumiseen vaikuttavista ja hyvään elämään liittyvistä tekijöistä sekä teknologiaan liittyvistä mahdollisuuksista ja haasteista kotona asumisen tukemisessa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Tutkimuksen aineiston keruu toteutetaan haastatteluin ja havainnoimalla palvelujen käyttöä kotona, esim. kuvapuhelimen välityksellä. Haastateltavalla on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai olla vastaamasta sellaisiin kysymyksiin, joista hän ei halua puhua. Haastattelun luottamuksellisuus turvataan niin, että haastattelusta tehtyä tallennetta käsittelevät vain tutkijat ja tutkimusapulaiset, ja he allekirjoittavat vaitiolositoumuksen. Haastattelukertomukset ja havainnointiaineistot käsitellään nimettöminä ja täysin luottamuksellisesti. Haastattelut nauhoitetaan tutkimuksen aikaista käyttöä varten ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineistoa käytetään tieteellisten julkaisujen tekemisessä: tieteelliset artikkelit ja opinnäytetyöt. Tutkimusaineiston keruussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusjulkaisuisissa tavalla, jolla tutkittavia tai muita esim. haastattelussa mainittuja yksittäisiä henkilöitä ei voida tunnistaa. Haastattelutallenteiden käsittelystä, varmuuskopioinnista ja tietoturvasta huolehditaan tutkimuseettisesti kestävällä tavalla. Lapin yliopiston osahankkeen vastuuhenkilönä on professori, YTT, Heli Valokivi ja tutkimusaineistoa keräävät yliopisto-opettaja YTM Marjo Outila ja kehittämispäällikkö, opiskelija, YTL Satu Peteri.

Toivomme, että Teille on mahdollista osallistua tutkimukseen. Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Ystävällisesti,

Marjo Outila, [marjo.outila@ulapland.fi](mailto:marjo.outila@ulapland.fi), 040-4844257

Satu Peteri, [satu.peteri@ulapland.fi](mailto:satu.peteri@ulapland.fi), 040-7013833

Heli Valokivi, [heli.valokivi@ulapland.fi](mailto:heli.valokivi@ulapland.fi), 040-4844257

## Kutsu osallistua kyselytutkimukseen

Arvoisa vastaanottaja

Kutsumme Teidät osallistumaan kansainväliseen kyselytutkimukseen, jonka teemana on elämän loppuvaiheen tuki ja hoiva. Tutkimusta tehdään sekä Suomessa että Japanissa. Suomessa tutkimuksen toteuttavat tutkijat Lapin ja Helsingin yliopistosta ja Japanissa tutkijat Sapporo City University:stä sekä Hokkaido University:stä. Tutkimuksessa halutaan tietoa siitä, mitä pohjoissuomalaiset ja pohjoisjapanilaiset ajattelevat elämän loppuvaiheeseen liittyvästä avun ja tuen tarpeesta ja missä ihmiset haluavat asua elämänsä viimeiset ajat. Suomessa palveluiden kehittämisen painopiste on kotona annettavissa palveluissa, ja palveluiden kehittämisen kannalta on hyvä tietää, millaisia tarpeita ihmisillä on ja mitä kehittämisessä tulisi ottaa huomioon.

Haemme ohessa lähetetyn kyselyn vastaajaksi 20 vuotta täyttäneitä ihmisiä Pohjois-Suomen alueelta. Japanissa tehdään vastaava kysely Pohjois-Japanin asukkailla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Osallistumisenne edellyttäisi Teiltä vastaamista oheiseen kyselylomakkeeseen ja sen postittamista mukaan liitettyssä kirjekuoressa. Postimaksu on maksettu valmiiksi.

Olemme saaneet yhteystietonne Lapin maistraatista. Vastauksenne käsitellään nimettöminä, eikä vastauksia voida yhdistää Teihin henkilönä. Aineistoa analysoidaan tilastollisin menetelmin, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Julkaistavat tulokset ovat pääasiassa tilastomuotoisia taulukoita ja kuvioita. Lapin yliopiston Eettinen toimikunta on myöntänyt luvan tutkimukselle.

Osallistumalla edistäisitte elämän loppuvaiheeseen liittyvää suomalaista ja kansainvälistä tutkimusta. Terveys- ja sosiaalihuollon henkilökunnan ja palvelun järjestäjien on tärkeää pystyä tunnistamaan ihmisten elämän loppuvaiheeseen liittyviä toiveita ja tarpeita. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään kehitettäessä keinoja tukea ihmisiä tässä elämän vaiheessa.

Kiitos yhteistyöstä. Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Parhain terveisin,

Heli Valokivi, professori, Lapin yliopisto  
p.040-484 4257, sp. heli.valokivi@ulapland.fi

Marjaana Seppänen, professori, Helsingin yliopisto  
p. 050-4489118, sp. marjaana.seppanen@helsinki.fi

Eeva Rossi, yliopisto-opettaja, Lapin yliopisto  
p. 040-484 4181, sp. eeva.rossi@ulapland.fi

Marjo Outila, yliopisto-opettaja, Lapin yliopisto  
p. 040-484 4176, sp. marjo.outila@ulapland.fi

## Liite 7. Esimerkki informantin suostumuslomakkeesta

### TUTKIMUKSEN NIMI:

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun tieteelliseen tutkimukseen ja olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tutkimuksesta ja mahdollisuuden esittää siitä tutkijoille kysymyksiä.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä perua suostumukseni milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2011 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 2011

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_

tutkittavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

tutkijan allekirjoitus

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

nimenselvennys

\_\_\_\_\_

yhteystiedot

## **Liite 8. Esimerkki tietojen salassapidon lupauksesta tutkimusaineiston keruussa ja/tai käsittelyssä**

### **IKÄEHYT-hanke/Tutkimus- ja kehittämiseen liittyvien aineistojen käsittely**

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja tutkittavan tai hänen läheisensä vahingoksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus, enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivullisille.

Päiväys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

## Osajulkaisu I

Outila M., & Lantela P. (2019). Samanaikaisesti hauras ja resilientti – kategoria-analyysi ikääntyneiden itseä koskevasta puheesta. *Gerontologia*, 33(1), 18–35. ”Kategoria-artikkeli”

<https://doi.org/10.23989/gerontologia.75935>

Artikkeli julkaistaan uudestaan väitöskirjan osana artikkelin alkuperäisten tekijänoikeuksien haltijan ystävällisellä luvalla.



CC BY-NC-ND Nimeä–Ei-muutoksia–Ei-kaupallinen



tusta siihen, millä tavoin ihmiset suhtautuvat vanhenemiseen ja myös ajattelevat itsestään vanhana ihmisenä.

Tarkastelemme tässä artikkelissa, millä tavoin ikääntyneet kertovat itsestään, arjestaan ja elämästään. Analysoimme puheessa tuotettuja vanhuskuvia erityisesti siitä näkökulmasta, millaisiin kategorioihin ikääntyneet asettuvat. Tulkitsemme ikääntyneiden puheessa rakentuvia kategorioita resilienssin ja haurauden käsitteiden näkökulmasta. Vanhuuteen liittyvää kategoriatutkimusta on tehty suhteellisen vähän ikääntyneiden omasta kerronnasta käsin (ks. kuitenkin esimerkiksi Ahosola & Lumme-Sandt 2016; Rönin 2014; Jones 2006; Nikander 2000). Tämän tutkimuksen tarkoitus on täyttää tätä tutkimuksellista vajetta ja arvioida tutkimuksessa esiin nousevien erilaisten kategorioiden ja niiden tuottamien vanhuskuvien merkityksiä.

Haastateltavamme puhuivat vanhuudestaan yhtäältä ihmetellen ikäisekseen hyvää jaksamistaan ja muistamistaan ja toisaalta selittäen vanhuudella oppimisen ja muistamisen ongelmia sekä jaksamattomuuttaan tehdä asioita. Kategoriatutkimuksen näkökulmasta tämän kaltaisessa puheessa on kyse kulttuurisen, ikääntymiseen liittyvän tarinavarannon hyödyntämisestä. Kulttuurissa tarjolla olevien diskurssien, mielikuvien ja tarinoiden avulla rakennetaan kuvaa itsestä tietyn ikäryhmän edustajana. Samalla tavoin rakentuu myös kuva ikääntyneistä tai vanhuudesta yleisesti.

Kysymme tässä tutkimuksessa:

1. Miten ikääntyneet kategorisoivat itseään kertoessaan elämästään haastattelutilanteissa?
2. Miten hauraus ja resilienssi heijastuvat kategorioissa, joihin ikääntyneet sijoittavat itsensä?

## Hauraus ja resilienssi tutkimuksen käsitteinä

Geriatriksessa tutkimuksessa hauraus viittaa yleensä heikentyneeseen fyysiseen tilaan, joka

on yhteydessä vanhenemisen haitallisiin seurauksiin ja riskeihin, kuten kaatumiseen ja pitkäaikaiseen sairaalahoitoon (Rockwood ym. 2005; Clegg, Young, Iliffe, Rikkert & Rockwood 2013). Terveystieteiden ja sosiaalipalvelujen saralla, diagnostisena tai muuten mitattavana määreenä, hauraus määrittää saatavilla olevia palveluja (Grenier 2006). Toisaalta hauraus (frailty) on myös historiallisesti, sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuva ja arkipuheessa elävä käsite (Higgs & Gilleard 2016). Higgsin ja Gilleardin (2015) mukaan länsimaaisessa kontekstissa haurauden käsite symboloi epäonnistunutta vanhuutta ja neljättä ikää sekä siihen liittyviä riskejä. Hauraus murtaa mahdollisuuksia toimijuuteen ja horjuttaa yksilön persoonaa ja sosiaalista identiteettiä (Higgs & Gilleard 2016). Se merkitsee usein myös tarvitsevuutta ja riippuvaisuutta muista, mikä puolestaan yhdistetään autonomian menettämiseen. Hauraus latautuu länsimaaisessa kulttuurissa negatiivisesti. Se erottaa ”normaalin” ja ”onnistuneen” ikääntymisen vanhuudenheikkoudesta (Warmoth ym. 2016; Higgs & Gilleard 2016). Aiemmissä tutkimuksissa on todettu, että ikääntyneiden kuvaukset heijastavat näitä negatiivisia stereotypioita. Ikääntyneet ovat kuvailleet haurautta heikentyneenä fyysisenä vointina ja toimintakykynä, sairautena sekä tilana, johon liittyy sosiaalisia, psykologisia tai kognitiivisia menetyksiä, epävarmuutta, voimattomuutta, häpeää ja riippuvuutta muista (Puts, Shekary, Widdershoven, Heldens & Deeg 2009; Grenier 2006; 2007; Warmoth ym. 2016).

Tutkimusten mukaan ikääntyneet eivät halua tulla määritellyiksi hauraiksi vaan vastustavat sitä (Puts ym. 2009; Grenier 2006; Grenier & Hanley 2007; Warmoth ym. 2016). Grenierin (2006) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat haurauden kokemuksista, mutta kieltäytyivät hauraan identiteetistä, johon heidät oli saatettu määritellä palvelujärjestelmässä. Kokemukset hauraudesta liittyivät menetyksiin, epävarmuuteen ja kuolevaisuuteen ja olivat

näin uhka minän jatkuvuudelle. Warmothin ja muiden (2016) tutkimuksessa vastaajat eivät halunneet identifoida itseään hauraaksi, sillä he ajattelivat sen johtavan terveyttä ja hyvinvointia heikentäviin seurauksiin. Yksi syy haurauden kategorian vastustamiseen voi olla se, että käsite on vastakkainen länsimaisessa kulttuurissa arvostetulle itsenäisyydelle. Itsenäisyyden ja autonomian vastaisesti se merkitsee riippuvuutta muista. (Higgs & Gilleard 2016; Grenier 2007.) Useimmiten hauraus on määre, jota käytetään silloin, kun muita ihmisiä kategorisoidaan (Grenier 2007; Higgs & Gilleard 2015).

Haurauteen liittyviä myönteisiä merkityksiä ei ole juuri tarkasteltu tutkimuskirjallisuudessa. Haurauden seurauksena ikääntyneet voivat kuitenkin omaksua uusia tapoja olla yhteydessä itseensä ja maailmaan ympärillään (Nicholson, Meyer, Flatley & Holman 2013). Se ei estä ikääntyneiden toimijuutta tai kykyä sopeutua menetyksiin ja sairauksien värittämään arkeen (Skilbeck, Arthur & Seymour 2018).

Haurauden valitseminen tämän tutkimuksen käsitteeksi perustuu haastateltavien puheeseen siitä, kuinka heissä on tapahtunut haastavia muutoksia ikääntymisen tai sairauksien myötä. Haastateltavien haurauteen liittyvä puhe ei kuitenkaan keskittynyt pelkästään omassa itsessä tapahtuneisiin muutoksiin tai ominaisuuksiin vaan myös ympäristöstä ja sen muutoksista johtuviin tai sosiaalisiin suhteisiin liittyviin haasteisiin. Tässä tutkimuksessa haurauden käsitteen avulla analysoidaan haastateltavien puhetta itsestään yksilönä, sosiaalisten verkostojen jäsenenä ja suhteessa ympäristöön.

Hauraus-käsitteen lisäksi tässä artikkelissa aineistoa tulkitaan resilienssin käsitteen kautta. Alun perin psykologiasta tullella resilienssin käsitteellä viitataan usein yksilön positiivisiin ominaisuuksiin tai kykyihin, joiden avulla hän sopeutuu, selviää tai oppii erilaisista vaikeuksista ja riskeistä tai negatiivisista elämäntapahetkistä (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli 2010; Wild, Wiles & Allen 2013). Gerontologiassa tutkimuksessa on tarkastel-

tu muun muassa sitä, kuinka ikääntyneet selviytyvät terveyteen liittyvistä haasteista, kuten dementiaasta tai fyysisestä hauraudesta (Williamson & Paslawski 2016; Rebagliati ym. 2016) tai läheisen kuolemasta ja surusta (Bonanno, Wortman & Nesse 2004).

Ikääntyneen resilientiksi tekeviksi ominaisuuksiksi tai kyvyiksi on tutkimuksissa nimetty muun muassa sinnikkyyks, itseluottamus, mielekkyyden kokeminen, positiivinen eksistentiaalinen yksinäisyys, mielen tyyneys (Wagnild & Young 1993), sisäinen ”vastustuskyky” (hardiness) joustavuutena sopeutua muutoksiin ja realistisena suhtautumistapana (Fitzpatrick & Lagory 2003), toivo (Polson, Gillespie & Myers 2018), tunne mielekkästä tarkoituksesta, uskomus, että voi vaikuttaa ympäristöönsä, kyky oppia sekä positiivisista että negatiivisista kokemuksista, repressiiviset selviytymisstrategiat sekä positiiviset emootiot (Bonanno 2004). Kvalitatiivisista, ikääntyviä koskevista resilienssitutkimuksista tehdyn metasynteesin mukaan suojaavia tekijöitä ovat: ulkoiset yhteydet, merkityksellisyys, aiempien vastoinkäymisten kokemus, sisukkuus, itsestä huolen pitäminen, itsensä hyväksyminen, positiivinen suhtautuminen elämään, itsenäisyys tai riippumattomuus ja altruismi (Bolton, Praetorius & Smith-Osborne 2016).

Resilienssi on ymmärretty tutkimuksissa yksilöllisten tekijöiden lisäksi yksilö-ympäristösuhteena ja erilaisina prosesseina. Tällöin ikääntyneen resilienssi syntyy esimerkiksi hoivaresurssien ja henkilökohtaisten elämäntapahetkisten myötä syntyneiden vahvuuksien sekä sisäisten prosessien (esimerkiksi narratiivisuus) tasapainosta (Nakashima & Canda 2005) tai yksilön ja ympäristön välisestä vuorovaikutuksesta, joka mahdollistaa vaikeuksiin sopeutumisen (Sapountzaki & Dandoulaki 2006). Myös yhteiskunnallisesti suuntautunut näkökulma painottaa ylikysilöllisten tekijöiden, kuten sosiaalisten erojen ja epätasa-arvoisuuden ja palvelujen, yhteyttä resilienssiresurssien saavutettavuudessa (Marttila, Johansson, Whitehead & Burström 2013).

Resilienssi-käsitteen valinta pohjautuu tässä tutkimuksessa ikääntyneiden kerrontaan itsestään elämässään eteen tulleiden vaikeuksien kohtaajina, vaikeuksista selviytyjinä tai niihin sopeutujina. Ikääntyneet rakentavat puheessaan itsessään olevan resilienssin toisaalta omiin yksilöllisiin ominaisuuksiinsa, mutta myös ympäristön, sosiaalisen verkoston ja läheisten ihmisten toiminnan ja olemassaolon ympärille. Tämän vuoksi resilienssiä käsitellään tässä tutkimuksessa ylikysilöllisenä ilmiönä. Hauraus ja resilienssi muodostavat tässä

tutkimuksessa käsitteparin, jonka avulla aineistoa on mahdollista analysoida kahdesta näkökulmasta, jotka molemmat olivat merkityksellisiä haastateltavien kerronnassa.

## Tutkimuksen aineisto

Artikkelin tutkimusaineisto koostuu kuuden-toista 71–91-vuotiaiden (keskiarvo 85) pohjoissuomalaisen, yksityiskodissaan asuvan ikääntyneen 51 haastattelusta.

Taulukko 1. Haastateltavien perustiedot.

| Nimi     | Ikä | Asuinpaikka      | Asuntokunnan koko ja siviilisääty       |
|----------|-----|------------------|-----------------------------------------|
| Olavi    | 76  | Taajama          | Asuu (apua tarvitsevan) puolison kanssa |
| Annikki  | 83  | Taajama          | Asuu yksin, leski                       |
| Marjatta | 89  | Kaupunkikeskusta | Asuu yksin, leski                       |
| Kalevi   | 71  | Kaupunkikeskusta | Asuu yksin, leski                       |
| Liisa    | 84  | Taajama          | Asuu yksin, leski                       |
| Kaarina  | 85  | Taajama          | Asuu yksin, leski                       |
| Anneli   | 86  | Haja-asutusalue  | Asuu yksin, leski                       |
| Maria    | 91  | Taajama          | Asuu yksin, leski                       |
| Kyllikki | 84  | Taajama          | Asuu yksin, leski                       |
| Helena   | 89  | Haja-asutusalue  | Asuu yksin, leski                       |
| Anja     | 85  | Kaupunkikeskusta | Asuu yksin, leski                       |
| Juhani   | 89  | Haja-asutusalue  | Asuu yksin                              |
| Antero   | 87  | Haja-asutusalue  | Asuu puolison kanssa                    |
| Eila     | 85  | Haja-asutusalue  | Asuu puolison kanssa                    |
| Matti    | 88  | Haja-asutusalue  | Asuu yksin, leski                       |
| Anna     | 88  | Haja-asutusalue  | Asuu pojan kanssa, leski                |

Jokaista ikääntynyttä haastateltiin kahdesta kuuteen kertaan. Haastatteluaineistoa on 1759 minuuttia ja litteroituja sivuja 817. Haastattelujen lähtökohtana oli tuottaa tietoa iäkkäiden asiakkaiden kokemuksista arjen ja palveluiden sujuvuudesta Toimiva kotihoito Lappiin – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen (STM) -hankkeen<sup>1</sup> kehittämistyön tueksi.

Kunnan, esimerkiksi kotihoidon, työntekijät rekrytoivat haastateltavat kehittämishankkeeseen osallistuneiden ikääntyneiden joukosta. Kuntien hankepalaverissa kerrottiin tutkimuksen tavoitteista ja pyydettiin työntekijöitä kysymään hankekokeiluun osallistuvilta lupaa osallistua myös tutkimukseen. Tavoitteena oli saada mukaan monen ikäisiä ja kuntoisia, eri elämänvaiheessa olevia, ja eri puolilla Lappia asuvia miehiä ja naisia. Kuntien työntekijät esittelivät tutkimusta tutkijoilta saadun tiedotteen pohjalta, kysivät alustavaa suostumusta ja antoivat haastateltaville suostumuslomak-

1 Ks. <http://www.sosiaalikalleg.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin>.

keen täytettäväksi. Tämän jälkeen työntekijät ilmoittivat tutkijoille mahdollisen haastattelun yhteyshenkilön ja välittivät suostumuslomakkeet. Tämän jälkeen tutkijat soittivat haastattelutavalle, kertoivat haastattelusta ja niiden tarpeesta, varmistivat halukkuuden olla haastateltavana ja tämän jälkeen sopivat haastattelun kanssa haastattelutavasta (kasvokkain, puhelimitse tai kuvapuhelimen välityksellä). Jokaisen haastattelukerran aluksi varmistettiin halukkuus osallistua jatko-haastatteluihin.

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan muun muassa heidän päivänsä kulkua, palvelujen saatavuutta ja käyttöä, kotona asumisen hyviä puolia ja mahdollisia haasteita sekä kokemuksia kotiteknologioiden käytöstä. Haastateltavan niin toivoessa haastattelutilanteessa oli mukana joku läheinen tai kotihoidon työntekijä. Näin oli kolmen ikääntyneen kohdalla, yhteensä neljässä haastattelussa.<sup>2</sup>

Haastattelut aloitettiin keväällä 2017 ja viimeiset haastattelut tehtiin kesällä 2018. Aineisto on litteroitu sanatarkkuudella ja lisäksi on merkitty, jos puhujat esimerkiksi nauravat sanomisen yhteydessä tai puhuvat kuiskaten. Haastateltavien ja haastatteluissa mainittujen henkilöiden nimet on muutettu. Haastattelukatkelmiin haastateltavat on merkitty seuraavalla tavalla: Marjatta, 89-vuotias, asuu yksin. Tällä tavoin on haluttu tuottaa jonkinlaisia kontekstietoa, vaikka aineiston analyysi ei perustukaan kyseisiin tekijöihin.

## Aineiston analyysi

Aineisto on analysoitu kategorianalyysillä, joka pohjautuu etnometodologiseen tutkimustraditioon ja edustaa sosiaalis-konstruktivistista tutkimusparadigmaa (Jokinen, Juhila & Suoninen 2012). Arkielämässä itsen, toisten,

eläinten, asioiden ja paikkojen kategorisointi on tapa järjestää, ymmärtää ja tulkita ympäröivää maailmaa. Tutkimuksen näkökulmasta kategorioiden tarkastelu on hedelmällistä, sillä eri kategoriat ovat kulttuurisesti ja moraalisesti latautuneita jäsennyksiä. Eri kategorioihin yhdistetään esimerkiksi ”luonnollisia” ominaisuuksia, oikeuksia, velvollisuuksia tai kompetensseja, jotka vaikuttavat siihen, miten kategorian edustajan otaksutaan toimivan, ja mikä on paheksuttavaa tai oletettavaa. (Baker 1997; Sacks 2006; Juhila, Jokinen & Suoninen 2012; Housley & Fitzgerald 2009.)

Kategoriat eivät ole universaaleja, vaan ne kiinnittyvät aikaan ja paikkaan sekä yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin diskursseihin. Kategoriat toisaalta ylläpitävät sosiaalista järjestystä ja yhteiskunnallisia rakenteita mutta toisaalta ne myös uudistavat ja muovaavat niitä. Kategorioiden tutkiminen on aina samalla kulttuurin kriittistä tarkastelua. (Juhila ym. 2012.)

Kategoria-analyysia on käytetty laajasti yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, esimerkiksi tarkasteltaessa yhteiskunnallisten instituutioiden, luokkien tai ryhmien sekä niihin linkittyvän vallan ja moraalisen järjestyksen rakentumista ihmisten keskinäisessä toiminnassa (Juhila ym. 2012; Butler & Fitzgerald 2010; Hester & Eglin 1997; Housley & Fitzgerald 2009). Ikääntymiseen liittyvässä tutkimuksessa kategoria-analyysia on hyödynnetty suhteellisen vähän (ks. kuitenkin Näslund 2017; Aholola & Lumme-Sandt 2016; Pirhonen, Ojala, Lumme-Sandt & Pietilä 2016; Paoletti & Gomes 2014; Róin 2014; Nikander 2002; Jolanki 2004; 2009). Pääosin sen avulla on tutkittu ikääntyvien tai ikääntyneiden puhetta itsestään (Nikander 2009; Paoletti & Gomes 2014; Róin 2014; Aholola & Lumme-Sandt 2016; Pirhonen ym. 2016; Jones 2006). Kategoria-analyysia soveltavissa tutkimuksissa toistuvat ikääntymiseen liittyvät negatiiviset kulttuuriset stereotypiat ja mielikuvat. Niissä osoitetaan kuitenkin myös haastateltavan aktiivinen rooli kulttuuristen kategorioiden neuvot-

<sup>2</sup> Haastattelijoina toimivat Lapin yliopistosta artikkelin kirjoittajien lisäksi Satu Peteri ja Kirsi Päykkönen sekä Lapin ammattikorkeakoulusta Greetta Raappana ja Kirsi Valli.

telijana, haastajana tai vastustajana (Näslund 2017; Jolanki 2004).

Tämän tutkimuksen analyysi aloitettiin aineistolähtöisesti. Artikkelin kirjoittajat lukivat aineiston läpi ja toivat keskusteluun asioita, joita pitivät aineistossa mielenkiintoisina ja tärkeinä. Eräs näistä asioista oli tapa, jolla ikääntyneet puhuivat itsestään yleisesti ja erityisesti vanhoina ihmisinä. Haastattelukysymyksissä

ei ollut kysymyksiä, joilla olisi kysytty suoraan vanhenemisesta. Aineistosta alettiin etsiä puhetta ja tapoja, joilla ikääntyneet kertoivat itsestään. Tällaisia olivat muun muassa omaan terveyteen tai toimintatapojen muutokseen liittyvät puheet. Näitä puheita analysoitiin kategoria-analyysin menetelmin. Oheinen kuvio kuvaa analyysi- ja tulkintaprosessin etenemistä.



Kuvio 1. Aineiston analyysin ja tulkinnan prosessi.

Osassa kategorioita korostui ikääntyneen aktiivisuus ja pystyvyys. Haastateltavat puhuivat itsestään pystyvänä, autonomisena ja yhteisön jäsenenä. Toisissa kategorioissa korostui ikääntyneen sairastavuus, heikkovointisuus ja luopuminen. Haastateltavat puhuivat itsestään vanhana, autettavana, väsyvänä ja sairastavana. Näin ollen aineistosta löytyvä kategorisointi oli kaksiulotteista. Tulkinta kategorioiden kaksiulotteisuudesta oli kiinnostava, koska jokaisen haastateltavan puheesta löytyi molempia kategorioita. Tämän ei pitäisi olla yllättävää, mutta ikääntyneitä koskevat kulttuuriset kuvat ovat usein varsin kaksijakoisia: toisaalta ovat ne ikääntyneet jotka ovat itsenäisiä, aktiivisia ja osallistuvia ja toisaalta ne heikossa asemassa olevat, jotka tarvitsevat paljon tukea ja apua. Haastateltavamme olivat tilanteessa, jossa he tarvitsivat apua, mutta he olivat myös monessa asiassa kykeneviä ja pystyviä. Päätimme tarkastella aineistosta löytyneitä kategorioita hauraus- ja resilienssi-käsitteiden avulla, sillä näissä käsitteissä kiteytyy ikääntyneiden puheessa esiintyvien kategorioiden keskeiset ulottuvuudet ja haastattelupuheiden kaksiulotteisuus.

## Tulokset

*Haurauteen liittyvät kategoriat – Sen jotenki itte vaistoa, että se on liian raskasta nytten*

Haastateltavien oman elämän pohdinta nostaa esiin vanhan, autettavan, väsyvän ja sairastavan kategoriat. Tarkastelemme näitä kategorioita haurauden käsitteen näkökulmasta.

Ikääntyneet kertovat haastatteluissa usein voimien vähenemisestä ja arjen muutoksista. He tarkastelevat elämää menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden näkökulmasta. He huomioivat muutoksen suhteessa menneeseen, määrittelevät mitä pystyvät vielä tekemään tai mihin eivät enää kykene ja arvioivat tulevaa. Moni haastateltava toteaa, etteivät voimat enää riitä, tai ettei enää jaksa tai pysty toimi-

maan samalla tavalla kuin ennen tai vastaavasti, että *vielä* jonkin askareen suorittaminen onnistuu. Maria arvioi omaa elämäänsä suhteessa menneeseen.

[V]aikka olen niin hirviän paljon järvellä ollu ja kalastanu yksin ja toisten kans ja sa, ja savusaunaa lämmittäny. Mutta ei. Sen jotenki itte vaistoa, että se on liian raskasta. (Maria, 91-vuotias, asuu yksin)

Marian ja muiden haastateltavien kertoessa omasta heikentyneestä terveydestään puheen sävy on toteava. Maria ja Anna kertovat heikosta voinnista ja jaksamattomuudesta osana elämän todellisuutta, hyväksyen tai vähintään myöntäen sen. Kategoriaan kuulumiseen yhdistetään tyypillisesti siihen liittyviä oikeuksia tai velvollisuuksia. Helenan mukaan jaksamattomana hänelle kuuluisi oikeus saada apua siivoukseen.

Ja nyt minä oon anonut aluelautakunnalta, että jos kerran kuussa saisin tänne siis, että nuita lattioita vähän pyyhkästä ja mattoja kopistettas, että en minä niitä ennee jaksa, eikä oo pakkokaan. (Helena, 89-vuotias, asuu yksin)

*Eikä oo pakkokaan* ja Helenan puhe siitä, kuinka *pittää luopua* ja *tekkee minkä jaksaa* osoittavat kuitenkin, että jaksamattomuutta, haurautta, pitää joissakin tilanteissa selittää (selontekovelvollisuudesta ks. Juhila 2012). Se poikkeaa tavoitteesta, jonka mukaan siivotaan itse ja osallistutaan.

Haastattelija: Tuota, millaiseksi sinä arvioisit oman terveydentilasi, tällä hetkellä?

Eila: No eihän se hyvä ole.

Haastattelija: Mm.

Eila: Mutta kyllä, joo. Se on, et mie en pysty paljon mittään tekemään että. Jos mä vähänkin alan tekkeen jotakin, vaikka ikkunoita pesseen tai muuta, mulle tulee hirveät rintakivut ja.

Haastattelija: Niin justiinsa

Eila: Semmosta. Ja ruuanlaittokin alkaa käydä nyt semmoseks, että kun mä seison tuossa, niin sitten mä jou'un menemään nukkumaan tuonne.

Haastattelija: Niin justiin, joo

Eila: Tai makkoilemaan, jälkiin ennen kö Maurille laitan ruuan. Ja sitten mie oon, et nyt saat pärjätä yksin, että mä vähän aikaa levähän. Mutta muuten tämä on ihan. Tämmöstä oleskelua ja välillä nukahan (naurahtaa). (Eila, 85-vuotias, asuu puolison kanssa)

Eila vastaa terveydentilaan liittyvään kysymykseen kertomalla, kuinka hän yrittää tehdä kotitöitä, mutta se on hankalaa ja on käynyt yhä hankalammaksi. Eila perustelee pystymättömyyttään hoitaa kodin töitä ja laittaa puolisolleen ruokaa kivuilla ja levon tarpeella. Voimien väheneminen on peruste levätä, jättää kotityöt tekemättä, mutta samalla selonteko vahvistaa käsitystä siitä, että kotitöiden teko kuuluisi asiaan. Toisaalta Eila kertoo varsin neutraalisti siitä, että elämiseen kuuluu paljon oleskelua.

Vanhan, väsyneen, autettavan tai sairastavan kategorioihin liittyy ikääntyneillä usein muutosta ja sopeutumista. Käytännössä tämä tarkoittaa usein muutoksia toiminnoissa, joiden avulla selviää arjen haasteista. Haastateltavat kertovat, kuinka töitä jaetaan pienempiin osiin tai saadaan apua. Siirtymää haurauden värittämään arkeen kuvaillaan *ei enää onnistumisena, ei sitäkään pysty tekemisensä, ei pitkää pitkäa jakamisena ja ei selviämisenä*.

Antero: Nämä on nämä omat hommat sitoneet täällä, että tuota, että ku sitä ei pitkää pitkäa jaksa kerralla tehdä töitä, se pitää jakkaa useampaan.

Haastattelija: Niin justiin, kyllä.

Antero: Useampaan ossaan päivittäin, niin että pysyis kohtalaisen, ettei tarttis ruveta aivan.

Haastattelija: Kyllä, joo.

Antero: Se jos mennee kovin tiukalle, ni sitä ei sitten, sitä ei selviä, kun ne maitohapot kuule [nauraa]. (Antero, 87-vuotias, asuu puolison kanssa)

Haastattelija: Joo, no miten sitten sellaiset siivousasiat? Käykö teillä apua siinä vai?

Annikki: No mulla käy tä...tässä vaiheessa mulla on ollut sillai, että se on kerran kuussa käynyt ja nyt mä oon sitä yrittänyt saada, että jos se kävisi kaksi kertaa kuussa, että se siivoaa. Kohta tuntuu, että liikaa sitä pölyä kertyy, kun siinä kuukauden sisään, kun ei mulla itellä enää oikein onnistu se siivoaminen. Tähän saakka se nyt on mennyt, että mä olen siinä välillä sitten ittekin kuitenkin imurilla vetänyt, mutta en mie enää oikein sitäkään pysty tekemään. (Annikki, 83-vuotias, asuu yksin)

Sosiaalisiin ja lähisuhteisiin sijoittuva kategoriasiiirtymä, johon haastatteluissa sisältyy haurauden ulottuvuus, on aviopuolisosta leskeksi tai ystävästä ystävän menettäneen kategoriaan siirtyminen.

Haastattelija: Milloinkas teidän puoliso kuoli?

Anna: 2007 marraskuussa.

Haastattelija: No miltä on tuntunut sen jälkeen elämä?

Anna: No kyllä se on se kaipuu aina. Toisinhan aika vaikeatakin ku, varsinkin kun yksinkin on, niin ne hulvalhtelee kaikki mieleen. [nauraa] Kaikki mieleen. Ei se ole yksin, yksin varsin, kyllä mie kolme vuotahan mie olin yksin silloin kun mies kuoli, että, mutta tuo se on pelastanut tuo kuorohomma paljon. En mie enää pärjäis yksin. Se on niinkö mielenterveydellekin kauhea rasite.

Haastattelija: Niin.

Anna: Että pitää saaha toisten kanssa, toisten kans keskustella ja onneksi täällä, nyhän multa kuoli paras kaveri tuosta naapurista. Voi että se on ollu kauhia paik-

ka. (Anna, 88-vuotias, asuu aikuisen pojan kanssa)

Annan puhe surusta ja kuollutta miestänsä kohdetaan tuntemastaan kaipuusta ja ystävän menettämisen ”kauheasta paikasta” kertovat siitä, kuinka hauraus on sidoksissa vuorovaikutukseen ja lähisuhteisiin. Annan mukaan yksin olo johtaisi *ei enää pärjäämiseen*. Anna asuu aikuisen poikansa kanssa, ja poika tekee suurimman osan kodin töistä. Tätä riippuvuutta Anna ei kuitenkaan esitä ongelmallisena, vaikka muissa haurauteen liittyvissä tutkimuksissa riippuvuus muista on negatiivisesti latautunut asia (Grenier 2007; Higgs & Gilleard 2016).

Suhde itseen vanhana, autettavana, väsyvänä tai sairastavana on monella tavalla pohdinnan kohteena, mutta nämä kategoriat eivät ole haastateltaville totaalisia kategorioita, jotka määrittelisivät heidät täysin. Olennaista haastateltaville on heikkovointisena tai avun tarvitsijana arjen kokeminen mielekkäänä ja tunne minän jatkuvuudesta elämän muuttuessa. Usein minän jatkuvuuteen liittyvä ajatus itsestä pystyvänä. Esimerkiksi raha-asoiden hoitamisesta puhuessaan Maria kertoo lasten hoitavan hänen raha-asiansa, mutta lisää, että *kaikki kulkee hänen kauttaan*.

Maria: En minä pärjäis

Haastattelija: Mm.

Maria: Enää, jos mulla ei olis tuollaset vaikituiset, jotka hoitaa niitä.

Haastattelija: Nii, et se lasten

Maria: Mut se, et minun kautta kaikki kulkee.

Haastattelija: Niin.

Maria: Ja se on ihan, minä oon aatellu mielekästäki, että niin kauan ku pää toimii, niin siinä on jotain mielekkyyttäki kö on kuitenkin asioista perillä.

(Maria, 91-vuotias, asuu yksin)

Marian tapauksissa mielekkyyden ja tunteen minän jatkuvuudesta antaa kokemus siitä, että on oman elämän asioista perillä, vaikka käy-

tännössä monia asioita ei enää hoidakaan. Seuraavissa haastattelukatkelmissa Anna lähestyy omaa heikentynyttä kykyä tehdä asioita harmituksen, itsensä pakottamisen ja tavoitteeseen yltämättömyyden näkökulmista. Kategoriasiirtymä pystyvistä, töitä tekevistä maatalon emännistä autettavaksi ja hauraaksi on jossain määrin ongelmallinen, sillä se haastaa käsityksen itsestä – Anna on *ikäsä tottunu* puurtamaan ulkotöissä. Toisaalta Anna osoittaa, että ei ole periksi antavaa tyyppiä, mutta toisaalta toteaa, ettei hän ole pystynyt tekemään mitä haluaisi tai mikä olisi tavoiteltavaa.

Haastattelija: No miten sä arvioisit nytten keväällä sitte että onko mennä huononpaan suuntaan, parempaan suuntaan?

Anna: Parempaan suuntaan. Mul on ollu, tämä on ollu aivan mahotonta tämä minun kipuilu. Koko talven. Aivan, on ettei ole... Ei ole kyllä, haluttanu sängystä nous- sa mutta ko on pakko. Ja se on hyväki kyllä.

Haastattelija: Mm.

Anna: Että, vertaapi ylös sängystä.

...

Haastattelija: Niin nyt on ollu noita pihatöitä paljo?

Anna: No pihatöitä ja tuohan se minuu harmittaa ku mie en ole pystyny nuita, etes nuita kukkapenkkiä hoitamaan. Ja sieltä ne vain nousee nuo kukat... [naurua].

...

Anna: Ei mulla niin hirveesti harmita mut- ta, sitäkö on i-ikäsä tottunu että sitä puur- taa tuolla ulukona kesä talvet. Nyt ei mit- tään.

...

Anna: Niinkö se sillä lailla, se on elämää maalaistalosa jos tehään töitä.

(Anna, 88-vuotias, asuu aikuisen pojan kanssa)

Toisaalta haastateltavat myös eksplisiittisesti vastustavat kategorioita, joiden kautta he saattaisivat tulla määriteltyksi hauraaksi. On huomionarvoista, että neuvottelut näistä tul-

kintamme mukaan haurauteen liittyvistä kategorioista tapahtuvat kotona asumisen kontekstissa. Tämä asettaa ikääntyneet monissa tilanteissa asemaan, jossa leimautuminen hauraaksi uhkaa kotona asumista ja jossa on tarve osoittaa kykenevyys kotona asumiseen. Tämä asetelma näkyy Anjan puheessa. Hänen käsityksensä omasta asemoitumisestaan on erilainen kuin palveluntarjoajan. Anja pitää ulkopuolisen tekemää *kehnon* määritelmää virheellisenä ja asettaa arvioinnin kyseenalaiseksi nimittämällä ulkoilutusta villitykseksi.

Haastattelija: Nii. Ootteko tykänny siitä ulkoiluttamisesta?

Anja: En mä tarttis semmosta. Kyllä mä nyt ossaan yksinki käyä tuolla ulkona.

Haastattelija: Joo..

Anja: Mutta ne aivan kuvittellee että mä oon aivan keho. Kun kevväällä oli semmonen, että ku mä katoen näin, nii mä meinin nurin.

Haastattelija: Joo.

Anja: Nii se on siitä vissiin tämä villitys että on tämmönen ulkoiluttajakin. (Anja, 85-vuotias, asuu yksin)

Haastateltavien reflektoinnissa tulee paikoitellen esille tulevaisuuden epävarmuus ja siihen liittyvät huolet ja pelot. Nämä liittyvät erityisesti kotona asumiseen ja terveyteen. Tällä tavoin hauraus kiinnittyy ajalliseen ulottuvuuteen ja tulee osaksi ikääntyneen itsekategorisointumista tulevaisuuteen liittyvän pelon tai huolen kautta.

Maria: No, en minä nyt muuta osaa kuin pysyisin semmoisessa kunnossa vaan, että pystyn tässä oleen. Nyhän kodinhoitajat käyvät sitten ja eikä tuo muisti menis ja karvais kovin kauas, että osaan tilanteen aina itte arvioida, niin semmoista sitä toivoo.

Haastattelija: Mm.

Maria: Että se se olis kaikista tärkeintä.

Haastattelija: Kyllä (Maria, 91-vuotias, asuu yksin)

Vaikka haurauteen liittyviin kategorioihin yhdistyy epävarmuutta ja huolta ja vaikka näihin kategorioihin kuulumisesta tai niiden reunaehdoista neuvotellaan, eivät kategoriat ole haastateltavia rampauttavia. Hauraus on osa ikääntyneiden elämäntodellisuutta, johon he ovat sopeutuneet tai johon he päivittäin sopeutuvat. Näin se on kiinteästi yhteydessä resilienssiin (Fitzpatrick & Lagory 2003). Kategoriat eivät ole haastateltavien puheessa joko-tai vaan sekä-että, haurauspuhe rakentuu yhteydessä resilienssipuheeseen.

Resilienssiin liittyvät kategoriat – *Mie aina, mie yritän jotakin tehdä. ... Sikäli ku pystyn.*

Kategorioita, joissa korostuvat omasta arjesta vastuun ottaminen, pystyvyys, aktiivisuus ja pärjääminen, ovat pystyvän, autonomisen ja yhteisön jäsenen kategoriat. Näitä aineistossa löytyviä kategorioita tarkastelemme resilienssi-käsitteen avulla. Kategorioiden yhteydessä haastateltavat asemoituvat aktiivisen toimijan rooliin, jossa he ovat vastuussa oman arkielämänsä toimista ja määrittelevät elämänsä kulua. Nämä kategoriat rakentuvat esimerkiksi haastateltavien kertoessa arkipäiviensä kulusta: aamuaskareistaan, kodista huolen pitämisestä ja asioiden hoidosta.

Haastattelija: No sellaista vielä voisin kysyä, että millainen on sellainen tyypillinen päivä teille? Tyypillinen arkipäivä, että mitäs tapahtuu?

Anna: [...] mie aina, mie yritän jotakin tehdä.

Haastattelija: Hmm.

Anna: Sikäli kö pystyn. Siivota vessan tai käyä pyykinpesusa tuolla, eihän sitä muuta tartte ku laittaa konheeseen ja ottaa pois, niin se tuo pannee kuivhaan ku mul on niin huonot käjet. Ja tuota, mitä mie nyt paljo tekisin? Kyllä mie tietenkin, jos näinkin mennee, niin saatan vähän siivotakin ja pyyhkiä lattioita ja, mie aina keksin jotakin.

Ko sekin, se on hankala ko ei pysty käsitöitä tekkeen. Se se ois hyvää ajankulua.

(Anna, 88-vuotias, asuu aikuisen pojan kanssa)

Vaikka haastateltavien arkielämän valinnan mahdollisuudet ovat monella tavalla rajallisempia aiempaan elämään nähden, löytävät haastatellut kuitenkin keinoja kuvata itsensä aktiivisena ja itsenäisenä toimijana. Arkipäivästään kertoessaan Anna asemoi itsensä aktiiviseksi toimijaksi, vaikka muuten hän haastattelussa viittaa usein heikkoon ja vaihtelevaan terveydentilaansa. Vaikka Anna viittaa myös tässä katkelmassa eksplisiittisesti terveydentilaansa liittyviin haasteisiin *mulla on niin huonot käjet tai ko ei pysty käsitöitä tekkeen*, hän kuitenkin korostaa omaa rooliaan pystyvänä toimijana. *Mie aina, mie yritän* viittaa aktiivisuuteen ja moraalisena velvollisuuteen tehdä oma osansa mahdollisista ongelmista huolimatta. Sana *aina* vahvistaa Annan argumentointia. Anna tekee myös myönteisen tulkinnan terveydentilansa suunnasta – vaikka hän ei ole moneen kuukauteen siivonnut kotona, hän arvelee, että saattaa vähän siivoillakin *jos näinki mennee*, eli jos terveydentila kohenee.

Ilmari on tehnyt koko työuransa fyysistä työtä, mutta terveysongelmien vuoksi hän on joutunut luopumaan monesta tekemisestä. Nykyään Ilmari liikkuu vain harvoin kodin ulkopuolella ja kotipihalla kävelykin on haastavaa. Arkipäivästään kertoessa Ilmari valitsee kerrontaan juuri sen asian, josta hän pystyy vielä omatoimisesti suoriutumaan.

Haastattelija: Jos vielä semmosta kyselis, että minkäslainen teillä on semmonen tyyppinen päivä? Jos kertositte semmosesta? Ilmari: No se on, tota [...] sähköllä ja puilla tämä lämmitys, ni minä sähköä säästäessä, ni mulla on halakoja vaikka kuinka paljon ne pojat ruukaa mulle siirtää tuohon pannuhuoneeseen ja liiteriin. Minä siitä, sitte vielä kerran päivässä käyn, käytän tulia nyt

varsinki nyt ku kylmempi ilima on, ni piän takassa tulta. Takassa pannuhuoneessa tulta. (Ilmari, 88-vuotias, asuu yksin)

Ilmarin puhetapa korostaa hänen pärjäämistään ja sopeutumistaan elämän muuttuneisiin olosuhteisiin. Omaa pystyvyyttä, käsitteellisesti resilienssiä, tuotetaan myös korostamalla omia kognitiivisia kykyjä; vaikka Maria on joutunut luopumaan monien arkiaskareiden hoitamisesta, hän korostaa kykyään edelleen ajatella ja ymmärtää.

Haastattelija: Niin, mutta vielä ootte pysty-ny tässä kotona asuu?

Maria: Kyllä ja kyllä minä, kyllä minä asiat ymmärrän, mutta se on mennyt semmoseks hitahaks, että ei pysty ilimasehe niitä niin, niin sillä lailla luonteavasti, ilman muuta.

Haastattelija: Aivan.

Maria: Mutta tuota kyllä minä ajatuksissani vielä tajuan kaikki ne asiat, mitä elämässäni on ollu ja ja myös, että osaan vielä ajatella ne asiat, et kaikkee, että mitä pitää tehdä.

Haastattelija: Mm.

Maria: Sittehan se menee toivottomaks olla yksin, jos ei sitä, jos ne pian putoaa. (Maria, 91-vuotias, asuu yksin)

Tässä katkelmassa haastattelija huomaamattaan asemoi Marian selontekovelvolliseksi. Marian vastaus muotoutuu korkean iän ja kotona asumisen kontekstissa. Viittaamalla kykyyn ymmärtää ja ajatella asiat Maria osoittaa haastattelijalle pystyvänsä edelleen asumaan kotona. Marian vastaus heijastaa myös kulttuurista stereotypiaa ikääntymisestä höperöitymisenä. Tarve selvittää omaa kykyään ajatella viittaa siihen, että se on yli 90-vuotiaalle poikkeuksellinen ominaisuus. Toisto on keino vahvistaa viesti kuulijalle. Aineistokatkelma kuvaa myös hyvin kategorioista neuvottelua, johon viitattiin aiemmin. Myöntämällä iän myötä tulleen hitauden ja itsensä ilmaisemisen vaikeutumisen Maria asemoituu jossain määrin

ongelmalliseen vanhan kategoriaan, mutta kuitenkin hän painottaa heti perään omaa pystyvyyttään kertomalla, että ongelmista huolimatta kyky "ajatella asiat" on tallella.

Myös muissa haastatteluissa keskustelu kotona asumisesta nostaa esiin oman pystyvyyden osoittamisen. Osa haastateltavista on käynyt keskusteluja kotoa pois muuttamisesta kotihoiton työntekijöiden, lasten tai muiden läheisten kanssa. Kukaan haastateltavista ei kuitenkaan arvioi itseään kotona asumiseen pystymättömäksi vaan pikemminkin he perustelevat kotona pärjäämistään.

Haastattelija: Joo, no jos miettii sitä omassa kodissa asumista, niin, niin mitä hyviä tai huonoja puolia siitä tulisi mieleen?

Olavi: No tähän on erittäin hyvä tämä, että saamme kumpikin Kaarinan kanssa olla täällä kotona. Ja emmie ainakaan lähde vielä muualle, niin emme me siinä kunnossa ole, että meidän tarttis lähteä vielä muualle.

Haastattelija: Joo. Ei oo vielä ollut puhetta, että tarvisi mihinkään

Olavi: On puhetta ollut, mutta tuota, kylä me, kyllä me pärjäämme vielä tässä ihan kotioiloissa.

(Olavi, 76-vuotias, asuu apua tarvitsevan puolison kanssa)

Pystyvyysspuheessa korostuu myös kyky ja taito sekä moraalinen velvollisuus huolehtia itsestään, esimerkiksi terveydestään.

Haastattelija: Mitä tuo kotihoito täällä tekee? Auttaaks se niihen lääkkeiden annostelus vai mitä he käy?

Maria: Ei mul oo tarvinnu. Kyllä ne varmasti tekee sitäki, jos tarttee, mutta minä olen aika tarkka näissä hommissa, että.

Marian poika: Se on sillai, että mummu ja kaa vielä itse, mutta ne maanantaina niin tarkistavat [pöytäkirjoista puhetta].

Maria: Niillä oli määräys tullu, että niiden pitää maanantaina käydä tarkistamassa se,

kun minä jaan sen viikon annoksen ja, mutta minä olen niin kauan tehny sitä ja sillai kyllä minä periaatteessa olen semmosissa asioissa niin tarkka, että en tohlaile. Että, ja jotenki tykkäänki siitä, että minä saan itte tehdä. Se vähä kohentaa sitä itsetuntoa.

(Maria, 91-vuotias, asuu yksin)

Minun on hyvä kävellä. Minulta mennee jaloista voima, jos en minä, minä vain makkuu, makkaan ja istuskin. Että täytyy pittää huoli tuosta omasta terveydestä, niin viime viikolla kävi tämä naapuri tuomassa postin, kun olin, olin silloin huonossa kunnossa, mutta seuraavana päivänä minä menin ite hakemaan ja tänäki päivänä. Minulla on sauvat, jotka, joittenka turvin minä kävelen, että en kaavu siellä ja on minulle hommatu on tämä ranneke, että voin sillä hälyttää, kun, jos kaatuu tuonne, niin ei taho päästä ylös. (Helena, 89-vuotias, asuu yksin)

Maria korostaa omaa osaamistaan ja kykyään huolehtia lääkkeenotosta, sijoittaen tällä tavalla itsensä pystyvän kategoriaan. Helenan puheesta terveydestä huolehtiminen on moraalinen velvollisuus, siitä "täytyy" pitää huolta. Helena myös osoittaa elävänsä tämän moraalisen velvoitteen mukaisesti. Huonovointisuus vaikeuttaa omaa aktiivisuutta, mutta aina kun mahdollista, hän esimerkiksi, mahdollisista riskeistä huolimatta, hakee itse postin.

Haastateltavat korostavat kerronnassaan myös muihin kiinnittymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä. Resilienssiin liittyviin kategorioihin kiinnittyvä kerronta pitää usein sisällään puhetta toisista ihmisistä, joko konkreettisen avun antajina, henkisen hyvinvoinnin ja pärjäämisen tukijoina sekä turvallisuuden lähteenä.

Haastattelija: Joo mutta että terveys on ollu parempaan päin?

Anna: No kyllä niin voi sanoa kyllä. Kyllähän niitä tulee aamullaki oli niin paha olo että, että pitikö minun soittaa että älä-

kää hyvät ihmiset tuluko ei minusta [naurahdus] nyt mihinkään oo että, niin se siitä taas. Söi ja, joi vettä ja, kuunteli ja katteli niin siitä se taas.

Haastattelija: Mm. Onko se paha olo fyysis-tä vai onko myös sitte että mieli on maassa?

Anna: [ähkäisy] No se on varmaan sitäki. Että mieli on maasa.

Haastattelija: Mm.

Anna: Ja tuoki etova tunne on, en tiää kumpaa se, kumpaan kategoriaan se [naurahdus] laskis. Mutta tuota.. Kyllä se, ku on huono olo monestikki sen huomaa ku joku tulee ja päläpättää täällä oikeen niin.. Niin tuota sen, silläki mennee ohi.

Haastattelija: Mm.

Anna: Että kyllä mie olen sanonu että miusta ei yksinolijaksi olis yhtään.

(Anna, 88-vuotias, asuu aikuisen pojan kanssa)

Kerronta itsestä yhteisön jäsenenä tai vuorovaikutussuhteen osapuolena kiinnittää ikään-tyneen moninaisiin sosiaalisiin verkostoihin. Anna kertoo kuinka muiden seura parantaa oloa, eikä hän usko pärjäävänsä yksin. Pärjäävä, pystyvä itse rakentuu Annan puheessa ihmis-suhteissa. Toisesta näkökulmasta katsottuna pärjäävää itseä on vaikea kuvitella olevan olemassa ilman muiden ihmisten läsnäoloa. Hauraus ja resilienssi kiinnittyvät siis sosiaali-seen ja ihmissuhdeverkostoihin. Niillä saattaa-kin olla erittäin merkittävä rooli ikääntyneille esimerkiksi minän jatkuvuuden näkökulmasta.

## Johtopäätökset

Haurauteen viitataan tutkimuskirjallisuudessa monella tapaa ongelmallisena ilmiönä. Sitä pi-detään epäonnistuneen tai epäonnisen vanhe-nemisen tekijänä: riskinä (ks. esim. Rockwood ym. 2005; Clegg ym. 2013) tai merkityksel-tään negatiivisena tekijänä (Higgs & Gilleard 2015; 2016; Warmoth ym. 2016; Puts ym.

2009; Grenier 2006; 2007), jota vastustetaan esimerkiksi itseidentifikaation tai -kategori-soinnin lähteenä (Puts ym. 2009; Grenier 2006; Grenier & Hanley 2007; Warmoth ym. 2016; Higgs & Gilleard 2015; 2016; Grenier 2007).

Aineistossamme ilmentyvä haurauden vas-tustaminen tai siihen liittyvien kategorioihin kuulumiseen liittyvä selontekovelvollisuus voidaan tulkita vallitsevan tutkimusnäkemys-sen mukaisesti haurauden eksklusiona. Jos ilmiötä tarkastelee niiden tutkimustulosten valossa, joissa on osoitettu taipumus yhdis-tää hauraus vanhan iän negatiivisiin stereoty-pioihin (Bai 2014; Featherstone & Hepworth 2005), kyse on myös ageismista tai vanhuuden sosiaalisesta eksklusiosta. Ageismin seurauk-sena on pidetty vaikeutta mieltää itseä vanhak-si (Featherstone & Hepworth 2005; Nikander 2000), etäisyyden ottoa vanhan kategoriaan, tai kategorian vastustamista (Näslund 2017; Róin 2014).

Toisaalta kategorisointiin liittyvä hauraus-puhe saattaa myös muotoutua diskursiiviseksi välineeksi, jota ikääntyneet käyttävät tarpeen vaatiessa omaksi edukseen ja joka mahdollis-taa osallisuuden niukentuviin resurssiin ja palveluihin (Grenier 2007; Grenier & Hanley 2007). Haastatteluissamme haurauteen liitty-viin kategorioihin (sairastava, väsyvä, autet-tava, vanha) kuuluminen nähtiin yhtäältä pe-rusteluina palvelujen saantiin. Toisaalta näihin kategorioihin kuulumista varottiin, koska nii-den katsottiin estävän pystyvän ja omassa ko-dissa pärjäävän, aikuisen ihmisen kategoriaan kuulumisen ja olevan täten riski kotona asu-misen jatkumisen suhteen. Ikääntyneen sijoit-taminen hauraaksi saattaa mahdollistaa hoivan, mutta toisaalta se saattaa myös rajata ikäänty-neen toimintavapautta ja autonomiaa (Higgs & Gilleard 2016; Grenier 2007).

Vaikka haurauteen liittyy menetyksiä ja luo-pumista, se voidaan nähdä uudenalaisina tapoi-na olla yhteydessä itseensä ja toisiin. Hauraus voi merkitä uudenaalaisen toimijuuden ja sopeu-tumiskyvyn löytymistä. (Nicholson ym. 2013.)

Haastateltavamme eivät varsinaisesti tarkastelleet haurauttaan positiivisessa valossa, mutta toisaalta he eivät myöskään jääneet kiinni haurastumisen mukanaan tuomiin uhkiin; aineistosta välittyvä realistinen suhtautumistapa ikään liittyvään haurastumiseen. Toisaalta ikääntyneet reflektoivat mahdollista tulevaa haurautta ja sen tuomia muutoksia terveyteen, pärjäämiseen ja kotona asumisen mahdollisuuteen.

Haastateltavamme puhuivat paljon itsestään pärjäävinä ja keinoista, joiden avulla asiat tulevat hoidetuiksi haasteista huolimatta. Resilienssitutkimuksen käsitteistä ja tuloksista tulivat puhutuiksi erityisesti sinnikkyys (Wagnild & Young 1993; Bolton, Praetorius & Smith-Osborne 2016), joustavuus ja realistisuus (Fitzpatrick & Lagory 2003), yhteydet muihin ihmisiin ja asioihin, itsestä huolen pitäminen ja itsensä hyväksyminen sekä itseenäisyys (Bolton, Praetorius & Smith-Osborne 2016), hoivaresurssien ja henkilökohtaisten elämäntapa- ja kokemusten myötä syntyneet vahvuudet (Nakashima & Canda 2005), yksilön ja ympäristön välinen joustavuus (Sapountzaki & Dandoulaki 2006) ja palvelujen saanti (Marttila, Johansson, Whitehead & Burström 2013).

Ikääntyneiden puheessa esiintyneet resilienssiin liittyvät kategoriat voidaan tulkita pyrkimyksenä rakentaa sosiaalista identiteettiä ja arvoa (ks. Jolanki 2004) tai vanhuuteen liittyvien negatiivisten diskurssien vastapuheena, itsetodisteluna (ks. Suoninen 2012), joka on hienovarainen tapa vastustaa haurautta ja korostaa omaa pärjäävyyttä. Mielestämme näiden kategorioiden voidaan yhdessä katsoa rakentavan aikuisen kategorian, johon ikääntyneet sijoittavat itsensä. Aineistostamme löytyy kohtia, joissa ikääntyneet korostavat aikuisuuteen kulttuurisesti yhdistettyjä taitoja: yleistä elämäntilannetta ja itsestä huolehtimista. Jos arkiaskareiden hoitaminen on muuttunut vaikeaksi, aikuisen kategorian rakennetaan osoittamalla, että kyky ajatella ja ymmärtää asioita on fyysisestä heikkokuntoisuudesta huolimatta edel-

leen tallella. Tällä tavoin rakentuu peruste saada aikuisuuteen kulttuurisesti linkitettyjä oikeuksia: oikeuden päättää oman elämän asioista ja elää valitsemansa elämäntyylin mukaan.

Itsetodistelu on tulkintamme mukaan yhteydessä terveen, onnistuneen tai aktiivisen vanhenemisen ideaaliin, johon on yhdistynyt yksilöllisen vastuun suuri rooli läntisissä kulttuureissa (Jones & Higgs 2010). Velvoite pitää itsestä huolta tulee esiin myös Róinin (2013) tutkimuksessa, jossa farsaarelaisten eläkeläisten puheesta itsestä huolen pitäminen, esimerkiksi liikunta, on velvollisuus, joka on sidoksissa hyvin ja oikein ikääntyvien kategoriaan. Myös Ahsolan ja Lumme-Sandtin (2016) tutkimuksessa omaisettomat vanhat ihmiset tuottivat puheessaan vanhuspolitiikan toivekuvaa aktiivisesta, itsenäisestä ja vastuullisesta vanhuudesta. Vaikka negatiiviseksi koettu haurausdiskurssi on saanut rinnalleen ensi silmäyksellä positiivisia ikääntyneiden kategorioita (aktiivinen, terve, kolmatta ikää elävä), aktiivisen tai onnistuneen ikääntymisen vaatteet voivat mennä niin pitkälle, että ihmiset, jotka eivät syystä tai toisesta yllä ideaalin, joutuvat kärsimään sen seurauksista (São José, Timonen, Amado & Santos 2017; Lamb 2014).

Yksi tapa osoittaa resilienssiä on vedota muihin ihmisiin oman resilienssin todistajina. Haastateltavamme kertoivat, kuinka kotihoidon työntekijä, lääkäri, naapuri tai tuttavat tietävät tai ihmettelevät heidän pärjäämistään (ks. myös Jolanki 2004). Tällaisella puheella voidaan myös pyrkiä erottautumaan oletetusta, normatiivisesti latautuneesta hauraudesta (ks. esim. Coupland, Coupland & Giles 1989). Pirhosen ja muiden (2016) mukaan itsensä etäännyttämistä vanhan kategoriasta tehdään esimerkiksi tulkitsemalla omia kykyjä uuden tilanteessa, jossa joissain kyvyissä on tapahtunut muutoksia. Yksi keino on vertailu heikompiin (Pirhonen ym. 2016).

Joskus haastateltavat puhuivat itsestään kykenevänä asioihin, joihin he eivät haastattelijan arvion mukaan käytännön tasolla kyenneet.

Tulkintamme mukaan myös tämä on seurausta resilienssin osoittamisen kulttuurisesta vaateesta tai uudenlaiseen minään totuttautumisen keskeneräisyydestä. Kykenevyyspuhe linkittyy myös vahvasti kotona asumiseen – puhe on ikääntyneiden toimintaa mahdollista kotoa pois muuttamisen uhkaa vastaan.

Tulkitsimme ikääntyneiden puheessa olevia itseä kuvaavia kategorioita resilienssin ja haurauden näkökulmista. Tutkimuksemme yksi keskeisimmistä tuloksista on se, että haastateltavamme kategorisoivat itseään sekä resilienssiin että haurauteen liittyviin kategorioihin. Ikääntyneiden puheessa ei rakennu samanlainen kahtiajakaisuus, mikä on nähtävissä populaarissa tai poliittisessa puheessa. Itsestään puhuessaan ikääntyneet sijoittavat itsensä kategorioihin, jotka liittyvät resilienssiin ja haurauteen, ei vain toiseen niistä. Kun ikääntyneet kertoivat elämänsä ja itseensä liittyvistä haasteista ja hauraudesta, he liittivät puheeseen resilienssiin kiinnittyviä teemoja, esimerkiksi kertomuksia keinoista, joilla he olivat selvinneet vaikeista asioista. Kyse oli joko konkreettisista käytännön keinoista, epävirallisista ja virallisista verkostoista ja avun saannin tavoista tai uusiin elämäntilanteisiin liittyvistä suhtautumiskeinoista tai sopeutumistavoista.

Ikääntyneet käyttivät haurauteen ja resilienssiin liittyviin kategorioihin itsensä sijoittamista diskursiivisena välineenä välittääkseen itsestään tietynlaisen kuvan ja toisaalta välttääkseen ei-toivottuja vaikutelmia. Näin itsekategorisointi toimi sosiaalisen identiteetin rakentamisen välineenä. Itsekategorisointiin liittyy myös moraalinen ulottuvuus. Haurauteen liittyviin kategorioihin liitettiin muun muassa oikeus apuun ja tukeen ja resilienssiin liittyviin kategorioihin velvollisuus pitää huolta toimintakyvystä ja terveydestä sekä oikeus kotona asumiseen haasteista ja tuen tarpeista huolimatta. Kategorisointi oli myös keino reflektoida omaa elämää ja itseä. Esimerkiksi silloin, kun terveydentila vaihteli huomattavasti tai tukea antavien läheisten elämäntilanteissa

tai palveluissa tapahtui merkittäviä muutoksia, myös kategoriat, joihin haastateltavat asettuivat, muuttuivat. Uudenlainen kategorisoituminen, monenlaisten kategorioiden rinnakkaisuus, nopeat kategoriasiirtymät tai tuttuun kategoriaan kuulumisesta luopuminen herättivät pohdintaa omasta elämästä ja itsestä. Esiin nousseet kysymykset koskivat sitä, millainen minä olen ja millainen tulevaisuus minulla on.

## Pohdinta

Ikäkategorioiden liittyvillä kulttuurisilla käsitteillä on voimakas vaikutus siihen, mitä ihmisiltä odotetaan ja mitä heiltä evätään (Näslund 2017; Zimmerman & Grebe 2014). Ikääntyneiden, kuten kaikkien muidenkin ikäryhmien, elämässä on asioita, joita voidaan kuvata haurauden ja resilienssin käsitteillä. Tutkimuksemme ikääntyneilläkin on elämässään monia haurautta tuovia tekijöitä, kuten sairauksia ja menetyksiä, mutta myös resilienssiä synnyttäviä asioita, esimerkiksi sinnikkyyttä, elämäkokemusta, ihmissuhteita ja palveluja. Ajatus siitä, että haastateltaviamme, tai ikääntyneitä ylipäänsä, tarkasteltaisiin yksipuolisesti joko resilienssin tai haurauden näkökulmasta, on huolestuttava. Jos ikääntyneiltä vaaditaan resilienssiä yli voimavarojen, heidän haurautensa ja mahdollinen tuen tarpeensa voi jäädä näkemättä tai se voidaan ohittaa (Wild, Wiles & Allen 2013). Toisaalta pelkästään hauraan kategoriaan sijoitetulta voidaan evätä mahdollisuus toimia, osallistua ja tehdä valintoja oman elämänsä suhteen.

Tutkimuksemme mukaan on tärkeää kiinnittää huomiota ikääntyneiden kategorisointiin. Katégoria-analyysin avulla on mahdollisuus tunnistaa ikääntymiseen ja ikääntyneisiin liitettyjä moraalisia järjestyksiä sekä eri kategorioihin kiinnittyviä oikeuksia ja velvollisuuksia. Vanhuspalveluissa tulisi huomioida seuraavat ikääntyneiden itseä koskevan kategorisoinnin piirteet, jotka liittyvät muun muassa ikäänty-

neiden asiakkaiden asemaan ja palvelutarpeeseen vastaamiseen sekä kokemukseen palvelun laadusta:

Haurauteen liittyvä itsen kategorisointi voi olla yhteydessä ikääntyneen tyydyttymättömään avun ja tuen tarpeeseen sekä kokemukseen oikeudesta avunsaantiin. Esimerkiksi sairaaksi, väsyväksi tai autettavaksi itsensä määrittelevä ikääntynyt voi ajatella, että hänellä on oikeus yhteiskunnan tai läheisten taholta tarjottavaan apuun, mutta hän ei saa tarvitsemaansa tukea. Tällainen avun tarve tulisi tunnistaa.

Ikääntyvän puhetta, joka sisältää selontekovelvollisuutta, tulee kuunnella tarkasti, jottei piiloon jäävä hauraus ja palvelutarve jää tunnistamatta. Ikääntyneet saattavat omassa elämäntilanteissaan asemoitua selontekovelvollisen asemaan, jolloin pärjääminen ja pystyvyys ylikorostuvat, eikä tuen tarvetta välttämättä tunnisteta.

Erilaiset kategorisointikäytännöt tulisi tunnistaa. Esimerkiksi ikääntyneellä ja kotihoitoon työntekijällä voi olla erilainen näkemys kategoriasta, johon ikääntynyt kuuluu. Ikääntynyt voidaan nähdä liian kykenevänä ja hän jää ilman tarvitsemiaan palveluja, vaikka palvelun saannin kriteerit

täyttyisivätkin. Toisaalta ikääntynyt voidaan nähdä kykenemättömämpänä kuin hän onkaan, jolloin myönnetty palvelut saattavat kohdentua väärin.

Ikääntyneet voivat tarvita apua kategorisointiin liittyvien asioiden ja tunteiden käsittelyssä. Esimerkiksi siirtymä autonomisesta autettavaksi tai pystyvistä väsyväksi voi olla muutos, jossa ikääntynyt tarvitsee psykososiaalista tukea.

Ikääntyneiden puheeseen sisältyvä kategorisointi sisältää usein itsen kohdistuvaa reflektointia. Tätä voisi hyödyntää palveluissa työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksen resurssina silloin, kun halutaan selvittää asiakkaan tulkintoja omasta tilanteestaan (esimerkiksi kotona asumiseen liittyvistä voimavaroista ja ongelmista) ja palveluja kohtaan asetetuista toiveista ja odotuksista.

#### Yhteydenotto:

**Marjo Outila**, YTM, yliopisto-opettaja, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sähköposti: marjo.outila@ulapland.fi

**Pilvikki Lantela**, HM, väitöskirjatutkija, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sähköposti: pilvikki.lantela@ulapland.fi



## Lähteet

- Ahosola, P. & Lumme-Sandt, K. (2016). "Sen haluan ilmoittaa, että minä olen vielä pystyssä": Ilman omaisia elävien vanhojen ihmisten toimijuus ja vanhuspolitiikan kategorisoima vanhuus. *Gerontologia*, 30(4), 182–197.
- Bai, X. (2014). Images of ageing in society: a literature review. *Journal of Population Ageing*, 7(3), 231–253. doi:10.1007/s12062-014-9103-x
- Baker, C. (1997). Membership categorization and interview accounts. Teoksessa Silverman, David (toim.) *Qualitative research. Theory, method and practice* (s. 130–143). London: Sage.
- Bolton, K., Praetorius, R. & Smith-Osborne, A. (2016). Resilience protective factors in an older adult population: a qualitative interpretive meta-synthesis. *Social Work Research*, 40(1), 171–182. doi:10.1093/swr/svw008
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Bonanno G., Wortman C. & Nesse R. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*, 19(4), 260–271. doi:10.1037/0882-7974.19.2.260
- Butler, C. & Fitzgerald, R. (2010). Membership-in-action: operative identities in a family meal. *Journal of Pragmatics*, 42(9), 2462–2474.

- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Coupland J., Coupland N. & Giles H. (1989). Telling age in later life: identity and face implications. *Text*, 9(2), 129–151. doi:10.1515/text.1.1989.9.2.129
- Featherstone, M. & Hepworth, M. (toim.) (2005). *Images of ageing: cultural representation of later life*. London: Routledge.
- Fitzpatrick, K. & Lagory, M. (2003). “Placing” health in an urban sociology: cities as mosaics of risk and protection. *City & Community*, 2(1), 33–46. doi:10.1111/1540-6040.00037
- Grenier, A. (2006). The distinction between being and feeling frail: exploring emotional experiences in health and social care. *Journal of Social Work Practice*, 20(3), 299–313. doi:10.1080/02650530600931849
- Grenier, A. (2007). Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing & Society*, 27(3), 425–445. doi:10.1017/S0144686X06005782
- Grenier, A. & Hanley, J. (2007). Older women and ‘frailty’: aged, gendered and embodied resistance. *Current Sociology*, 55(2), 211–228. doi:10.1177/0011392107073303
- Hester, S. & Eglin, P. (toim.) (1997). *Culture in action. Studies in membership categorization analysis*. (No. 4). University Press of America.
- Higgs, P. & Gilleard, C. (2015). *Rethinking old age: theorising the fourth age*. London: Macmillan International Higher Education.
- Higgs, P. & Gilleard, C. (2016). *Personhood, identity and care in advanced old age*. Bristol: Policy Press.
- Hildon Z., Montgomery S., Blane D., Wiggins R. & Netuveli G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychological adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist*, 50(1), 36–47. doi:10.1093/geront/gnp067
- Housley, W. & Fitzgerald, R. (2009). Membership categorization, culture and norms in action. *Discourse & Society*, 20(3), 345–362. doi:10.1177/0957926509102405
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2012). *Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoriat-analyysiin*. Tampere: Vastapaino.
- Jolanki, O. (2004). Moral argumentation in talk about health and old age. *Health*, 8(4), 483–503. doi:10.1177/1363459304045700
- Jolanki, O. (2009). Agency in talk about old age and health. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 215–226. doi: 10.1016/j.jaging.2007.12.020
- Jones I. & Higgs P. (2010). The natural, the normal and the normative: contested terrains in ageing and old age. *Social Science & Medicine*, (71)8, 1513–1519. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.022
- Jones, R. (2006). ‘Older people’ talking as if they are not older people: positioning theory as an explanation. *Journal of Aging Studies*, 20(1), 79–91. doi:10.1016/j.jaging.2004.12.003
- Juhila, K. (2012). Ongelmat, niiden selittäminen ja kategoriat. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.) *Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoriat-analyysiin* (s. 131–172). Tampere: Vastapaino.
- Juhila, K., Jokinen, A. & Suoninen, E. (2012). Kategoriat-analyysin teesit. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.) *Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Johdatus kategoriat-analyysiin* (s. 45–88). Tampere: Vastapaino.
- Lamb, S. (2014). Permanent personhood or meaningful decline? Towards a critical anthropology of successful aging. *Journal of Aging Studies*, (29), 41–52. doi:10.1016/j.jaging.2013.12.006
- Marttila A., Johansson E., Whitehead M. & Burström B. (2013). Keep going in adversity – using a resilience perspective to understand the narratives of long-term social assistance recipients in Sweden. *International Journal for Equity in Health*, 12(8). doi:10.1186/1475-9276-12-8
- Nakashima, M. & Canda, E. (2005). Positive dying and resiliency in later life: a qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 19(1), 109–125. doi:10.1016/j.jaging.2004.02.002
- Nicholson, C., Meyer, J., Flatley, M. & Holman, C. (2013). The experience of living at home with frailty in old age: a psychosocial qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1172–1179. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.006
- Nikander, P. (2000). ‘Old’ vs. ‘little girl’: a discursive approach to age categorization and morality. *Journal of Aging Studies*, 14(4), 335–358. doi: 10.1016/S0890-4065(00)80001-8
- Nikander, P. (2002). *Age in action: membership work and stage of life categories in talk*. Academia Scientiarum Fennica, (321).
- Nikander, P. (2009). Doing change and continuity:

- age identity and the micro–macro divide. *Ageing & Society*, 29(6), 863–881.  
doi:10.1017/S0144686X09008873
- Näslund, S. (2017). Age ascription as a resource and a source of resistance – an interactional study of health professionals’ castings of patients into the category ‘old’. *Journal of Aging Studies*, 41, 28–35.  
doi:10.1016/j.jaging.2017.03.001
- Paoletti, I. & Gomes, S. (2014). Future talk in later life. *Journal of Aging Studies*, 29, 131–141.  
doi: 10.1016.2014.01.005
- Pirhonen, J., Ojala, H., Lumme-Sandt, K. & Pietilä, I. (2016). ‘Old but not that old’: Finnish community-dwelling people aged 90+ negotiating their autonomy. *Ageing & Society*, 36(8), 1625–1644.  
doi:10.1017/S0144686X15000525
- Polson, E., Gillespie R. & Myers D. (2018). Hope and resilience among vulnerable, community-dwelling older persons. *Social Work and Christianity*, 45(1) 60–81.
- Puts, M., Shekary, N., Widdershoven, G., Heldens, J. & Deeg, D. (2009). The meaning of frailty according to Dutch older frail and non-frail persons. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 258–266.  
doi:10.1016/j.jaging.2008.03.002
- Rebagliati, G., Sciumè, L., Iannello, P., Mottini, A., Antonietti, A., Caserta, V., Gattorochieri V., Panella, L. & Callegari, C. (2016). Frailty and resilience in an older population. The role of resilience during rehabilitation after orthopedic surgery in geriatric patients with multiple comorbidities. *Functional Neurology*, 31(3), 171–177.  
doi: 10.11138/FNeur/2016.31.3.171
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D., McDowell, I. & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495.  
doi:10.1503/cmaj.050051
- Róin, Á. (2014). Embodied ageing and categorisation work amongst retirees in the Faroe Islands. *Journal of Aging Studies*, 31, 83–92.  
doi:10.1016/j.jaging.2014.09.001
- Saarenheimo, M. (2014). *Mitä vanhuudelle on tapahnutut*. Haettu 28.8.2018 osoitteesta: [https://issuu.com/cloisauka/docs/mit\\_vanhueelle\\_on\\_tapahtunut](https://issuu.com/cloisauka/docs/mit_vanhueelle_on_tapahtunut)
- Saarenheimo, M. (2017). *Vanhenemisen taito*. Tampere: Vastapaino.
- Sacks, H. (2006). ‘The baby cried. The mommy picked it up.’ Teoksessa Jaworski, A. & Coupland N. (toim.) *The Discourse Reader*. Second Edition. (s. 239–245). London: Routledge.
- São José J., Timonen V., Amado C. & Santos S. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of Aging Studies*. (40), 49–56.  
doi:10.1016/j.jaging.2017.01.001
- Sapountzaki, K. & Dandoulaki, M. (2006). *Resilience to risks: the hidden defense against the limitations of planning*. Haettu 12.9.2018 osoitteesta: [https://www.researchgate.net/publication/235799370\\_Resilience\\_to\\_Risks\\_The\\_Hidden\\_Defense\\_Against\\_the\\_Limitations\\_of\\_Planning](https://www.researchgate.net/publication/235799370_Resilience_to_Risks_The_Hidden_Defense_Against_the_Limitations_of_Planning)
- Skilbeck, J., Arthur, A. & Seymour, J. (2018). Making sense of frailty: An ethnographic study of the experience of older people living with complex health problems. *International Journal of Older People Nursing*, 13(1), e12172.  
doi: 10.1111/opn.12172
- Suoninen, E. (2012). Identiteettien rakentuminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (toim.) *Kategoriat, kulttuuri & moraalit. Jobdatus kategoria-analyysiin* (s. 89–129). Tampere: Vastapaino.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, (1)2, 165–178.
- Warmoth, K., Lang, I., Phoenix, C., Abraham, C., Andrew, M., Hubbard, R. & Tarrant, M. (2016). ‘Thinking you’re old and frail’: a qualitative study of frailty in older adults. *Ageing & Society*, 36(7), 1483–1500. doi: 10.1017/S0144686X1500046X
- Wild, K., Wiles, J. & Allen, R. (2013). Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing & Society*, 33(1), 137–158.  
doi:10.1017/S0144686X11001073
- Williamson, T. & Paslawski, T. (2016). Resilience in dementia: perspectives of those living with dementia. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 40(1), 1–15.
- Zimmerman, H. & Grebe, H. (2014). “Senior coolness”: living well as an attitude in later life. *Journal of Aging Studies*, 28, 22–34.  
doi:10.1016/j.jaging.2013.11.002

## Osajulkaisu II

Outila M., Seppänen M., Lantela P., & Vasari P. (2019). Bringing dying back home? – Northern Finns’ end-of-life preparations, concerns and care preferences and Finnish care policy’s emphasis on care at home. Teoksessa P. Naskali, J. Harbison & S. Begum (toim.) *New Challenges to Ageing in the Rural North: A Critical Interdisciplinary Perspective* (International Perspectives on Aging). (103–122). Springer Nature. “Kuolema-artikkeli”

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-20603-1>

Artikkeli julkaistaan uudestaan väitöskirjan osana artikkelin alkuperäisten tekijänoikeuksien haltijan ystävällisellä luvalla.

Reproduced with permission from Springer Nature.

## Chapter 7

# Bringing Dying Back Home? – Northern Finns’ End-of-Life Preparations, Concerns and Care Preferences and Finnish Care Policy’s Emphasis on Care at Home



Marjo Outila, Marjaana Seppänen, Pilvikki Lantela, and Pekka Vasari

**Abstract** In recent years, Finnish care policy has emphasised that older people should remain at home for as long as possible. Since the final stages of life and death will theoretically happen more often in the home, it is important to identify people’s experiences and needs regarding end-of-life care and dying. The aim of this article is to provide knowledge on these questions from the perspective of the Northern Finnish people (N = 294). Statistical analysis was used with data gathered from a survey of a random sample. People’s wishes for their end-of-life place and carers and their end-of-life plans and concerns, are analysed as part of a social and cultural construction of dying and end-of-life care. The results show that people do have end-of-life concerns and that they consider end-of-life planning important but that few preparations are actually made. In many instances, home is regarded as the best place for end-of-life care and dying, but care institutions are also regarded positively. Reliance on professional care is very strong, even though people hope to

This study is part of a comparative end-of-life care research initiated by Sapporo City University (Kazuyo Sooudi and Midori Mimaya) and Hokkaido University (Reiko Takeu and Azusa Shikanai) and carried out by the aforementioned together with the University of Lapland. Supplementary questions were added to the Finnish questionnaire (e.g. concerning end-of-life preparations) by the Finnish research team (Marjaana Seppänen, Marjo Outila, Eeva Rossi, Heli Valokivi, Satu Peteri). The analysis of the data was conducted as part of ‘A well-functioning home care to Lapland – Diverse forms of support to living at home’ project funded by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health. At an early phase of the analysis, help was received from statistics teacher Marianne Silen (University of Lapland).

M. Outila (✉) · P. Lantela · P. Vasari  
Faculty of Social Sciences, University of Lapland, Rovaniemi, Finland  
e-mail: [marjo.outila@ulapland.fi](mailto:marjo.outila@ulapland.fi); [pilvikki.lantela@ulapland.fi](mailto:pilvikki.lantela@ulapland.fi); [pekka.vasari@ulapland.fi](mailto:pekka.vasari@ulapland.fi)

M. Seppänen  
Faculty of Social Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland  
e-mail: [marjaana.seppanen@helsinki.fi](mailto:marjaana.seppanen@helsinki.fi)

© Springer Nature Switzerland AG 2019  
P. Naskali et al. (eds.), *New Challenges to Ageing in the Rural North*,  
International Perspectives on Aging 22,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-030-20603-1\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-20603-1_7)

103

receive care from family members as well. The results are discussed in the light of Finnish care policy and end-of-life culture.

**Keywords** Advance care planning · End-of-life care · Dying

## 7.1 Introduction

In traditional societies, death was part of everyday life. People prepared for it in the midst of their everyday lives and died in the places where they had spent their lives (Elias 1985). However, as societies started to modernize and the service sector began to grow, the last stages of life were transferred from homes to institutions such as hospitals and care homes. Death became isolated from everyday life and medicalized (Miettinen 2006).

In recent decades, the orientation of care for older people has changed from institutionalised care to care given at home. To enable people to live at home for as long as possible is currently the organizing principle of services in Finland. This became particularly clear in 2013 with a new ‘Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons’ (980/2012). From the beginning of 2015, the law was changed to promote a larger proportion of older adults residing in private homes. As an outcome of these reforms, it can be anticipated that the final stages of life will more often be spent at home—and due to the reduction in child mortality and improvements in medical care, death is most likely to be encountered after a long life in which illness has been part of life (Luptak 2004; Lloyd 2010).

Dying has mostly been approached as a medical and nursing issue, both in professional practice and in research (Brown and Walter 2014). As part of this tradition, death has been studied from the perspectives of the psychological processes experienced (e.g. Kübler-Ross 1969) and the care needed. The care of older persons has been examined from the perspective of both caregivers and care receivers in both informal and formal care contexts (e.g. Genet et al. 2011). As having older people in poor physical health and dying at home becomes a more regular part of the everyday life of families and home care services, the significance of the subject becomes greater. Providing information about psychosocial and cultural issues in the context of end-of-life care and death is a rare but important and growing research area (Donovan et al. 2011; Carr 2012; Bullock 2011; Ko et al. 2013). The understanding of death is culturally bound (Leishman 2009a), and the structures of society and the organization of responsibilities and practices relating to care define how the last stages of life and death are encountered (Gomes et al. 2011). Especially important are those practices that relate to the social and health services (Luptak 2004).

## 7.2 Theoretical Point of View, Research Questions, Data and Method

The aim of this study was to provide knowledge about the end-of-life wishes, concerns, and preparations of the people of Northern Finland as part of their socio-cultural construction of death and end-of-life care. We analysed our findings in the light of current thinking that Western culture is in a place where old age, especially the fourth age in which care and end-of-life issues are central, is culturally rejected and pushed away from normal social life (Higgs and Gilleard 2015; Elias 1985).

Elias (1985) suggests that we have been distanced from the aging process and from dying. He writes about the 'repression' of death, as one aspect of a more comprehensive movement in civilisations in which death is pushed more and more behind the scenes of everyday social life. Many people have difficulty in identifying with aging and death. For the dying, this means isolation and those close to the dying person often have difficulty in facing the prospect of death. Death and dying are spoken of less openly and less frequently. Elias writes that people are forced back onto their own resources, and into their own individual powers of invention, in dealing with, for example, emotions relating to dying. There are insufficient common expressions or standardized forms of behaviour to make it easy for people to confront emotionally challenging situations like dying. (Elias 1985.) Included in the socio-cultural constructions of old age and dying are perceptions of how we should act in relation to our own death; how we should prepare for it, and how we wish for or can rely on the help and care of others when our own death is near. Death as a social construction means that it is defined using words, concepts and ways of thinking that are available in the individual's culture; included are ideas of change through time and the differences, for example, between individuals and social groups (Leishman 2009b; Kastenbaum 1998).

Our research questions are:

- What kind of end-of-life preparations, concerns and care preferences do people have?
- What can be said about the social exclusion of dying when thinking about people's end-of-life preparations, concerns and care preferences, and what implications may this have for care policy and practices?

Our research data consisted of responses from 294 people to a postal survey with a random sample. The aim of the survey was to gather information related to end-of-life care and dying.<sup>1</sup> The survey was sent to 1000 adults older than 20 years living in two cities in northern Finland, and the data was collected in December 2015. The selection of Rovaniemi and Sodankylä as the research areas was based on a

<sup>1</sup> There were 46 questions in the questionnaire, one of which was an open question. Examples of questions: Have you experienced someone close to you dying? Does thinking about the end-of-life worry you? If it does, what kind of worries do you have? Where would you like to spend the final stages of your life? From whom would you like to receive care at the end of life?

Japanese-Finnish comparative study design: in both countries, two northern urban regions that are surrounded by a sparsely populated area were selected for study. The response rate was 29%. (See Table 7.2 for detailed information.)

Demographic variables in the survey were age, gender, household size, education, annual income, self-reported financial security and self-reported health. Probably due to the theme of the survey, over half of the respondents were 63 years of age or older. As compared to the general population of the area, respondents were more likely to be older, women, less likely to be living alone, and having a low income (19,999 euros or less, per household, per year).

The aim of the study was to form an overview of the respondents' thoughts and opinions; therefore the data were analysed by using descriptive statistics. The differences among variables were analysed by bivariate cross-tabulation, and the significance of differences between groups was evaluated using a chi-square test. Reported p-values were exact (2-sided).

Most research in the area of advanced care planning and end-of-life care is qualitative, using focus groups and interviews for gathering data (e.g. Bito et al. 2007; Ko and Berkman 2012; Piers et al. 2013). This study contributes to the literature by using quantitative methods and targeting a wider age range. Unlike many other studies, this survey did not target the older generations only, but all adult residents (20 years or older, with a mean of 62 years), and information was collected randomly rather than recruiting people from clinics or senior centres (versus Malcomson and Bisbee 2009; Lynn et al. 2016; Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014).

At the end of the survey, respondents were asked to share their thoughts and experiences of home care, end-of-life care and dying. Eighty-three (28%) shared their thoughts on these topics. Extracts from these data are used in this article to reveal respondents' thoughts and feelings.

### 7.2.1 *Ethical Issues*

The questionnaire and research plan were approved by the University of Lapland research ethics committee.

## 7.3 Results

### 7.3.1 *End-of-Life Concerns*

More than death, I fear ending up in a breathing machine, or the like, lying and withering with the pain.

Death causes worries and fears in people's lives, although the causes of their concerns may change over time (Elias 1985). In our study, more than half of the respondents had some kind of end-of-life concerns (Table 7.1). Respondents were most

**Table 7.1** Respondents' end-of-life concerns

|                      | Thinking of end-of-life causes concerns % | Concern about death itself %    | Concern over family %               | Financial concerns %                | Regret over unfinished things % | Other concerns %               |
|----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| % of all respondents | 57                                        | 22.4                            | 37.1                                | 16.7                                | 9.9                             | 10.9                           |
| Female               | 58.2                                      | 25.1                            | 38                                  | 14.6                                | 8.8                             | 11.1                           |
| Male                 | 55.4                                      | 19                              | 35.5                                | 19                                  | 11.6                            | 9.9                            |
|                      | $\chi^2(1) = 0.237$<br>p: .633            | $\chi^2(1) = 1.526$<br>p: .256  | $\chi^2(1) = 0.186$<br>p: .713      | $\chi^2(1) = 0.993$<br>p: .339      | $\chi^2(1) = 0.620$<br>p: .552  | $\chi^2(1) = 0.106$<br>p: .848 |
| <63 years            | 61.2                                      | 23.1                            | 45.4                                | 13.1                                | 13.8                            | 9.2                            |
| ≥63 years            | 53.1                                      | 22.5                            | 30.6                                | 19.4                                | 5.6                             | 11.9                           |
|                      | $\chi^2(1) = 1.916$<br>p: .189            | $\chi^2(1) = 0.014$<br>p: 1.000 | $\chi^2(1) = 6.685$<br>p: .011*     | $\chi^2(1) = 2.060$<br>p: .157      | $\chi^2(1) = 5.741$<br>p: .024* | $\chi^2(1) = 0.525$<br>p: .568 |
| Household            |                                           |                                 |                                     |                                     |                                 |                                |
| 1 person             | 45.8                                      | 20.5                            | 19.3                                | 15.7                                | 7.2                             | 10.8                           |
| 2 persons            | 56.3                                      | 22.9                            | 36.8                                | 13.2                                | 6.9                             | 11.1                           |
| 3–6 persons          | 73                                        | 25                              | 59.4                                | 23.4                                | 18.8                            | 9.4                            |
|                      | $\chi^2(2) = 10.879$<br>p: .004**         | $\chi^2(2) = 0.430$<br>p: .825  | $\chi^2(2) = 24.990$<br>p: <.001*** | $\chi^2(2) = 3.453$<br>p: .176      | $\chi^2(2) = 7.866$<br>p: .020* | $\chi^2(1) = 0.145$<br>p: .938 |
| Financially          |                                           |                                 |                                     |                                     |                                 |                                |
| Secure               | 52                                        | 20                              | 34                                  | 9.5                                 | 8                               | 9                              |
| Insecure             | 75.4                                      | 25.7                            | 47.1                                | 35.7                                | 17.1                            | 12.9                           |
|                      | $\chi^2(1) = 11.494$<br>p: .001**         | $\chi^2(1) = 1.004$<br>p: .398  | $\chi^2(1) = 3.825$<br>p: .062      | $\chi^2(1) = 26.122$<br>p: <.001*** | $\chi^2(1) = 4.663$<br>p: .040* | $\chi^2(1) = 0.857$<br>p: .488 |

(continued)

Copyright © 2019. Springer International Publishing AG. All rights reserved.

Table 7.1 (continued)

|                             | Thinking of end-of-life<br>causes concerns % | Concern about death<br>itself % | Concern over<br>family % | Financial<br>concerns % | Regret over unfinished<br>things % | Other concerns<br>% |
|-----------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Annual income per household |                                              |                                 |                          |                         |                                    |                     |
| –19,999                     | 50.6                                         | 19                              | 24.1                     | 22.8                    | 8.9                                | 13.9                |
| 20–69,999                   | 61.8                                         | 24.7                            | 45.6                     | 15.8                    | 10.8                               | 10.1                |
| 70,000–                     | 59.5                                         | 23.8                            | 33.3                     | 7.1                     | 11.9                               | 11.9                |
|                             | $\chi^2(2) = 2.719$                          | $\chi^2(2) = 0.988$             | $\chi^2(2) = 10.781$     | $\chi^2(2) = 4.990$     | $\chi^2(2) = 0.325$                | $\chi^2(2) = 0.757$ |
|                             | p: .255                                      | p: .638                         | p: .004**                | p: .086                 | p: .891                            | p: .704             |

\*p < .05  
\*\*p < .01  
\*\*\*p < .001

worried about the family that would be left behind. The possibility of pain, illnesses and suffering at the end-of-life also caused concerns. The qualitative study of Fleming et al. (2016) echoes these themes: the participants were not worried about death itself, but about the dying process and its impact on the persons who would be left behind. As in our study, the respondents hoped to die quickly and peacefully.

Concerns about family left behind and regret about unfinished issues are less common among older than younger adults. Younger respondents (under 63, and henceforth referred to as younger adults) are generally more worried than the older adults (63 or older, and henceforth referred to as older adults), although the difference is not statistically significant.<sup>2</sup> Most existing research suggests that concerns lessen as people age. Fear of death or death anxiety is less common among older adults than among younger adults (Cicirelli 2006; Chopik 2017; Fortner and Neimeyer 1999; Russac et al. 2007).

Our study did not confirm the connection between health problems and end-of-life concerns, which was contrary to other studies that have stressed that poor health and mental health problems are related to end-of-life concerns (Fortner and Neimeyer 1999; Hofer et al. 2017; Krause and Hayward 2015). One possible explanation for this is the low number of respondents who reported ill health.

Social support and being married can buffer fear of death (Chopik 2017; Hofer et al. 2017; Azeem and Naz 2015), but in our data, there was no significant difference regarding fear of death and dying between those who lived alone and those who lived with a partner or family members. However, respondents from bigger households were generally more worried than those living alone. Age mediated this result: 82.8% of people living in 3–6 person households were under 63. Unsurprisingly, respondents from bigger households were also more worried about family members than those living alone, and they had more regrets over unfinished issues. Additionally, our research suggests that financial insecurity has an impact on people's end-of-life concerns. People who reported themselves to be financially insecure had more concerns generally, both financial and regrets about unfinished issues. There was no difference in end-of-life concerns between the women and men in our study. Previous studies show contradictory results regarding the effect of gender on death anxiety (French et al. 2017; Azeem and Naz 2015; Hofer et al. 2017; Fortner and Neimeyer 1999; Neimeyer et al. 2011; Russac et al. 2007).

### 7.3.2 *End-of-Life Preparations*

I have made a living will. They are not going to keep me alive by force with tubes and with heavy pain medication.

In the light of end-of-life preparations, Elias' concept of people pushing death away seems accurate. In our study, only 29% of the respondents had made some

<sup>2</sup>The age groups were divided (<63 years and ≥63 years) based on the fact that 63 is a common retirement age in Finland.

preparations, and similar low numbers have been reported elsewhere (Clarke et al. 2012). Financial arrangements seem to be the most common preparation made in both our and previous studies (Kelly et al. 2013; Samsi and Manthorpe 2011). Fourteen percent of our respondents had made a will, which was the most common single arrangement, and 8% had made burial or funeral arrangements. When looking at more care-related preparations, the proportions were not much bigger: 9.5% had completed an advance directive, 3% had a continuing power of attorney (which did not necessarily focus on care arrangements), and 2% of the respondents had made other care arrangements or had care-related discussions.

Our analysis focused on the completion of an advance directive (AD), a document giving information about your wishes concerning end-of-life care, for example, medical treatment (e.g. resuscitation) and other care preferences. ADs are one aspect of advance care planning (ACP), which includes, for example, discussions with family and healthcare providers about future health-care. The aim of ACP is to clarify people's thoughts, hopes and values so that health and medical care decisions will reflect the person's views.

In our study, there was an inconsistency between attitude towards AD and the actual completion of it. Most respondents (79.4%) viewed an AD as necessary, but only 9.5% had completed it. Only 2.7% of the respondents viewed AD as unnecessary and 17.9% could not express an opinion on the subject.

A larger proportion of older adults as compared to younger adults had completed an AD. Also, living alone, having faced the death of a close person, having provided care at home and having cared for a dying person all increased the likelihood of having made an AD (Table 7.2).

End-of-life issues may seem somewhat redundant for younger people in a society where death is far from everyday life. One of the respondents wrote: 'At the age of 27 it is difficult to think about the end of life period'. When people get older, the probability of facing the death of a family member or a friend increases, thus the probability of facing end-of-life care issues increases as well. As a result of this, it is more likely that people will come to think about their own end-of-life and perhaps make some arrangements for that. Our study reinforces the results of earlier studies on the effect of age: older adults' ACP exceeds the arrangements of younger adults. The statistical significance is stronger in other arrangements than in AD. Usually, ACP increases with age, but there are exceptions (Ke et al. 2017; Kelly et al. 2013; Lynn et al. 2016; Shapiro 2015).

In the light of our study, living alone affects ACP. People who live in one-person households, especially older people, have more often made an AD and other end-of-life arrangements. This result parallels that of other studies. People who live alone with no relatives have a tendency to plan more than others. They may have no one who is eligible to act as their surrogates so they feel the need to plan ahead for themselves. (Samsi and Manthorpe 2011; Carr and Khodyakov 2007; Piers et al. 2013.)

These results were scrutinised with logistic regression analysis, which confirmed that both old age and living alone predicted making end-of-life preparations and

**Table 7.2** Characteristics of respondents and preparations for end-of-life

| Demographic variables              | Of all respondents % | AD %      | Other preparations % | Significance Chi-square -test         |
|------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|---------------------------------------|
| All respondents<br>N = 294         |                      | 9.5       | 29.3                 |                                       |
| <63 years                          | 44.8                 | 4.6       | 18.5                 | AD $\chi^2(1) = 6.151$ , p:.014*      |
| ≥63 years                          | 55.2                 | 13.1      | 37.5                 | OP $\chi^2(1) = 12.635$ , p:< .001*** |
| Female                             | 59                   | 11.1      | 31                   | AD $\chi^2(1) = 1.103$ , p:.321       |
| Male                               | 41                   | 7.4       | 27.3                 | OP $\chi^2(1) = 0.472$ , p:.517       |
| Household                          |                      |           |                      |                                       |
| 1 person                           | 28.5                 | 19.3      | 39.8                 | AD $\chi^2(2) = 13.191$ , p:.001**    |
| 2 persons                          | 49.5                 | 6.9       | 28.5                 | OP $\chi^2(2) = 7.821$ , p:.020*      |
| 3–6 persons                        | 22                   | 3.1       | 18.8                 |                                       |
| Financially                        |                      |           |                      |                                       |
| Secure                             | 68                   | 9.5       | 32.5                 | AD $\chi^2(1) = 0.015$ , p:1.000      |
| Insecure                           | 23.8                 | 10        | 20                   | OP $\chi^2(1) = 3.914$ , p:.066       |
| Annual income per household        |                      |           |                      |                                       |
| –19,999                            | 28.3                 | 10.1      | 26.6                 | AD $\chi^2(2) = 5.181$ , p:.074       |
| 20,000–69,999                      | 56.6                 | 11.4      | 32.3                 | OP $\chi^2(2) = 2.217$ , p:.340       |
| 70,000–                            | 15.1                 | –         | 21.4                 |                                       |
| Education                          |                      |           |                      |                                       |
| Basic                              | 25.8                 | 10.8      | 32.4                 | AD $\chi^2(2) = 0.819$ , p:.691       |
| Vocational/<br>secondary           | 36.6                 | 10.5      | 19                   | OP $\chi^2(2) = 8.139$ , p:.018*      |
| Higher/<br>university              | 37.6                 | 7.4       | 36.1                 |                                       |
| Self-rated health                  |                      |           |                      |                                       |
| Good                               | 82.1                 | 7.6       | 28                   | AD $\chi^2(1) = 2.280$ , p:.160       |
| Bad                                | 17.9                 | 14.3      | 32.7                 | OP $\chi^2(1) = 0.425$ , p:.602       |
| Experience of death of a loved one |                      |           |                      |                                       |
| Experience                         | 92.9                 | 9.5       | 30                   | AD $\chi^2(1) = 0.000$ , p:1.000      |
| No experience                      | 7.1                  | 9.5       | 19                   | OP $\chi^2(1) = 1.138$ , p:.332       |
| Child                              | 5.8 (17)             | 17.6 (3)  | 47.1 (8)             | AD $\chi^2(1) = 1.382$ , p:.386       |
|                                    |                      |           |                      | OP $\chi^2(1) = 2.765$ , p:.106       |
| Sibling                            | 22.1 (65)            | 16.9 (11) | 36.9 (24)            | AD $\chi^2(1) = 5.302$ , p:.030*      |
|                                    |                      |           |                      | OP $\chi^2(1) = 2.373$ , p:.164       |
| Spouse                             | 14.3 (42)            | 19 (8)    | 42.9 (18)            | AD $\chi^2(1) = 5.158$ , p:.041*      |
|                                    |                      |           |                      | OP $\chi^2(1) = 4.383$ , p:.044*      |
|                                    | 18.4 (54)            | 16.7 (9)  | 29.6 (16)            | AD $\chi^2(1) = 3.917$ , p:.069       |
|                                    |                      |           |                      | OP $\chi^2(1) = 0.005$ , p:1.000      |

(continued)

**Table 7.2** (continued)

| Demographic variables                | Of all respondents % | AD % | Other preparations % | Significance Chi-square -test                                       |
|--------------------------------------|----------------------|------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Experience in providing care at home |                      |      |                      |                                                                     |
| Experience                           | 45.2                 | 13.5 | 30.8                 | AD $\chi^2(1) = 4.532$ , p:.045*<br>OP $\chi^2(1) = 0.291$ , p:.608 |
| No experience                        | 54.8                 | 6.2  | 28                   |                                                                     |
| Providing care for a dying person    |                      |      |                      |                                                                     |
| Experience                           | 34.8                 | 15   | 35                   | AD $\chi^2(1) = 5.632$ , p:.021*                                    |
| No experience                        | 65.2                 | 6.4  | 26.2                 |                                                                     |
| Professional experience              | 11.5                 | 18.2 | 24.2                 | OP $\chi^2(1) = 2.436$ , p:.135                                     |
| Informal experience                  | 20.2                 | 13.8 | 39.7                 |                                                                     |

Numbers in brackets in the second column refer to the number of persons

AD an advance directive, OP other preparations

\*p < .05

\*\*p < .01

\*\*\*p < .001

completing AD (Table 7.3). A small percentage of respondents had made ACP and completed AD, which hindered the reliability of the analysis; however, along with cross-tabulation, the results confirmed the importance of age and household size in relation to ACP and AD.

Our analysis points in the direction that experiencing the loss of spouse, friend, child or sibling increases the likelihood of making an AD. Also, experience in providing care at home or for a dying person, especially in a professional setting, seems to increase the likelihood of making an AD. It seems that close encounters with death prompt people to plan their own end-of-life. More research is needed to confirm these results, but according to existing research, facing the death of a close person increases the likelihood of making an AD (Carr and Khodyakov 2007; Piers et al. 2013; Kelly et al. 2013).

Prior studies have pointed out that people's health, education (contra Khosla et al. 2016) and socioeconomic status also affect ACP. People with a poorer health status (Ke et al. 2017; Ko et al. 2016; Lovell and Yates 2014), recent hospitalizations (Carr and Khodyakov 2007; Ke et al. 2017), or living in a care institution (Lynn et al. 2016) are more likely to complete ADs. Analysis of our data indicated similar results, but because of the small proportion of people in our study who reported having trouble with their health, the analysis is only tentative. Contrary to other findings, our study did not affirm the impact of female gender (Ke et al. 2017; Lynn et al. 2016), higher income level (Lynn et al. 2016; Shapiro 2015; Khosla et al. 2016) or higher educational level (Kelly et al. 2013; Lynn et al. 2016) on greater engagement with ACP. Higher education seems to have some effect on other arrangements, but not on AD. However, economic security had some effect on making arrangements other than completing an AD. Those who felt financially secure

**Table 7.3** Logistic Regression Models of end-of-life preparations

| Variable           | OR    | CI for OR      | Sig    |
|--------------------|-------|----------------|--------|
| AD                 |       |                |        |
| Age                | 2.810 | (1.084, 7.282) | .033   |
| <63 years          |       |                |        |
| ≥63 years          |       |                |        |
| Household          | 3.443 | (1.520, 7.800) | .003** |
| 1 person           |       |                |        |
| 2–6 persons        |       |                |        |
| Other preparations |       |                |        |
| Age                | 2.510 | (1.447, 4.354) | .001** |
| <63 years          |       |                |        |
| ≥63 years          |       |                |        |
| Household          | 1.681 | (0.962, 2.937) | .068   |
| 1 person           |       |                |        |
| 2–6 persons        |       |                |        |

\*p &lt; .05

\*\*p &lt; .01

\*\*\*p &lt; .001

had more often made end-of-life arrangements than those who felt financially insecure, although the difference was not statistically significant.<sup>3</sup>

Despite the generally positive attitude towards AD (Table 7.2), advance care planning is still quite rare (see also Ko and Berkman 2012). Prior research has found several reasons for this that seem to be in line with Elias’ (1985) concepts involving the absence and subsequent rejection of death and old age in everyday life. ACP is seen as unpleasant and hostile (Jeong et al. 2011), fearsome or upsetting (Malcomson and Bisbee 2009), a thing that has not even come into one’s mind, a thing for which the time has not yet come (Simon et al. 2015), something that does not need to be done or else is ineffective (Brinkman-Stoppelenburg et al. 2014; Ke et al. 2017).

There is research evidence that questions the effectiveness of ADs (Shapiro 2015) but there is also evidence for the positive effects of ACP, even though not actualized as planned (Sudore and Fried 2010). It has been said that ACP leads to a different level of appreciation of one’s personal entity and transcendence (Jeong et al. 2011), while also giving doctors an increased level of knowledge regarding their patients’ wishes. Existing research suggests that people usually need support in order to make an ACP (Simon et al. 2015; Malcomson and Bisbee 2009; Lovell and Yates 2014). It seems that some older people are ready to discuss end-of-life issues and make end-of-life plans but that the opportunities to do so are lacking (Malcomson and Bisbee 2009; Ko et al. 2016; Sharp et al. 2013). In order for the support to be effective, it must consist of information with concerted action, or interactive and informative interventions (Jeong et al. 2011; Ko et al. 2016; Freytag and Rauscher 2017).

<sup>3</sup> According to previous studies (e.g. Bullock 2011; Ko and Berkman 2012) religion and cultural or ethnic background also impact ACP. Our survey did not cover those aspects.

In our study, the overall proportion of people that had made end-of-life preparations (Table 7.2) seemed small compared to the concerns that people reported (Table 7.1). People do have end-of-life concerns, they feel the need to plan their care, but few preparations are made.

### 7.3.3 Preferences for Place of End-of Life Care

If I were in my right mind and could move about relatively well, I would absolutely live at home the final stage. But if I had dementia, were paralyzed, all drugged up, or otherwise a so-called “difficult” case, there’s no way I would like to be in home care – the family would probably suffer too.

Some of the most central issues in end-of-life care are wishes regarding end-of-life place and carers. More than half of the respondents in our study preferred to spend their end-of-life period at home (Table 7.4). Prior research shows that home is usually the place where people prefer to receive end-of-life care (Choi et al. 2010) and die (Beccaro et al. 2006; Choi et al. 2010). The proportion of people choosing home

**Table 7.4** Respondents’ preferences for place at the end-of-life

|                             | Home % | Hospital % | Care home % | Hospice % | Significance %       |
|-----------------------------|--------|------------|-------------|-----------|----------------------|
| All                         | 57     | 4          | 24.2        | 14.8      |                      |
| Female                      | 53.5   | 4.4        | 22.6        | 19.5      | $\chi^2(3) = 6.643$  |
| Male                        | 61.2   | 3.4        | 26.7        | 8.6       | p:.083               |
| <63 years                   | 73.2   | –          | 17.1        | 9.8       | $\chi^2(3) = 27.417$ |
| ≥63 years                   | 44     | 7.3        | 30          | 18.7      | p:<.001***           |
| Household                   |        |            |             |           |                      |
| 1 person                    | 44     | 6.7        | 29.3        | 20        | $\chi^2(6) = 19.207$ |
| 2 persons                   | 53.7   | 4.4        | 25          | 16.9      | p:.004**             |
| 3–6 persons                 | 77.8   | –          | 17.5        | 4.8       |                      |
| Self-reported health        |        |            |             |           |                      |
| Good                        | 62.6   | 3.3        | 19.4        | 14.7      | $\chi^2(3) = 9.347$  |
| Bad                         | 40.8   | 6.1        | 36.7        | 16.3      | p:.024*              |
| Annual income per household |        |            |             |           |                      |
| –19,999                     | 48.6   | 7.1        | 30          | 14.3      | $\chi^2(6) = 12.051$ |
| 20–69,999                   | 58.4   | 2.6        | 24          | 14.9      | p:.059               |
| 70,000–                     | 75.6   | 2.4        | 7.3         | 14.6      |                      |
| Education                   |        |            |             |           |                      |
| Basic                       | 41.8   | 7.5        | 40.3        | 10.4      | $\chi^2(6) = 18.404$ |
| Vocational/secondary        | 61.4   | 4          | 16.8        | 17.8      | p:.005**             |
| Higher/university           | 63.1   | 1.9        | 20.4        | 14.6      |                      |

\*p < 0.05

\*\*p < 0.01

\*\*\*p < 0.001

over an institution varies, but commonly it is well over 50% (Hunt et al. 2014a, b; Gott et al. 2004; Hoare et al. 2015; Gomes et al. 2013).

In our study, the biggest difference in place preference was between the age groups. Older adults preferred an institution more often than younger adults. Prior research has shown diverse results for the effect of age. Sometimes, older age groups prefer home as the place of death more than younger people (Gomes and Higginson 2008; Sanjo et al. 2007), but sometimes it is the other way around (Foreman et al. 2006). Previous research also points out that the preferred place for end-of-life care might differ from the preferred place for dying. Even though people may not prefer to have care at home, they may prefer to die at home (Aoun and Skett 2013).

Another significant variable was household size: people living alone preferred an institution over home more often than people living with others (see also Iecovich et al. 2009). Aoun and Skett's study (2013) with terminally-ill people who lived alone reveals that home may not always be the preferred location for end-of-life care or death. It may be that people who live alone prefer care institutions because they do not believe that in the absence of informal caregivers it is possible to rely on professional home care. In accordance with Aoun and Skett's research (2013), health also affected respondents' preferences: less than half of the respondents who reported ill health chose home for their end-of-life place. Of the healthy respondents, over 60% chose home. Some expressed firmly their desire to stay in an institution if the circumstances were rough: 'If I get a memory sickness, I, at least, hope to get to a place where there is around-the-clock surveillance. In the final stage of cancer, [I would choose] terminal care in a hospital or in hospice if there is one.'

Cross-tabulation of age, size of household and preferred end-of-life place confirmed that age is a stronger predictor of preference for an institution than household size: among all the household categories, over half of the older adults preferred institutions. Among younger adults, it was the other way around: regardless of the household size, over half preferred home.

Educational background and economic situation are, to some extent, also connected with preference: a larger percentage of respondents with a lower annual income and lower education preferred an institution over the home. The difference was significant only for educational background. It is to be noted that 81.9% of the respondents with basic education only were older adults. Self-reported financial security did not affect preferences. In our study, there were no differences between genders, in contrast to, for example, the studies of Choi et al. (2010) and Foreman et al. (2006) in which men preferred end-of-life care and dying at home more often than women did.

The issues that respondents raised in their responses dealt with the challenges of living at home, such as loneliness and lack of safety, but also the possibility of making one's own choices in one's own home. In spite of the general desire to spend the end-of-life at home, being at home raised mixed thoughts and feelings. Over 80% of the respondents would, to some extent, be happy if their family took care of them. At the same time, over 60% felt that they would be a burden on their families.

A theme frequently commented on in the responses was the state of professional care. People were worried that the resources for home care were insufficient and

that there was a lack of psychosocial support and pain relief. Comments on the care received in hospitals, care homes and hospices were twofold: on one hand, people were very pleased, for example, with the care their family members had received, but on the other hand, they were very critical of the way that people were treated and left alone. It is worth noting that the perception of providing care at home was related to the wish to remain at home until the end of life. A bigger proportion (76.8%) of those who wanted to remain at home had a good picture of home care than those people who wished to spend their end-of-life in a care institution (60.9%) ( $\chi^2(1) = 7.952$ ,  $p:0.005$ ).

Researchers have pointed out the inconsistency between the wish to die at home and the actual number of deaths occurring in institutions (Hunt et al. 2014a; Bell et al. 2009). The percentage of people dying in institutional settings is still high in Finland (according to Aaltonen 2015, 85.5% died in institutions in 2008) and in Europe, but there does seem to be a decreasing trend towards choosing a hospital death in Western societies (Houttekier et al. 2011; Gomes et al. 2011; Flory et al. 2004). However, despite the growing trend towards the support of home care, the relatively large proportion of people still preferring formal care in an institutional setting should not be dismissed.

People have different preferences for their end-of-life place, thus the heterogeneity of individual wishes should be acknowledged. Existing research stresses that there is a general lack of knowledge regarding people's preferences. This confirms Elias' (1985) notion of the exclusion of death and end-of-life issues: end-of-life and dying are difficult topics to discuss. This causes problems in achieving a good quality ACP, for people's well-being and for the actualization of their preferences (Badrakalimuthu and Barclay 2014; Raz et al. 2011; Hunt et al. 2014a). Therefore, the starting point for a good ACP should be an awareness of the person's wishes and the way that they feel about care, for example the sharing of care responsibilities between family members.

### 7.3.4 Preferences for End-of-Life Carers

What scares me most in aging is that I don't have any children. Who will truly attend to my interests when I am dependent on others' help?

In addition to end-of-life place preferences, respondents were asked about their carer preferences. The carers most preferred were health care professionals; the next most preferred carers were spouse and children (Table 7.5).

The responses reflect a strong reliance on professional care and a mindset in which the roles of family members and formal caregivers are clearly separated: 'I think that I would feel safer in the care of professionals who have familiarized themselves with palliative care, in a home-like environment; loved ones and family members by my side as friends, not as my carers.' It seems that people expect society to take care of its members: 'Society cannot expect family or friends to accept taking care of the end-of-life care. They have their own life.' Even though the major-

**Table 7.5** Respondents' preferences for end-of life carers

| Demographic variables       | Health care professionals %    | Spouse %                           | Daughter %                    | Son %                            | Friend %                         |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| All respondents             | 77.6                           | 54.8                               | 38.1                          | 35.4                             | 9.9                              |
| Female                      | 78.9                           | 48.5                               | 40.4                          | 39.2                             | 14                               |
| Male                        | 75.2                           | 63.6                               | 34.7                          | 29.8                             | 4.1                              |
|                             | $\chi^2(1) = 0.567$<br>p:.480  | $\chi^2(1) = 6.521$<br>p:.012*     | $\chi^2(1) = 0.957$<br>p:.392 | $\chi^2(1) = 2.759$<br>p:.107    | $\chi^2(1) = 7.768$<br>p:.005**  |
| <63 years                   | 80.8                           | 63.8                               | 39.2                          | 36.9                             | 16.2                             |
| ≥63 years                   | 75.6                           | 48.1                               | 36.9                          | 33.8                             | 4.4                              |
|                             | $\chi^2(1) = 1.104$<br>p:.321  | $\chi^2(1) = 7.167$<br>p:.009**    | $\chi^2(1) = 0.169$<br>p:.716 | $\chi^2(1) = 0.317$<br>p:.621    | $\chi^2(1) = 11.408$<br>p:.001** |
| Household                   |                                |                                    |                               |                                  |                                  |
| 1 person                    | 72.3                           | 21.7                               | 36.1                          | 36.1                             | 10.8                             |
| 2 persons                   | 78.5                           | 66                                 | 34                            | 27.8                             | 6.3                              |
| 3–6 persons                 | 84.4                           | 70.3                               | 50                            | 51.6                             | 17.2                             |
|                             | $\chi^2(2) = 3.113$<br>p:.210  | $\chi^2(2) = 50.093$<br>p:<.001*** | $\chi^2(2) = 4.988$<br>p:.082 | $\chi^2(2) = 10.990$<br>p:.004** | $\chi^2(2) = 6.007$<br>p:.054    |
| Annual income per household |                                |                                    |                               |                                  |                                  |
| –19,999                     |                                |                                    |                               |                                  |                                  |
| 20–69,999                   | 68.4                           | 38                                 | 32.9                          | 26.6                             | 10.1                             |
| 70,000–                     | 80.4                           | 62                                 | 38.6                          | 38                               | 10.1                             |
|                             | 85.7                           | 71.4                               | 38.1                          | 35.7                             | 11.9                             |
|                             | $\chi^2(2) = 6.208$<br>p:.044* | $\chi^2(2) = 16.812$<br>p:<.001*** | $\chi^2(2) = 0.763$<br>p:.699 | $\chi^2(2) = 3.066$<br>p:.208    | $\chi^2(2) = 0.121$<br>p:.962    |

\*p &lt; 0.05

\*\*p &lt; 0.01

\*\*\*p &lt; 0.001

ity of the respondents preferred to have health care professionals as their carers, there was also distrust towards them. For example one of the respondents wrote: 'The alternative [to staying at home] is the current lying drugged up and abandoned in a hospital ward or lying in your own waste in a commercial elderly home.'

Despite the preference for professional care, over half also preferred a spouse and about one-third a child as a caregiver. Men, more often than women, wished to receive care from their spouse. This was an exception to our otherwise fairly gender neutral results. In addition to a bigger proportion of males, younger adults, people living in bigger households and people with a higher income wished for their spouse to be their caregiver.

The preferences and comments of respondents can be interpreted as part of the institutionalization and medicalization of end-of-life care: dying in hospitals and care homes in the care of health care professionals is familiar. This is accompanied by individualization and an emphasis on individuals' independence: receiving care from family members is not an obvious preference (Elias 1985).

## 7.4 Discussion

Kastenbaum (1995) (cited in Cicirelli 2006, p.39) refers to the death system of each culture, meaning the people, places, objects, symbols and times that are related to death and dying. In the light of this study, the northern Finnish death system is strongly linked to health care professionals and formal institutions. There is a strong reliance on formal care, and death is hidden away in institutions such as hospitals and care homes. On the other hand, death-related issues are connected to the closest family members. People worry about and to some extent hope for care from their family members, but there is lack of discussion in families involving planning for end-of-life care and dying. Preparing for the end-of-life is viewed as an appropriate thing in itself, but in reality few make tangible preparations, despite their concerns related to death and end-of-life care. These results reflect Elias' (1985) notion of ageing and dying being pushed behind the social scene and away from everyday life, with an absence of readily used expressions and practices that would help people deal with end-of-life issues.

Changes in the political governance of end-of-life care are about to introduce change into the system for dealing with death in Finland. What kind of cultural change will they bring? Will they take into account the fears and concerns that people have towards dying and end-of-life care? Will they support people in vulnerable situations who have different concerns, poor health or financial struggles, all of which can make facing death harder, and who feel more need for support than the average person?

The implications of our study are twofold for care policy: First, the concerns that people have in relation to end-of-life suggest that there is a need for support in completing ACPs. People feel the need to plan but the lack of readily accessible practices to complete an ACP leads to the situation where for many people it is left undone. The suggestion that there should be increased ACP planning is supported by existing research which provides evidence for its usefulness. ACP planning increases the probability of making people's end-of-life preferences known and respected (although this is not always possible), and the ACP has the potential to increase the well-being of people who engage with it (Hunt et al. 2014a).

From the perspective of social and health care development, it should be noted that the support people have in their end-of-life planning comes, most frequently, from lawyers and financial planners (Simon et al. 2015; Malcomson and Bisbee 2009). However, people have other concerns in addition to financial ones, and for these it may be that social and health care professionals are the natural source of support. The development of Western societies has led to a situation where people face death relatively alone, and in places where they are unable to avoid the experience (Elias 1985). The need for support may continue to grow if the direction of social development continues as it is. In Finland, there are signs of change: for example, there is a growing interest in integrating ACP into older adults' care services.

Our second suggestion relates to the fairly large consensus that home is the best place to live, to receive care and to die (see e.g. Sepperd et al. 2011; Jeppson-Grassman and Whitaker 2007). Our analysis suggests that there is a need to investigate more closely the risks of pushing this idea further. Even though many people want to spend their end-of-life at home, according to our study, this wish is not entirely evident. In some life situations, people clearly prefer institutional settings for their end-of-life care, while those people who do wish to stay at home as long as possible still have a strong need for and reliance on formal care. These results suggest that people’s preferences may differ significantly from political care guidelines that are increasingly stressing informal care (Heikkinen 2017). The risks of isolation, loneliness, insecurity and excessive pressure on families must be noted.

This study has several limitations. Because the data were collected from two rather small cities in northern Finland, the results represent only the opinions of residents in this restricted area. The response rate was only 29%, which might reflect the difficulty of the subject at hand: The topic of end-of-life and death might have seemed distant, overwhelming or too sensitive to the respondents. Due to the low number of respondents, a more sophisticated statistical analysis was not possible. However, the results have ramifications for political decision-making and offer an interesting perspective on the thoughts and preferences of people in northern Finland.

## References

- Aaltonen, M. (2015). *Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people* (Acta electronica Universitatis Tampereensis 1588). Tampere: Tampere University Press.
- Aoun, S. M., & Skett, K. (2013). A longitudinal study of end-of-life preferences or terminally-ill people who live alone. *Health and Social Care in the Community*, 21, 530–535. <https://doi.org/10.1111/hsc.12039>.
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111–130.
- Badrakalimuthu, V., & Barclay, S. (2014). Do people with dementia die at their preferred location of death? A systematic literature review and narrative synthesis. *Age and Ageing*, 43, 13–19. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft151>.
- Beccaro, M., Costantini, M., Rossi, P. G., Miccinesi, G., Grimaldi, M., & Bruzzi, P. (2006). Actual and preferred place of death of cancer patients. Results from the Italian survey of the dying of cancer (ISDOC). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 412–416. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.043646>.
- Bell, C. L., Somogyi-Zalud, E., & Masaki, K. H. (2009). Methodological review: Measured and reported congruence between preferred and actual place of death. *Palliative Medicine*, 23, 482–490. <https://doi.org/10.1177/0269216309106318>.
- Bito, S., Matsumura, S., Singer, M. K., et al. (2007). Acculturation and end-of-life decision making: comparison of Japanese and Japanese-American focus groups. *Bioethics*, 21, 251–262. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2007.00551.x>.
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & Van Der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28, 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>.

- Brown, L., & Walter, T. (2014). Towards a social model of end-of-life care. *British Journal of Social Work*, 44, 2375–2390. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct087>.
- Bullock, K. (2011). The influence of culture on end-of-life decision making. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 7, 83–98. <https://doi.org/10.1080/15524256.2011.548048>.
- Carr, D. (2012). Racial and ethnic differences in advance care planning: Identifying subgroup patterns and obstacles. *Journal of Aging and Health*, 24, 923–947. <https://doi.org/10.1177/0898264312449185>.
- Carr, D., & Khodyakov, D. (2007). End-of-life health care planning among young-old adults: An assessment of psychosocial influences. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, S135–S141. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.2.S135>.
- Choi, J., Miyashita, M., Hirai, K., Sato, K., Morita, T., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2010). Preference of place for end-of-life cancer care and death among bereaved Japanese families who experienced home hospice care and death of a loved one. *Supportive Care in Cancer*, 18, 1445–1453. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0767-3>.
- Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death Studies*, 41, 69–77. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1206997>.
- Cicirelli, V. G. (2006). *Older adult's views on death*. New York: Springer.
- Clarke, L. H., Korotchenko, A., & Bundon, A. (2012). ‘The calendar is just about up’: Older adults with multiple chronic conditions reflect on death and dying. *Ageing and Society*, 32, 1399–1417. <https://doi.org/10.1017/S0144686X11001061>.
- Donovan, R., Williams, A., Stajduhar, K., Brazil, K., & Marshall, D. (2011). The influence of culture on home-based family caregiving at end-of-life: A case study of Dutch reformed family care givers in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 72, 338–346. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.010>.
- Elias, N. (1985). *The loneliness of dying* (Trans. Jephcott E.) New York: Blackwell.
- Fleming, J., Farquhar, M., Cambridge City over-75s Cohort (CC75C) study collaboration, Brayne, C., Barclay S. (2016). Death and the oldest old: Attitudes and preferences for end-of-life care – qualitative research within a population-based cohort study. *PLoS One*. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150686>.
- Flory, J., Yinong, Y. X., Gurol, I., Levinsky, N., Ash, A., & Emanuel, E. (2004). Place of death: U.S. trends since 1980. *Health Affairs*, 23(3), 194–200.
- Foreman, L. M., Hunt, R. W., Luke, C. G., & Roder, D. M. (2006). Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliative Medicine*, 20, 447–453. <https://doi.org/10.1191/0269216306pm11490a>.
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>.
- French, C., Greenauer, N., & Mello, C. (2017). A multifactorial approach to predicting death anxiety: Assessing the role of religiosity, susceptibility to mortality cues, and individual differences. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 13(2–3), 151–172. <https://doi.org/10.1080/15524256.2017.1331181>.
- Freytag, J., & Rauscher, E. A. (2017). The importance of intergenerational communication in advance care planning: Generational relationships among perceptions and beliefs. *Journal of Health Communication*, 22, 488–496. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1311971>.
- Genet, N., Boerma, W. G. W., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., & Fagerström C. et al. (2011). Home care in Europe: A systematic literature review. *BMC Health Service Research*, 11, 207. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-207>.
- Gomes, B., & Higginson, I. J. (2008). Where people die (1974–2030): Past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22, 33–41. <https://doi.org/10.1177/0269216307084606>.
- Gomes, B., Calanzani, N., & Higginson, I. J. (2011). Reversal of the British trends in place of death: time series analysis 2004–2010. *Palliative Medicine*, 26, 102–107. <https://doi.org/10.1177/0269216311432329>.

- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>.
- Gott, M., Seymour, J., Bellamy, G., Clark, D., & Ahmedzai, S. (2004). Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliative Medicine*, 18, 460–467. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm889oa>.
- Heikkinen, A. (2017). *Kuoleman kohtaamisen paikka. Master's thesis. Social work*. Rovaniemi: University of Lapland.
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2015). *Rethinking old age. Theorising the fourth age*. London: Palgrave Macmillan.
- Hoare, S., Morris, S. Z., Kelly, M. P., Kuhn, I., & Barclay, S. (2015). Do patients want to die at home? A systematic review of the UK literature, focused on missing preferences for place of death. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142723>.
- Hofer, J., Busch, H., Šolcová, I. P., & Tavel, P. (2017). Relationship between subjectively evaluated health and fear of death among elderly in three cultural contexts. *International Journal of Aging & Human Development*, 84, 343–365. <https://doi.org/10.1177/0091415016685331>.
- Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J., & Deliens, L. (2011). Study of recent and future trends in place of death in Belgium using death certificate data: A shift from hospitals to care homes. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-228>.
- Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014a). End-of-life care and achieving preferences for place of death in England: Results of a population-based survey using the VOICES-SF questionnaire. *Palliative Medicine*, 28, 412–421. <https://doi.org/10.1177/0269216313512012>.
- Hunt, K. J., Shlomo, N., & Addington-Hall, J. (2014b). End-of-life care and preferences for place of death among the oldest old: Results of a population-based survey using VOICES-Short Form. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 176–182. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0385>.
- Iecovich, E., Carmel, S., & Bachner, Y. G. (2009). Where they want to die: Correlates of elderly persons' preferences for death site. *Social Work in Public Health*, 24, 527–542. <https://doi.org/10.1080/19371910802679341>.
- Jeong, S. Y., Higgins, I., & McMillan, M. (2011). Experiences with advance care planning: Older people and family members' perspective. *International Journal of Older People Nursing*, 6(3), 176–186.
- Jeppson-Grassman, E., & Whitaker, A. (2007). End of life and dimensions of civil society: The Church of Sweden in a new geography of death. *Mortality*, 12, 261–280. <https://doi.org/10.1080/13576270701430635>.
- Kastenbaum, R. J. (1998). *Death, society, and human experience*. New York: Routledge.
- Ke, L.-S., Huang, X., Hu, W.-Y., O'Connor, M., & Lee, S. (2017). Experiences and perspectives of older people regarding advance care planning: A meta-synthesis of qualitative studies. *Palliative Medicine*, 31, 394–405. <https://doi.org/10.1177/0269216316663507>.
- Kelly, C. M., Masters, J. L., & DeViney, S. (2013). End-of-life planning activities: An integrated process. *Death Studies*, 37, 529–551. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.653081>.
- Khosla, N., Curl, A. L., & Washington, K. T. (2016). Trends in engagement in advance care planning behaviors and the role of socioeconomic status. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 33, 651–657. <https://doi.org/10.1177/1049909115581818>.
- Ko, E., & Berkman, C. S. (2012). Advance directives among Korean American older adults: Knowledge, attitudes, and behavior. *Journal of Gerontological Social Work*, 55, 484–502. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.667523>.
- Ko, E., Cho, S., Perez, R. L., Yeo, Y., & Palomino, H. (2013). Good and bad death: Exploring the perspectives of older Mexican Americans. *Journal of Gerontological Social Work*, 56, 6–25. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.715619>.
- Ko, E., Lee, J., & Hong, Y. (2016). Willingness to complete advance directives among low-income older adults living in the USA. *Health & Social Care in the Community*, 24, 708–716. <https://doi.org/10.1111/hsc.12248>.
- Krause, N., & Hayward, D. R. (2015). Acts of contrition, forgiveness by god, and death anxiety among older Mexican Americans. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 25, 57–73. <https://doi.org/10.1080/10508619.2013.857256>.

- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Leishman, J. L. (2009a). Introduction. In J. L. Leishman (Ed.), *Perspectives on death and dying* (pp. 1–13). Keswick: M&K Publishing.
- Leishman, J. L. (2009b). Death, social change and lifestyle in UK. In J. L. Leishman (Ed.), *Perspectives on death and dying* (pp. 65–79). Keswick: M&K Publishing.
- Lloyd, L. (2010). End-of-life issues. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The SAGE handbook of social gerontology* (pp. 618–629). London: Sage.
- Lovell, A., & Yates, P. (2014). Advance Care Planning in palliative care: a systematic literature review of the contextual factors influencing its uptake 2008–2012. *Palliative Medicine*, 28, 1026–1035. <https://doi.org/10.1177/0269216314531313>.
- Luptak, M. (2004). Social work and end-of-life care for older people: A historical perspective. *Health & Social Work*, 29(1), 7–15.
- Lynn, T., Curtis, A., & Lagerway, M. D. (2016). Association between attitude toward death and completion of advance directives. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 74, 193–211. <https://doi.org/10.1177/0030222815598418>.
- Malcomson, H., & Bisbee, S. (2009). Perspectives of healthy elders on advance care planning. *Journal of American Academy Nurse Practitioners*, 21, 18–23. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00369.x>.
- Miettinen, S. (2006). Eron aika. Tyttärien kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 4. Helsinki: Yliopistopaino.
- Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Coleman, R., Tomer, A., & Samuel, E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: The impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Studies*, 35, 777–800. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.583200>.
- Piers, R. D., Van Eechoud, I. J., Van Camp, S., Grypdonck, M., Deveugele, M., Verbeke, N. C., et al. (2013). Advance care planning in terminally ill and frail older persons. *Patient Education and Counselling*, 90, 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.008>.
- Raz, M., Shalev, C., & Amit, S. (2011). Dying of ‘old age’ in Israel. *The European Legacy*, 16, 363–375. <https://doi.org/10.1080/10848770.2011.575599>.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31, 549–561. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>.
- Samsi, K., & Manthorpe, J. (2011). “I live for today”: A qualitative study investigating older people’s attitudes to advance planning. *Health and Social Care in the Community*, 19, 52–59. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00948.x>.
- Sanjo, M., Miyashita, M., Morita, T., Hirai, K., Kawa, M., Akechi, T., et al. (2007). Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Annals of Oncology*, 18, 1539–1547. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdm199>.
- Sepperd, S., Wee, B., & Strauss, S. E. (2011). Hospital at home: Home-based end of life care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231>.
- Shapiro, S. P. (2015). Do advance directives direct? *Journal of Health Politics Policy and Law*, 40, 487–530. <https://doi.org/10.1215/03616878-2888424>.
- Sharp, T., Moran, E., Kuhn, I., & Barclay, S. (2013). Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: A systematic literature review and narrative synthesis. *The British Journal of General Practice*, 63, e657–e668. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X673667>.
- Simon, J., Porterfield, P., & Bouchal, S. R. (2015). ‘Not yet’ and ‘just ask’: Barriers and facilitators to advance care planning—A qualitative descriptive study of the perspectives of seriously ill, older patients and their families. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5, 54–62. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000487>.
- Sudore, R. L., & Fried, T. R. (2010). Redefining the “planning” in advance care planning: Preparing for end-of-life decision making. *Annals of Internal Medicine*, 153, 256–261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00008>.

### **Osajulkaisu III**

Outila M., Jumisko E., & Kettunen R. (2014). Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma”, *Gerontologia*, 28(4), 231–249. ”Kehysartikkeli”

Artikkeli julkaistaan uudestaan väitöskirjan osana artikkelin alkuperäisten tekijänoikeuksien haltijan ystävällisellä luvalla.



CC BY-NC-ND Nimeä–Ei-muutoksia–Ei-kaupallinen

# Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen rakentuminen – kehysanalyttinen näkökulma

Marjo Outila<sup>1</sup>, Eija Jumisko<sup>2</sup> ja Riitta Kettunen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Lapin yliopisto

<sup>2</sup>Lapin ammattikorkeakoulu

*Artikkelissa analysoidaan kotihoidon työntekijöiden ja iäkkäiden asiakkaiden välistä vuorovaikutusta kehysanalyysin avulla (Goffman 1974). Artikkelissa kysytään, mitkä ovat kotikäyntien vuorovaikutuksen perustavat kehykset, mitä seurauksia kehystämällä, kehyksissä tapahtuvalla vuorovaikutuksella ja kehysten välisellä dynamiikalla on asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen sekä osapuolten asemaan. Tutkimusaineistona on 22 kotikäynnin litteroidut ääninauhotukset. Vuorovaikutuksesta identifioitiin terveydenhoidon, informaalisen vuorovaikutuksen ja kotihoidon järjestelyt -kehykset. Tutkimustulosten mukaan työntekijöiden ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus sekä asemat vaihtelevat kehyksittäin. Kussakin kehyksessä vuorovaikutuksen osapuolille muodostuu varsin vakiintuneita asemia, mutta vuorovaikutuksen rikkaudesta ja kontekstista johtuen jokaisessa kehyksessä on myös tilanteita, joissa asiakkaan ja työntekijän asema voi vaihdella. Vuorovaikutuksen luonnetta ja siihen liittyvää osapuolten asemien muodostumista rakennetaan myös kehyksen sisäisen ja kehysten välisen dynamiikan avulla. Näitä ovat muun muassa kehysten vaihtaminen, rikkoutuminen tai kehyksen epäselvyys. Tarve työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen ominaispiirteiden tunnistamiselle, mikä on tämän artikkelin tarkoitus, nousee muun muassa poliittis-taloudellisista pyrkimyksistä lisätä kotihoitoa ja asiakkaiden toiveista asua kotona mahdollisimman pitkään.*

## Johdanto

**O**massa kodissa mahdollisimman pitkään asuminen on kulttuurisesti jaettu tavoite niin yksilö- (ks. esim. Vaarama ym. 2006, Gillsjö ym. 2011) kuin yhteiskunnallisellakin tasolla (ks. esim. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008). Silloin kun kotona asumiseen tarvitaan virallisen palvelujärjestelmän tukea, kotihoidolla on suuri merkitys sekä ikääntyneiden ihmisten elämän että ikääntyneiden palvelujen organisoimisenkin kannalta.

Kotihoidoon liittyy monenlaisia kysymyksiä, joiden ratkaisemisen tavoilla on seurauksia palvelujen rakenteisiin, prosesseihin ja niiden toimivuuteen sekä palveluja käyttävien ihmisten ja heidän läheistensä elämään. Viimeaikaiset keskustelut ovat koskeneet erityisesti kotihoidon väheneviä resursseja ja

palvelujen saamisen tiukkenevia kriteerejä sekä tehokkuusajatteluun perustuvaa palveluiden priorisointia ja resurssien mahdollisimman niukkaa ja säästäväistä käyttöä. Nämä kysymykset ovat osa kotihoidon laajempaa muutosprosessia, joka on näkynyt kotihoidon institutionalisoitumisena, byrokratisoitumisena ja professionalisoitumisena. (Ks. esim. Olaison 2009.) Työntekijöiden kohdalla keskustelua on käyty muun muassa työntekijöiden riittämättömästä määrästä, työn muuttumisesta sekä henkisesti että fyysisesti raskaammaksi, kiireestä sekä työn ulkoahjautumisesta, mikä pitää sisällään pirstoutuneet tehtävät ja toimenkuvat, tarkat reviirirajat eri työntekijäryhmien välillä sekä esimiesten vahvaan määräys- ja auktoriteettiasemaan perustuvat ohjauskäytännöt (Niemelä 2009, Perälä ym. 2006, Lehtonen ym. 1991).

Kotihoidon palveluita käyttävien iäkkäiden ihmisten elämässä kysymykseksi on noussut muun muassa palvelujen riittävyys ja tarvestaavuus. Sillä kuinka varat kohdennetaan, kuinka laajaa kotihoito on ja kuinka se organisoidaan, on suuri merkitys ikääntyneille ja heidän perheilleen. Keskustelua on käyty siitä, missä määrin palvelutarpeet määrittävät professionaalisista ja organisatorisista lähtökohdista käsin ja missä määrin holistisista yksilöllisistä tarpeista käsin. (Ks. esim. Olaison 2009.) Keskustelua on käyty myös työntekijöiden asiakkaan luona viettämän ajan lyhenemisestä ja siitä, että palveluissa keskitytään yhä vahvemmin terveydenhoidollisiin tehtäviin, ja palvelujen ulkopuolelle rajataan asiakkaiden tarpeiden kannalta keskeisiä alueita (mm. siivous ja sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen). On tulkittu, että palvelujen ja tarpeiden määrittely on siirtynyt palveluja tarvitsevien ulkopuolelle, mikä rajaa asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta. (Ks. esim. Niemelä 2009, Olaison 2009.)

Tutkimusten mukaan kotihoidon työ painottuu hoitotoimenpiteisiin ja välttämättömien fyysisten tarpeiden vastaamiseen (Tønnessen ym. 2011, Paljärvi 2012). Asiakkaat toivovat kotihoidolta enemmän aikaa ja apua siivouksessa, ulkoilussa ja asiointinissa (Andersson ym. 2004) sekä tukea sosiaalisissa suhteissa ja psyykkisessä hyvinvoinnissa (Paljärvi 2012). Kuitenkin esimerkiksi siivous, asiointiapu ja vaatehuolto ovat loppuneet lähes kokonaan monissa kunnissa (ks. esim. Paljärvi 2012). Paljärven (2012) mukaan työntekijöiden kiire on tullut esille suomalaisissa tutkimuksissa 1990-luvulta lähtien (ks. myös Groop 2012). Myös työntekijöiden suuren vaihtuvuuden on sanottu alentavan kotihoidon laatua. Kotihoidon asiakkaat toivoisivat saman hoitajan käyntejä (esim. Tepponen 2009, Öresland ym. 2009, Paljärvi 2012) ja haluaisivat puhua työntekijöiden kanssa myös muusta kuin sairaudestaan (Öresland ym. 2009).

Asiakastutkimusten mukaan ikääntyvät asiakkaat luottavat saavansa apua kotihoidon työntekijöiltä, vaikka he tietävät työntekijöiden kiireen (Andersson ym. 2004, Paljärvi 2012). He kokevat työntekijät ammattitaitoisiksi ja ystävällisiksi. Hyvä työntekijä on asiakkaiden mukaan rauhallinen, iloinen, puhelias, koskettaa ja on läsnä. Vastakohtana on teennäinen, holhoava, kiireinen, ei-iloinen, epäluotettava, hiljainen, etäinen ja poissaolevan tuntuinen työntekijä.

(Andersson ym. 2004.) Asiakkaat korostavat työntekijän aitoa läsnäoloa, kiinnostusta, kuunteluita sekä halua auttaa ja tukea heidän tarpeistaan lähtien (Öresland ym. 2009, Lindahl ym. 2010).

Tutkimusten mukaan (esim. McGarry 2008, Öresland ym. 2008, 2009, 2011, Lindahl ym. 2010) kotihoidon asiakkaiden, heidän läheistensä ja kotihoidon työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen keskeisiä kysymyksiä ovat luottamuksen saavuttaminen ja sopivan yhteisessä tilassa ja tilanteessa olemisen tavan löytäminen. Tähän liittyy toisensa tunteminen, osapuolten roolit ja keskinäiset valtasuhteet, tilojen käyttäminen sekä asiat, joista puhutaan ja joista vaetaan. Asiakkaat ovat kotonaan ”omalla maallaan”, jota he odottavat työntekijöiden kunnioittavan. He myös pelkäävät tilanteita, joissa kunnioitus katoaa. Asiakkaat haluavat olla myös aktiivisia toimijoita itseään koskevissa asioissa ja päätöksissä, mutta on myös tilanteita, joissa he haluavat luovuttaa päätösoikeuden työntekijälle (Öresland ym. 2009, 2011, Lindahl ym. 2010).

Asiakkailla ja heidän läheisilleen oma koti merkitsee mahdollisuutta käyttää valtaa, mutta riippuvuus työntekijän avusta siirtää valtaa työntekijälle (Lindahl ym. 2010, Öresland ym. 2008, 2011). Työntekijän ja asiakkaan suhdetta kuvataan joissakin tutkimuksissa ystävyydeksi, jossa tasapainon löytäminen voi olla vaikeaa (McGarry 2008, Öresland ym. 2008, Lindahl ym. 2010). Työntekijät kertovat ammatillisesta ystävyydestä, jossa läheisyys asiakkaaseen ja hänen perheensä on välttämätöntä hyvälle hoidolle. Toisaalta myös tietyn etäisyyden säilyttämistä pidetään hyvän hoidon edellytyksenä (Öresland ym. 2008). Ikääntyneet asiakkaat kertovat ystävyydestä, jossa myös he voivat auttaa työntekijää selviytymään elämän haasteista. Pitkäaikainen suhde ja yhteinen historia asiakkaan ja työntekijän välillä voi tuoda heidät hyvin lähelle toisiaan ja työntekijöistä voi tulla asiakkaalle ikään kuin osa perhettä (McGarry 2008). Maaseutukunnissa työntekijät voivat kokea, että heidän on vastattava asiakkaiden tarpeisiin kaikkina aikoina ja heistä tulee myös osa asiakkaan informaalista hoivaa (Lindahl ym. 2010). Työntekijät tasapainoilevat talouden niukkuuden, normien ja asiakkaiden toiveiden välillä (Andersson ym. 2004, Tønnessen ym. 2011).

Kotihoidosta tarvitaan lisää tutkimustietoa (Genet ym. 2011.). Gillsjön ym. (2011) mukaan tut-

kimusta tarvitaan esimerkiksi ikääntyneiden ihmisten kokemuksista kotona tapahtuvasta hoidosta ja erityisesti siitä, miten se vaikuttaa asiakkaiden hyvinvointiin sekä tunteeseen kotona olemisesta.

Tässä artikkelissa kotihoidon kysymyksiä tarkastellaan työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Artikkelin tarkoitus on tuoda kotihoidon tutkimuksen kentälle harvemmin käytettyihin aineistotyyppisiin perustuvaa tutkimusta ja näkökulmallisesti uudenlaista lähestymistapaa. Tutkimusaineistona on ääninauhoituksia asiakkaiden ja työntekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta konkreettisissa palvelutilanteissa asiakkaiden kotona, ja vuorovaikutusta analysoidaan kehysanalyysin avulla. Tutkimuksen tavoite on analysoida työntekijöiden ja asiakkaiden vuorovaikutuksen ominaispiirteitä ja avata keskustelua vuorovaikutuksen merkityksistä niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin näkökulmasta. Asiakkaiden toiveet kotona mahdollisimman pitkään asumisesta ja yhteiskunnalliset pyrkimykset kotihoidon lisäämiseksi luovat tarpeen työntekijöiden ja asiakkaiden välisen vuorovaikutuksen sisään rakennettujen ominaispiirteiden tunnistamiselle ja näkyväksi tekemiselle henkilökohtaisina, organisatorisina ja poliittisina kysymyksinä. Asiakaskeskeisyys on hyvän kotihoidon edellytys ja sen on todettu toteutuvan parhaiten kahdenkeskisessä vuorovaikutuksessa (Andersson ym. 2004). Vuorovaikutuksen tutkimus kotihoidon arjessa mahdollistaa ikääntyvän ihmisen ja työntekijöiden äänen kuulumisen, mikä on olennaista kotihoidon kehittämiseksi.

## Aineisto ja menetelmä

Tutkimuksen aineisto kerättiin Pohjois-Suomessa sijaitsevassa kunnassa. Tutkimuskunnan kotihoidon henkilöstössä on hieman yli kolmekymmentä työntekijää, joista tutkimukseen osallistui kuusi: kotipalvelusta kolme lähihoitajaa ja yksi kotiavustaja ja kotisairaanhoidosta kaksi sairaanhoitajaa. Työntekijät olivat iältään 21–67-vuotiaita. Kotipalvelun työntekijöillä oli työkokemusta kotihoidossa 3–10 vuotta ja kotisairaanhoidon työntekijöillä 10–25 vuotta.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaita tutkimuskunnassa oli tutkimusajankohtana noin 100 (Sotkanet). Kotihoidon asiakkaista tutkimukseen heistä osallistui 15 naista ja 7 miestä. Lähes kaikki asiakkaat oli-

vat yli 80-vuotiaita ja heillä oli sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon säännöllinen asiakkuus.

Tutkimukselle saatiin tutkimuslupa kunnan perusturvalautakunnalta. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon lähiesimiehet antoivat henkilöstölleen tutkijoiden laatiman informaatiokirjeen, jossa kysyttiin työntekijöiden suostumusta tutkimukseen. Kotihoidon työntekijät antoivat informaatiokirjeen suostumuslomakkeineen niille kotihoidon asiakkaille, joiden luona heillä oli säännöllisiä kotikäyntejä. Muistisairautta sairastavien ikääntyneiden ihmisten osalta suostumusta kysyttiin myös henkilön lähiomaiselta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittaville taattiin luottamuksellisuus tutkimusaineiston käsittelyssä ja raportoinnissa.

Tutkimusaineisto koostui 22 kotihoidon kotikäynnistä, joista 13 oli kotipalvelun ja 9 kotisairaanhoidon. Kotikäynnit toteutuivat kahtena peräkkäisenä aamuvuorona eri puolilla kuntaa keväällä 2012. Kotikäynneille osallistui yksi kotihoidon työntekijä sekä geronomiopiskelija, joka toimi tutkimusaineiston kerääjänä.

Kaikki kotikäynnit ääninauhoitettiin. Kotikäyntien nauhoitukset litteroitiin sanatarkasti; myös vuorovaikutusta kuvaavat elementit kuten nauru, tauot ja muut äänet (esim. tietokoneelle kirjoittamisen ääni) litteroitiin. Nauhoitusten kesto oli keskimäärin 31 minuuttia (6,32–54,37 min.) ja litteroidun aineiston sivumäärä 342.

Tutkimusaineiston analyysissä käytettiin kehysanalyysiä. Kehysanalyysin luoja Erving Goffman (1922–1982) on tutkinut sosiaalisia tilanteita ja niiden järjestyneisyyttä tutkimuskohteenaan erityisesti kasvokkainen vuorovaikutus. Goffmanin teatterimetatforat (1990) ja kasvotyön sekä vuorovaikutusrituaalien (1982) analyysit ovat osoittaneet, että arkinen vuorovaikutus ei ole niin itsestään selvää ja merkityksetöntä kuin ensi silmäyksellä saattaa vaikuttaa, vaan se perustuu kulttuurisesti jaettuuihin oletuksiin ja sääntöihin, jotka tuottavat vuorovaikutukseen säännönmukaisuutta ja järjestyneisyyttä (Goffman 1983).

Goffman esittelee kehysanalyysiä teoksessaan ”Frame Analysis” (1974), joka käsittelee kokemuksen organisoitumista ja siihen liittyen toiminnan ja vuorovaikutuksen järjestäytymistä. Vuorovaikutustilanteessa tehdyt teot ja sanat tulevat tilanteenmäärittelymme eli kehystämisen seurauksena ymmärretyksi

tietynlaisiksi ja tapamme suhtautua tilanteeseen riippuu tästä tulkinnasta. Kehystämistä voidaan pitää todellisuuden rakentamisen välineenä myös siten, että kehys määrittää ne ominaisuudet, velvollisuudet ja oikeudet, joita vuorovaikutuksen osanottajat omistavat itselleen ja toisilleen. (Goffman 1974, Peräkylä 1990.) Tähän on yhteydessä Goffmanin aseman (status) käsite, jolla hän viittaa vuorovaikutuksen osapuolten yhteisesti hyväksyttyyn osallistujastatukseen ja puhujan ja kuulijan roolin vuorotteluun liittyvän statukseen, mutta myös edellisiin liittyviin hienovaraisiin variaatioihin (esim. salaliitonomainen juonitteleva viestintä), joilla on merkitystä vuorovaikutuksen osapuolten määrittelyyn (Goffman 1974).

Kehysanalyysissä on tärkeää kehysten dynamiikan analyysi (Goffman 1974, Peräkylä 1990). Goffman (1974) tarkastelee muun muassa kehysten rikkoutumista, niiden virittymistä (esim. sota sotaleikiksi muutettuna) ja kerroksisuutta, kehysten ulkopuolista toimintaa, kehysten avulla huijaamista ja kokemuksen haavoittuvuutta. Kehysten dynamiikka tuo näkyville sen, että vaikka kehykset ovat olemassa jo ennen kuin yksilöt osallistuvat tilanteeseen, ja toiminnallekin on asetettu valmiiksi monenlaisia sääntöjä, ne eivät aina determinoi yksilön toimintaa. Se, kuinka vuorovaikutusta kehystetään ja kuinka hyvin ihmiset toimivat kehysiin liittyvien normien mukaan, ja mitä seurauksia tällä kaikella on, ei ole täysin ennalta määrättyä.

Kehysanalyysia on käytetty tulkinnan apuvälineenä monenlaisessa tutkimuksessa. Tutkimusaiheina on ollut esimerkiksi kuolevien hoitaminen (Peräkylä 1990), leikin mediakuvat (Bishop 2013), turismpolitiikka (Wu ym. 2012) ja työskentely päiväkodeissa (Puroila 2002) ja maahanmuuttajien kanssa (Nisula 2010). Tämän tutkimuksen kannalta olennaista tehdyssä tutkimuksessa on kehysanalyysin metodologisteoreettinen näkökulma, jonka mukaan kehystämisen on toisaalta osa tilanteen merkityksen ymmärrystä ja toisaalta sen määrittelyä. Keskeistä on myös se, kuinka kehystämisen yhteydessä määritellään vuorovaikutuksen osapuolten asemat, ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia.

Aineiston analyysiyksikkönä oli kehystetty vuorovaikutusepisoodi. Vuorovaikutusepisodien kehysten identifiointi perustui nauhoitusten kuuntelemiseen, litterointien lukemiseen useaan otteeseen sekä aineiston luokitteluun. Analyysin perustavana kysy-

myksenä oli: Mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu? Ensimmäiseksi aineistosta nimettiin työntekijöiden ja asiakkaiden puheenvuorot konkreettisella tasolla, esimerkiksi ”työntekijä kysyy asiakkaan kokemasta kivusta”, ”asiakas alkaa puhua pihan eläimistä” tai ”työntekijä harmittelee kiireistä aikataulua”. Kaikki edellisen kaltaiset nimeämiset koottiin yhteen ja etsittiin yhdistäviä teemoja kuten ”asiakkaan terveys” tai ”naapuruston asiat”. Kehykset muodostettiin teemoista, mutta tähän vaikutti myös teemaan sisältyvän keskustelun luonne. Jos ruokailuun liittyvä keskustelu liittyi esimerkiksi työntekijän ja asiakkaan erilaisiin tapoihin, se sisällytettiin informaaliseseen vuorovaikutuksen kehukseen. Mikäli kyse oli asiakkaan veden juomisen tavoista, johon työntekijä antoi ohjeistusta, tämä luokiteltiin terveydenhoidon kehukseen.

Analyyysissä on kehystämisen lisäksi tarkasteltu kehysten sisällä tapahtuvaa vuorovaikutusta. Keskeistä tässä on kehystämisen puitteissa tapahtuva vuorovaikutuksen osapuolten aseman rakentuminen. Tässä tutkimus lähestyy diskurssianalyysin näkemystä vuorovaikutusosapuolten positioiden määrittelystä ja vallan rakentumisesta (ks. esim. Davies ja Harré 1990, Pynnönen 2013). Diskurssianalyysissä tarkastellaan muun muassa sitä, kuinka valta tulee ilmi, uusinnetaan ja legitimoidaan puheessa. Valta ilmenee ja määrittyy vuorovaikutuksessa diskursiivisesti esimerkiksi sen mukaan, kuka valitsee puheaiheen, voi keskeyttää toisen puheen tai tekee kysymyksiä ja vaatii vastauksia. Valtaa voi puheen avulla saavuttaa myös esimerkiksi käyttämällä sellaista kieltä, jota toinen ei ymmärrä tai muuten tehdä asioita, joilla on vaikutusta puhekumppaniin, esimerkiksi suostutella. Diskurssianalyysissä ollaan usein sensitiivisiä puheen konteksteille; puheen yhteyksiin institutionaalisiin rakenteisiin, sosiaalisiin tilanteisiin ja puhekumppanien sosiaaliseen suhteeseen. Vaikka sosiaaliset suhteet ja institutionaaliset kontekstit asettavatkin diskursseille tiettyjä oletuksia ja ohjaavat vuorovaikutusta, vuorovaikutustilanteiden ja siihen sijoittuvien valtasuhteiden ei tarvitse olla staattisia. Valta voidaan haastaa tai vallasta ja siihen liittyvistä asemista ja rooleista voidaan neuvotella. (Ks. esim. van Dijk 2012) Tässä tutkimuksessa vuorovaikutus sijoittuu kotihoidon institutionaaliseen kotihoidon työntekijä–asiakas-kontekstiin, jolloin puhekin on osa institutionaalista vuorovaikutusta ja valta-

Taulukko 1. Kehysten aloitukset ja jakautuminen asiakkaiden ja työntekijöiden kesken.

| Kehyksen aloitus         | Työntekijät | Asiakkaat  | Yhteensä      |
|--------------------------|-------------|------------|---------------|
| Terveystenhoito          | 881 (86 %)  | 140 (14 %) | 1021 (64,5 %) |
| Informaali vuorovaikutus | 246 (51 %)  | 234 (49 %) | 480 (30,3 %)  |
| Kotihoidon järjestelyt   | 75 (91 %)   | 7 (9 %)    | 82 (5,2 %)    |
| Yhteensä                 | 1202        | 381        | 1583 (100 %)  |

suhdetta. Tutkimuksen kiinnostuksen kohteena on analysoida, kuinka vuorovaikutuksen osapuolten asemat rakentuvat tässä institutionaalisessa kontekstissa esimerkiksi asiantuntijuuden mukaan ja kuinka erilaisista rooleista ja asemista neuvottelu on mahdollista; kuinka esimerkiksi asiakkaan puhevalta mahdollistuu. (Ks. esim. van Dijk 2012.)

Kaiken kaikkiaan tutkimuksessa kysytään, mitkä ovat kotikäyntien vuorovaikutuksen kehykset. Lisäksi kysytään mitä seurauksia kehystämällä, kehyksissä tapahtuvalla vuorovaikutuksella ja kehysten välisellä dynamiikalla on asiakkaiden ja työntekijöiden välisen vuorovaikutukseen ja heidän asemaansa vuorovaikutuksessa<sup>1</sup>.

## Tulokset

Aineiston analyysin mukaan työntekijöiden ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus kehystyi pääasiallisesti kolmella tavalla. Vuorovaikutus oli joko terveydenhoitoa, informaalia vuorovaikutusta tai se liittyi kotihoidon erilaisiin järjestelyihin. Taulukossa 1 näkyy, millaisen osuuden kehykset saivat vuorovaikutuksessa. Taulukkoon on laskettu kehyksen aloittamiset. Tällä tavoin korostetaan vuorovaikutuksen dynamiikkaa; erityisesti sitä, kuinka ja mihin suuntaan osapuolet vuorovaikutusta veivät.

Kutakin kehystä tarkastellaan seuraavaksi omissa kappaleissaan, mutta vuorovaikutuksen kokonaisuus-

den näkökulmasta on hyvä huomioida, että työntekijä on kehyksen aloittaja kolme kertaa neljästä aloituksesta (76 %). Keskimääräisesti asiakas ei ole yhdessäkään kehyksessä aloitteellisempi osapuoli. Tuloksentamme mukaan tämä kertoo työntekijälähtöisestä vuorovaikutuksesta.

## Terveystenhoiton kehys:

Asiakkaan terveydestä huolehtiminen  
– yhteisymmärryksen saavuttaminen  
ja saavuttamattomuus

Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus rakentuu vahvasti asiakkaiden fyysisen terveyden ja siitä huolehtimisen ympärille (ks. taulukko 1, myös esim. Tønnessen ym. 2011, Paljärvi 2012). Sitä voi kutsua vuorovaikutuksen vahvaksi orientaatioperustaksi (Peräkyä 1990). Keskustelu muodostuu työntekijöiden puolelta terveyteen liittyvästä informaation keräämisestä ja jakamisesta, ohjeistamisesta, arvioiden tai tulkintojen esittämisestä ja esimerkiksi lääkkeenjaon ääneen laskemisesta. Asiakkaat ovat usein kysymyksiin vastaajia, tiedon ja ohjeistusten vastaanottajia, mutta myös avun pyytäjiä ja oman tulkinnan esittäjiä.

Kun toiminta kehystetään terveydenhoidoksi, samalla hoidon osapuolille, hoidon antajalle ja vastaanottajalle, asetetaan erilaisia odotuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia. Keskeistä tämän tutkimuksen kannalta vuorovaikutuksen terveydenhoidoksi kehystämisen lisäksi on se, millaisia odotuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia kotona tapahtuvassa formaalin terveydenhoidon kehyksessä rakentuu. Kotihoidon työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutushan on rakennettu jo ennalta hoidoksi hoito- ja palvelusopimuksen myötä, mutta mielenkiintoista on, miten tämä tuotetaan kasvokkain vuorovaikutuksessa ja mitä tapahtuu,

1 Tutkimus on osa ESR-rahoitteista Lapin korkeakoulukonsernin toteuttamaa Ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen -hanketta, joka on toiminut Pohjois-Suomessa vuosina 2011–2013. Hankkeen tavoitteena on ollut lappilaisten ikäihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun ja elämänhallinnan tukeminen. (Ikäihmisten elämänhallinnan... -hankesuunnitelma 2011, IkäEhyt-hankkeen rahoituspäätös 2010.)

jos terveydenhoidon kehyksen rakentaminen ei sujuukaan ongelmitta. Vuorovaikutuksen kehysanalyysin kautta tarkastelun keskiössä on sekä hoidon vastaanottaja (asiakas) että antaja (työntekijä), eikä analyysissä keskitytä pelkästään jompaankumpaan hoidon osapuoleen, kuten hoivatutkimuksessa usein on tapana (ks. esim. Zehner 2008).

Yksi tyypillinen tapa, jolla vuorovaikutus alkaa rakentua terveyden hoitamiseksi, on työntekijän kysymys asiakkaan voinnista.

*Tt = työntekijä: No mites sie oot jaksellu?*

*An = naisiasiakas: No aika mukavasti, mutta joku päivä on huonompi aamupäivä, ja se on kumma että se on aamupäivä.*

*Tt: Onko sulla taas tullu niitä?*

*An: No semmonen se ei tuota, ei se niin pyöräytäkään mutta se on semmonen kumma heikkous olo ja väsyttää. (Kotisairaanhoido1)*

Keskustelun avausta seuraa työntekijäjohtoinen vuoropuhelu. Työntekijä tekee asiakkaan vointiin liittyviä tarkentavia kysymyksiä, esittää mahdollisia syitä huonoon oloon, tekee mittauksia ja esittää tulkintoja mittaustulosten mahdollisista yhteyksistä huonoon oloon. Hän kertoo mitä tehdään jatkossa ja ohjeistaa, kuinka asiakkaan tulee toimia. Tällä tavoin vuorovaikutus kehystetään terveydenhoidoksi. Vuorovaikutus näyttää kulkevan yhdenlaista tavanomaista rataansa, jossa sen osapuolilla on selkeät asemat ja tehtävät; asiakkaan terveyttä hoidetaan, työntekijä on hoidon ammattilainen, mutta asiakkaalta saatavalla tiedolla on merkitystä tulkintojen ja hoidon suunnittelemisen kannalta.

Asiakkaat aloittavat terveydenhoidon kehyksen harvemmin kuin työntekijät (ks. taulukko). Asiakkaiden aloitteellisuuden vähäisyys ei välttämättä merkitse asiakkaiden kuulluksi tulemisen kannalta mitään, koska työntekijät vaikuttavat pääsääntöisesti tuntevan asiakkaat ja heidän asiansa ja hoitavat asioita ilman pyyntöä. Toisaalta työntekijöiden toiminta perustunee tarpeenarvointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jolloin kummallakin osapuolella on jo valmiiksi ymmärrys siitä, mitä kotikäynneillä tapahtuu. Asiakkaiden aloitteellisuuden vähäisyys voi kuitenkin liittyä myös ammattilainen-maallikko-asetelmaan, johon on sisäänrakennettuna ammattilaisen vahvempi asema. Tällöin asiakkaiden aktiivisuus vaa-

tisi heiltä tuon asetelman ylittämisen. Toisaalta asiakkaiden aktiivinen aloitteellisuus ei myöskään välttämättä takaa sitä, että asiakkaat tulisivat kuulluksi tarvitsemallaan tavalla, koska aloitteellisuus ei aina johda asiakkaiden ehdotusten toteuttamiseen. Toisinaan työntekijöillä ja asiakkailla on erilaisia ajatuksia siitä mitä kotikäynnillä tehdään ja miten toimia, mikä voi johtaa työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen neuvotteluun.

Seuraavassa episodissa asiakas on aktiivinen tilanteen määrittelyssä. Hän ehdottaa (todennäköisesti havainnoijasta johtuen), että toimenpide tehtäisiin toisessa tilassa. Työntekijä ei kuitenkaan pidä sitä tarpeellisena. Perustelu ”vaikka tuttujan tässä ollaan” vaikuttaa tässä yhteydessä erikoiselta, koska havainnoija ei ole asiakkaan tuttu.

*Tt: Katomako kuule Oiva välisä se avanne homma että onko pysyny kunnossa niin enneko tuota on syönti hommat miten se on?*

*Am = miesiasiakas: Menemäkö kattoon tuone vai?*

*Tt: Joo näytä vain täällä niin tuota.*

*(naurua)*

*Tt: Vaikka tuttujan tässä olhaan, eikö ollakki?*

*Am: Joo. (Kotipalvelu2)*

Hoitoon sisältyy monia avun antamisen ja vastaanottamisen valtautottuvuuksia, jotka voivat tulla korostetusti esille tilanteissa, joissa asiakas joutuu pyytämään apua ja joihin liittyy kehon paljastaminen toisen katseelle. Tarpeiden esittäminen voi olla uuvuttavaa ja esimerkiksi kylvettämisessä avun antajan fyysinen vahvuus ja auttajan hyväntahtoisuuteen nojaamisen pakko voi haastaa autettavan itsearvostuksen ja tilannekontrollin (Twigg 2000).

Välittömästi edellisen keskustelun jälkeen asiakas pyytää työntekijän apua avannepussin vaihdossa. Työntekijä kieltäytyy ensin, mutta asiakas ei anna periksi ja näin terveydenhoidon kehyksen mukainen toiminta jatkuu asiakkaan ehdottamana.

*Tt: (naurahtaen) Joo justiin katomapa niin, hyvin vain tämä sulla tämä täällä on kuule.*

*Am: No se meän ottaa tämä pois ottaa.*

*Tt: No ei kuule vain tuota.*

*Am: Mullahan on tuola (asiakas viittaa uusiin tarvikkeisiin).*

*Tt: Joo.*

*Am: Eihän mulla mee ko minuutti kaks sekuntia.*

*Tt: No kuule miepä voisin sulle sen kuule nyt tässä vaihauttaakki niin tuota.*

*Am: No kuule bae (2 sanasta ei saa selvää).*

*Tt: Kuule niin me tehjään, niin se on kuule yhteispe-  
lilä.*

*Am: Joo.*

Joskus terveydenhoidon kehityksen sisällä tapah-  
tuva vuorovaikutus ei ala sujua yrityksistä huolimatta.  
Näin tapahtuu esimerkiksi silloin, kun asiakas ja  
työntekijä eivät ymmärrä toistensa puhetta.

*Am: Mutta se olis ne se olis niistä ne tyttäret joo tuo-  
vat (ei saa selvää 1).*

*Tt: Ruokaa?*

*Am: Niin mm pensii ym pensinii pas (ei saa selvää 2)  
... Perkele, mie en saata sanoa (puhuu ärtyneesti).*

*Tt: No saatat sie ku sie vain yrität sanoa. Mietippä  
vähän mitä sie, nyt mie en tiää mitä sie tarkoitat.*

*Am: Mm.*

*Tt: No ruokapalvelun henkilökunta tuopi sinulle jo-  
taki, niinkö?*

*Am: Joo (ei saa selvää 3).*

*Tt: Joo. Niin tuopi ruoan sulle?*

*Am: Mm.*

*Tt: Niin onki joo. Kyllä mie sen käsitan.*

*Am: Se on tuonu mulle (ei saa selvää 5).*

*Tt: Joo?*

*Am: Ne toi yhen kerran ja ne loput.*

*Tt: Eikö ne tuonu ruokaa sen jälkeen?*

*Am: Ei, en, en kyllä, tuo ruokaa.*

*Tt: Tuopihan ne ruoan sulle nyt kuitenkin?*

*Am: Joo.*

*Tt: Justiin joo, joo joo... (naputtelee tietokonetta)  
Mie merkkeen nämä siun vastaukset (koetulokset)  
tänne konheelle. (Kotisairaanhoido9)*

Asiakas ottaa myöhemmin kotikäynnin aikana  
asiansa uudestaan puheeksi, mutta se jää edelleen sel-  
viämättä. Tämän keskustelun jälkeen asiaan ei palaa  
asiakas eikä työntekijä eli asiakkaan kokemaa ongelma  
jää ainakin tällä käynnillä vaille ratkaisua.

Terveydenhoidon kehityksen vuorovaikutus perus-  
tuu pitkälti työntekijöiden asiantuntijuuteen fyysi-  
seen terveyteen liittyvissä asioissa; se oikeuttaa työn-  
tekijät tekemään terveydenhoitoon liittyviä toimen-  
piteitä ja esittämään näkemyksiä terveellisten elä-

mäntapojen mukaisesta elämästä. Jälkimmäinen joh-  
taa usein asiakkaiden selontekovelvollisuuteen, joka  
ikään kuin kuuluu asiaan: työntekijät saavat kysyä  
miten asiakas on elänyt elämänsä ja myös kehottaa  
asiakasta toimimaan tietyllä tavalla. Selontekojen ja  
selontekovelvollisuuden analyysin avulla voidaan tar-  
kastella vuorovaikutuksen valtautuvuutta. Vuoro-  
vaikutussuhteessa on epäsymmetrisyyttä vallan suh-  
teen silloin kun toiselle osapuolelle syntyy velvolli-  
suus antaa selonteko tai toisella osapuolella on oikeus  
pyytää tai saada selonteko. Näin tapahtuu usein nor-  
min rikkoutumisen yhteydessä eli silloin kun vuoro-  
vaikutus ei suju odotusten mukaisesti ja tästä seuraa  
vaade selittää ja perustella. (Juhila 2009, Garfinkel  
1967, Heritage 1996.) Joskus asiakkaat harjoittavat  
selontekovelvollisuuden tilanteessa vastavaltaa esi-  
merkiksi muuntamalla terveydenhoidon kehystä  
huumorin avulla.

*Tt: Pitäskö meän Reino alkaa kuule syöntibommiin.*

*Am: Niin ruokailemhanko?*

*Tt: Niin ruokailemhan.*

*Am: Ei se ole nälkä isosti ole (naurahtaan).*

*Tt: Eikö ole nälkä?*

*Am: Ei ole, niin että sen takia syö...*

*Tt: Täällä on kuule niin hyvää ruokaa kuule että  
aivan kerta kaikkiaan kuule on se lääkityski pitä-  
ottaa niin tuota niin.*

*Am: Niin tietenki ei muutako hakekaa te sieltä ruo-  
kaa.*

*(naurua)*

*Tt: (nauraen) Niin että alakakkaa te ittekki syö-  
mään niinkö?*

*Am: No mie aina aina kerkiän syömhään.*

*Tt: Niin mutta kyllä se isäntä se tärkein kuule niin  
on se kyllä että että tuota.*

*Am: (nauraen) Juu. (Kotipalvelu2)*

Edellisestä tapauksesta poiketen työntekijöiden  
ehdotukset eivät kuitenkaan aina johda siihen, että  
asiakkaat tekisivät niin kuin työntekijät katsovat par-  
haaksi. Ongelmattomaan vuorovaikutukseen pala-  
minen edellyttää kuitenkin perustelua, selontekoa,  
asiakkaiden puolelta. Tämä kertoo työntekijä-asia-  
kas-suhteen työntekijän asiantuntijuuteen sidoksissa  
olevasta vallasta.

Vaikka terveydenhoidon kehityksessä asiakkaat  
joutuvat työntekijöitä useammin selontekovelvolli-

seksi omasta toiminnastaan, selontekoa tai siihen johtanutta syytä käsitellään huomattavan eri tavalla asiakkaiden ja työntekijöiden kohdalla. Mikäli asiakkaat eivät ole toimineet tai toimi toivotulla tavalla, työntekijät kysyvät suhteellisen varovaisesti syytä tai ohjeistavat asiakkaita. Seuraavassa katkelmassa on kyse tilanteesta, jossa työntekijä asettuu selontekovelvolliseksi. Toisin kuin asiakkaan kohdalla, työntekijän toimintaa käsitellään tarkasti ja vakavasti.

*An: Mikäs lääke tämä on sitte?*

*Tt: Se on kato sitä... se Hydanttiinini, se on sitä sinun kohtauksen.. mm.. eikös sulla sitä epileptistä?*

*An: Eii...*

*Tt: Eikö sulla ollu? (.) = pubeessa selvä tauko Mm... Hydanttiin se on (.) mm (.) (avaa lääkepakkauksen) Hydanttiin täällä. Laajennetaas tuo. On täällä, kouristuk, kouristukset. Mm. Nob. Eri nimellä täällä. Mie että katon koskas sulla on tämä aloitettu, mie en yhtään muista kuule ulkoa.*

*An: Mikäs se on ollu se entinen sitte, täältä ko kat-too?*

*Tt: Mm. (huokaisee)*

*An: Minkäs tilalle se on?*

*Tt: Hei, tiätkö mitä?*

*An: Nob.*

*Tt: Nyt on käynyt niin, että se on kuule siulle tullu toisen ihmisen lääke. Anteeksi.*

*An: Mm. Kattoin jo.*

*Tt: Siinä luki, siinä luki päällä kuule tuota. Se on kuule toisen ihmisen lääkkeet.*

*An: Kattoinkin, että tuotakhan ei ole tilattu, ei tuota.*

*Tt: Joo, eiih. Nyt kävi kuule.*

*An: Tämä on outo.*

*Tt: Siinä oli päällä kuule tota. Joo. (.) Inke hämminki. Eiih. Oisin mie sen viimestään siinä vaiheessa huomannu ku tuota. Alkanu kuule tuota sulle.*

*An: Tiäksie kenen ne on?*

*Tt: Tiän, kyllä mie tiän kenen nämä on. Mutta kuule tuota, mikähän se nimi siinä päällä oli, ko siinä oli Virtanen Raili. Siinä paketin päällä. Mihin mie sen lapun panin? Vai katoinko mie ite sen väärin. Saaton olla kuule, että mieki olen kattonu sen väärin, lukenu sen väärin. Ei kuule, kyllä mie olen lukenu väärin. Katokko se on Vee ii. Kattonu huolimattomasti sen. Tää on minun virhe.*

*An: Jaa.*

*Tt: Tää on minun virhe.*

*Työntekijää palaa vielä asiaan uudestaan käynnin lopulla.*

*Tt: Otan nämä matkaan.. Meinasin väärät lääkkeet sulle tuua... Hui hui. (huokaisee) (Kotisairaanhoido6)*

Terveystenhoidon kehyksen ammattilainen-maalikko-asetelma hajoaa edellisessä episodissa ainakin hetkeksi, ja sen korjaamiseksi tehdään töitä. Työntekijä käyttää useamman puheenvuoron korjatakseen virhettään ja siitä seuraavaa vuorovaikutuksen sujuvuudelle ja kehyksen ideaalitalanteelle aiheutunutta vahinkoa.

Asiakkaiden ja työntekijöiden välinen hoidon kehystämä vuorovaikutus voi hajota tai jäädä vaillinaiseksi muillakin tavoin. Näin tapahtuu esimerkiksi silloin kun asiakkaan hoidossa keskeisessä asemassa ovat työntekijä ja asiakkaan puoliso, ei virallisesti nimetty asiakas itse. Tietokoneelle kirjaaminen ja lääkkeiden jako ovat myös hetkiä, jolloin asiakkaiden ja työntekijöiden väliseen sanalliseen vuorovaikutukseen tulee taukoja tai asiakkaiden asema siinä muuttuu merkittävästi. Näissä tilanteissa asiakkaat ovat usein hiljaa ja odottavat, asiakkaiden vuorovaikutusaloitteet jäävät huomiotta tai ne estetään eksplisiittisesti, kun työntekijät pyytävät asiakkaita olemaan häiritsemästä tai odottamaan. Työntekijöiden ohittaessa asiakkaiden puheen kokonaan osapuolten asemat muuttuvat niin että työntekijöiden tilanteen määrittelyvalta on lähes täydellinen. Näin käy seuraavassa episodissa, jossa asiakkaan pyyntö ohitetaan.

*An: Se pakaste pittää (asiakas jatkaa aiempaa puhetta pakastimen sulattamisen tarpeesta).*

*Tt: Joo justiaa (.) Noniin heippa hei.*

*An: Hei hei. (Kotipalvelu8)*

Keskustelu on terveydenhoidon kehyksessä pääsääntöisesti vakavahenkistä. Näin on erityisesti koetuloksista ja lääkkeistä puhuttaessa. Terveystenhoidon suhtautumiseen suhtaudutaan vakavasti erityisesti työntekijöiden taholta. Asiakkaiden valinnat lääkkeiden otossa ovat asiakkaiden vastuulla silloin kun vastuuta ei ole otettu pois ja kehyksen virittäminen huumorilla on mahdollista aivan eri tavalla suhteessa asiakkaiden toimintaan kuin työntekijöiden toimintaan.

*Tt: Yks piste seittemän eli nyt on marevaanit pikkusen paksut, ooksie ottanu kaikki lääkkeet?*

*Am: Joo eikä.*

*Tt: Vai ooks piilottanu ne? (.) On se ottanu ne, eikä olekki. Oleksie ottanu kaikki?*

*Am: Ja en ole. Eilen eilen olen ottanu ainaki (puhuu epäselvästi, mikrofonin rahisee).*

*Tt: Niin olet ottanu?*

*Am: Joo olen, olen.*

*Tt: Niin justinsa joo. Tauno saattaa joskus, että se ei ota lääkkeitä, niin sitten meillä mennee ne tulokset vähän mihin sattuu, mutta hyvin on ny (naurahtaa) nyt on ainaki dosetti tyhjä että.*

*Am: Joo.*

*Tt: En tiiä sitte, ettet sie vain mennee oo viskannu? (puhuu nauraa)*

*Am: Ee (nauraa).*

*Tt: Hyvä (nauraa) Se on saattanu senkin tekasta meille välissä, että semmonen huijaaja (puhuu nauraa)... välissä. No niin, mutta nyt mie jouvun sulle marevaania vähän nostaa... pikkusen. (Kotisairaanhoito9)*

Huumorilla virittäminen on kuitenkin vuorovaikutuksellisten seurausten näkökulmasta hienovaista toimintaa ja työntekijät ovat yleensä asiakkaita varovaisempia huumorin käytössä. Näin on erityisesti terveydenhoidon kehityksessä.

Työntekijöiden ja asiakkaiden vuorovaikutuksen luonne ei ole tietyistä hoivaan liittyvistä tavoitteista (esim. empatia tai asiakkaan kunnioittaminen) huolimatta ohjelmoitu siten, että lopputuloksena olisi välttämättä osapuolia miellyttävä vuorovaikutussuhde (Scannell ym. 1993). Tämä voi johtua monesta eri syystä. Kotihoidossa yksi keskeinen tekijä on hoidon sijoittuminen kodin kontekstiin. Tämä tuottaa vuorovaikutukseen erityisiä vaateita, joiden kohtamisen seurauksena on mahdollista joko vuorovaikutuksen osapuolten aseman vahvistuminen tai heikentyminen.

Kun työntekijä menee asiakkaan kotiin, yksityinen tila muuttuu. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna terveydenhoidon kehityksen tuleminen kotiin voi mahdollistaa toivottua kotona asumista ja avun saamista, mutta työntekijän ammatillisen tilan luominen asiakkaan kotiin voi tuntua myös oman tilan hallinnan tunteen vähenemisenä (Spiers 2002, McGarry 2009, Öresland ym. 2009, Lindahl ym. 2010). Orga-

nisatoriset olosuhteet ja aikataulut voivat olla uhka oman kodin yksityisyydelle ja arvokkuudelle (Tönnessen ym. 2011). Asiakkaiden ja perheiden sekä hoiva-ammattilaisten arvot, preferenssit, kulttuuri ja tavat voivat myös olla keskenään ristiriidassa (Lindahl ym. 2010). Asiakkaan näkökulmasta katsottuna tässä voi piillä riskejä.

Työntekijöiden ammatillisen tilan luominen asiakkaiden kodissa voi merkitä asiakkaiden aseman heikkenemistä, mutta työntekijöiden tarve luoda tila ammatilliselle toiminnalleen pitää sisällään riskejä myös työntekijöiden näkökulmasta. Kun verrataan toimintaa esimerkiksi sairaalatyöhön, tilanne on työntekijöiden näkökulmasta erilainen. Työntekijöillä ei ole tukenaan kollegoja tai lääkäreitä, sairaalan varustetasoa tai turvallisuuteen tähtäävää infrastruktuuria. Vaikka työntekijöiden koulutus/amatillinen status on vallan lähde asiakas-työntekijä-suhteessa, kotikonteksti voi tuottaa työntekijöille vallan puutteen kokemuksen. Koti, yksityisyyden etiikka ja siihen liittyvä valta tuo valtaa asiakkaalle. (Lindahl ym. 2010, Twigg 2000.) Toisaalta työntekijöillä voi kodin kontekstissa olla paremmat mahdollisuudet rakentaa vuorovaikutussuhdetta asiakkaisiin, minkä avulla esimerkiksi hoitotyön tavoitteita on helpompi saavuttaa (McGarry 2008, Lindahl ym. 2010).

Vuorovaikutuksen osapuolten asemien vahvistumisen tai heikentymisen paikka syntyy myös siitä, kuinka työntekijät ja asiakkaat onnistuvat päätyämään yhteisesti jaettuihin tulkintoihin. Terveydenhoidon kehityksessä lähtökohtana on usein työntekijöiden asiantuntijuuden tunnustaminen. Asiakkaidenkin katsotaan usein omaavan asiantuntijuutta, ainakin omasta elämästä ja terveydentilastaan liittyvistä kokemuksista. Tulkintojen erovaisuudet voivat johtua esimerkiksi väärin kuulemisesta tai ymmärtämisestä, mutta myös mielipide-eroista. Tulkintojen eroja paikataan usein kysymällä tai erimielisyyksistä keskustelemalla. Yhteisiin tulkintoihin voi päästä neuvottelemalla tai voidaan sopia että ollaan eri mieltä. Yhteinen tulkinta voi myös hajota, jos toinen ei haasta omasta mielestä väärää tulkintaa tai tarkista että muodostunut käsitys on oikea. Asiakkaiden näkökulmasta uhan voi luoda tilanne, jossa työntekijä vastaa asiakkaan puolesta, houkuttelee tai väittää vastaan antamatta asiakkaalle mahdollisuutta vastata tai väheksyä tai jättää asiakkaan väittämät huomiotta, kuuntelee paikalla olevan kolmannen henkilön mie-

lipidettä asiakkaan sijaan tai painostaa yhteisymmärrykseen, on näennäisesti yhteisymmärryksessä tai välttelee asiasta puhumista hiljentäen asiakkaan äänen. (Spiers 2002.)

Tilanteet, joissa osapuolet eivät vastaa toistensa odotuksiin, ovat haastavia vuorovaikutuksen sujuvuuden näkökulmasta (Spiers 2002). Terveydenhoidon kehityksessä näin voi käydä silloin, kun työntekijä tekee hoitoon liittyvän virheen tai asiakas ei hyväksy ammattilaisen toimintaehdotuksia. Jotta vuorovaikutus ei hajoaisi, osapuolet yleensä tekevät töitä tilanteen korjaamiseksi. Selontekovelvollisuuden täyttäminen on yksi tapa, toinen on huumorin käyttö hankalan tilanteen ohittamiseksi. Myös asiakkaat voivat harjoittaa valtaa tai vastavaltaa esimerkiksi huumorin avulla, ohittamalla työntekijän puheen ja ohjeistukset tai ohjaamalla vuorovaikutusta haluamaansa suuntaan. Aikojen peruuttaminen, lääkitysmuutoksien vaatiminen, käyntien vähentämisen vastustaminen tai työntekijän vaihdosten vaatiminen ovat myös tapoja pyrkiä vaikuttamaan. Aineistossa oli huomattavan vähän tilanteita, joissa asiakkaat toimivat aktiivisen kuluttajan tavoin eksplisiittisesti asiaansa ajaen. Niissä vuorovaikutustilanteissa, joissa näin tapahtui, ja työntekijällä ja asiakkaalla oli eriävät ajatukset toiminnan jatkamisesta, asiakkaan tahdon mukaan toimiminen edellytti asiakkaalta periksi antamattomuutta ja oman näkemyksen perustelua. Viimeaikaiset keskustelut palvelujen markkinoinnista, joka pitää sisällään ajatukset asiakkaiden aktiivisesta osallistumisesta, asiakaslähtöisyydestä ja aktiivisena kuluttajana toimimisesta (ks. esim. Kallio 2010), näyttäytyy kotihoidon palveluja tarvitsevan ikääntyneen ihmisen näkökulmasta ainakin osittain problematisella. Kunnallisen kotihoidon palveluvalikoiman rajaaminen ja sen piiristä poistettujen palveluiden hajoaminen usealle palveluntuottajalle tarkoittaa useaa palvelua tarvitsevan asiakkaan näkökulmasta katsottuna holistisen kohtaamisen katoamista. Asiakkaan tarpeet eivät tule enää huomioitua yhden vaan usean palvelun tarjoajan ja työntekijän taholta. Kotihoidon asiakkaat ovat toivoneet kiireetöntä, rauhallista ja läsnä olevaa kanssakäymistä, kuuntelevaa ja tuttujen työntekijöiden käyntiä (ks. esim. Andersson ym. 2004, Öresland ym. 2009, Lindahl ym. 2010), mikä asettuu haasteeksi useamman eri palveluntuottajan eri työntekijöiden lyhyiden käyntien puitteissa. Parhaimmillaan ihmiset saavat valita juuri tarpeitaan

vastaavat palvelut, mutta pahimmillaan markkinointumisen vaatii ihmiset pirstomaan elämänsä ja kotinsa usean eri palvelujen tarjoajien ja heidän tarpeidensa mukaan, ja mikäli kuluttajastatus on heikko, tarpeet voivat jäädä markkinoinnista myötä tyydyttämättä.

Valtakysymystä voi tarkastella kuitenkin myös positiivisen vallan tai vallasta luopumisen näkökulmasta. Tämä mahdollistaa esimerkiksi hoivan, lohdun, tarvittaessa asioiden puolesta tekemisen, keskittymisen siihen mikä on asiakkaalle tärkeää asiakkaan sanomana ja ihmisen (ei vain sairauden) huomioon ottamisen. (Oudshoorn 2007.)

## Informaalin vuorovaikutuksen kehys: tasavertaisuuden rakentaminen ja haasteet

Informaalin vuorovaikutuksen kehityksessä hoitotyöntekijä–asiakas-suhde muuttuu tuttavuus-, ystävyyss- tai vieras–emäntä/isäntä-suhteen suuntaan. Vuorovaikutuksen osapuolet ovat tällaisessa asetelmassa keskenään lähtökohtaisesti tasa-arvoisemmassa asemassa kuin esimerkiksi terveydenhoidon kehityksessä. Kummankaan osapuolen ei oleteta esimerkiksi omaavan toista enemmän jotain tiettyä pääomaa tai kykyä, kuten esimerkiksi terveydenhoidon kehityksessä tiedon suhteen tapahtuu.

Informaalisissa kehityksissä keskustellaan säästä, lumen sulamisesta, lemmikki- ja luonnon eläimistä, kukkien kasvattamisesta, lapsuudesta (työntekijän ja asiakkaan), ystävästä, sukulaisista ja kyläläisten asioista. Vuorovaikutus on usein vilkasta. Useimmiten molemmat osapuolet puhuvat, kuuntelevat toisiaan ja puheenvuoroissa vuorotellaan tasapuolisesti.

Seuraavassa aineisto-otteesta asiakas aloittaa informaalin vuorovaikutuksen kehityksen. Keskustelua ennen vuorovaikutus on rakentunut vahvasti terveydenhoidon kehityksen mukaisesti.

*An: Voi että paistaa lämpimästi.*

*Tr: Aivan ihanasti, nyt tulee kesä.*

*An: No se kyllä saapiki jo tulla.*

*Tr: (naurahtaa) Joo, kyllä se saapi tietenkin tulla.*

*Joko sulla on sulanut tuosta eestä lumet? On siitä sulanu. Kohta alkaa kukkihaan kukat.*

*An: No niin tietenkin kun k-kesä tullee, niin kyllä ne alkaavat kukkimaan.*

*Tt: Joo, kyllä ne alkaa.*

*An: Mutta katoppa ku mulla on mustanmerenruusut komeasti alkaneet tuossa keskellä.*

*Tt: O-on joo, joo, ja orkideat kukkii.*

*An: No ne on kyllä kukkineet, tässä on neljä nuppua tulossa tässä.*

*Tt: Voi niin, ja kato tuo ykshän on aivan täynnä nuppuja.*

*An: Niin onkin joo, niin se on kun pittää vettä alla, aina vesi alla.*

*Tt: (nauraa)*

*An: Alat sinäki pitämään samalla lailla. (Kotisairaanhoito8)*

Asiakas on edellisessä aktiivinen kehyksen vaihtaja. Kehystä edeltää terveydenhoidon kehys ja sitä seuraa työntekijän vaihdos terveydenhoidon kehykseen. Informaalisessa kehyksessä keskustelun osapuolet ovat tasa-arvoisessa asemassa: kaksi ”maallikko” kukankasvattajaa keskustelelee ensin säästä ja sitten kukkien kasvattamisesta. Vaikka keskustelussa asiakas esitetään taitavampana kukankasvattaja, niin työntekijän tottelemattomuus asiakkaan ohjeiden edessä ja siitä leikin laskeminen asettaa osapuolet tasa-arvoiseen asemaan. Vuorovaikutus vaikuttaa mutkattomalta; siinä ei ole tilanteen tulkinnan eikä osapuolten asemaan liittyviä haasteita.

Informaalin vuorovaikutuksen kehyksen sisäinen toiminta ei aina toteudu edellisen esimerkin kaltaisesti neutraalein tai positiivisin seurauksin, vaan tilanne voi olla hämmentävä tai jollain tapaa ongelmallinen. Seuraava katkelma on kotisairaanhoitajan ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta, joka on siinä mielessä poikkeuksellinen, että asiakas on puheenvuorojen aloittajana aktiivisempi kuin työntekijä (54 % aloitteista on asiakkaan, kun aineistossa keskimäärin osuus on 49 %). Asiakkaat ovat tässä aineistossa aktiivisempia puheenvuoron aloittajia kaiken kaikkiaan viidessä käynnissä 22 käynnistä. Katkelman kotikäynnin vuorovaikutusta luonnehtii asiakkaan voimakas tapa ilmaista asioita, vahvat tulkinnat itsestään ja elämästään sekä valinnoistaan lääkityksen suhteen, mikä on aineistossa poikkeuksellista. Työntekijä selvästi tuntee asiakkaan ja lähtee mukaan asiakkaan humoristiseen tulkintatapaan esimerkiksi mittaustuloksista. Seuraava katkelma antanee mah-

dollisuuden tarkastella myös rajan tekemistä tai valtaneuvottelua informaalisissa vuorovaikutuksissa. Kyse on syntymäpäiväruusujen antamisesta työntekijälle.

*Am: Sano rebellisesti. Mie ostan sinulle ruusun, kelpaako? Mie olen aina ostanu viisi ruusua. Yhtä, kahta tai kolmea, ko viisi ruusua on rakkauden osoitus.*

*Tt: Satakaksymmentäkuus kuus.*

*Am: Eikö lyöny liikaa? (pubuu nauraa)*

*Tt: Ei lyöny, hyvä on jatka sammaa rattaa.*

*Am: (nauraa) Sano mulle.*

*Tt: Joo.*

*Am: Mie läbetän, kelpaako?*

*Tt: Tiäks, että tuota ... emmie meinaa syntäreitä pittää.*

*(...) = keskustelua muista asioista*

*Am: Kuule.*

*Tt: Niin.*

*Am: Eihän kukkakauppias tarvi sinun osoitetta?*

*Tt: Osoitetta? (naurahtaa)*

*Am: Niin. Mie lupasin että mie ostan sulle kimpun ruusuja.*

*Tt: Jaha. (naurahtaa)*

*Am: Aivan varmasti.*

*Tt: (nauraa)*

*Am: Eikö te oletta niin ystävällisiä ihmisiä.*

*Tt: No tietennii.*

*Am: No kun joulunaki koitan aina muistaa ihmisiä, jotka minua autta.*

*Vieras: Nii Taavi käypi kukkakaupan kautta, nii se.*

*Tt: Joo. Ootapa ko mie löyn sinun pulssin. (Kotisairaanhoito4)*

Tällä kotikäynnillä työntekijä ei lähde mukaan kaikkiin asiakkaan tarjoamiin keskustelun juonteesiin. Työntekijä haluaa ottaa etäisyyttä, eikä suostua asiakkaan kysymyksen mukanaan tuomaan ehdotelmiaan heidän välisestä suhteesta. Työntekijä näyttää tasapainottelevan sen suhteen, mikä on sopiva tapa toimia; toisaalta osallistumalla vastentahtoisesti keskusteluun ja toisaalta lähtemällä mukaan asiakkaan huumorilla säilytettyn puheeseen. Työntekijä ratkaisee tilanteen usein vaihtamalla informaalin kehyksen terveydenhoidon kehykseen. Tilanteessa tulee esille vuorovaikutuksen moninaisuus. Vaikka kotikäynnin edellytys on hoidon tarve, vuorovaikutusta kehystetään terveydenhoidon lisäksi muillakin tavoin; eikä

näiden kehysten yhteensovittaminen ole aina mutkatonta. Tulkitsemme edellisen episodin edustavan ainakin jollain tavalla vallasta neuvottelua, johon sisältyy sekä sukupuolten välisiin suhteisiin että professionaalista järjestelmää koskevia kysymyksiä.

Myös toisessa kotikäynnissä, jossa asiakas on työntekijää aktiivisempi aloitteentekijä (63 % aloitteista on asiakkaan), työntekijä on ajoittain hyvin niukkasanainen vastatessaan asiakkaan puheeseen. Asiakas kysyy ja toistaa samoja asioita, varmistaa kuka työntekijä on ja mikä päivä on. Päävastoin kuin edellä, kyse ei ole asiakkaan asiakas-työntekijä-suhteen luonteen ehdotuksesta, jonka työntekijä kokee ongelmalliseksi, vaan vuorovaikutuksen sujuvuudesta ja vastavuoroisuuden näkökulmasta katsottuna haasteellisesta tilanteesta.

*An: Tyttäret kulkeva Jokirannan kansakoulua.*

*Tt: Joo-o.*

*An: Non kaikki kouluhommissa.*

*Tt: Joo, ne kohta pääsee kesälaitumelle.*

*An: Joo.*

*Tt: Kesälaitumelle pääsevät.*

*(...)*

*An: Se kohta alkaa olla kesälomat koululaisilla?*

*Tt: Joo-o.*

*An: Ei solekko tämän kuukauden ennää koulua koulua, niin?*

*Tt: Joo kolme viikkoa, pääsevä kesälomille (tauko)*

*Liisa, Liisan tyttärekki pääsevä kesälomille.*

*An: Joo.*

*(...)*

*An: Se alkava kohta kesälomat koululaisilla.*

*Tt: Joo-o.*

*An: Pääsevä kesälaitumille.*

*Tt: Joo. (Kotipalvelu8)*

Vuorovaikutuksen katkokset, jollaisen voisi tulkita tapahtuvan edellä, saavat miettimään kuinka eri kehyksillä voitaisiin saada tukea toisen kehysten vuorovaikutuksen onnistumiseen. Informaalia vuorovaikutusta käytetään esimerkiksi terveydenhoidon kehysten tukena silloin kun työntekijä kertoo omista kokemuksista rohkaistakseen asiakasta hoitoon liittyvissä asioissa. Olisiko edellisessä tapauksessa työntekijällä ollut terveydenhoidon kehykseen liittyviä välineitä informaalin vuorovaikutuksen sujuvuuden tukemiseksi?

Kotikäyntien informaalin vuorovaikutuksen kehyksessä tuotetaan toistuvasti (12 käyntiä 22:sta) ”isännän/emännän” ja ”vieraan” välinen vuorovaikutussuhde. Käytännössä kyse on useimmiten asiakkaan kahvin tarjoamisesta työntekijälle, sen vastaanottamisesta tai siitä kieltäytymisestä, sekä näiden tilanteiden seurauksista. Kun kehysten sisäinen vuorovaikutus toimii mutkattomasti, se tuottaa ristiriidattoman sosiaalisen järjestyksen, jota ei tarvitse perustella tai problematisoida. Kahvia tarjotaan ja tarjous otetaan vastaan. Vaikka työntekijä useimmiten keittää kahvin ja ottaa esimerkiksi pullat pakastamisesta, kahvin tarjoaja on asiakas-emäntä/isäntä ja vastaanottaja työntekijä-vieras.

*Am: Olishan se laittanu kahavit viehraale ko.*

*Tt: No täällä kuule mie justiin kiepsautan kahvit.*

*Am: Joo saatta kahavit.*

*Tt: Täällä on. Laitanki tänne ni.*

*(...)*

*Tt: Näin no niin nyt meilä on täällä Ilmo nämä hommat kunnossa ja kuule tuota sielä on kahvi sitten sielä termarissa ja saat juua sitten ko sulla kahvi-hammasta kolottaa ja. Ja tuota. Onkos Ilmolla kaikki muuten hyvin?*

*Am: On vain.*

*Tt: No niin (.) Pannaan sulle nämät tähän näin niin tuota.*

*Am: Joko sie sen kahvin laskit.*

*Tt: Joo kahvi on termarissa. Haluatko juua kahvia, joisiks sie kahvia (kysyy havainnojalta)?*

*H = havainnoija: No en mie välttämättä, kiitos.*

*Tt: Joo justiinsa no niin täällä on Ilmolle kuitesti mieki olen vasta juonu.*

*H: niin meki juotiin tuossa matkalla niin tuota.*

*Am: Saan mie. Karamelli häätty kuitenkin.*

*H: No karamellin mie voin ottaa, kiitoksia.*

*Am: Ota toinen.*

*H: Kiitoksia.*

*Am: Olepa hyvä. Ota sieki Maija karamelliä.*

*Tt: (naurahtaa) Älä sie Ilmo houkuttele.*

*Am: (nauraa)*

*Tt: Äsken justiin puhuima että.*

*Am: Ei nykysin ne. Ne on kahvin juonnin lopettanu ko. Ennen ihmiset pitäny pitäny taloakhan minhään jos ei kahvia tarjottu.*

*Tt: Niin joo ja sitten nyt tullee vähän liian paljon juotua sitä kahvia mulla ainaki että että tuota se on*

*ei se ole niin terveellistäkään juua niin kauriasti niin kauriasti juua sitä. No niin nyt täällä Ilmo kaikki on hommelit sitten vahliina ja ja. (Kotipalvelu1)*

Asiakas tuo edellisessä episodissa poikkeuksellisesti tavalla eksplisiittisesti esille kahvin tarjoamiseen liittyvän sosiaalisen ”säännön”. Informaalille kehiksellä on tyypillistä edellisen kaltaisten sääntöjen joukko, joiden noudattaminen tai noudattamatta jättäminen tuottaa merkityksiä. Asiakas pyrkii toimimaan hyvän isännän tavoin tarjoamalla kahvit. Tilanne vaatii työntekijän apua, mutta tämä ei tuota ongelmaa. Problemaattiseksi tilanne kääntyy, kun asiakkaan ja työntekijän tulkinta ja puhe siitä mitä on tapahtumassa, on eri. Asiakas on orientoitunut yhteiseen kahvihetkeen, mutta työntekijä ei ole. Karamellia tarjoamalla ja työntekijän ottaessa asiakkaan tarjouksen vastaan tilanne korjautuu ainakin osittain.

Informaalin vuorovaikutuksen kehiksessä työntekijät ja asiakkaat omaksuvat tietynlaisia, toisista kehiksistä poikkeavia toimintamalleja (ks. Peräkylä 1990) ja käytössä on juuri tähän kehikseen liittyviä sääntöjä kuten edellä tuli ilmi. Vieraanvaraisuuden ohella toinen tälle kehiksellä liittyvä toimintatapa on luvan pyytäminen.

*Tt: Mie sotkin tuolla verellä tuota taas tuota pöytää, ku se tippu näistä, eiko, missäs... panenko mie tähän pussiin roskat, haittaako?*

*An: Pane vain (.). Joo laita vain. (Kotisairaanhoido6)*

Terveystenhoidon kehiksessä työntekijät pyytävät harvoin lupaa tekemisilleen. Sen sijaan he esimerkiksi informoivat tai ehdottavat retorisesti. Luvan pyytäminen osoittaa, että asiakkailla on enemmän valtaa. Toimintaympäristönä on asiakkaiden koti, joka on heidän omaa aluettaan ja jossa työntekijät ovat informaalin kehiksen mukaisesti vieraita, joiden täytyy pyytää lupa toimintaansa.

Informaalisissa kehiksissä näkyvät selvemmin useammat vuorovaikutusta jäsentävät tekijät kuin terveydenhoidon kehiksessä, esim. sukupuolten suhteisiin liittyvät kulttuuriset jäsenyydet. Kehys toimii pääasiassa omana alueenaan, mutta paikoitellen informaalin vuorovaikutuksen kehystä hyödynnetään esimerkiksi terveydenhoidon kehiksessä asiakkaan suostuttelun tai vakuuttelun apuna.

Yksi informaalin vuorovaikutuksen kehiksen keskeisimmistä kysymyksistä on rajan vetämisen kysymys; kuinka paljon vuorovaikutuksen osapuolet haluavat esimerkiksi jakaa toisilleen omasta elämästään ja millä tavalla rajoja asetetaan. Vuorovaikutustilanteet voivat käydä haastaviksi tilanteissa, jos toinen osapuoli pyrkii yksipuolisesti muuttamaan läheisyyden astetta. Keskeistä tässä on se, kuinka hienovaraisesti ehdotuksesta kieltäydytään, jos sitä ei haluta hyväksyä; kunnioittavalla ja ystävällisellä tavalla rajoja ylläpitäen vai hylkäämisen kokemuksen tuottamalla. (Spiers 2002.)

Työntekijä–asiakas-asetelmassa ollaan lähempänä asiakkaiden kuin työntekijöiden henkilökohtaista elämää niin ympäristön kuin käsiteltävien asioidenkin vuoksi, ja asiakkaat jakavat omia asioitaan pyytämättä tai pyynnöstä. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö rajanvetoa tapahtuisi, ja etteikö olisi viitteitä myös siitä, että rajoja ollaan ylittämässä liikaa myös asiakkaiden kohdalla. Vuorovaikutuksen osapuolet ovat tietoisia rajoista ja toimivatkin useimmiten niiden mukaan. Työntekijät esimerkiksi pyytävät lupaa asiakkaiden tavaroihin koskemiseen tai wc:n käyttöön. Rajojen asettamiseen voi liittyä molemmin puolin hankalia tilanteita. Rajan ylityksen ongelmallisuuden ratkaisemiseksi vuorovaikutuksen osapuolet voivat käyttää kehystämistä. Yksi tyypillinen tapa, jota varsinkin työntekijät käyttävät on vuorovaikutuksen siirtäminen informaalisesta vuorovaikutuksesta terveydenhoidon kehikseen. Siirtyminen on kuitenkin osattava tehdä taidolla niin, ettei se aiheuta lisävahinkoa.

Yhden kehiksen tapahtumat voivat tukea vuorovaikutuksen tavoitteiden toteutumista toisessa kehiksessä. Hoitotoimenpiteet eivät esimerkiksi välttämättä edellytä ystävällistä vuorovaikutusta ja toisen yksilöllisyyden huomioonottamista, mutta tällä tavalla työntekijät saattavat saada asiakailta sellaista tietoa, joka auttaa hoidon räätälöimisessä ja asiakaille voi tämän kautta syntyä tunne, jonka perusteella on esimerkiksi helpompi keskustella sensitiivisiksi koetuista asioista tai ilmaista kiitollisuutta saamastaan hoidosta. Nämä voivat olla keskeisiä tekijöitä sen suhteen, kuinka asiakas ja työntekijä kokevat itsensä vuorovaikutuksen osapuolina. (Spiers 2002.) Asiakas–työntekijä-suhteen informaalisuuden asteen kasvaminen voi olla myös riski molemminpuoliseen haavoittuvuuteen esimerkiksi riippuvuuden

liiallisena kasvuna (Lindahl ym. 2010) tai ammatillisuus-informaalisuus-asteen ei-toivottuna suhteena.

## Kotihoidon järjestelyt -kehys:

työskentelyn tukija ja häiriötekijä

Kotihoidon järjestelyt -kehyksessä keskiössä ovat muun muassa ongelmat työvälineissä (esim. tietokoneiden hitaus), muiden asiakkaiden asioiden tai töiden hoitaminen (esim. puheluilla ja tekstiviesteillä) tai työhön liittyvien muiden hoiva-alan ammattilaisten toiminta (esim. lääkärin saavuttamattomuus tai toisten kotipalvelun työntekijöiden toiminta). Kehykselle on tyypillistä, että työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus hajoaa tai taukoaa kesken kotikäynnin. Näin tapahtuu esimerkiksi silloin, kun työntekijän työpuhelin soi tai siihen tulee tekstiviesti. Tutkimusaineistossa on kaksi tapausta, jolloin työntekijä lykkää varsinaista puhelinasian hoitoa (silloinkin ilmoittamalla ensin soittajalle että soittaa myöhemmin), muulloin vuorovaikutuksen ulkopuolinen toimija vie etusijan. Se, miten työntekijä toimii keskeytyksen yhteydessä, voi olla merkityksellistä. Joskus työntekijä vastaa puhelimeen ja hoitaa puhelun vaatiman asian ilman asiakkaan kohtaan suuntautuvia eleitä. Tällöin asiakkaasta tulee tilannetta hallitsevan kehukseen kuulumaton. Seuraavassa episodissa työntekijä kertoo mitä tekee ja ottaa puhelimen merkityksen keskustelun aiheeksi asiakkaan kanssa. Tämä voitaneen tulkita niin, että työntekijä kokee jonkinlaista selontekovelvollisuutta hoitaessaan asiakkaan luona häneen liittymättömiä työasioita.

*Tt: Nii justii ja kato sunnuntaipäivä se on semmone hyvä semmone tuottaa semmone päivä että on sitte töistäki vappaata nii monila nii, niin aivan hyvä homma.*

*(tekstiviesti piippaa)*

*Tt: Jaha. (.) Mikäs sielä sitten. (.) Miepä panen tämän edelleen. (tauco, käyttää kännykkää) Pannaanpa viesti menhee etteenpäin että asiat mennee (.) (käyttää kännykkää) Häättyy heti kuule laittaa ettei sitte unohu. (tauco, käyttää kännykkää) (Kotipalvelu14)*

Asiakkaiden ja työntekijöiden vuorovaikutus voi kuitenkin katketa myös siten, että työntekijät eivät

katso aiheelliseksi antaa katkokselle selitystä tai käsitellä tapahtunutta asiakkaiden kanssa.

*An: Tuo on niin kylymää, että mie panen vähän tuota raanavettä siihen sekhaan.*

*(tauco, puhelin soi)*

*Tt: "Kotisairaanhoido Kaija Salminen. No kyllä mie oon käväsemässä, mikäs sulla on? Mutta ei meillä ollut nyt sinun, e-ei meillä kyllä määräystä ole sinun tykö tulla nytten tänä päivänä."*

*An: (yskii)*

*Tt: "Ei ollu."*

*An: (yskii)*

*Tt: "Olikos sulla joku semmonen hätä siellä sitten?"*

*An: (yskii)*

*Tt: "Ei se vielä ole, meillä on kyllä ylhäällä se sinun koe. Joo. Justiin, saa mennä kuule käymään, se ei ollut nytten tänä päivänä, mie tulen varmaan sitten ens, ens viikolla sitten, mutta meillä on ylhäällä se kyllä ja me tulemme ja sen on. Joo."*

*An: (yskii)*

*Tt: "Joo, saat aivan vappaasti mennä (.) Selvä, joo hei hei!"*

*(tauco)*

*Tt: No niin. (.) Pannaan nämä tänne, olihan meillä täällä tavaraa. No niin... Sitten alko pillerin pyörittys. (Kotisairaanhoido8)*

Vuorovaikutuksen hetkessä rakentuminen voi tuntua kliseemäiseltä ilmaisulta, mutta verrattaessa edellistä ja seuraavaa episodina keskenään näin voi tulkita tapahtuvan. Tämä ei tarkoita, etteikö tilanteilla olisi monenlaisia ohjaavia tekijöitä aina rakenteellisista tekijöistä työntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutushistoriaan, mutta myös osapuolten erilaiset toimintatavat samankaltaisissa tilanteissa tuottavat erilaisia seurauksia. Seuraavassa episodissa muun muassa asiakkaan asema vuorovaikutuksessa on erilainen, kun työntekijä "pyytää luvan" puhelimeen vastaamiseen kertomalla vastaavansa ja palaa itse jatkaamaan asiakkaan aloittamaa puheen aihetta.

*An: Mie ostin sieltä jottai kenkävoietta, vai mikä son.*

*Tt: Jaaha. (puhelin soi) Miepä vastaan tuohon.*

*An: Joo.*

*Tt: Päivi Tuomela. No kuule, heippa, miepä soitan sulle jonku ajan päästä, passaako? Hyvä. Ok. Hei.*

*Tt: Kenkävoietta? Golden mixi, mikä sulla tämä nahanhoi, korkealaatuinen nahanhoitoaine, hoitaa, kiillottaa, pehmentää (työntekijä lukee pitkään tuoteselotetta). Ahaa, saako tätä aukasta?*

*An: Saapi. (Kotipalvelu14)*

Kotihoidon järjestelyt -kehys tuo asiakaskohittamiseksi työntekijöiden työn reunaehdot: työhön ja työmatkoihin käytettävän ajan, muut asiakkaat ja asiakasmäärän, työvälineiden käytännöllisyyden ja muut terveydenhuollon järjestelyt kuten lääkäriin saatavuuden ja laboratorion aikataulut. Asiakkaat voivat olla tässä kehityksessä täysin ulkopuolisia, kuten silloin kun kaksi työntekijä keskustele jonkun muun asiakkaan asioista.

Sanallisen vuorovaikutuksen määrän näkökulmasta katsottuna kotihoidon järjestelyt -kehys on marginaalinen (5,2 % kehysten aloituksista). Vuorovaikutusseurauksiltaan kotihoidon järjestelyt -kehystä ei voi kuitenkaan pitää marginaalisena. ”Järjestelmän ääni” ei aina kuulu sanallisessa vuorovaikutuksessa, mutta sillä on seurauksia. Esimerkiksi tietokoneen avulla työntekijä voi hakea tietoja asiakkaasta työnsä tueksi, mutta tietokoneet, kirjailminen, puhelimet ynnä muut edellä mainitut tekijät voivat myös haitata asiakkaiden ja työntekijöiden välistä vuorovaikutusta ja olla onnistuneen kotikäynnin esteenä. Asiakkaat eivät oma-aloitteisesti juuri osallistu tämän kehysten sisällä tapahtuvaan puheeseen, minkä seurauksena asiakkaat ovat joko passiivisia kuuntelijoita tai ulkopuolisia. Tämä voi olla vuorovaikutuksen kannalta merkityksellinen asia.

Kun kotihoidon järjestelyt -kehys määrittää hoitotyötä niin että työtä tehdään käytettävissä olevan ajan mukaan, ei asiakkaiden tarpeiden, hoidon ymmärrys voi supistua ja hoidossa keskitytään terveyden somaattiseen puoleen. Tämä voi näyttäytyä myös palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjattujen käytännöllisten tehtävien (esim. lääkejaon) suorittamiseen keskittymisenä ohi asiakkaan muiden tarpeiden. Tämä voi johtaa asiakkaiden tarpeisiin vastaamattomuuden lisäksi työntekijöiden arvokonfliktitilanteeseen tai moraalisen ahdinkoon, kun tavoitteena olevalle kokonaisvaltaiselle ja asiakaslähtöiselle hoidolle ei ole tilaa. Työntekijöillä voi olla erilaisia tapoja kohdata arvokonfliktitilanne. Tämän seurauksena asiakkaat voivat tulla eriarvoisesti kohdelluiksi. Näin käy esi-

merkiksi silloin kun osa työntekijöistä tekee sovittujen tehtävien lisäksi ylimääräisiä asioita, ja osa ei. (Tønnessen ym. 2011.) Asiaa voi tarkastella työntekijöiden makrotasoisien vallan puutteena: rahalliset paineet tehokkuudesta ja säännökset oman työn rajoittajina siitä mitä saa ja ei saa tehdä tulevat työntekijän yläpuolelta (Oudshoorn ym. 2007). Asiakkaiden vallan puutteen kokemukset ovat puolestaan tulleet esille toteutumattomina toiveina asiakaskäynnin pituuden suhteen (Oudshoorn ym. 2007), epätoivottuna työntekijäkohtaisena jatkumattomuutena (Päljärvi 2012) tai tiedonpuutteina esimerkiksi siitä, kuka työntekijä on tulossa seuraavaksi käymään (esim. Oudshoorn ym. 2007).

## Kehysten välisistä suhteista:

vaihdokset, limittyminen, virittäminen ja kehysten rikkoutuminen

Kehysten välisellä dynamiikalla on merkitystä vuorovaikutuksen luonteen rakentumiselle. Useamman kehysten sisällä toimiminen tuo vuorovaikutukseen moninaisuutta; kotikäynnit olisivat luonteeltaan erilaisia, jos niissä pitäydettäisiin pelkästään terveydenhoidon kehysten sisällä tai jos kotihoidon järjestelyt -kehystä erityisesti siihen liittyvine ongelmineen ei olisi. Myös kehysten vaihtaminen, joka on määrittämisestä näkyvin kehysten välisen dynamiikan piirre, määrittää vuorovaikutusta. Se on merkityksellistä, koska kehysten ehdottaminen ja ehdotuksen hyväksytyksi tuleminen on osa tilanteen ja käytännössä usein myös osapuolten statukseen liittyvää määrittämistä. Tämä johtuu siitä, että eri kehyksissä on vakiintuneita asetelmia osapuolten välisessä suhteiden määrittelyssä.

Kehysten vaihtamisen lisäksi kehysten toisiinsa istuttaminen on esimerkki kehysten välisistä suhteista ja tämän dynamiikan seurauksista. Työntekijä voi esimerkiksi istuttaa informaalin kehysten terveydenhoidon kehukseen kertomalla omasta onnistuneesta hoitokokemuksesta rohkaistakseen asiakasta toimenpiteeseen. Tai kotihoidon järjestelyt -kehys voi toimia informaalisen vuorovaikutuksen kehysten sisällä syntyneen selontekovelvollisuuden täyttämiseksi, kun työntekijä torjuu kahvittelukutsun kertomalla, että verinäytteenä täytyy viedä analysoitavaksi ennen kuin laboratorio menee kiinni.

Vuorovaikutuksen osanottajilla on pääsääntöisesti yhteinen ymmärrys siitä, mitä tapahtuu ja miten osanottajat määritetään. Kehykset ovat tällä tavoin ”selviä” (clear, Goffman 1974). Aina ei näin kuitenkaan ole. Kehykset tai niiden väliset suhteet voivat olla epäselviä jopa sillä tasolla, että osapuolet eivät tiedä mistä kehyksestä on kyse ja kuinka toimia. Tällainen epäselvyys voi tapahtua esimerkiksi kotikäynnin alussa. Kotikäynnit alkavat usein tervehdysrituaalilla ja työntekijän asiakkaan vointiin liittyvällä kysymyksellä. Kun työntekijä tulee asiakkaan luo ja kysyy mitä kuuluu tai miten on mennyt, ei ole itsestään selvää kuinka vuorovaikutus kehystetään: informaalin vuorovaikutuksen vai terveydenhoidon kehykseksi. Tervehdysrituaalin kuuluva kysymystä terveydentilasta ei tule ymmärtää eikä yleensä ymmärretäkään kirjaimelliseksi pyynnöksi saada tietoa terveydentilasta (Goffman 1974), jos kyse on informaalin vuorovaikutuksen kehyksestä. Vuorovaikutuksessa voi ja tavanomaisesti on ”harmaata aluetta”, jolloin tilannemäärittely on ainakin tietyn aikaa epäselvyyden tai keskeneräisyyden tilassa. Joskus selvyyttä ei saavuteta lainkaan.

Vuorovaikutuksen kannalta merkityksellistä toimintaa voi olla myös kehyksen ulkopuolinen toiminta (*out of frame activity*, Goffman 1974). Tässä aineistossa sellaista oli esimerkiksi asiakkaiden hymiseminen, laulaminen, itkeminen, pöydän naputtelu tai vastaamatta jättäminen. Se, milloin edellä mainitut asiat ovat kehyksen ulkopuolista toimintaa ja milloin eivät, määrittyy tilanteessa. Aineistossa on yksi episodi, jossa asiakkaan kehysten ulkopuolinen toiminta (itkuisuus ja suuntautuminen käsillä olevan vuorovaikutuksen ulkopuoliseen maailmaan) on niin voimakasta, että työntekijä näyttää toisaalta pitkittävän vuorovaikutukseen ryhtymistä, mutta toisaalta tekee paljon töitä rakentaakseen yhteisen kehyksen asiakkaan kanssa.

Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksesta voi erottaa eri kehyksiä, mutta usein vuorovaikutus on kerroksellista siten, että kehystämiset vuorottelevat tilanteissa nopeasti. Useimmiten osapuolet pyrkivät olemaan samassa kehyksessä, mutta joskus kehystäminen vuorottelee niin tiheään tahtiin että vaikuttaa siltä, että osapuolet ovat eri kehyksissä.

Kehyksiä voidaan myös virittää esimerkiksi huumorilla. Huumorilla virittämisen merkityksiä on vaikea arvioida pelkästään vuorovaikutusta koskeviin

ääninauhoituksiin nojautuen. Näin on erityisesti terveydenhoidon kehyksessä. Kyse voi olla pyrkimyksestä heikentää hoitosuhteeseen liittyvää valta-asetelmaa tai hakeutumisesta informaaliin vuorovaikutukseen.

## Pohdinta

Tämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaiden ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus kehystetään terveydenhoidoksi, informaaliksi vuorovaikutukseksi ja kotihoidon järjestelyiksi. Vuorovaikutus rakentuu pitkälti asiakkaiden fyysisen terveyden hoitamisen ympärille. Terveydenhoidon kehyksessä vuorovaikutus perustuu työntekijöiden aloitteellisuuteen ja tilanteen määrittely- ja ammatillisuuteen liittyvään valtaan. Asiakkaiden asema perustuu puolestaan hoidon vastaanottavuuteen ja hoitoon liittyvään riippuvuuteen. Asetelma ei ole kuitenkaan täysin yksioikoinen. Asiakkaat voivat olla myös hoidon kumppaneita, ja asiakkaiden aktiivisuus voi jopa suunnata vuorovaikutusta, mutta varsinkin jälkimmäinen on harvinaista. Vuorovaikutukselle on tyypillistä osapuolten yhteisymmärrykseen pyrkiminen, mutta aina se ei onnistu. Yhteisymmärryksen saavuttamattomuus voi harmittomimmillaan olla vuorovaikutuksen ohimevä hetki, jolla ei ole merkitystä esimerkiksi vuorovaikutuksen osapuolten asemaan, mutta pahimmillaan se voi johtaa vuorovaikutuksen osapuolten osallisuuden ja vallan puutteeseen. Tässä tutkimusaineistossa negatiiviset seuraukset todentuivat erityisesti asiakkaiden kohdalla.

Vaikka terveydenhoidon kehys on monella tapaa vuorovaikutusta hallitseva kehys, työntekijöiden ja asiakkaidenkin aktiivinen vuorovaikutuksen kehystäminen tuottaa kotikäynteihin myös muita todellisuuksia. Tällä on seurauksia niin vuorovaikutuksen luonteeseen kuin siihen osallistuvien määrittelyyn ja asemaan.

Informaalin vuorovaikutuksen kehyksessä asiakkaiden ja työntekijöiden vuorovaikutus on muihin kehyksiin verrattuna enemmän kahden tasa-arvoisen osapuolen kanssakäymistä. Kehyksessä korostuu muihin kehyksiin verrattuna asiakkaiden aloitteellisuus, mikä vastaa tutkimustuloksia asiakkaiden toiveesta suunnata vuorovaikutusta muuhunkin kuin terveydenhoidollisiin kysymyksiin (Öresland ym.

2009, Paljärvi 2012, Tepponen 2009). Tästä huolimatta asiakkaat eivät ole työntekijöitä useammin informaalisien kehysten aloittajia, mikä kertonee työntekijöiden vahvasta asemasta vuorovaikutuksen suuntaamisessa. Informaalin vuorovaikutuksen kehukseen liittyy muita kehyksiä selvemmin laajempia sosiaaliin järjestykseen liittyviä sääntöjä kuten kohteliaisuus- ja eri sukupuolten väliseen kanssakäymiseen liittyviä sääntöjä. Vaikka informaalin kehysten vuorovaikutus on lähtökohtaisesti kahden tasa-arvoisen osapuolen kohtaamista, myös tässä kehyksessä on aineksia niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin aseman vahvistumiselle tai heikkenemiselle. Tässä yksi keskeinen tekijä on informaalisuuden asteen vaihtelu, sen säätely ja säätelyyn suhtautuminen. Informaalin vuorovaikutuksen kehyksessä korostuu tasavertaisuuden rakentaminen ja sen haasteet.

Työntekijät toimivat taloudellisten resurssien, kotihoidon normien ja asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden välissä. Työntekijöiden aseman haasteellisuus, mutta myös asiakkaiden aseman näkymättömäksi tuleminen korostuvat kotihoidon järjestelyt -kehyksessä. Välttämättömän vuorovaikutuksen ulkopuoliset tekijät heijastuvat vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa tämä näkyy erityisesti työntekijöiden ja asiakkaiden vuorovaikutuksen keskeytymisenä. Kotihoidon järjestelyt -kehys toimii toisaalta työskentelyn tukena, mutta toisaalta se on vuorovaikutuksen ja työskentelyn häiriötekijä.

Vuorovaikutuksen kehysten välisellä dynamiikallakin on merkitystä sen suhteen, minkälaiseksi vuorovaikutus muodostuu. Kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden väliselle vuorovaikutukselle on tyypillistä kehysten vaihtaminen, limittäminen, virittäminen ja rikkoutuminen. Kehysten vaihtamisessa on merkityksellistä se, mitkä ovat vallitsevat kehykset, kuka on aloitteellinen kehysten vaihtamisessa ja kuinka aloitteellisuuteen suhtaudutaan. Vuorovaikutuksen osapuolet toimivat kotihoidon kotikäyntien aikana pääsääntöisesti samassa kehyksessä ja kehysten sisäinen toiminta on molempien osapuolten toiminnan keskiössä. Vuorovaikutus ei kuitenkaan suju aina itsestään selvästi tai mutkattomasti. Kehysten rikkoutumiset tai sen ulkopuolinen toiminta on yleensä hetimitäistä, mutta poikkeuksienkin löytyy. Työntekijä ja asiakas voivat pyrkiä kehystämään vuorovaikutusta eri suuntiin tai vuorovaikutus ei kehysty siten että syntyisi yhteisymmärrystä siitä, mistä on kyse. Tällai-

sesta saattaa olla kyse silloin kun asiakkaan tunnetila on niin voimakas tai mahdollisuus orientoitua käsillä olevaan tilanteeseen on sillä tavalla rajallinen, että vuorovaikutus jää välillä sivurooliin tai työntekijän kotikäyntitilanteen ulkopuoliset seikat estävät vuorovaikutuksen asiakkaan kanssa.

Vuorovaikutuksen kehystäminen ja kehyksiin liittyvä dynamiikka tuovat kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen suhteeseen moninaisuutta. Eri kehyksissä on suhteellisen vakiintuneita positioita sekä työntekijöille että asiakkaille. Kuitenkin osapuolten aktiivisuudesta, tietotaidoista ja kehysten sekä vuorovaikutuksen osapuolten joustavuudesta riippuen vuorovaikutuksessa on mahdollisuus myös positioiden muuttamiseen.

Kehysanalyysiä voidaan käyttää apuna tulkittaessa vuorovaikutustilanteen ja osapuolten määrittelyä ja sen tuottamia seurauksia. Kehystäessä määritellään samalla mikä on keskeistä, millä tavalla asioita selitetään ja mihin toiminnan valinnat perustetaan; kyse on todellisuuden rakentamisesta. Työntekijöillä ja asiakkailla on usein kompetenssia arvioida vuorovaikutusta ja sen seurauksia. Tämä on yksi tasa-arvoisen vuorovaikutuksen rakentamisen resurssi.

Tämän tutkimuksen empiirisen aineiston analyysin perusteella voidaan esittää kuitenkin myös riskejä, jotka liittyvät asiakkaiden asemaan ja tarpeiden vastaamiseen. Riskejä ovat:

- asiakkaiden tarpeiden ohittaminen (myös eksplisiittisesti esitettyjen tarpeiden) ja kuulukuksi tulemisen puutteet,
- uusien tarpeiden tilannekohtaisen ratkaisemisen esteet lyhyillä ja ennalta määritettyjä tehtäviä sisältävillä kotikäynneillä,
- fyysiseen terveyden varaan pohjautuvan avun riittämättömyys, mukaan lukien palvelujen piiristä poissuljettuihin palveluihin liittyvien tarpeiden tyydyttämättömyys (esimerkiksi siivous),
- kommunikaatio-ongelmat ja niiden ratkaisemattomuus,
- valtaistumisen vähäinen aste: asiakkaiden neuvotteluasemien heikkous työntekijä-asiakasvaltasuhteessa vuorovaikutuksen suuntaamisessa ja asiakkaan aktiivisuuden ongelmallisuus palvelu- ja työntekijäkeskeisessä vuorovaikutuksessa ja
- oman kehon ja kodin yksityisyyden rajojen ylläpidon haasteet.

Työntekijöiden riskit liittyvät:

- asiakkaiden ja työnantajaorganisaation tarpeiden välissä olemisen ristiriitaisuuteen,
- kodin kontekstissa työskentelyn haasteellisuuteen (fyysiset, sosiaaliset ja psyykkiset haasteet, esim. työtilan ja -rauhan luomisen haasteet),
- hajonneiden vuorovaikutustilanteiden korjaamisen haasteellisuuteen (esim. kommunikatio-ongelmat) ja
- yksityisyyden rajojen ylläpitämiseen.

Vuorovaikutuksen analyysin näkökulmasta katsottuna kotihoidon palveluissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota edellä mainittujen riskien käsittelyyn. Yksi tärkeimmistä asioista on asiakkaiden tyydyttämättömyyden tarpeiden kohtaamisen keinot. Esimerkiksi kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa eksplisiittisesti esitettyjen toiveiden käsittelyllä voitaisiin välttää asiakkaan täydellinen ohittaminen. Mikäli tarpeisiin ei edes pyritä vastaamaan (kotihoidon palvelujen ulkopuolelle rajatut palvelut), olisi kuitenkin mietittävä keinoja siihen, miten reagoidaan tilanteissa, joissa asiakkaat

esittävät tarpeisiin liittyviä pyyntöjä. Työntekijävaltaisesta vuorovaikutuksesta johtuen pyyntöjen esittäminen voi olla haastavaa, ja pyyntöjen torjuminen tällaisissa tilanteissa tuottaa asiakkaan näkökulmasta katsottuna suuria riskejä. Tämä liittyy laajempaan kysymykseen asiakkaiden valtaistumisesta. Tutkimusaineiston perusteella asiakkaat ovat asiakas–työntekijävuorovaikutuksessa vähemmän aktiivinen osapuoli, mikä tulisi ottaa huomioon kotihoitoa kehitettäessä. Voimavarakeskeisen ja kuntouttavan työotteen korostaminen näkyisi todennäköisesti asiakkaan aktiivisempänä roolina vuorovaikutuksenkin tasolla. Edellisen lisäksi tämän tutkimuksen perusteella kotihoidon kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka asiakaslähtöisyyteen voitaisiin panostaa sellaisissa tilanteissa, joissa asiakkaalla on kommunikaatiotai muita vuorovaikutukseen liittyviä haasteita. Tällaisten tilanteiden kohtaaminen lisääntynee silloin, kun kotihoidon asiakkaiden terveydelliset haasteet ovat yhä laajempia.



#### *Yhteydenotto:*

Marjo Outila, YTM, yliopisto-opettaja  
Lapin yliopisto, PL 122, 96101 Rovaniemi  
Sähköposti: marjo.outila@ulapland.fi

#### **Lähteet**

- Andersson S, Haverinen R, Malin M. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69: 481–494, 2004.
- Bishop R. Go out and play, but mean it: using frame analysis to explore recent news media coverage of the rediscovery of unstructured play. The Social Science Journal 50: 510–520, 2013.
- Davies B, Harré R. Positioning: the discursive production of selves. Journal for the Theory of Social Behaviour 20: 43–63, 1990.
- Garfinkel H. Studies in ethnomethodology. Prentice-Hall, Cambridge 1967.
- Gillsjö C, Schwartz-Barcott D, von Post I. Home: The place the older adult can not imagine living without. BMC Geriatrics 11: 10, 1–10, 2011. Luettavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/10> (käytetty 12.11.2013).
- Goffman E. Frame analysis. An essay on the organization of experience. Harper & Row, New York 1974.
- Goffman E. The presentation of self in everyday life. Penguin Books, London 1990.
- Goffman E. Interaction ritual. Pantheon Books, New York 1982.
- Goffman E. The interaction order. American Sociological Review 42: 854–867, 1983.
- Groop J. Theory of constraints in field service: factors limiting productivity in home care operations. Aalto University publication series, doctoral dissertations 47, 2012.
- IkäEhyt-hankkeen rahoituspäätös LAPELY 1646/05.02.07/2010. Euroopan sosiaalirahaston osittain rahoittamat projektit. Ohjelmakausi 2007–2013.
- Ikäihmisten elämänhallinnan ja hyvinvoinnin tukeminen, hankesuunnitelma 7.4.2011. Lapin korkeakoulukonserni, Rovaniemi 2011.

- Juhila K. Sosiaalityön selontekovelvollisuus. *Janus* 17: 296–312, 2009.
- Kallio J. Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Vammalan Kirjapaino Oy, Sastamala 2010.
- Lehtonen A, Kurra L, Viinikainen K. Kotipalvelun menestystarina. Kotipalvelutyön sisällön kehittäminen ja muihin palveluihin yhteensovittaminen -projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 27. Valtion painatuskeskus, Helsinki 1991.
- Lindahl B, Liden E, Lindblad BM. A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care setting. *Journal of Clinical Nursing* 20: 454–463, 2010.
- Niemelä A-L. Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Tutkimuksia 206. Yliopistopaino, Helsinki 2006.
- Nisula L. Vuorovaikutuskulttuuri ja sen jäsentyminen maahanmuuttajien työllistämismenestyksessä. *Acta Universitatis Lapponiensis* 194. Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi 2010.
- McGarry J. Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community* 17: 83–91, 2009.
- Olaison A. Negotiating needs: Processing older persons as home care recipients in gerontological social work practices. *Linköping Universitet Studies in Arts and Science*, No. 464. Linköping, 2009. Luettavissa: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:132445> (Käytetty 20.10.2014)
- Oudshoorn A, Ward-Griffin C, McWilliam C. Client–nurse relationships in home-based palliative care: a critical analysis of power relations. *Journal of Clinical Nursing* 16: 1435–1443, 2007.
- Paljärvi S. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 39. Itä-Suomen yliopisto, 2012.
- Peräkylä A. Kuoleman monet kasvot. Vastapaino, Tampere 1990.
- Perälä M-L, Gröroos E, Sarvi A. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakesin raportteja 8. Valopaino Oy, Helsinki 2006.
- Puroila AM. Kohtaamisia päiväkotiarjessa: kehysanalyttinen näkökulma varhaiskasvatustyöhön. *Acta Universitatis Ouluensis E* 51, Oulu 2002. Luettavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514266501/isbn9514266501.pdf> (Käytetty 12.11.2013)
- Pynnönen A. Diskurssianalyysi: Tapa tutkia, tulkita ja olla kriittinen. Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu, Working paper 379, 2013.
- Scannell S, Gillies DA, Biordi D, ym. Negotiating nurse–patient authority in pediatric home health care. *Journal of Pediatric Nursing* 8: 70–78, 1993.
- Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto, Helsinki 2008.
- Sotkanet tilasto- ja indikaattoripankki 2005–2013.
- Spiers J. The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse–patient interactions. *Qualitative Health Research* 12: 1033–1057, 2002.
- Tepponen M. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171, 2009.
- Twigg J. Bathing, the body and community care. Routledge, London 2000.
- Tønnessen S, Nortvedt P, Forde R. Rationing home-based care: professional ethical implications. *Nursing Ethics* 18: 386–396, 2011.
- Vaarama M, Luoma M-L, Ylönen L. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa: Suomalaisten hyvinvointi, s. 104–136. Toim. Kautto M. Stakes, Helsinki 2006.
- Van Dijk T. Structures of discourse and structures of power. Kirjassa: *Communication Yearbook* 12, s. 18–59. Toim. Anderson J. Routledge, New York (1989) 2012.
- Wu B, Lan X, Morrison A, ym. Frame analysis on golden week policy reform in China. *Annals of Tourism Research* 39: 842–862, 2012.
- Zehner M. Kykyjä kyvyttömyyden tasolla: hoivan vaiheet vanhusten kertomana. *Janus* 4: 295–310, 2008.
- Öresland S, Määttä S, Norberg A, ym. Home-based nursing: an endless journey. *Nursing Ethics* 18: 408–417, 2011.
- Öresland S, Määttä S, Norberg A, ym. Patients as ‘safeguard’ and nurses as ‘substitute’ in home health care. *Nursing Ethics* 16: 219–230, 2009.
- Öresland S, Määttä S, Norberg A, ym. Nurses as guests or professional in home health care. *Nursing Ethics* 15: 372–383, 2008.

## Osajulkaisu IV

Valokivi, H., Carlo, S., Kvist, E., & Outila, M. (2021). Digital ageing in Europe: A comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth. *Ageing and Society*, 835–856. “Politiikka-artikkeli”

<https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>

Artikkeli julkaistaan uudestaan väitöskirjan osana artikkelin alkuperäisten tekijänoikeuksien haltijan ystävällisellä luvalla.



CC BY Nimeä

ARTICLE

# Digital ageing in Europe: a comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth

Heli Valokivi<sup>1\*</sup> , Simone Carlo<sup>2</sup>, Elin Kvist<sup>3</sup>  and Marjo Outila<sup>4</sup> 

<sup>1</sup>Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland, <sup>2</sup>Faculty of Political and Social Sciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milan, Italy, <sup>3</sup>Department of Sociology, Umeå University, Umeå, Sweden and <sup>4</sup>Faculty of Social Sciences, University of Lapland, Rovaniemi, Finland

\*Corresponding author. Email: [heli.valokivi@jyu.fi](mailto:heli.valokivi@jyu.fi)

(Accepted 6 May 2021)

## Abstract

Ageing Europeans are today healthier than previous generations and often manage to live independently up to a high age. The proportion of people 80 years of age and older has increased significantly, and with high age the risk of multi-illness and dementia increases. Strong urbanisation processes have changed the demographic structure in rural areas, and young women and men have migrated towards the urban areas to study and work, while older persons have remained behind. This demographic challenge of increasing numbers of persons older than 80 years with care needs living in remote rural areas has become a major European social problem. In tackling this dilemma, many European countries have high expectations for eHealth, digitalisation and welfare technology. In this comparative study of policy debates in Italy, Finland and Sweden, we analyse how – between 2009 and 2019 – the issues of eHealth have been articulated in national and regional policies of the three countries with deep differences in terms of digitalisation and health systems, but with similar ageing populations. We identify in the documents three core topics – the role of technology, the rural issue and responsibility for care. These topics are treated in the documents with differences and similarities between the three countries. Beyond the differences and similarities, the documents reveal both a certain techno-enthusiasm about the role of eHealth in the life of the older adults as well as a limited understanding of the complexity (relationally as well as spatially) of the digital landscape of caring for older adults.

**Keywords:** eHealth; ageing policies; digitalisation; digital landscape of care; qualitative comparison

## Introduction

### eHealth

Europe's health and care systems face serious challenges such as ageing citizens with complex care needs, health workforce shortages and continuing urbanisation

© The Author(s), 2021. Published by Cambridge University Press. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Downloaded from <https://www.cambridge.org/core>. IP address: 86.115.119.80, on 16 Sep 2021 at 05:20:21, subject to the Cambridge Core terms of use, available at <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>

(European Commission, 2018). Public spending on health and long-term care is expected to continue to rise in all European Union (EU) member states (European Commission and Economic Policy Committee, 2016). In *The State of Health in the EU* report (European Commission, 2017), it was concluded that the health-care systems need fundamental rethinking and innovative solutions to become more resilient, accessible and effective in providing quality care in Europe. Digital solutions for health and care, referred to as eHealth, are envisioned to have the potential to increase the wellbeing of millions of citizens and to change radically the way health and care services are provided (European Commission, 2018). The benefits of increased eHealth are multifaceted, and eHealth supports continuity of care across borders, promotes health and prevents disease, supports the transition of the health system to new care models, *i.e.* more centred on people's needs, and enables a shift from hospital-centred systems to more community-based and integrated care structures. However, there have also been concerns regarding technology's availability and usability, especially with older age groups (Heart and Kalderon, 2013; Airola *et al.*, 2020).

Even though the expectations are high for the potential of eHealth across Europe, EU member states differ greatly with respect to their welfare regimes (Kvist, 2012) and care systems. Lutz (2016) describes a spectrum of European care regimes. On one end are the traditional care regimes linked to conservative gender regimes, often exemplified by Germany and the southern European countries, while on the other end we have the more equal care and gender regimes, such as the Scandinavian countries (Lutz, 2016). Even though placing European countries in clusters or regimes is problematic, some scholars agree that it is possible to identify different European care regimes (Anttonen and Sipilä, 1996; Daly, 2001; Bettio and Plantenga, 2004; Lister *et al.*, 2007).

Studies on eHealth have shown the benefits of the technology used in care and promoting wellbeing. Our focus in this article is on older adults, and technology has proven to be beneficial in supporting health assessment and care, and overall wellbeing in this population (*e.g.* Bradford *et al.*, 2018). However, problems associated with eHealth are connected to issues like lost privacy and the frivolous use of the devices (*e.g.* Cook *et al.*, 2016; Lie *et al.*, 2016), and monitoring devices also risk threatening the good relationship between carers and those being cared for, *i.e.* carers might get more information than they need or more information than the person is willing to share (Pols, 2017). In this article, eHealth refers to the technological solutions designed to be used in elderly care, for example, solutions to promote living at home, remote solutions and older adults' self-care. eHealth is close to other concepts such as gerontechnology (Delello and McWhorter, 2017), assistive technology (Fischer *et al.*, 2014), mHealth (Spann and Stewart, 2018), telecare (Bentley *et al.*, 2018) and welfare technology (Östlund *et al.*, 2015). Our aim is to analyse and compare Italian, Finnish and Swedish policy documents in terms of how eHealth, digitalisation of care, older adults, sparsely populated areas and care responsibilities are talked about, and what kinds of digital landscapes of care are created as well as what consequences this has on our perception of older people and care.

### Conceptual framework: digital landscape of care

To understand the possible similarities and differences in Italian, Finnish and Swedish eHealth policies, we will use the concept of digital landscape of care. The concept of digital landscape of care (Milligan and Wiles, 2010; Lindberg and Carlsson, 2018) is used in this article to analyse how eHealth is understood as part of older adults' lives and care. The concept refers 'to the complex embodied and organizational spatialities that emerge from and through the relationships of care' (Milligan and Wiles, 2010: 740). Milligan and Wiles' (2010: 739) concept is comprehensive, including socio-structural processes and structures, experiences and practices of care, which include issues like support, services, ethics, morals, responsibilities and the spatial politics of care.

Lindberg and Carlson (2018) have directed Milligan and Wiles' concept towards eHealth, and they talk about a digital landscape of care. Lindberg and Carlson (2018) have studied 'virtual health rooms' and the ideological beliefs that are included in the introduction of digital care in sparsely populated areas in Sweden. They found that eHealth is often welcomed with optimism, and it is believed to improve the quality of care, reduce care costs and encourage older people to take care of themselves. Lindberg and Carlson (2018) point out that the discourses of patient participation, active ageing and rurality as a problem are part of the eHealth talk, and that such discourses need to be assessed critically.

Studies on the use of technology in elder-care have examined older adults' perceptions, attitudes, acceptance and learning of technologies (Peek *et al.*, 2014; Claes *et al.*, 2015; Tsai *et al.*, 2017), technologies' effectiveness and feasibility (Khosravi and Ghapanchi, 2016; Barbosa Neves *et al.*, 2017), and barriers and enablers to technology use (Bentley *et al.*, 2018; Spann and Stewart, 2018). Research results have indicated the positive effects of technology use in old age in terms of reduced falls (Tchalla *et al.*, 2012), improved health management (Bradford *et al.*, 2018), increased independence and safety (Stokke, 2016), reinforced social relationships, reduced social isolation, social and spatial barriers, and loneliness (Winstead *et al.*, 2013; Chen and Schulz, 2016; Barbosa Neves *et al.*, 2017; Bradford *et al.*, 2018; Antunes *et al.*, 2019), and decreased need for institutional care (Riikonen *et al.*, 2010). Technology use can create and enhance ties with friends and family (Barbosa Neves *et al.*, 2017; Bradford *et al.*, 2018), give pleasure (Østensen *et al.*, 2017), and enable older people to produce knowledge and exchange it with others (Delello and McWhorter, 2017). In health care, technology has been proven to be useful in managing health issues or coping with symptoms (Kerssens *et al.*, 2015; Bradford *et al.*, 2018) and as a medium for therapy (Choi *et al.*, 2014), in rehabilitation (Shulver *et al.*, 2017), and in health status assessment, monitoring and self-management (Bond and Worswick, 2015; Brown *et al.*, 2015). Technology has also proven to be beneficial for homebound people (Mitzner *et al.*, 2017) by providing alternative ways for people to connect with other people (Kilpeläinen and Seppänen, 2014; Hasan and Linger, 2016; Tsai *et al.*, 2017).

However, negative outcomes of the use of technology have also been identified, such as loss of trust, safety and privacy (Lie *et al.*, 2016; Yusif *et al.*, 2016; Pols, 2017), stigmatisation and increased dependency (Bentley *et al.*, 2018), concerns related to costs (Spann and Stewart, 2018), and the uselessness and unsuitability

of certain technologies (Cook *et al.*, 2016). Also, negative outcomes such as losing the possibility to meet physically other people (Frennert *et al.*, 2013; Currie *et al.*, 2015; Shulver *et al.*, 2017) and care professionals in person (Zwijssen *et al.*, 2011; Kim *et al.*, 2017) and concerns about the way surveillance changes people's way of life (Bradford *et al.*, 2018) have been reported.

### **Objectives and rationale for the work**

In this article, three EU member states – Italy, Finland and Sweden – function as our cases in illustrating different governments' approaches to eHealth, with a special focus on the ageing European citizen in the rural context. Both Finland and Sweden belong to the more equal care and gender regimes, while Italy is expected to have a more traditional care regime linked to a conservative gender regime. We are interested in how these countries differ in their eHealth policy approaches and how notable these differences are. The objective of the study is to contribute data for the analysis of the social construction of eHealth. The final goal is to also provide relevant information for policy making in rural contexts in terms of the development of eHealth projects. Bringing an international comparative perspective, the three countries participating in the research provide a diverse landscape in terms of digitalisation of eHealth services, population density, ageing, and cultural norms and beliefs. By studying rural eHealth with a socio-cultural approach and in a comparative perspective, it is possible to go beyond a mere technological perspective and to understand how cultural capital, care ideology and territorial context are related to different uses, needs, competences, enthusiasm and fears about digital care for older adults, and how that differs in different national settings.

### **Contextual information: demographic profiles, health systems and eHealth use**

Before presenting the results of our comparative analysis, we offer some useful background information to help understand the different national contexts in which the analysed policy documents were written. In the presentation of the characteristics of the three countries, we will focus in particular on the following three aspects: the demographic profile (in particular the number of older people and their health condition), the health system, and the level of digitisation and eHealth use.

The three countries in our sample are all characterised by substantial populations of citizens over 65 years and by rapid ageing processes (Table 1).

There are profound differences in 'how' one gets older. To understand the similarities and differences between the three countries, we use the active ageing index (AAI), which is a synthetic index that describes the ageing processes starting from the weighting of different indicators of the state of wellbeing of older adults. An elaboration of the AAI produced by the United Nations Economic Commission for Europe (2019) divides the European countries into four clusters according to the scores achieved in the different indicators of the AAI. Italy belongs to the cluster of Mediterranean countries that score low in the four domains of the AAI (Employment; Participation in society; Independent, healthy and secure living; and Capacity and enabling environment for active ageing). Sweden and Finland belong to the cluster of the Nordic countries and present well above average results

**Table 1.** Demographic profile

|         | Percentage aged 65 years or over |      | Life expectancy (years) |        | Old-age dependency ratio (65+ years/20–64 years) |      |
|---------|----------------------------------|------|-------------------------|--------|--------------------------------------------------|------|
|         | 2019                             | 2050 | Male                    | Female | 2019                                             | 2050 |
| Italy   | 23.0                             | 36.0 | 79.9                    | 84.7   | 39.0                                             | 74.4 |
| Finland | 22.1                             | 27.6 | 77.7                    | 83.7   | 39.2                                             | 51.4 |
| Sweden  | 20.2                             | 24.6 | 80.0                    | 83.8   | 35.5                                             | 45.5 |

Source: United Nations (2020).

in three domains, and only slightly higher values in the domain of Independent, healthy and secure living (Table 2). Some notable differences between Sweden and Finland are that life expectancy is a bit higher in Sweden, particularly among men, and that expenditures on social services are higher in Sweden, while older adults in Finland use eHealth more than their Swedish counterparts.

The three countries in our sample have free of cost or low cost, universal and decentralised health systems. Overall, the Italian health system is considered efficient (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2019) and ensures good access to high-quality health-care services at relatively low costs, although there are considerable differences between the regions in the country. The main challenges for the Italian health system are to improve the co-ordination of health-care services for the growing segment of the population affected by chronic diseases and to reduce disparities in access to treatment. In 2017, health-care expenditure per capita in Italy was 15 per cent lower than the EU average. About 75 per cent of health-care expenditures are financed with public funds, while the remainder is mainly paid by patients. The National Health Service is decentralised and organised on a regional basis. The central government puts part of the general tax revenues into the health-care services financed with public funds, defines the package of health services (the so-called Essential Levels of Assistance) and performs a general management role. Each region is responsible for the organisation and delivery of health services through accredited public and private hospitals.

According to the OECD (2019), the Finnish health system is complex and decentralised, and is governed at the national and local levels. At the national level, the Ministry of Social Affairs and Health is responsible for health policies with the support of a network of experts and consultative bodies. Local authorities (over 300 municipalities) play a key role in the provision of health services, and they finance and organise primary care and hospital care. In the past 15 years, the Finnish political system has attempted to implement health and social care reforms. The proposed reforms aim at greater centralisation of resources and responsibilities at the regional level with the aim of improving equality of access to care and controlling costs: ‘While high levels of decentralisation allow the health system to adapt to the needs of a dispersed population, it generates some inequalities and inefficiencies’ (OECD, 2019). Per capita health-care expenditure in Finland has increased in

**Table 2.** Active ageing index indicators

|            | Employment <sup>1</sup> | Participation in society <sup>2</sup> | Independent, healthy and secure living <sup>3</sup> | Capacity and enabling environment for active ageing <sup>4</sup> | Overall score |
|------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------|
| Italy      | 28.0                    | 17.3                                  | 69.9                                                | 55.9                                                             | 34.0          |
| Sweden     | 45.4                    | 26                                    | 76.9                                                | 71.2                                                             | 46.9          |
| Finland    | 35.7                    | 22.6                                  | 75.7                                                | 63.1                                                             | 40.6          |
| EU average | 31.1                    | 17.9                                  | 71.8                                                | 57.5                                                             | 35.8          |

Notes: 1. Indicators: employment rate among 55–74 year olds. 2. Indicators: voluntary activities; care to children and grandchildren; care to infirm and disabled people; political participation. 3. Indicators: physical exercise; access to health services; independent living; financial security; physical safety; lifelong learning. 4. Indicators: remaining life expectancy at age 55; share of healthy life expectancy at age 55; mental wellbeing; use of information and communication technologies; social connectedness; educational attainment. EU: European Union.

Source: United Nations Economic Commission for Europe (2019).

the past 10 years and is slightly above the EU average. Public funding covers 75 per cent of all health-care expenditure, which is somewhat lower than the EU average (79%). The patients pay most of the remaining expenses.

The Swedish health service system is decentralised and provides universal coverage. Sweden has the third-highest health expenditure in the EU as a percentage of Gross Domestic Product and the third-highest per capita expenditure. Most of the health-care expenditure is financed with public funds (84%), which is somewhat higher than the EU average (79%). The national government is responsible for regulation and oversight, while the regions are responsible for funding, purchasing and providing health services. Regions are responsible for primary and specialist care, while municipalities are responsible for care for elderly people, care for people with physical and mental disabilities, rehabilitation services, school health care, home care and social assistance. Health-care costs are mainly paid through local taxes, along with contributions from the national government. Over the last decades, the Swedish health-care system has gone through a significant marketisation, with increased numbers of private care actors envisioned to increase efficiency and quality of care (Blomqvist, 2004; Stolt and Winblad, 2009, Stolt *et al.*, 2011; Andersson and Kvist, 2015).

The three countries in our sample are characterised by profound differences in terms of the diffusion and use of information and communication technologies (ICT). In particular, Italy differs from the Nordic countries in terms of a generally lower level of innovation. However, in terms of the spread of broadband connections, the three countries do not have big differences, and 94.8 per cent of households in Sweden, 93.1 per cent of households in Finland and 83.7 per cent of households in Italy are reached by a fast internet connection (Eurostat, 2019). When comparing the use of the internet, however, the gap begins to grow. The proportion of individuals between 16 and 74 years old who regularly use the internet (at least once a week) are 95.4 per cent in Sweden, 93.4 per cent in Finland and 73.9 per cent in Italy (Eurostat, 2019). In terms of digital skills, the gaps between the

Nordic countries and Italy become significant, and the proportions of individuals with above basic levels of digital skills are 50.1 per cent in Finland and 46 per cent in Sweden, but only 22 per cent in Italy (Eurostat, 2019). The gaps become even deeper if the analysis focuses on different age groups, and while internet use is more equally distributed in the populations of Sweden and Finland, Italy suffers from a dramatic age-related divide. Swedish and Finnish citizens between 65 and 74 years of age are regular internet users, at 80.5 and 74.7 per cent, respectively, compared to 39.2 per cent of Italians of the same age. A further element that differentiates Italy from Sweden and Finland is the use of eGovernment services, *i.e.* the use of technological communication devices to provide social services to citizens. In this case, the gap between Italy and the Nordic countries is even more marked. In the past 12 months, only 23.4 per cent of Italians have used an eGovernment service compared to 87.3 per cent of Finns and 86 per cent of Swedes (Eurostat, 2019).

Going deeper into the issue of digital services for eHealth, the differences between Italy and the Nordic countries are also significant. These data are to be contextualised both in terms of lack of eHealth services and in the low digitisation of users, primarily users over 65, including both patients and doctors, and 49 per cent of people in Finland, 33 per cent of people in Sweden and 24 per cent of people in Italy have used online health and care services without physically going to a health-care facility (*e.g.* by getting a prescription or a consultation online) (Eurostat, 2018, 2019). The gaps between Italy, Sweden and Finland get deeper when looking at the digitisation of general practitioners and the digitisation of the health-care system in general (Figure 1).

## Methodology

### Sample

Our data consist of national and regional policy documents for promoting eHealth among older adults in Italy, Finland and Sweden. Our sample comprises the most relevant national and regional policy documents about eHealth, ageing, rurality and fragility published between 2009 and 2019.

The Italian sample includes 59 documents, including four documents from national government agencies, one from the Ministry of Innovation, one from the Ministry of Economic Development, seven from the Ministry of Health and 46 from regional administrations. The Finnish sample includes 21 documents, including four laws, two government programmes and four documents from government agencies, six from the Ministry of Health and Social Affairs, two from the Ministry of Finance, one from the Ministry of Transport and Communications and two from the County of Lapland. The Swedish sample includes 15 documents, including 13 Swedish government official reports and two written communications from the government (*see* the online supplementary material).

### Analysis

Starting from the conceptual discussion on the digital landscape of care and using a grounded theory approach (*see* Strauss and Corbin, 1994), our qualitative content analysis (*see* Hsieh and Shannon, 2005) involved three steps: (a) mapping and

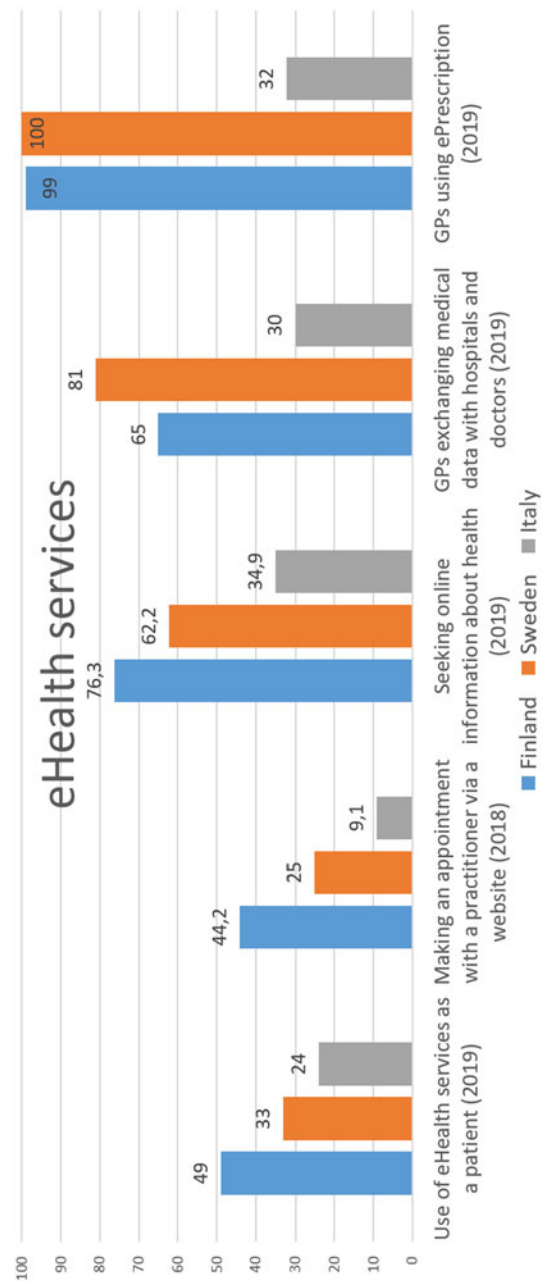


**Figure 1.** Use of eHealth services (percentage of individuals; percentage of general practitioners (GPs)).  
Source: Eurostat (2018, 2019).

selecting national and regional policy documents for promoting eHealth among older adults from 2009 to 2019 in the three countries; (b) identifying broad areas of themes and creating a common list of key concepts ('older people', 'ageing', 'active ageing', 'health', 'eHealth', 'the rural/remote', 'care responsibilities', 'technologies', 'ICTs'); and (c) applying a non-automated content analysis (Elkins *et al.*, 2019) to map whether/how these key concepts were defined in each document in the sample. At the end of the analysis process, we identified three macro-topics on which to articulate the comparison in the framework of a digital landscape of care, namely the role of eHealth technologies, the role of the rural dimension and the constituted care responsibilities that we discuss further in the following sections.

## Results

### *The role of eHealth technologies*

The documents we analysed highlight the positive role of technology in promoting more efficient health care and elder-care, but there are also some critical and problematic issues raised:

The use of technological innovations in patient management is an opportunity to improve the efficiency and sustainability of continuity of care. (Progetto per la Salute. Piano Sanitario Regionale [Health Project. Regional Health Plan], 2019: 305, Italy)

Reducing or curbing health-care costs is a cross-cutting priority in the three countries. In particular, it is underlined that, with the ageing population, elder-care will become one of the largest social service costs. It is, therefore, no surprise to note that in many of the analysed documents the role of eHealth is connected to economic efficiency (Sanyal *et al.*, 2018). The development of digital services allows both the reduction of costs related to the management and communication of information between hospitals, doctors and patients (*e.g.* the reservation systems for visits) and the reduction of costs of care through self-care, self-service, self-help and self-monitoring.

In this sense, the technologies of communication and health save resources that are otherwise destined, on the one hand, to the development of 'physical' structures for the management of health information (offices, counters, telephones, employees) and, on the other, to the provision of medical assistance. In fact, if patients, through technologies, can self-monitor their state of health at home, such monitoring does not have to be done by a doctor in an expensive care facility.

The use of technological innovations in patient management is seen as an opportunity to improve the efficiency and sustainability of 'continuity of care' by being able to treat a patient for longer at home instead of in the hospital, thus reducing the costs of hospitalisation. Finally, eHealth is included in the broader opportunities represented by the health industry (technologies, pharmaceuticals, digital services, biotechnologies), and eHealth could be part of the economic strategy of a country. In particular, some Italian documents underline how, in terms of employment and the volumes of turnover produced, the health industry represents a strategic sector for the economic development of the country.

According to the documents analysed, a primary target of health technologies is and will be older people. This is true for reasons of efficiency and efficacy. In terms of efficiency, older citizens are the largest target of the national health systems and therefore are necessarily the ones who are targeted in efforts to achieve significant savings in public expenditures. In terms of efficacy, older people are more likely to have chronic diseases, and health technologies are particularly effective in the care of the chronically ill and those in need of continuous assistance. In particular, technology supports older people's independent living and helps avoid hospital stays for chronically ill people. One way to increase ageing citizens' utilisation of new technologies is suggested to be to engage them in the design and testing of health-care technologies.

Not all of the analysed texts speak equally of the possible limits and risks associated with the implementation and use of eHealth. In general, the approach to technology is positive, optimistic and deterministic, and not all documents leave room for the possible negative implications of the use of health technologies or for possible limitations in general.

In particular, in the Italian documents the limitations and risks for end users are not emphasised, and most of the documents discuss the advantages (efficiency and efficacy) of eHealth for the health system and less space is given to the implementation of eHealth for end users. In the Finnish and Swedish documents, limitations and possible risks associated with the development of eHealth services aiming towards older users are more articulated, including issues related to integrity, trust, limited economic resources among older people, and digital competence and confidence. Ethical concerns are addressed in some Finnish and Swedish policy texts, and eHealth and welfare technology is advised to be used with caution and ethical issues kept in mind:

Confidence in digital services is enhanced by engaging in an active social debate on data protection, digital exclusion, self-determination and ethics. (Eheä yhteiskunta ja kestävä hyvinvointi. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus [An intact society and sustainable welfare. Ministry of Social Affairs and Health future report], 2018, pp.16–17, Finland)

In its report on ethical aspects of robots and surveillance in the care of the elderly, the Swedish Medical and Ethical Council (SMER) has recommended that an assessment of the consequences the monitoring can have for ethical values must be made before monitoring measures are taken in the care of the elderly. In particular, the Council stresses that it is important that a balance is achieved between the benefits of monitoring and the intrusion on the privacy of the individual that the monitoring entails. The measure should be taken in such a way as to minimise the intrusion. If welfare technology is used, it should be for the good of the older person, and careful analysis and considerations are required about it can violate the older adults' right to privacy and dignity. (Så stärker vi den personliga integriteten [How to strengthen personal integrity], 2017: 126, Sweden)

Other ethical issues in eHealth and elderly users are related to the potential replacing of offline service and more generally the ethical limits of a 'digital-first'

approach, and digital services risk being perceived as services that ‘replace’ the opportunities for offline and personal face-to-face contact.

According to previous research, welfare technology has the potential to increase safety and security, give greater independence, and facilitate participation and social contacts, and thus the value of virtual contact should not be underestimated (Bradford *et al.*, 2018). Despite the many proclamations on the centrality of eHealth, the analysed documents offer few elements to understand what the policies should include for improving the use of health technologies among citizens. The Italian documents in particular emphasise public strategies to support private demand and the purchase of eHealth services, but there is no reflection on the accessibility or costs to purchase technologies. The only generic reference to policy that stimulates the use of technologies is the general need to connect and digitise areas of the country that currently have connection difficulties or that do not have access to the internet. In particular, the Italian documents that include eHealth within the reflection on the country’s innovation and digitalisation (e.g. the local implementation of the European Digital Agenda 2020) indicate the increase in the spread of broadband and the adoption of digital technologies as a prerequisite for the development of eHealth policies. In the Swedish and Finnish documents, there are attempts to describe more specific policies and actions that would favour the use of eHealth services, but only a few generic examples are given, such as a tax reduction for information technology services in the home or through encouraging the use of online services through a reduction of traditional channels of access to health care.

### **The rural issue**

In Finland and Sweden, the most rural areas are in the northern parts of the country, while in Italy the mountains are the most remote areas. In rural areas in each country, the population density is lower than in other parts of the country, and there are long distances and travel times from sparsely populated residential areas to municipal centres and services. In addition, sparsely populated areas are ageing more rapidly than other parts of the countries and care needs are higher. eHealth is considered to be one solution to overcoming the distance gap in all three countries. However, ageing and declining rural areas are contradictory to the optimistic expectations on ICT and eHealth.

In all three countries, the idea of equality and equal services for all people, despite where they live, is emphasised highly:

All regions should be able to offer the same service and equal care to all citizens, but it cannot be expected to be designed in the same way everywhere, depending on, for example, changing conditions in sparsely populated and large cities. (God och nära vård [Good and close care], 2017: 69, Sweden)

In the documents, eHealth is seen as a tool to promote equity of access to health care for all citizens, even in more remote areas. However, in the policy documents it is stated that the population cannot expect all health and social services to be performed in the same way, particularly in sparsely populated areas. In the Swedish policy text the concept of ‘close care services’ is introduced as a redefinition of

what might count as a care encounter, enabling even sparsely populated areas to offer equal care and social services to all citizens. Traditionally, a care encounter has been understood as a physical meeting between the patient and the care professionals in a care facility, and with eHealth solutions more of the everyday care can be done digitally from the home. The technological solutions are seen as an answer to guarantee that everyone in the population has an opportunity to have their care needs met – citizens have the opportunity to communicate electronically with service providers regardless of their place of residence, and electronic solutions ensure equal access to services in sparsely populated areas. Universal access to care means offering the same standard of care to patients living in cities or in isolated communities:

The current rather one-sided focus on the traditional mediation logic ‘physical meeting in health care’ must be shifted to include other forms of interaction with the patient. The patient’s needs and opportunities need to be better met by health care. The technical possibilities are great today to meet needs without physical meetings, but the technology needs to be spread so that everyone in the population has the opportunity to have their care needs met in this way. (Effektiv vård [Efficient care], 2016: 363, Sweden)

As local services are being closed due to austerity policies, there is an increased risk of inequalities in access to adequate health care, particularly in areas with large ageing populations. The analysed policy documents suggest that digitalisation creates opportunities for primary care to develop services that create greater accessibility for patients, enable remote monitoring and monitoring in the home, and streamline work methods and processes for sharing information between care-givers. To some extent, geographical distance is suggested to be compensated for through technical solutions.

There are regional differences and regional diversification in service supply, and municipalities and regions have different starting points and resources to guarantee services. Inequality and segregation of residential areas involve security risks, and rural areas are widely seen as a place for the diffusion of digital solutions. In addition, different areas have their own strengths, which can be emphasised by strengthening regional and local decision-making and co-operation. eHealth is one solution to strengthening rural areas with a strong dispersion of population density. The virtual communications network between citizens and primary care services can use ICT in many ways, and the eHealth services should mainly be provided in areas defined as ‘internal or rural areas’ that are disadvantaged from a geographic point of view.

Rural areas are often not very interesting for private and commercial service producers. The size of the municipality affects the number of ICT solutions that are available and the number of ICT-skilled professionals, including both health-care providers and ICT support personnel, and thus these areas need public intervention for the diffusion of technologies. Rural hospitals and service centres can use broadband to provide care and medical skills identical to those available in units in urban centres. According to the policy documents, eHealth services can offer new opportunities for public service in sparsely populated areas because the service can be provided without the patient having to travel to obtain care. However, remote

areas can, from the viewpoint of care services, be challenging. In Italy, for example, a specific mortality and morbidity gap still characterises populations in mountainous areas, especially for tumours and cardio-cerebrovascular diseases. Sparsely populated and remote areas in general face obstacles of low diffusion of ICT, digital divide, interoperability, lack of ICT devices, and lack of digital skills among older adults and health and social care workers.

### Care responsibilities

In all three countries, the responsibility to guarantee the supply of needed care is on public actors, be they at the state or regional level. In Finland and Sweden, the right to needed care and services is written into the constitution and elder-care legislation:

The obligation of the municipality is to take care of the wellbeing, health and functional capacity and independent performance of its elderly population and to ensure the social and health services needed by the elderly (2§). (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista [Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons] (980/2012), Finland)

Municipalities are responsible for providing care and services according to the needs of their inhabitants. In guideline documents, it is stated that citizens should be supported in taking responsibility for their own wellbeing, meaning that both society and the individual must take equal responsibility. In Italy, the regions are by law responsible for health care and social services, and the regions have broad autonomy in defining health guidelines. Regional health systems have unequal performance and, being partially funded by local taxation, the wealthier regions have more developed health systems.

In all three countries, *de-hospitalisation* and *ageing in place* are emphasised. The grounds for this development are twofold. On the one hand, care and services are increasingly being delivered at home in order to reduce health and social care costs and to increase user comfort. On the other hand, older adults themselves wish to stay in their own home for as long as possible. For example, Italy is moving from a model that includes a small hospital in every medium-sized city to the de-hospitalisation and transformation of hospitals into local health-care centres and the transformation of private homes into 'nursing homes'. eHealth technologies are used to assist with the provision of care and services in homes and to allow remote online consultations with health specialists, and eHealth services are used as tools to guarantee communication between and continuity of care between specialists and primary care.

In Finland and Sweden, supporting *family carers* via home help services and combining work and family life are widely supported in the analysed documents. Despite the legislations' emphasis on the responsibility of the municipalities, the actual responsibility of family members is strongly interwoven into the care of older adults with care needs (Zechner and Valokivi, 2012). Families carry out most of the care responsibilities (Ulmanen and Szebehely, 2015), and there is reason to assume that

the relatives of older people with great care needs must put significant efforts into organising and delivering their care. This is a major responsibility for these relatives:

Care responsibility can affect not only the physical and mental health of the relatives, but can also affect their opportunities to work, engage in leisure activities and recreation, and to maintain other important relationships. (Effektiv vård [Efficient care], 2016: 449, Sweden)

The versatility of service providers in the field will be taken into account, and different forms of care services, including family care and other intermediate solutions, will be further developed. (Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019 [Prime Minister Marin's Government Programme 2019], 2019: 159, Finland)

Studies on care show that co-ordination often fails for family carers, and they have few opportunities to be involved in the co-ordination of the care, and in many cases poor co-ordination leads to poorer care as well as an uncertain situation for the person in need of care. In addition, the relatives are often forced to take responsibility for the co-ordination of care (Szebehely *et al.*, 2014). At the same time, it is more common among women than among men that caring leads to negative consequences in terms of the ability to uphold gainful employment and in terms of physical and mental health. Family care is also more common in lower-income groups (Ulmanen and Szebehely, 2015). There is no evidence to suggest that the proportion of care-givers is greater in northern Europe than southern Europe, although the scope of social care is narrower in southern Europe. In the Nordic countries and in the Netherlands, with extensive public funding, it is less common for families to provide intensive and time-consuming care efforts to their ageing relatives (Szebehely, 2014).

In the documents, *self-responsibility* is emphasised:

[Territorial health services] must promote patient self-care and users' awareness of their personal resources by trying to offer alternative visions to those of 'dependency'. (Strategie aree interne Lazio [Internal areas strategies Lazio], 2019: 284, Italy)

The fact that the public administration is responsible for ensuring basic rights does not negate the responsibility of the individual for his/her choices (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia [Socially sustainable Finland 2020. Social and health policy strategy], 2011: 10, Finland)

The patient's ability to actively participate in and manage his own care needs to be strengthened. (Effektiv vård [Efficient care], 2016: 380, Sweden)

*Self-care* and *digital self-care* are seen as future solutions for meeting increasing care needs, but self-care and digital self-care cannot succeed without help from informal networks. Peer and family support are called for in the documents, and this call increases the digital care responsibilities of the informal network. However, if

older persons do not receive this ICT support from informal carers, or they do not have family or support networks, they will be in an unequal position:

Peer support is a way of providing digital support by a number of organisations, especially older people's organisations ... One major informal form of support for digital devices and services is support from friends and relatives. (Digituen toimintamalliehdotus. AUTA-hankkeen projektiryhmän loppuraportti. Valtiovarainministeriö [Ministry of Finance, Digital support policy proposal. Final Report of the AUTA Project Team], 2017: 17, 21, Finland)

eHealth is seen to open possibilities of digitalisation and new opportunities for rapid information transfer and opportunities to develop support systems for the health-care professions. Digitalisation also gives patients and their relatives new opportunities to become involved in care and brings the professionals and patients closer together. From an ethical perspective, the most important questions are how welfare technology can contribute to the ability of older people to be independent and can facilitate communication with relatives as well as with health-care staff and how such technology can increase older people's safety, health and wellbeing.

In Italy there is a growing role of *pharmacies* as principals not only for medical advice, but also as a place for the management of digital health activities. Pharmacies, given their widespread diffusion in urban and rural centres, are points of reference in the case of emergencies in the area and are a 'technological' node for the provision of services such as booking networks for visits to hospitals and surgery, downloading medical reports, receiving electronic prescriptions and managing the patient's electronic health record. Faced with the contraction in medical supplies and the number of general practitioners, pharmacies have become essential nodes of the 'Territorial Health Information System' developed by the regions:

The social function for health protection that rural pharmacies in particular perform in disadvantaged areas in order to protect the population and in particular the elderly, also assumes particular importance. (Progetto per la Salute. Piano Sanitario Regionale [Health Project. Regional Health Plan], 2019: 305, Italy)

Another example of extended care networks in Italy is the 'family and community nurse' who contributes to helping older inhabitants in the area live independently at home for as long as possible. A 'community nurse' model of taking charge of and supporting the older population functions as a connection between the older person, their family network, and the various professionals and eHealth services (general practitioners, specialists, hospitals and pharmacies, as well as governing bodies, associations and private individuals) in order to promote inclusion, health, and psychological and physical wellbeing.

The introduction of technology in older person's care involves new actors and professionals in the already-complex networks of care surrounding ageing adults. For example, children or grandchildren who are more familiar with technologies are asked to help more often, and formal care-givers sometimes assume their help. In addition, technology advisers might be new professionals in older persons'

care networks (Outila and Kiuru, *in press*). These changes might challenge the nature of family relationships as well as the quality of care, something that must be kept in mind. A Swedish study also showed how children and grandchildren are

strongly involved in nearly every stage of technology domestication, from appropriation (i.e. identifying the need, buying the item, and installing and adjusting it) to incorporation (i.e. choosing and downloading suitable apps, teaching how to use them, and solving technical problems). (Olsson and Viscovi, 2018: 324)

Olsson and Viscovi (2018) point out that even though elderly Swedes have been accustomed to online activities for more than a decade, the need for continuous assistance seems to prevail also among experienced users.

### Comments and concluding remarks: the landscape of eHealth care in policy documents

To understand the differences and similarities found in the three studied countries' eHealth policy processes, we use the notion of digital landscape of care. The care of older adults is complex, relationally as well as spatially, bodily and organisationally (Milligan and Wiles, 2010; Lindberg and Carlsson, 2018). In understanding these complex relations, it is important to take into consideration socio-structural processes and structures, experiences and practices of care, as well as support, services, ethics, morals, responsibilities and the spatial politics of care. In Lindberg and Carlsson's (2018) analysis of eHealth and digital landscapes of care, they concluded that eHealth is often welcomed with optimism and that it is believed to improve the quality of care, reduce the costs of care and activate older adults in taking care of themselves, but they also concluded that these discourses need to be critically analysed. We found similar discourses in this study. All studied countries formulated eHealth as a mainly positive development, with an emphasis on increased economic efficiency and cost reduction in health care. eHealth is thus seen, in line with the general interpretation of digitalisation, as a tool capable of doing the same things as face-to-face services but at lower costs (*see Sanyal et al., 2018*).

In all three countries, increased digitalisation is seen not only as an opportunity, but also as a necessity to meet the increased austerity in the health-care system. It is also argued that eHealth will provide opportunities for a new care model that will increase user involvement and accessibility in health care. This care model is thought to be particularly beneficial for ageing populations, the chronically ill and those living in rural areas. eHealth is expected to facilitate older adults to remain in their homes longer, to avoid unnecessary and prolonged hospital stays, to increase safety and security, to reduce loneliness and social isolation, to provide opportunities to intervene against anticipated and preventable health deterioration, to assist in physical rehabilitation and medicine distribution, and to encourage physical activity. However, in the policy texts in all three countries it is pointed out that the digital competence and economic means, as well as mental and physical abilities, vary greatly among older adults. This is something that needs to be taken into consideration in relation to eHealth.

Digitalisation of health care can offer the opportunity to connect with the highest quality health services even if one lives far away from them or if one is unable to

leave one's home. However, we find this eHealth discourse problematic because it mainly points to individual factors, such as individual competence or means, in relation to the digitalisation of elder-care. A greater reliance on digitalisation in elder-care and health care demands that the problems in digital infrastructures be addressed properly. Digital accessibility needs to be considered as a social right, particularly in rural areas, not just as an issue for the individual to take up or the market to take care of. There are some initiatives in the policy processes, such as tax rebates on ICT services and redefining the role of pharmacies, but especially from the rural perspective these are not enough.

These problematic questions could be found in all three studied countries. However, as could be expected due to the profound differences between the three countries, particularly between Italy and the Nordic countries, with respect to welfare organisation, territorial structuring and digitalisation among government agencies and citizens, there were also differences in the countries' approaches to eHealth. One such example is that in the Italian documents there was hardly any problematisation of the impact of technological transformations in the health system, in the lives of older adults, or in the relationship with the health system and health-care professionals, while such discourses were emphasised in the Finnish and Swedish documents. In the Nordic documents, there was a reflection on both ethical issues and risks, such as technological dysfunctions on both the user and system levels (see also Pirhonen *et al.*, 2020). The Italian documents seem less nuanced from this perspective. Instead, they accent the need for an optimistic push due to the lack of digitisation in remote areas of the country and the ageing sections of the population. The Italian policy is characterised by a techno-positive approach that mainly emphasises the positive sides of increased digitalisation, and it argues for the benefits for society, the health-care system and citizens, and in line with this there is an absence of problematic or more complex issues regarding eHealth. In the Nordic texts there are, for instance, discussions about user involvement, including both of ageing citizens and health-care professionals, in the early stages of the design processes of digitalisation, something that is only marginally described in the Italian texts.

Another major critical observation is the lack of consideration of the impact of increased digitalisation of health care on the care networks that surround older adults. Informal carers, family members and friends also need to be taken into consideration in the implementation of eHealth and the digitalisation of the care of older adults. When greater emphasis is put on the individual's responsibility for their own health care, a heavier care burden might land on the shoulders of significant others and informal carers. The cost reduction for the health-care systems might be made up for through rising care responsibilities for the families and informal care networks, along with increased inequalities in accessing elder-care (Szebehely, 2014). This is a development that risks becoming even more problematic when such care networks of family and friends are missing or insufficient.

In light of our study, eHealth as a digital landscape of care needs to be evaluated from the perspective of the construction of a 'proper' care receiver and 'reasonable' care, as well as the power structures and rationales that lie behind these constructions. Studies (e.g. Schou and Hjelholt, 2019; Sundberg, 2019) have pointed out how digitalisation is made to seem inevitable and how a 'digital citizen' (Schou and

Hjelholt, 2019) is constructed to promote the legitimisation of digitalisation. Similarly to our study, Schou and Hjelholt (2019) see digitalisation as being strongly connected to economically sound-looking politics in the sense of efficiency and flexibility. The construction of a 'digital citizen' also includes the idea of responsabilisation (*see* Juhila *et al.*, 2017). In contrast to the inevitable nature of digitalisation, the making of a 'digital citizen' should be understood as a political figuration (Schou and Hjelholt, 2019).

Sundberg (2019) calls attention to how many eGovernment policies contain myths and visionary images about technology. According to Sundberg, current discourses on digitalisation represent views where technology dictates the conditions that lead us towards an inevitable technology-driven future. For example, issues such as digital divides are left in silence because the proposed solution to the problems presented in the policy is that everyone should embrace the technology. From the perspective of the digital landscape of care, the care of older adults is a complex and relationally as well as spatially, bodily and organisationally driven phenomenon, and it needs to be analysed thoroughly. Digitalisation of elder-care and eHealth needs to take into consideration the complexities that surround each older adult with care needs by asking questions about where they live, how they live and who is caring for them, and by addressing issues regarding the functionality and support of digital devices and the practicality of the digital infrastructure. Policy makers need to be less concerned with convincing reluctant older adults, their close relatives and grassroots-level professionals of the benefits of the eHealth and be more concerned about providing functional digital infrastructure and diminishing inequalities that exist in the field. Issues related to exclusion that should be addressed here are the first-level digital divide including physical and material access, the second-level digital divide including user skills and usage (van Deursen and Van Dijk, 2019), and the third-level digital divide including tangible outcomes of use, *e.g.* the use either resulting in benefits or not (van Deursen and Helsper, 2015).

As we write this, we are in the middle of the COVID-19 pandemic crisis, which has affected us all but with particularly devastating and lethal consequences for the elderly and most vulnerable citizens. During the crisis, social distancing has become one main advised strategy, especially for older persons, and the pandemic has in some ways become a devastating stress test for digital solutions for health and care and shows how increased digitalisation in health care can contribute to preventing contagious diseases. Because we have studied policy documents on eHealth from the last 10 years in Italy, Finland and Sweden, we can conclude that this major societal challenge was not foreseen by these governments and policy institutions. Until now, the development of eHealth has been thought of as a slow digital transition process and not as a tool to offer care in the context of unexpected widespread 'domestic isolation'. From this point of view, the COVID-19 pandemic will probably represent a fundamental watershed both for eHealth policies and for a general rethinking of new (digital) models of care.

**Supplementary material.** The supplementary material for this article can be found at <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>

**Author contributions.** All authors contributed equally to the text.

**Financial support.** This work was supported by the HARVEST Project which received funds under the JTC 2017 launched by Joint Programming Initiative (JPI) MYBL. JPI MYBL is supported by J-Age II. J-Age II is funded by Horizon2020, the EU Framework Program for Research and Innovation (grant agreement number 643850, 'More Years, Better Lives').

**Conflict of interest.** The authors declare no conflicts of interest.

**Ethical standards.** No ethical approval was needed (open-source policy data).

## References

- Airola E, Rasi P and Airola M (2020) Older people as users and non-users of a video conferencing service for promoting social connectedness and well-being – a case study from Finnish Lapland. *Educational Gerontology* **46**, 258–269.
- Andersson K and Kvist E (2015) The neoliberal turn and the marketization of care: the transformation of eldercare in Sweden. *European Journal of Women's Studies* **22**, 274–287.
- Anttonen A and Sipilä J (1996) European social care services: is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy* **6**, 87–100.
- Antunes TPC, Oliveira ASB, Hudec R, Crocetta TB, Ferreira de Lima Antao JY, de Almeida Barbosa RT, Guarnieri R, Massetti T, Garner DM and de Abreu LC (2019) Assistive technology for communication of older adults: a systematic review. *Ageing & Mental Health* **23**, 417–427.
- Barbosa Neves B, Franz R, Judges R, Beermann C and Baecker R (2017) Can digital technology enhance social connectedness among older adults? A feasibility study. *Journal of Applied Gerontology* **38**, 49–72.
- Bentley CL, Powell LA, Orrell A and Mountain GA (2018) Making telecare desirable rather than a last resort. *Ageing & Society* **38**, 926–953.
- Bettio F and Plantenga J (2004) Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics* **10**, 85–113.
- Blomqvist P (2004) The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990s. *Social Policy & Administration* **38**, 139–155.
- Bond CS and Worswick L (2015) Self management and telehealth: lessons learnt from the evaluation of a Dorset telehealth program. *The Patient* **8**, 311–316.
- Bradford DK, Van Kasteren Y, Zhang Q and Karunanithi M (2018) Watching over me: positive, negative and neutral perceptions of in-home monitoring held by independent-living older residents in an Australian pilot study. *Ageing & Society* **38**, 1377–1398.
- Brown AD, Colville I and Pye A (2015) Making sense of sensemaking in organization studies. *Organization Studies* **36**, 265–277.
- Chen YRR and Schulz PJ (2016) The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research* **18**, e18.
- Choi NG, Hegel MT, Marti CN, Marinucci ML, Sirrianni L and Bruce ML (2014) Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry* **22**, 263–271.
- Claes V, Devriendt E, Tournoy J and Milisen K (2015) Attitudes and perceptions of adults of 60 years and older towards in-home monitoring of the activities of daily living with contactless sensors: an explorative study. *International Journal of Nursing Studies* **52**, 134–148.
- Cook E, Randhawa G, Sharp C, Ali N, Guppy A, Barton G, Bateman A and Crawford-White J (2016) Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: a nested qualitative study of patient 'users' and 'non-users'. *BMC Health Services Research* **16**, 137.
- Currie M, Philip LJ and Roberts A (2015) Attitudes towards the use and acceptance of eHealth technologies: a case study of older adults living with chronic pain and implications for rural healthcare. *BMC Health Services Research* **15**, 162.
- Daly ME (ed.) (2001) *Care Work: The Quest for Security*. Geneva: International Labour Organization.
- Delello JA and McWhorter RR (2017) Reducing the digital divide: connecting older adults to iPad technology. *Journal of Applied Gerontology* **36**, 3–28.
- Elkins Z, Spitzer S and Tallberg J (2019) *Content Analysis, Non-automated* (American Political Science Association Organized Section for Qualitative and Multi-method Research, Qualitative Transparency

- Deliberations, Working Group Final Reports, Report III.5). Available at [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3333485](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3333485).
- European Commission** (2017) *The State of Health in the EU: Companion Report 2017*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission** (2018) *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on Enabling the Digital Transformation of Health and Care in the Digital Single Market; Empowering Citizens and Building a Healthier Society* (COM/2018/233). Available online at <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM%3A2018%3A233%3AFIN>.
- European Commission and Economic Policy Committee** (2016) *Joint Report by the Commission Services and the Economic Policy Committee on Health Care and Long-term Care Systems and Fiscal Sustainability*, October 2016. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat** (2018) Digital Agenda Scoreboard Key Indicators. Available online at [https://digital-agenda-data.eu/datasets/digital\\_agenda\\_scoreboard\\_key\\_indicators](https://digital-agenda-data.eu/datasets/digital_agenda_scoreboard_key_indicators)
- Eurostat** (2019) Digital Agenda Scoreboard Key Indicators. Available online at [https://digital-agenda-data.eu/datasets/digital\\_agenda\\_scoreboard\\_key\\_indicators](https://digital-agenda-data.eu/datasets/digital_agenda_scoreboard_key_indicators).
- Fischer SH, David D, Crotty BH, Dierks M and Safran C** (2014) Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *International Journal of Medical Informatics* **83**, 624–635.
- Frennert SA, Forsberg A and Östlund B** (2013) Elderly people's perceptions of a telehealthcare system: relative advantage, compatibility, complexity and observability. *Journal of Technology in Human Services* **31**, 218–237.
- Hasan H and Linger H** (2016) Enhancing the wellbeing of the elderly: social use of digital technologies in aged care. *Educational Gerontology* **42**, 749–757.
- Heart T and Kalderon E** (2013) Older adults: are they ready to adopt health-related ICT? *International Journal of Medical Informatics* **82**, 209–231.
- Hsieh H-F and Shannon SE** (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* **15**, 1277–1288.
- Juhila K, Raitakari S and Hansen Löfstrand C** (2017) Responsibilisation in governmentality literature. In Juhila K, Raitakari S and Hall C (eds). *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. London: Routledge, pp. 11–34.
- Kerssens C, Kumar R, Adams AE, Knott CC, Matalenas L, Sanford JA and Rogers WA** (2015) Personalized technology to support older adults with and without cognitive impairment living at home. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* **30**, 85–97.
- Khosravi P and Ghapanchi AH** (2016) Investigating the effectiveness of technologies applied to assist seniors: a systematic literature review. *International Journal of Medical Informatics* **85**, 17–26.
- Kilpeläinen A and Seppänen M** (2014) Information technology and everyday life in ageing rural villages. *Journal of Rural Studies* **33**, 1–8.
- Kim K-I, Gollamudi SS and Steinhilb S** (2017) Digital technology to enable aging in place. *Experimental Gerontology* **88**, 25–31.
- Kvist E** (2012) Changing social organizations of care: a comparison of European policy reforms encouraging paid domestic work. *European Journal of Ageing* **9**, 111–117.
- Lie ML, Lindsay S and Brittain K** (2016) Technology and trust: older people's perspectives of a home monitoring system. *Ageing & Society* **36**, 1501–1525.
- Lindberg J and Carlsson E** (2018) Digitala vårdlandskap – kritiska reflektioner om e-hälsa i glesbygden. *Socialmedicinsk tidskrift* **95**, 62–69.
- Lister R, Anttonen A, Gerhard U, Bussemaker J and Williams F** (2007) *Gendering Citizenship in Western Europe: New Challenges for Citizenship Research in a Cross-national Context*. Bristol, UK: Policy Press.
- Lutz H** (ed.) (2016) *Migration and Domestic Work: A European Perspective on a Global Theme*. Abingdon, UK: Routledge.
- Milligan C and Wiles J** (2010) Landscapes of care. *Progress in Human Geography* **34**, 736–754.
- Mitner TL, Stuck R, Hartley JQ, Beer JM and Rogers WA** (2017) Acceptance of televideo technology by adults aging with a mobility impairment for health and wellness interventions. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering* **4**, 1–12.

- Olsson T and Viscovi D (2018) Warm experts for elderly users: who are they and what do they do? *Human Technology* 14, 324–342.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2019) *Country Health Profiles 2019*. Available at [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_en](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en).
- Østensen E, Gjevjon ER, Øderud T and Moen A (2017) Introducing technology for thriving in residential long-term care. *Journal of Nursing Scholarship* 49, 44–53.
- Östlund B, Olander E, Jonsson O and Frennert S (2015) STS-inspired design to meet the challenges of modern ageing. Welfare technology as a tool to promote user driven innovations or another way to keep older users hostage? *Technological Forecasting & Social Change* 93, 82–90.
- Outila M and Kiuru H (in press) 'Picturephone in my home' – actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on Northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service. *Journal of Technology in Human Services*, 1–30. <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1869670>.
- Peek ST, Wouters EJ, van Hoof J, Luijkx KG, Boeije HR and Vrijhoef HJ (2014) Factors influencing acceptance of technology for aging in place: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 83, 235–248.
- Pirhonen J, Löllich L, Tuominen K, Jolanki O and Timonen V (2020) 'These devices have not been made for older people's needs' – older adults' perceptions of digital technologies in Finland and Ireland. *Technology in Society* 62, 101287.
- Pols J (2017) Good relations with technology: empirical ethics and aesthetics in care. *Nursing Philosophy* 18, e12154.
- Riikonen M, Mäkelä K and Perälä S (2010) Safety and monitoring technologies for the homes of people with dementia. *Gerontechnology* 9, 32–45.
- Sanyal C, Stolee P, Juzwishin D and Huseereau D (2018) Economic evaluations of eHealth technologies: a systematic review. *PLOS ONE* 13, e0198112.
- Schou J and Hjelholt M (2019) Digitalizing the welfare state: citizenship discourses in Danish digitalization strategies from 2002 to 2015. *Critical Policy Studies* 13, 3–22.
- Shulver W, Killington M, Morris C and Crotty M (2017) 'Well, if the kids can do it, I can do it': older rehabilitation patients' experiences of telerehabilitation. *Health Expectations* 20, 1201–1229.
- Spann A and Stewart E (2018) Barriers and facilitators of older people's mHealth usage: a qualitative review of older people's views. *Human Technology* 14, 264–296.
- Stokke R (2016) The personal emergency response system as a technology innovation in primary health care services: an integrative review. *Journal of Medical Internet Research* 18, e187.
- Stolt R and Winblad U (2009) Mechanisms behind privatization: a case study of private growth in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 68, 903–911.
- Stolt R, Blomqvist P and Winblad U (2011) Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine* 72, 560–567.
- Strauss A and Corbin J (1994) Grounded theory methodology: an overview. In Denzin NK and Lincoln YS (eds), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp. 273–285.
- Sundberg L (2019) *If Digitalization is the Solution, What is the Problem?* Reading, UK: Academic Conferences International. Available at <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1366965/FULLTEXT01.pdf>.
- Szebehely M (2014) *Anhörigomsorg, förvärvsarbete och försörjning. I Lönsamt arbete – familjeansvarets fördelning och konsekvenser. Forskningsrapport till Delegationen för jämställdhet i arbetslivet* (SOU 2014:28). Stockholm: Fritze, pp. 131–158.
- Szebehely M, Ullmanen P and Sand A (2014) *Att ge omsorg mitt i livet – hur påverkar det arbete och försörjning?* Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, Bhalla D, Roquejoffre A, Rialle V, Preux P-M and Dantoine T (2012) Efficacy of simple home-based technologies combined with a monitoring assistive center in decreasing falls in a frail elderly population (results of the Esoppe study). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 55, 683–689.
- Tsai HYS, Shillair R and Cotten SR (2017) Social support and 'playing around': an examination of how older adults acquire digital literacy with tablet computers. *Journal of Applied Gerontology* 36, 29–55.
- Ullmanen P and Szebehely M (2015) From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden. *International Journal of Social Welfare* 24, 81–92.

- United Nations** (2020) *World Population Ageing 2019* (ST/ESA/SER.A/444). Available at <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>.
- United Nations Economic Commission for Europe** (2019) *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Available at [https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active\\_Ageing\\_Index/ECE-WG-33.pdf](https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf).
- van Deursen AJAM and Helsper EJ** (2015) The third-level digital divide: who benefits most from being online? In Robinson L, Cotten SR, Schulz J, Hale TM and Williams A (eds), *Communication and Information Technologies Annual* (Studies in Media and Communications). Bingley, UK: Emerald Group Publishing, pp. 29–53.
- van Deursen AJAM and Van Dijk JA** (2019) The first-level digital divide shifts from inequalities in physical access to inequalities in material access. *New Media & Society* **21**, 354–375.
- Winstead V, Anderson WA, Yost EA, Cotten SR, Warr A and Berkowsky RW** (2013) You can teach an old dog new tricks: a qualitative analysis of how residents of senior living communities may use the web to overcome spatial and social barriers. *Journal of Applied Gerontology* **32**, 540–560.
- Yusif S, Soar J and Hafeez-Baig A** (2016) Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics* **94**, 112–116.
- Zechner M and Valokivi H** (2012) Negotiating care in the context of Finnish and Italian elder care policies. *European Journal of Ageing* **9**, 131–140.
- Zwijssen SA, Niemeijer AR and Hertogh CM** (2011) Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people: an overview of the literature. *Ageing & Mental Health* **15**, 419–427.

---

**Cite this article:** Valokivi H, Carlo S, Kvist E, Outila M (2021). Digital ageing in Europe: a comparative analysis of Italian, Finnish and Swedish national policies on eHealth. *Ageing & Society* 1–22. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>

Downloaded from <https://www.cambridge.org/core>. IP address: 86.115.119.80, on 16 Sep 2021 at 05:20:21, subject to the Cambridge Core terms of use, available at <https://www.cambridge.org/core/terms>. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000945>

## Osajulkaisu V

Outila M., & Kiuru H. (2021). "Picturephone in my home" - Actor-network theory and Foucauldian discourse analysis on northern Finnish older adults starting to use a video conferencing service. *Journal of Technology in Human Services* 39(2), 163–192. "Teknologia-artikkeli"

<https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1869670>

Artikkeli julkaistaan uudestaan väitöskirjan osana artikkelin alkuperäisten tekijänoikeuksien haltijan ystävällisellä luvalla.



CC BY-NC-ND Nimeä–Ei-muutoksia–Ei-kaupallinen



# “Picturephone in My Home”: Actor-Network Theory and Foucauldian Discourse Analysis on Northern Finnish Older Adults Starting to Use a Video Conferencing Service

Marjo Outila & Hilla Kiuru

To cite this article: Marjo Outila & Hilla Kiuru (2021) “Picturephone in My Home”: Actor-Network Theory and Foucauldian Discourse Analysis on Northern Finnish Older Adults Starting to Use a Video Conferencing Service, *Journal of Technology in Human Services*, 39:2, 163-192, DOI: [10.1080/15228835.2020.1869670](https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1869670)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/15228835.2020.1869670>



© 2021 The Author(s). Published with license by Taylor and Francis Group, LLC



Published online: 15 Jan 2021.



Submit your article to this journal [↗](#)



Article views: 2523



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



Citing articles: 5 View citing articles [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at  
<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wths20>

## “Picturephone in My Home”: Actor-Network Theory and Foucauldian Discourse Analysis on Northern Finnish Older Adults Starting to Use a Video Conferencing Service

Marjo Outila<sup>a</sup> and Hilla Kiuru<sup>b\*</sup>

<sup>a</sup>Faculty of Social Sciences, University of Lapland, Rovaniemi, Finland; <sup>b</sup>Faculty of Social Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland

### ABSTRACT

Technology has been considered an important means to deliver services in a cost-effective manner in societies that are aging and implementing austerity policies. In this article, we analyze older adults' use of assistive technology, the *picturephone*, in home care by combining actor-network theory (ANT) and Foucauldian discourse analysis (FDA). We also apply Foucault's concepts of technologies of the self, regimen, and resistance. Our research materials consist of interviews with eight Northern Finnish older adults and observation data. According to our results, technological translation takes place when users associate picturephone technology with the discourses on health and safety, connectedness, and/or learning. When the technology discourse collides with or deviates from these discourses, it disrupts the technological translation, and older adults do not include the picturephone technology in their regimen, their daily life. In Finland, care policy favors technology and pursues its adoption in older adults' care. In our case, private companies, care workers, technology advisers, family members, and older adults are recruited to join this effort. Older adults' position in their social-material networks varies strongly in the different phases of the translation, and their technologies of the self have a significant effect on its outcome. This should be considered when designing and utilizing ICT technologies in elderly care.

### ARTICLE HISTORY

Received 31 March 2020

Accepted 23 December 2020

### KEYWORDS

Actor-network theory; care services; Foucauldian discourse analysis; ICT; older adults; video conferencing service

### Introduction

With a growing number of older adults in need of support and diminishing public resources allocated to care services, technology is viewed in public care policy as a means to provide services more effectively and

**CONTACT** Marjo Outila  [marjo.outila@ulapland.fi](mailto:marjo.outila@ulapland.fi)  Faculty of Social Sciences, University of Lapland, P.O. Box 122, FI-96101 Rovaniemi, Finland.

\*Present address: Department of Social Sciences and Philosophy, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland.

© 2021 The Author(s). Published with license by Taylor and Francis Group, LLC

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way.

economically. The need to use technology in this context is advocated by the principle that home is the ideal place for older adults to live and receive care.<sup>1</sup> In Finland, an analysis of the ideal place, based on Finnish parliamentary speeches during the years 1950–2005, shows a shift from old age homes (1950–1958) to vacillating between care homes (1979–1990 and 1999–2002) and private homes (1958–1978, 1990–1999, 2003–2005) (Kaskiharju, 2010). The Ministry of Social Affairs and Health sees assistive technology as one of the salient ways to make living in one's private home more prevalent.<sup>2</sup> Independent living is among the indicators of the success of the Finnish public health programme “Health 2015.”<sup>3</sup> Both independent living and the use of ICT are also among the indicators of the Active Ageing Index.<sup>4</sup>

This study focuses on the way in which assistive technology, in this case the *picturephone*, fits into older adults' lives.<sup>5</sup> The purpose of this technology is to support older adults' ability to continue living in their own private homes by engaging them in different programmes and group activities and by facilitating their communication with family members and social and healthcare services.

Research in areas of ICT closely related to this study, for example, studies on the use of mobile and video messaging technology (e.g., Skype), reveal that the use can increase and strengthen older people's connections with the outside world by enhancing their social ties with family and friends (Barbosa Neves, Franz, Judges, Beermann, & Baecker, 2019; Bradford, Van Kasteren, Zhang, & Karunanithi, 2018), fostering their comfort and enjoyment (Østensen, Gjevjon, Øderud, & Moen, 2017), and enabling them to create knowledge and exchange it with others in a new way (Delello & McWhorter, 2017). Older adults have mainly positive experiences of using touchscreen tablets as a medium for therapy (Choi et al., 2014), in rehabilitation (Shulver, Killington, Morris, & Crotty, 2017), in assessing and monitoring health and wellbeing (Brown et al., 2018), and in healthcare self-management (Bond & Worswick, 2015). Video streaming technology can be useful especially for people who have mobility-related disabilities or are otherwise homebound (Mitzner, Stuck, Hartley, Beer, & Rogers, 2017), but to use the devices and applications, older adults must first perceive them as useful and functional (Spann & Stewart, 2018). Therefore, it is important to study their experiences on the use of the technology.

Negative outcomes of the use of the technology have also been identified, such as the loss of privacy (Yusif, Soar, & Hafeez-Baig, 2016), decreased trust and safety (Lie, Lindsay, & Brittain, 2016), stigmatization and increased dependency (Bentley, Powell, Orrell, & Mountain, 2018), and, more generally, concerns related to the costs (Spann & Stewart, 2018), usability, and usefulness of the technology in everyday life (Cook et al., 2016). Memory difficulties, reduced learning speed, unfamiliarity with

digital systems, concerns over security and privacy, lack of confidence, and practical problems, such as difficulty with entering passwords or problems with using a touchscreen, are also addressed in related technology studies (Barbosa Neves et al., 2019; Delello & McWhorter, 2017; Mitzner et al., 2017). Furthermore, the use of the technology is always embedded in the social context of the user (Bradford et al., 2018; Pritchard & Brittain, 2015). Studies have shown that in general, older people need social support in learning to use ICT (Barbosa Neves et al., 2019; Barnard, Bradley, Hodgson, & Lloyd, 2013; Hitch, Swan, Pattison, & Stefaniak, 2017). Furthermore, according to many previous studies, older adults have a need and preference to meet others in person despite a possibility to use technological channels (Currie, Philip, & Roberts, 2015; Frennert, Forsberg, & Östlund, 2013; Shulver et al., 2017).

To avoid making uninformed conclusions regarding the needs and lives of older adults, the role of the technology in transforming their social relationships should be taken into consideration (Mortenson, Sixsmith, & Woolrych, 2015; Pritchard & Brittain, 2015). When investigating the effects of the technology on social relationships, more theoretical insights and knowledge from the perspective of older adults are needed (Bentley et al., 2018; Doyle, Caprani, & Bond, 2015; Mortenson et al., 2015; Pritchard & Brittain, 2015). Our article meets these needs by focusing on older adults' interaction with ICT in everyday life from the methodological-theoretical perspectives of actor-network theory (Latour, 2005), Foucauldian discourse analysis (Willig, 2013), and Foucault's ideas about technologies of the self (Foucault, 1988, p. 18) and resistance (Foucault, 1984/1990, p. 95). These perspectives offer analytical tools to investigate everyday practices in a way that can elucidate the transitions, negotiations, and relationships involved in the use and nonuse of the picturephone.

This study is part of the *Well-functioning Home Care in Lapland* (2016–2018) project, funded by Finland's Ministry of Social Affairs and Health.<sup>6</sup> The focus of this article is on a trial that involved the use of a video conferencing technology, the picturephone, with home care clients.<sup>7</sup> The *picturephone* (see pictures below)<sup>8</sup> is a touchscreen tablet provided by Arctic Connect Ltd., through which clients can engage in home-care distance visits, talk with relatives, contact third-sector volunteers, take part in group activities and programmes, contact the local healthcare center or doctor, and so forth<sup>9</sup> (Pictures 1 and 2).

We ask the following two research questions: (1) What actor networks, discourses, and technologies of the self are embedded in the use of the picturephone and (2) what consequences does the deployment of the picturephone have for older adults? We answer these questions by first describing the basic ideas of actor-network theory and Foucauldian discourse analysis,

presenting the empirical data used in the study and the results of an analysis of the use and nonuse of the picturephone.

### **Conceptual-methodological frameworks of actor-network theory and Foucauldian discourse analysis**

The introduction of the picturephone influenced the subjects' lives in multiple ways, bringing new things and people into their homes and affecting their existing relationships. We selected actor-network theory (ANT) (Callon, 1986; Callon & Latour, 1981; Latour, 1999a, 1999c, 2005) for this study to analyze the effects of the picturephone as a new artifact and the related networks on the older adults' lives.

Actants or actors, intermediators and mediators, translations, and networks are central concepts of ANT. Networks are understood as dynamic entities and processes, and in these processes, involving a combination of heterogeneous elements, actors, and actions are created (Leskinen, 1994). ANT considers action and interaction to be mediated by intermediators (Latour, 1999a), which can be texts (books, patents, forms, etc.), artifacts (instruments, machines, objects, money, etc.), or people with their knowledge and abilities. A mediator is a text, an artifact, a human entity, or a hybrid of texts, materials, bodies, and money that defines the roles of human and non-human entities, for instance (Leskinen, 1994, pp. 23–24). Latour (2005, p. 39) describes mediators as having the ability to “transform, translate, distort, and modify the meaning or the elements they are supposed to carry.” One objective of an ANT analysis can be to identify the mediators and the results of their workings. In the present study, this means analyzing who or what has the power to act as a mediator in the use and nonuse of the picturephone and to make possible meaning-altering transformations.

The world of artifacts and mediation is part of translation. According to Callon and Latour (1981, p. 279), translation means “all the negotiations, intrigues, calculations, acts of persuasion and violence, thanks to which an actor or force takes, or causes to be conferred on itself, authority to speak or act on behalf of another actor or force.”

A network can be viewed as a series of translations (Latour, 1999a, p. 15) or a mechanism by which social and natural realities are shaped continuously (Leskinen, 1994). The difference between actors and mediators is established according to their position in a network. An actor can be a person, a group, an institution, or a non-human entity that establishes or uses mediators. Mediation (Latour, 1999a, p. 253) is an event in which a third object places two objects in contact, as well as the end result when a suitable mediator is found between two entities. A central question in

mediation is who or what can persuade others to receive the locus of agency (Law, 1986).

ANT's principle of generalized symmetry, specifically its emphasis on non-human entities (Michael, 1996, p. 68), is fruitful viewpoint from which to investigate the picturephone and its implications. For example, it helps to elucidate how chains of events (Law, 1986), humans and nonhumans (Latour, 2005), and intermediaries and actors (Callon, 1986; Michael, 1996, p. 77) are established. An ANT-oriented viewpoint, applied to investigating the nature of orderliness and how order is created and maintained in local intersubjective practices (Leskinen, 1994; Miettinen, 1998, p. 28; Moser & Law, 1999, p. 206), also helps to explore the mechanisms of new orderliness brought by the deployment of the picturephone.

In addition to ANT, we use Foucauldian discourse analysis (FDA) (Willig, 2013) in our study, since the interviews included various types of reasoning that were connected to various kinds of outcomes regarding the use of picturephone, and therefore, influenced the technologisation of care. Through FDA, attention is paid to language and its role in defining "social and psychological life" (Willig, 2013, p. 130). Through different discourses, the world can be constructed in different ways (Fairclough, 2012, p. 11). Moreover, discourses regulate our way of being, and their role is essential in the use of power (Willig, 2013, p. 130). Foucault's idea of power is also discursive; it influences a network of social relationships and forms suitable subject positions (2003, pp. 29–30; Foucault, 1984/1990, pp. 81–102; Sutherland, LaMarre, Rice, Hardt, & Jeffrey, 2016, p. 388). Power, however, does not exist without resistance (Foucault, 1984/1990, p. 95), which can occur in the process of subjectivation, and studying the forms of this resistance might reveal the relations of power in a given social setting (Foucault, 1982, p. 780).

Discourses include specific subject positions that offer possible ways to experience and behave (Sutherland et al., 2016, p. 388; Willig, 2013, p. 130). When using Foucauldian discourse analysis, instead of studying the subject (e.g., an individual), the focus is on its position in a network of power relations (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008). Subjects, for example patients, have a position in relations of power (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008, p. 94), and relations of power originate in social networks (Foucault, 1982, p. 793).

To elaborate on the older adults' position and reasoning in using the picturephone, we adopted, in addition to discourse analysis, Foucault's concept of technologies of the self (Foucault, 1988, p. 18). It may be regarded as a continuation of Foucault's analysis of government practices exerted on the self by others. In technologies of the self, instead of constituting a particular kind of subject through others, the self carries out constitutive

practices or technologies on itself (Mitcheson, 2012, pp. 59–60, 63). According to Foucault, technologies of the self

... permit individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality (Foucault, 1988, p. 18).

Technologies of the self can involve performing physical or mental exercises, unlearning bad habits, practicing, and developing capacity. They can be curative or a means of developing independence, protecting oneself, or escaping from “domination or enslavement” (Foucault, 2005/2001a, pp. 495–505, Foucault, 2005/2001b, p. 184).

Foucault connects power to technologies of the self, which can result in forming new subjectivities (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008, p. 104) and challenging existing power orders (Mitcheson, 2012). Technologies of the self facilitate the creation of alternative subjectivities from the context of existing power relations and strategies (Mitcheson, 2012, p. 65) and they are connected to the ongoing historical rationality, for example the “reason of state” (Foucault, 1988, p. 148) or the political rationalities of welfarism and neoliberalism (Miller & Rose, 2008; Rose, 1989, pp. 228–32). A regimen, “a whole art of living” (Foucault, 1992, p. 101), can be seen as part of technologies of the self, describing how one leads one’s life, conducts it, and survives and adjusts in different situations (Foucault, 1992, pp. 99–108). According to Mitcheson (2012, pp. 67–8),

the problem is whether the contemporary subjugated subject is capable of employing technologies of the self in a sufficiently creative and critical way, to allow him or her to overcome his or her existing subjectivity and disrupt the power order that he or she emerges from and currently sustains.

## Methods

The data were drawn from interviews with eight older adults of a total of 16 that were initially interviewed. The interviewees that were selected for the study used the picturephone, while the excluded ones used other technical devices (e.g., a remote surveillance system) that entailed quite different features regarding privacy issues, among other things. The potential interviewees were screened by home care workers and technology assistants who knew the older adults beforehand because of their work. The researchers hoped to get interviewees with diverse backgrounds and life situations. The interviewers received the older adults’ contact information, requested their consent to take part in the study, discussed the purpose and data of the research, and settled practical issues such as whether the interviewees preferred a face-to-face, phone, or picturephone interview.<sup>10</sup> The interviews

dealt with the following themes: the flow of everyday life, the availability and use of services, social networks and assistance, the use of technology in general, and, in particular, the clients' experiences with the technologies used in the trial.

The interview data in the study consisted of 19 h and 27 min of recordings (1 h 9 min–3 h 38 min per interviewee). The interviews were transcribed verbatim and totaled 561 pages (35–106 pages per interviewee). The average age of the interviewees, two of whom were men and six women, was 84.1 (range: 71–91). Six of them were living alone in their private homes, one was living with his wife, and one was living with her son. Four of the interviewees lived in a small city center, two near a village, and two further away from a village.

In addition to the collection of the interview data, one of the authors (MO) took part in the technology pilot and observed, along with the other researchers, the introduction and use of the technology. The observation data used in the ANT analysis consisted of notes taken by the researchers on how the technology was chosen and introduced to the clients, how it was brought into their homes, how it was used, who were involved in the process, what parts of the process ran smoothly, what kinds of problems emerged and how the problems were dealt with. The field notes were taken over a period of two years and two months. In the study, this analysis is located in the descriptions of actions related to the picturephone, mostly in connection with the analysis of the interview data.

The analysis of the interview data began with the two authors reading the transcripts and discussing what they found meaningful and of interest in the interviews. Callon's (1986) ANT process tool was used in analyzing the transcripts and observation notes. In examining the interviews, we applied Willig's (2013) FDA method. The data were also analyzed in light of Foucault's concepts of technology of the self (Foucault, 1988, p. 18), regimen (Foucault, 1992, pp. 99–108), and resistance (Foucault, 1984/1990, p. 95) in order to examine the ways in which the interviewees either included or refused to include the picturephone in their everyday lives.<sup>11</sup>

The research process is described in the following [Figure 1](#).

## Results

### *From policy to use: Introduction of the picturephone*

Finnish care policy has, for quite some time, been pursued with an aim to increase the number of older adults living in their own homes for as long as possible. For example, the Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons (980/2012) provides that municipalities must draw up a plan that

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Context:</p> <p><i>Well-Functioning Home Care in Lapland</i> development project aiming to increase older adults' use of ICT technology</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Data:</p> <p>-interviews with eight older adults (71-91 years old) out of 16, 19 h 27 min of recordings, 561 pages of transcript</p> <p>-observation data during the project the clients' homes, project meetings and workshops, 1 Oct. 2016 – 31 Dec. 2018</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Preliminary analysis: both authors read the data (16 interviewees) independently and thematised them. The themes differed according to the technology used by the interviewees. The interviews with clients using the video conferencing service were selected. The themes were discussed: the use of the technology and issues related to it were selected as the focus of the analysis. After an ANT analysis, FDA analysis was included to bring out the voices of the interviewees.</p>                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Analysis: ANT reading of the interviews and observation data in search of actors, intermediators, mediators, translations and networks, and translations in the use of the picturephone.</p> <p>Phases of the ANT analysis (see Callon 1986)</p> <p>1 problematisation: definition of the problem by actor, insufficient use of ICT technology</p> <p>2 intersement: raising interest in using the technology</p> <p>3 enrolment: recruiting people to supporting clients' use of technology</p> <p>4 mobilisation: forming a network that keeps up the use of technology</p> | <p>Analysis: FDA reading</p> <p>Phases of the FDA analysis (see Willig 2013)</p> <p>1 defining the discursive object: use of the picturephone and studying the ways the use of the device is constructed in the data</p> <p>2 identifying different ways to talk about the object – different discourses</p> <p>3 studying the purposes and functions of the different discourses</p> <p>4 identifying the subject positions</p> <p>5 analysing the possibilities and limitations for action offered by the discourses</p> <p>6 analysing the possibilities and limitations for feeling and experiencing offered by the discourses</p> |

**Figure 1.** Research process.

Connecting the ANT and FDA analyses: Through FDA the discourses of technology, connectedness, learning, and health and safety were identified. The translation from non-user to user succeeded when the technology discourse comported the other discourses. But if it collided or was separate from them, the translation failed.

Identifying the regimen (Foucault 1992), a way of life, of the participants. Studying the technologies of the self (Foucault 1988) when using the picturephone and adjusting to the subject position (see Willig 2013) of a technology user. Identifying possible resistance (Foucault 1984) to the technology discourse.

**Figure 1.** Continued.

includes the following underpinnings and measures: emphasizing older people's living in their own home and measures to promote rehabilitation; promoting older population's wellbeing, functional capacity, and independent performance; and organizing and developing the services and informal care needed by older persons. In 2017, 91.1% of Lapland's population aged 75 and older were living in their homes (Sotkanet.fi), and the aim is to increase this figure to 93–95% by 2020 (Lapin väliaikainen valmistelutoimielin suunnitelma: maakunta ja sote 11.12.2018: 15/Lapland Provisional Preparatory Institution's Plan/Province and Social and Health care, in Finnish 11.12.2018: 15). The promotion of technology is also an expressed target in the current social and health care policy documents and programmes. For example, the Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older person 2017–2019<sup>12</sup> includes automation, robotics, and new technology (2017, p. 26), with one of its five key themes being "Getting the most out of technology" (2017, p. 14 Teknologiasta kaikki irti).

I&O (Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018 – *Improved home care for older persons and enhanced informal care in all age groups*), funded by MSAH,<sup>13</sup> was one of the key projects of the Finnish Government of 2015–2019 and can be seen as representative of the aforementioned policy. In designing the project,<sup>14</sup> home care was highlighted in one of the three main areas of the key project: "reforming older people's support and services, particularly home care, and the relevant service structure" (pp. 7–8). Digitalization was considered an encompassing theme of the key project, and when successful, it could, among other things, enable "to possibilities for online transactions with various service providers regardless of one's place of residence"; "to online self-care services; and to control over one's personal data that supports prevention of health problems, self-assessment of service needs, and independent coping"; "living at home with technology contributing to an increased feeling of



**Pictures 1 and 2.** Pictures of picturephone. (The permission to use the pictures were given by the *Well-Functioning Home Care in Lapland* development project and the company providing the picturephone equipment.).

safety and other gerontological solutions” (p. 11). In other words, the use of technology was considered very beneficial in elderly care.

The *Well-Functioning Home Care in Lapland* trial was part of the I&O project. According to the trial project proposal,<sup>15</sup> the object was to utilize assistive technology to increase security, to extend independent living, to increase cost-efficiency, and to improve the availability of the services in rural areas (p. 15).

The local Center of Excellence on Social Welfare applied for funding for the key project. It also invited private technology companies, municipal care organizations, and educational and research institutions to take part in the application. Once the application was approved, the project was ready to pursue the technologisation of care.

Documents can be seen as actors that are capable of functioning, not only as sources and containers (Prior, 2008). From the ANT perspective, the documents aforementioned can, thus, function as actors that circulate in the network of Finnish ageing policy. The documents also carry and transmit discursive content (See Prior, 2008).

Through the *Well-Functioning Home Care in Lapland* trial, the technologisation discourse was mediated to the older adults and their networks. The concept materialized when the picturephones were introduced to the clients and installed in their homes with the help of the project personnel, the company providing the videoconferencing service, formal care providers (mainly representing municipal home care), and family members.

When using ANT to examine the introduction of the picturephone to the interviewees, we noticed that Finnish ageing policy, along with trials funded by the Ministry, is a strong actor. The I&O project’s goals and local ICT projects that made use of I&O’s ideas and were funded by it were in many municipalities the starting point for using ICT in elderly care. Along

with the trial, new actors, for example, new private companies and technology advisers, entered the care field. Based on grassroots-level observations, the care personnel and the older adults and their families were both enthusiastic and reluctant when introduced to the picturephone.

From the FDA (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2011) viewpoint, the beginning of the picturephone trial promoted the technologisation of the older adults' care. This optimistic technology discourse is part of a broader development that includes recent trends such as the marketization (see e.g., Anttonen & Häikiö, 2011; Anttonen & Sipilä, 2012; Mathew Puthenparambil, 2019 ) and deinstitutionalization (Anttonen & Karsio, 2016; Kaskiharju, 2010) of care. Critical analyses on eHealth policies (Lindberg & Carlsson, 2018; Schou & Hjejholt, 2019; Sundberg, 2019) have shown that digitalization is made to appear inevitable and economically sound, improving the quality of care and older adults' quality of life, and to activate older adults in taking care of themselves. The analyses have suggested that the technologisation of care may actually increase the care responsibilities of families, informal care networks, and older adults themselves and that the pursuit of economic efficiency and flexibility may in fact result in digital divides and inequality.

### ***From non-ICT-users to picturephone users***

The picturephone trial brought together public care organizations, private companies that offer platforms for online services and programmes, third-sector organizations and volunteers who offer activities and support to older adults, and family members involved in the clients' lives. For the interviewees, the trial was a driving force in bringing technology into their homes. They had lived their working lives in an era when computers had only recently begun to enter the workplace, so they had virtually no experience of using ICT in school or in the workplace. They were accustomed to using landline or mobile phones, which means that computers or social media were not part of their everyday lives, except for one interviewee who was, at the beginning of the trial, paying her bills online via a computer. In this sense, the interviewees can be described as nonusers of ICT. When asked whether they owned or used computers or smartphones, they displayed a very clear disinterest in or rejection of these devices. Olavi (76, male) stated that he and his wife own a computer, but "we don't use it," while Marjatta (89, female), who does not own a computer, said, "I don't need them" when asked about her mobile phone use. Kalevi (71, male) owns a computer but said, "I'm deeply disgusted with them [computers]." Kaarina (84, female), who does not own a computer, made a statement similar to Maria's (91, female), who said, "I do not have to do machine

things.” Helena (89, female) does not own a computer and stated, “No, I don’t, and [I] won’t.” Anja (85, female) owns a computer and stated that although she had paid her bills independently until recently, “it’s a lucky chance if I can manage to do it,” and Anna (88, female) made a similar statement, “No, no. My son does, but I haven’t touched them.”

Despite the reported nonuse of, disinterest in, dislike of, and, sometimes, disgust at computers, the participants agreed to have the picturephone in their homes. An examination of the installation process and interviews from the ANT perspective reveals that several intermediators contributed to bringing the device into their homes and transforming the participants from nonusers into users (Latour, 2005). After the participants’ individual consent, nearly all of their adult children were involved in and contributed to their beginning to use the device. The role of the home care providers and technology advisors was significant because they introduced the device and negotiated with the participants for admission to bring the picturephone into their homes. Part of the clienthood regimen is to listen to experts, and this relationship includes persuasion and receiving advice (see Foucault, 1992, pp. 107–108). When conversing with the interviewees, their children, home care personnel, and technology advisers, it felt that the introduction of ICT into care was seen as an inevitable chain of events. It was welcomed by some because of, for example, promises of increased availability of services, but the participants were also afraid that the quality of care may decrease and that it may become less humane.

Interviewer: How did you hear about the picturephone? How did it get started? Did someone suggest it? How was it introduced to you?

Helena: Well, it was the first thing the nurse at the health centre suggested, that this [videoconferencing service] is on offer. Well, I said that I don’t understand a thing about it. And then there was somebody else, but I said I wouldn’t do it. Then, again, Viola [a technology advisor] tried to get me inspired [to use it], but I said one weekend, to home care, that I won’t do it, and they sent the message to Viola. But, she hadn’t received it, and then she called [and said] that she would come and visit me. Well, she came by and installed it, and, what else is there [to say]. Well, little by little, I will learn to [use] it. At least there will be something for me to ponder. (Helena, 89, female)

Helena’s answer reveals the persuasion of experts (nurse, technology advisor). The technology discourse is transmitted in the form of the picturephone via them to the older adult (for networks and the discursive character of power, see Foucault, 1984/1990, pp. 81–102; 2003, pp. 29–30; Sutherland et al., 2016, p. 388), who resists at first (Foucault, 1984/1990, p. 95) but starts to accept the device later.

The interviewees’ reasons for becoming willing to use the picturephone were connected to health concerns, security issues, or both, as well as to

being in contact with children and grandchildren (Marjatta, Kalevi, Kaarina, Maria, and Anja), being interested in the services that could be delivered via the picturephone, such as gym classes and discussion groups (Kalevi, Anja, and Anna), and reducing personal health care costs (Kalevi and Anja). Descriptions of the possible benefits of the device were often, as shown by Helena's statement above, accompanied by the interviewees' evaluation of themselves as potential users. From the perspective of FDA (Willig, 2013), the technology discourse was supported by positive expectations and attitudes, for example, curiosity or a relaxed attitude toward the technology. The discourse was also resisted, as evidenced by statements that reflected a negative perception of the device (e.g., its inability to replace old technology) or a negative attitude toward it (e.g., reluctance to use the device). Resistance was also shown in a subtler manner through skeptic comments. The picturephone was regarded as being cumbersome: "Well, I'm pretty sure it is going to be quite difficult" (Olavi, 76, male), as being strange: "It is, kind of, so weird, maybe I could get used to it ... I never got the hang of it, really" (Maria 91, female), as being uninteresting or not worth the extra effort: "I wasn't interested in it and I didn't have the energy" (Helena, 89, female), as being unworthy of spending money on: "Yes, but I won't go and buy it, it's not that important for me. I'm not ready to spend too much on it. I actually do have these activities at home already, I read and all, so, it's not all that important" (Anna 88, female), as being the consequence of something unpleasant: "But it once happened that I forgot to take [my insulin], so that's where it all started" or as being unnecessary: "I don't need them devices here" (Anja 85, female), or as being meaningless: "Well, there it stood doing nothing for a month" (Marjatta 89, female).

One of the first topics that the older adults raised when talking about the picturephone was learning to use the device. The learning discourse was part of the participants' process of accepting the picturephone. The views on one's capacity to learn varied. According to Helena (89, female), "... it's nice, at old age, to have an interest in learning new things." Olavi (76, male) doubted his ability to learn: "Well, at this age, it's becoming difficult to learn new things anymore." Anna (88, female) also brought up doubts about her ability to operate the picturephone. When asked about her thoughts at the time the device was recommended to her she said, "Well, I was like, that it could come, for sure. I can give it back if I don't learn." She also said, "But it is possible to learn if you're interested ... And I am, interested, for now at least [laughs]." Maria (91, female) was also somewhat skeptical about becoming a fluent user, even though initially, she had no difficulty answering calls. She said, "I am two years over ninety, so you can't expect [me to] fully [understand how to use it]." From

the FDA perspective (Willig, 2013), the learning discourse involved the ideas of both lifelong learning and deteriorating capacity to learn at old age. Even though learning is not the main focus of this study, it is important to note that users' perceptions of themselves as learners are important; for example, self-efficacy is an influential factor in learning (Livingstone, Van Couvering, & Thumim, 2005). Also, other people's perceptions of older adults as learners are influential. In the very beginning of the trial, one of the selection criteria in choosing the participants was their capability to learn to use the picturephone, as perceived by the care personnel.

In terms of FDA (see Willig, 2013), the types of discourses identified in the participants' statements regarding the beginning of the trial were as follows: (a) technology discourse, supported through references to a positive attitude (curiosity or a relaxed attitude toward technology) and to the device's positive features (it can connect them with relatives/services) and resisted through statements reflecting a negative attitude (reluctance) and a negative perception of the device (its inability to replace old technology); (b) connectedness discourse (connections to health care and family members); (c) learning discourse, involving the ideas of both lifelong learning and deteriorating capacity to learn at old age; and (d) health and safety discourse, involving preparations for possible health and safety issues.

***Translation's success in discourses on health and safety, connectedness, being affected or transforming oneself, and technologies of the self***

The primary aim of the *Well-functioning Home Care in Lapland* project in introducing ICT into the homes of older people was, according to the stated purpose of the project, to develop relevant welfare technology by considering the target group's know-how and by ensuring the functionality and information security of the technology. The stated purpose was to enable virtual home care and doctor visits; to facilitate online contact between clients, nurses, and social welfare workers; and to provide clients with online programmes, group activities, services, guidance, and connections to family members (project plan and project web page, in Finnish).<sup>16</sup>

The technological translation (ANT) succeeded when the picturephone was (a) used, (b) considered useful or pleasant, or (c) thought of by the clients as a device that "you ought to practice using." When the use of the picturephone was pleasing, it fit into the interviewees' regimen, way of life, needs, and preferences (Foucault, 1992, pp. 99–108), and its use was facilitated by technologies of the self (Foucault, 1988, p. 18). This happened when the participants contacted their family, friends, and caregivers; pursued their own interests; and addressed their health needs. Besides a positive attitude, the technology discourse was also supported by the beneficial

features of the device, for example connections to other people, which relieved loneliness: Marjatta (89, female) said, “To see who you are talking to, it’s soothing,” and Anja (85, female) stated, “It could be helpful. You get depressed when you are here all alone.” Connecting with the past can be seen as another feature that attaches the user to the picturephone service. The device can also connect a person to places that one no longer can access, like it did Maria to her summer place (see quotation on page 22).

The health and safety discourse was connected to the use of picturephone. For some of the interviewees, a picturephone connection was established to the health care center or a home care provider. The potential of the picturephone lay in receiving the needed health care services while reducing the number of physical visits to care providers that could be far away or difficult to reach because of one’s mobility impairment. The municipalities also wanted to replace home visits with virtual ones to reduce costs. In the early stages of picturephone use, Olavi and Kaarina were pleased with the help they received via the service. Olavi (76, male) said, “Now it is easier to contact the health care centre,” while Kaarina (84, female) stated, “Well [laughing], you know, it’s so easy, to [see] the doctor, too, I just press ... the screen, and it goes straight to the health care centre.” The picturephone also played a role in the care of both Kalevi and Anja by reminding them to take their medicine. Kalevi (71, male) said, “They come from the home care unit in the mornings, and in the evenings, they call on that [picturephone],” while Anja (85, female) stated, “And now that I have this [picturephone], they want to [make sure] that I inject [my] insulin, so they call before eight in the morning.” The picturephone was considered a device that plays a role in taking care of one’s physical health and, as such, some of the interviewees took it for granted, while others were positive or neutral about it. Altogether, the device was not problematized in the early stages of the trial. In this sense, the translation occurred rather smoothly, and the device was a rather “invisible” mediator in it, even though it was a new experience for the interviewees.

Along with the health and safety and the learning discourses (see previous section), the connectedness discourse was attached to the use of the picturephone. The potential for meaningful connections with family members, important things and places, and new people supported the technology discourse. The picturephone also added more value to contacts compared to mobile phone connections and older technology. Seeing family members, home care workers, familiar places, and new people made a difference. Kaarina (84, female) talked about the possibility of seeing her children’s family members who lived in another part of Finland: “And then that [thinking] vision phone over there, which is like television. When all my children are over there [mentions two cities that are 700–900 km away

from her home], and then they call me and their [thinking] faces are seen here, we talk face-to-face.” Maria (91, female) was also happy to have a connection to family members that she had not seen in years and to join family celebrations. She said that it made her “feel good” and gave “great pleasure from little moments” and, furthermore, “It is so great to see them. ... My great-granddaughter, she had her confirmation in [mentions a city 300 km away].” Online, face-to-face connections also came as a surprise at the beginning of the trial. Marjatta (89, female) was amazed, she felt relieved, as if someone had just visited her, when she saw the people she was talking to: “It was nice, there was the girl [great-grandchild] gazing there, too.” The picturephone was regarded as being halfway between phone calls and face-to-face visits, as noted by Kalevi (71, male): “But then again, if no one visited you, it could be important because it’s [picturephone] a bit like between a regular phone and a visit.” He went on to say, “It’s nicer to use. I’m more of a chatty guy, so there is something to it. You get excited and talk to the nurses, on the screen, more easily compared to a phone, but the phone is not stopping me either, not always.” Visuality is important in communication (see Mitzner et al., 2017). Anna (88, female) evaluated her picturephone connection with a volunteer and compared it to a telephone call, saying, “Of course it’s not that intimate [speaking on the phone]. It is pretty intimate when you talk like this.”

An example of a new type of connection and of successful translation was Maria’s visit to the family’s summer vacation home via the picturephone.

Maria: Even though I have been to the lake a lot, fishing by myself and with others, and heating up the smoke sauna, but no. You just somehow know that it is too hard these days.

Interviewer: Mmh.

Maria: So, I haven’t tried, anymore... So, they contacted me from there via that [device], and I saw my old sauna and cottage and all ...

Interviewer: Yes.

Maria: And they were there, so I was able to see a kind of film [via the device].

Interviewer: Oh, that must have been lovely.

Maria: Yes. It was so moving. It brought back all the memories from the past thirty or forty years. (Maria, 91, female)

When the technology discourse was adopted and the translation succeeded, the picturephone acted as a mediator (ANT) that affected the interviewees or challenged them to develop themselves. According to Foucault, technologies of the self are certain operations made to transform oneself and to achieve something, for example, happiness or purity. This can be

done by oneself or with the help of an outsider (Foucault, 1988, p. 18). The technologies of the self with which the picturephone was added to one's regimen (see Foucault, 1992) were means to change oneself, or to adapt oneself in such a way that there is room for the picturephone. This involved getting used to it: "Well, why not? You get used to it eventually." (Marjatta 89, female), or using the picturephone according to one's own strengths: "... but sometimes you just don't have the strength, so, then you have to give up and do whatever it is you can do." (Helena, 89, female). Other attributes involved in using the picturephone and related to technologies of the self were curiosity, interest, courage, and willingness to learn. When asked about her joining gymnastics and newspaper review groups, Helena (89, female) replied, "It's such a new thing for me, and I feel a bit shy about it. But it'll give me courage." Taking part in programmes and using the picturephone in other ways can also be viewed as part of technologies of the self: cultivating oneself by being willing to learn new things, making oneself a more capable person, or making oneself feel better. The potential of the picturephone as an ANT mediator can be seen in the interviewees' actions, for instance in how Helena, Olavi, Kalevi, and Maria used it. Kalevi (71, male) came up with new ideas for developing the device, while Helena (89, female) paid more attention to her looks. Olavi (76, male) and Anna (88, female) rearranged their furniture and made room for the picturephone device, whereas Helena (89, female) studied a foreign language with the help of a dictionary: "And I sure have studied English back in the day, but because there's a lot of new words here, so, even today I thought that it'd be a good idea to buy me a dictionary." In these examples, the user was open to change, or tried to include the picturephone in one's life.

### ***Translation's failure: Breaking down networks and engaging in a technology discourse with frustration, indifference, and detachment***

All the interviewees stopped using the picturephone before the trial ended. The reasons for this were related to (a) the qualities of the picturephone service, (b) themselves, their life situation, or lifestyle, or (c) a combination of the aforementioned factors.

Interviewer: Well, what about the picturephone? Do you still have it?

Anna: ... No, it stopped working. No ... . No way. Then we, together, decided that it's the best thing to do because it took half the time to make it work, and when it chose to work, then there were those pictures, like only the [gym] instructor's legs were visible. It was like that. ... So, I made the decision... Even Viola [technology advisor] said that one loses one's nerves with that [laughing]. ... Well, it started getting on my nerves when it had to be tinkered with all the time. If it were as easy as turning on the TV, then it could have stayed, I guess. (Anna, 88, female)

In addition to technical problems, frustration caused by them, and a sense of impracticability, the participants reported that the picturephone did not meet their needs as anticipated. For example, it did not help them cope with health issues, as stated by Maria (91, female): “There is no time [to use it], in case of a real emergency.” Similarly, when talking about his wife’s illness, Olavi (76, male) stated, “You just can’t always handle things with machines [compared to meeting a nurse face-to-face].” In the participants’ responses, technology discourses were on occasion set against health and safety discourses, and the discourses did not support each other. It was also difficult to fit the picturephone into one’s daily life, as stated by Helena:

There are, every day, those events [services available via picturephone]. Yesterday, too, there was this dance group that I would have watched, but it was, I was doing something else, and then, it was over then, that programme. (Helena, 89, female)

Timetables and scheduled programmes are part of the picturephone service. In line with ANT analysis, one could say that old translations (e.g., television or telephone) were not replaced by a new one, the picturephone. From the Foucauldian viewpoint, the picturephone brought a certain amount of discipline with it, and certain discourses were attached to it (Foucault, 1980, p. 106); it offered programmes that potentially scheduled the user’s life and modified the user’s home. Some interviewees accepted the more rigid schedule, while some resisted it. Ultimately, all the interviewees decided to ignore the picturephone, its programmes, and the possibilities it offered to make connections. In this sense, the failure of the translation was complete.

Both successful and unsuccessful translations are mediated. In unsuccessful translations, there are mediators that disable translation, or there is a lack of enabling mediators. When technology advisers and adult children, especially sons, were the key mediators in the translation, the lack of support from them hindered it. For Helena, the translation sometimes depended on help from a technology adviser:

Well, it always happened that I didn’t know ... how to get to those programmes on so that I could watch them, and I didn’t know how to. Viola Nieminen [a technology adviser], she was there in the daytime and left work at four o’clock. So, there was no help available. (Helena, 89, female)

While connections to friends and relatives supported the use of the picturephone, a lack of social networks or relatives nearby could hinder its use. Kaarina (84, female) said, “Because I haven’t had anyone here. There’s no one that ... [could help] because my children, well, the sons have not visited.” Marjatta (89, female) similarly referred to a lack of help: “Because I’ve been afraid that if I press the wrong button, who will put it back the

way it was?" Moreover, connectedness discourses were strongly linked to technology discourses:

Interviewer: Well, have you talked to anyone about the possibility of contacting your loved ones via picturephone? Have you had any discussions about that?

Helena: No, I haven't, not yet. There is, in that paper, [instructions] saying that you can. But my son, he is living his own life, so he doesn't really care about my things. And I do understand it, and I have told him, the last time too, that I do understand that he doesn't really want to hear those old things that I'm talking about. (Helena, 89, female)

From the ANT perspective, the attitudes of others can also be interpreted as possible mediators working against translation. Helena stated the following:

Well, in the beginning, it was difficult, for sure. Like when my son and his wife, when they came over and saw the programme that I can watch [on the picturephone device], they said [laughter], "Yeah, anyone who has a computer, they can see these things." I said that of course they could, but I don't have a computer and never will, so this is sort of an aid. (Helena, 89, female)

Although Helena had managed to transform herself through technologies of the self toward being a user of the picturephone, this was questioned by her son, who has an important position in Helena's social network as part of her family and as a more experienced technology user. In this discourse, Helena had to defend the device, her use of it and herself as a user. Regarding the older adults who needed support in the use of the picturephone, the role of home care workers and family was crucial. There were nurses that did not want to include the device in their care work, but there were also those who used it and considered it beneficial and interesting. Similarly, some family members were and others were not ready to use the picturephone in interaction with their loved ones.

The picturephone was part of the interviewees' health care, and it helped them cope with health-related issues, at least for a while, as it turned out. However, poor health and experiences commonly associated with old age were also the very reasons why the interviewees chose not to use the technology. In the two following examples, the health and safety discourse outweighed the technology discourse:

Helena: I didn't; I was too tired. I was in such a bad condition that I had to let go. And now, for at least three months, I haven't turned it on at all ... [goes on to state that a nurse came and took the picturephone device away from her]. It [the device] was here on this table, and I wasn't interested in it; I was too tired. (Helena, 89, female)

Anna: I have felt, really, almost the whole winter I have felt, you know, feeble. I have been so ill that I haven't had any interest [in using the picturephone device]. (Anna, 88, female)

Money was another issue that made some participants hesitant to use the picturephone. The device did not fit into their daily regimen (see Foucault, 1992) in terms of personal finance, as noted by Kalevi:

... it doesn't lower the home care costs, at all. ... Well, at the moment, really, I hardly have three hundred to spend per month. I think it's really expensive. ... Well, they are taking the last money from pensioners with that thing. Even though it's a good thing. (Kalevi, 71, male)

Anna also commented on the cost of the picturephone:

Well, it depends on how much you'll have to pay for that. It can cost some, for sure, but I won't pay that much, because I have these other activities at home, I read and everything, so it's not that important. (Anna, 88, female)

Through the lens of ANT, the nonuse of the picturephone was the result of imperfect translation or incompatibility between the picturephone service and the interviewees' regimen (see Foucault, 1992, pp. 99–108). The picturephone was regarded in the trial as a finished product and it was taken as a given. The older adults were expected to learn to use it and to adapt themselves to it by themselves and with the help of others. It was also assumed that they wanted to become users of the picturephone (Wyatt, 2003, p. 68). Thereby the user had been configured beforehand by the designers in such a manner that not all kinds of use were supported (Woolgar, 1990). The possible changes that were discussed dealt with minor alterations such as additions of leisure activity programmes. The wishes expressed by designers and developers were targeted at the qualities of the users (e.g., older users being more acquainted with ICT in the future) or internet connections (which did not work well in sparsely populated northern areas) rather than the qualities of the picturephone. In the interviews, however, the older adults hoped for changes in the picturephone: increased reliability, fewer scheduled programmes, more connections to people and easier access to the care personnel. According to Woolgar, even though the types of use can be configured in a certain way, technology can be used in unexpected ways (Woolgar, 1990, p. 89). In our data, there was only one example of innosumerism (Peine, Rollwagen, & Neven, 2014) in the older adults' use of picturephone. This was when one of the older adults encountered, outside the official programme, her peers from the other side of Finland, and started to socialize with them. According to Peine et al. (2014, pp. 208–209) it is important that older adults are seen as innosumers and supported in becoming such; being mundane innovators, seeing technology as a way to develop and express oneself in everyday life, being “capable of configuring the technological environments he or she deems desirable.” In addition to innosumerism (Peine et al., 2014), it could be helpful to see resistance as part of the

development process, as interaction to further improve the picturephone (Kline, 2003).

However, traces of translation remained. For example, after giving back her picturephone device, Anna (88, female) said, “That gym, the thing was that, it was every morning. It would have been so important. It’s a pity [that the gym is not available anymore].” Seeing her relatives and her old, precious vacation resort were important to Maria, but the device did not help her with health issues. Thereby her technology and connectedness discourses were overruled by a health and safety discourse:

For sure, it was nice ... to see pictures of grandchildren all the way from [names a city almost a thousand km away], christenings, birthdays ... And it was great to see [names a lake] where we have a cottage. It was joyful, but I didn’t feel ... I thought that someone else needs it more because of illnesses. I did not know how to use it for that. (Maria, 91, female)

## Discussion

The introduction of the picturephone was the outcome of technology-oriented care policy, a development project funded by the Ministry of Social Affairs and Health, active engagement of the companies providing the video conferencing service, care personnel, the older adults’ efforts, and their adult children’s engagement in including the picturephone in the lives of the participants. Successful use of the technology was characterized by a combination of a technology-oriented discourse and discourses on health and safety, connectedness, and learning. The clients were enabled and made efforts to transform themselves from nonusers to users of new technology.

The technological transformation failed, as the discourses on health and safety, connectedness, and learning were separated from optimistic technology discourses. The outcome of these processes was the home care clients’ refusal to become picturephone technology users. Using the technology was frustrating and engendered thoughts of its uselessness, unsuitability, and worthlessness. The participants’ efforts to incorporate the picturephone into their lives ceased regardless of technology-oriented care policy and the active engagement of the company providing the video conferencing service. Support needs unmet by the picturephone company, technology advisers, and family members were another reason stated by the participants for discontinuing the use of the technology.

ICT opens up new options for people to transform themselves, subjecting us to “potent, inconspicuous forms of ontological *tinkering*” (Hernández-Ramírez, 2017, p. 46). According to Gualeni, “by allowing people to expressing themselves through technical artifacts, technology also discloses

specific forms of self-reflection and self-discovery” (Gualeni, 2015, p. 73). Our study verifies the potential of ICT for enriching established communication channels and relationships, opening oneself to new relationships, learning new things, and developing and transforming oneself. Despite this potential, in our case, resistance against the picturephone arose. Choosing nonuse can be understood as a form of resistance, a form of power in the context of technology-oriented policy. Resistance has also appeared in earlier health technology studies as tricking the system by only pretending to do what is expected (Mortenson, Sixsmith, & Beringer, 2016, p. 110), by using a technical device in one’s own way instead of the intended one, and by “misusing” a device for establishing social contacts (Milligan, Roberts, & Mort, 2011, p. 351). Mortenson et al. (2015, p. 524) also identify possible ways to “trick the system.” In addition to resistance or “resisters” as categorized by Wyatt, Thomas, and Terranova (2002, p. 36), there are other groups of nonusers: rejectors, the excluded and the expelled. In terms of internet use, resisters have never used it because they do not want to; rejectors have stopped the use voluntarily for reasons such as boredom, finances, or better alternatives; the excluded have never used it because of a lack of access; and the expelled have stopped using the internet involuntarily for reasons such as loss of access or high prices. Resistance to technology can be interpreted in various ways. In addition to opposition or defiance, it can also be seen as “part of an interactive process of sociotechnical change” and a transformative “means of negotiation” between different actors (Kline, 2003, pp. 51–52). What is resistance for the developer might be something else for the user (Kline, 2003, p. 66). In our case, when the interviewees started using the picturephone, it could be interpreted as negotiation on using ICT in care and bringing the picturephone into one’s home. The developers and some family members interpreted the refusal to use the device as opposition or even defiance, but it could also be interpreted as part of negotiating the place of ICT in care. In these negotiations it is important to acknowledge the different generations of technology users and their differing approaches to ICT technology.

Technology always has some politics associated with it (Eubanks, 2017). In addition to clear resistance, power resides in the use of technology and in the networks built around its use. Technology connects people to one another, and the source of power can be hidden; in a way, this setting has to do with peoples’ actions, not directly with people as individuals (Foucault, 1982, p. 789). The current care policy with the discourses on technologisation, ageing in place (Wiles, Leibling, Guberman, Reeve, & Allen, 2012) and active ageing (Foster & Walker, 2015) often welcomes the use of technology in the care of older adults. The productive powers within this process have been analyzed by Peine and Moors (2015) through the

concept of generification, where agency is granted to different actors in different stages of the technology innovation process. If this process is carried out in an ageist and paternalistic manner, older adults are seen as passive recipients of technology and attempts are made to shape them into something desired by policymakers, gerontologists, doctors, ICT companies, technology designers, and the like. According to Woolgar's study on the production of microcomputers (1990), only certain ways to use the machine were supported while unexpected ways were regarded as foreign – users, thus, had a *configured relationship* with the device (Woolgar, 1990, p. 89). Although unexpected ways to use the picturephone were rare in our study, it can be said that the participants were expected to have a configured relationship with it.

In the case of the picturephone, the technology had the potential to support the older adults' living at home by bringing in support, meaningful activities, and connections to people and places. However, the use of the picturephone also created dependencies, tying the participants more strongly to formal and informal support networks because they needed help with using the device. The participants reflected, especially, on their children's help; sometimes help was taken for granted, but there were also thoughts of being a burden to the children or not being respected or supported enough. Problems with the picturephone made the participants turn to other sources, which can be considered a good thing (i.e., networks become tighter, and a connection remains), but the users may also have been in a less powerful position when in need of help. Support and requests for support from relatives with using the device can also be interpreted from the "McDonaldisation of care" viewpoint (Pritchard & Brittain, 2015 referring to Ritzer, 2004). When relatives helped the older adults in using the picturephone, it shifted the work from municipalities and companies to relatives and families. The support work was thus franchised to increase efficacy (Pritchard & Brittain, 2015, p. 127; Ritzer, 2004).

Technology can also increase the distance between those being cared for and caregivers (Pritchard & Brittain, 2015, pp. 129–130), and the picturephone in fact added a layer of experts to the participants' network of care: a representative of the company and a technology advisor. If technical problems were encountered with the picturephone device or service, the clients needed to contact a repair person or relatives for help.

The picturephone's potential lay, especially, in forming new social relationships via discussion groups and in enhancing existing relationships with people and places by providing visual contact, but it did not necessarily increase the users' connectedness to relatives or care personnel. The role of relatives, who were already part of the clients' lives, did increase.

However, it happened mainly because they helped the participants with using the device.

The possible expenses of the picturephone were another issue that caused concern among the participants. It did not seem clear to them whether there would be some expenses when using picturephone after the trial. Increasing the use of technology to cut public spending possibly transfers the expenses to the users, which is another way to transfer the care responsibility from the public sector to individuals.

Health also had a major impact on the picturephone use. If the participants began to feel worse or thought that the picturephone did not contribute to improving their health, the device was abandoned. Further, it seems that people who are unfamiliar with technology also find it more difficult to deal with technical problems. This lack of familiarity, and achievability as relates to pricing and information regarding the picturephone device, is an important aspect to consider in the development and distribution of future devices.

The position of the older adults was powerful and independent when the picturephone worked. Bruno Latour (1999b, p. 304) makes the notion of *blackboxing*, referring to a situation in which technology works so perfectly that it is unnoticed. When technical problems occurred, the participants' dependency on others became clear. The internal complexity of technology becomes visible when it does not work properly. In these situations, the picturephone was not an unnoticeable part of the interviewees' lives; instead, it was disturbing and complex. According to the results of our study, technology has the potential to empower and connect people, but it has inherent risks that may materialize as exclusion, nonparticipation, and thereby reduced service quality.

The findings of this study should be viewed in light of some limitations. To begin with, the number of interviewees was small owing to some recruitment problems and the research setting. The eight participants were chosen from the 16 interviewees because they used the same technology, the picturephone, which gave them experiences that were quite different from those of the users of other technologies. All the interviewees live in Northern Finland, belong to the age group of the oldest-old and are home care service users. Because of this, applying the findings to other contexts should be done with caution, although the discourses that were discovered in the participants' lives were shared by all of them and the workings of their actor-networks had similar consequences. As for the used theoretical-methodological frameworks at a more general level, there were also some limitations. In ANT, we focused on the networks that were visible in the observation data, leaving out the networks concerning the manufacture of the picturephone, for example. The Foucauldian analysis could have

covered more extensively the power of the researcher in respect to the participants and their answers. Despite these limitations, we think that the use of both ANT and FDA resulted in a more comprehensive analysis than using only one or the other. We also think that it is important to further investigate the needs and perceptions of older adults in order to support the production and offering of technology-mediated services that are of high quality and applied ethically. Further, qualitative research such as this has its place when studying the technology use of older adults, and people in general. From the point of view of our study, it is equally important to use quantitative methods to produce information on the larger trends of using ICT in care as it is to use qualitative methods to thickly describe the workings of technology in care and older adults' lives, showing the possible dynamics (Alasuutari, 2013) that arise when using technology. As we are writing this article at the time of the COVID-19 pandemic, along which the offering of ICT services has expanded to new target groups and services, it is necessary, for the well-being of the users, to be aware of the ethical ways to use and increase the use of technology-mediated services in the field of care. As has been noticed during the pandemic, the use of technology is essential in fostering human relations, but it also had its limitations.

## Notes

1. See <https://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito> (in Finnish)
2. See <https://stm.fi/en/the-well-being-and-health-sector-s-artificial-intelligence-and-robotics-programme-hyetairo>
3. See <https://sotknet.fi/sotkanet/en/metadata/indicators/1570>
4. See joint project by the United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) and the European Commission, <https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>.
5. See <http://www.arcticcommunicator.com/en/>. Picturephone is a technology that might also be referred to as “telecare” (Bentley, Powell, Orrell, & Mountain, 2018, p. 927), “telehealth” (Frennert et al., 2013), “televideo” (Mitzner et al., 2017), or “mHealth” (Spann & Stewart, 2018).
6. This article is part of HARVEST – the eHealth and Ageing in Rural Areas: Transforming Everyday Life, Digital Competences and Technology (2018–2021) research project funded by the European Commission’s international joint programming initiative (JPI), More Years, Better Lives (MLBL). The Finnish subproject was funded by the Academy of Finland.
7. See <https://stm.fi/en/improved-home-care-for-older-persons-and-enhanced-support-for-all-aged-informal-carers>
8. The term “Picturephone,” which is not the official term used by the service provider, was adopted in the pilot and was also in frequent use among interviewees.
9. See <http://www.arctic-connect.com/index-en.php?page=home>
10. Interviews were conducted by Marjo Outila, Pilvikki Lantela, Satu Peteri, and Kirsi Pyykkönen of the University of Lapland.

11. One of the authors (HK) participated in one of Markku Koivusalo's lectures on Michel Foucault and asked his opinion about this perspective. According to Markku Koivusalo, it would be a good idea to study how technology either fits or does not fit into older adults' daily lives.
12. See <https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fjulkaisut.valtioneuvosto.fi%2Fhandle%2F10024%2F160688&data=02%7C01%7Cmarjo.outila%40ulapland.fi%7Cd00523120ede4d7b289d08d85315fd6b%7C4c60a66f0a8d446e9ac0836a00d84542%7C0%7C0%7C637350701193312098&sddata=Yej2qZUeWAFIUkdwH3s0KTfdsVqVkfpu%2FPAhdjGkjbQ%3D&reserved=0>
13. The "Improved home care for older persons and enhanced informal care in all age groups" project: [https://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO\\_key\\_project\\_presentation\\_English\\_2018.pdf/12c4d73b-9fd9-48bd-b160-c064f27423a0/IO\\_key\\_project\\_presentation\\_English\\_2018.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO_key_project_presentation_English_2018.pdf/12c4d73b-9fd9-48bd-b160-c064f27423a0/IO_key_project_presentation_English_2018.pdf)
14. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM\\_RAPORTTI.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1)  
The key points were as follows: (a) creating an operational model consisting of a regional service package and an operational model for centralised client/service coordination, (b) improving care for close relatives and family care, and (c) increasing the attractiveness of these service alternatives.
15. "A technology-assisted concept involving all of the aforementioned task areas is used to
  1. raise the level of security of older people living at home,
  2. extend the time a person can continue living at home,
  3. increase cost-efficiency and
  4. improve the accessibility of services in remote areas." (15)  
[http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankeinfo/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankesuunnitelma\\_toimivakotihoidolappiin](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankeinfo/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankesuunnitelma_toimivakotihoidolappiin) and <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/teknologia>.
16. [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankeinfo/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankesuunnitelma\\_toimivakotihoidolappiin](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankeinfo/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin/hankesuunnitelma_toimivakotihoidolappiin) and <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoido-lappiin>

## Notes on contributors

**Marjo Outila** is a university teacher and doctoral candidate in social work at the University of Lapland (Finland). She has publications in international and national peer-reviewed journals on eHealth policy, older adults' self-categorization, interaction between home care worker and client, and older adults' end-of-life preparations, concerns and care preferences.

**Hilla Kiuru** is a doctoral candidate in social work at the University of Jyväskylä (Finland). Her research interests include active ageing, politics of ageing, media images of ageing.

## References

- Alasuutari, P. (2013). Spreading global models and enhancing banal localism: The case of local government cultural policy development. *International Journal of Cultural Policy*, 19(1), 103–119. doi:10.1080/10286632.2011.625418

- Anttonen, A., & Häikiö, L. (2011). Care “going market”: Finnish elderly-care policies in transition. *Nordic Journal of Social Research*, 2, 70–90. doi:[10.15845/njsr.v2i0.111](https://doi.org/10.15845/njsr.v2i0.111)
- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151–166. doi:[10.1080/01488376.2015.1129017](https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017)
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (2012). Ikääntyneiden palvelujen markkinoistuminen. *Talous & Yhteiskunta*, 3(1), 44–48.
- Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian discourse analysis. In C. Willig & W. Stainton Rogers (Eds.), *Handbook of qualitative research in psychology* (pp. 91–108). London: Sage.
- Barbosa Neves, B., Franz, R., Judges, R., Beermann, C., & Baecker, R. (2019). Can digital technology enhance social connectedness among older adults? A feasibility study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 49–72. doi:[10.1177/0733464817741369](https://doi.org/10.1177/0733464817741369)
- Barnard, Y., Bradley, M., Hodgson, F., & Lloyd, A. (2013). Learning to use new technologies by older adults: Perceived difficulties, experimentation behaviour and usability. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1715–1724. doi:[10.1016/j.chb.2013.02.006](https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.006)
- Bentley, C., Powell, L., Orrell, A., & Mountain, G. (2018). Making Telecare desirable rather than a last resort. *Ageing and Society*, 38(5), 926–953. doi:[10.1017/S0144686X16001355](https://doi.org/10.1017/S0144686X16001355)
- Bond, C., & Worswick, L. (2015). Self management and telehealth: Lessons learnt from the evaluation of a Dorset Telehealth Program. *The Patient*, 8(4), 311–316. doi:[10.1007/s40271-014-0091-y](https://doi.org/10.1007/s40271-014-0091-y)
- Bradford, D., Van Kasteren, Y., Zhang, Q., & Karunanithi, M. (2018). Watching over me: Positive, negative and neutral perceptions of in-home monitoring held by independent-living older residents in an Australian pilot study. *Ageing and Society*, 38(7), 1377–1398. doi:[10.1017/S0144686X1700006X](https://doi.org/10.1017/S0144686X1700006X)
- Brown, L., Adlam, T., Hwang, F., Khadra, H., Maclean, L., Rudd, B., ... Astell, A. (2018). Computerized self-administered measures of mood and appetite for older adults: The novel assessment of nutrition and ageing toolkit. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 37(2), 157–176. doi:[10.1177/0733464816630636](https://doi.org/10.1177/0733464816630636)
- Callon, M. (1986). Some elements of a sociology of translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay Michel Callon. In J. Law (Ed.), *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* (pp. 196–223). London: Routledge. doi:[10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x)
- Callon, M., & Latour, B. (1981). Unscrewing the big leviathan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. In K. Knorr-Cetina & A. Cicourel (Eds.), *Advances in social theory and methodology* (pp. 277–303). London: Routledge and Kegan Paul.
- Choi, N., Hegel, M., Marti, C., Marinucci, M., Sirrianni, L., & Bruce, M. (2014). Telehealth problem-solving therapy for depressed low-income homebound older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 263–271. doi:[10.1016/j.jagp.2013.01.037](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.037) doi:[10.1097/JGP.0b013e318266b356](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318266b356)
- Cook, E., Randhawa, G., Sharp, C., Ali, N., Guppy, A., Barton, G., ... Crawford-White, J. (2016). Exploring the factors that influence the decision to adopt and engage with an integrated assistive telehealth and telecare service in Cambridgeshire, UK: A nested qualitative study of patient “users” and “non-users.” *BMC Health Services Research*, 16(1), 137. doi:[10.1186/s12913-016-1379-5](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1379-5)
- Currie, M., Philip, L., & Roberts, A. (2015). Attitudes towards the use and acceptance of eHealth technologies: A case study of older adults living with chronic pain and

- implications for rural healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 162. doi:[10.1186/s12913-015-0825-0](https://doi.org/10.1186/s12913-015-0825-0)
- Delello, J., & McWhorter, R. (2017). Reducing the digital divide: Connecting older adults to iPad technology. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 3–28. doi:[10.1177/0733464815589985](https://doi.org/10.1177/0733464815589985)
- Doyle, J., Caprani, N., & Bond, R. (2015). Older adults' attitudes to self-management of health and wellness through smart home data. *EAI Endorsed Transactions on Pervasive Health and Technology*, 1(3), 1–8. doi:[10.4108/icst.pervasivehealth.2015.259279](https://doi.org/10.4108/icst.pervasivehealth.2015.259279)
- Eubanks, V. (2017). *Automating inequality. How high-tech tools profile, police, and punish the poor*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Fairclough, N. (2012). Critical discourse analysis. In P. Gee & M. Handford (Eds.), *The Routledge handbook of discourse analysis* (pp. 9–20). New York, NY: Routledge.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90. doi:[10.1093/geront/gnu028](https://doi.org/10.1093/geront/gnu028)
- Foucault, M. (1976/1984). *The history of sexuality. An introduction*. Harmondsworth: Peregrine Books.
- Foucault, M. (1980). Two lectures. In C. Gordon (Ed.), *Power/knowledge. Selected interviews & other writings 1972-1977 by Michel Foucault* (pp. 78–108). New York, NY: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777–795.
- Foucault, M. (1984/1990). *The history of sexuality. 3, The care of the self*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. In L. Martin, H. Gutman, & P. Hutton (Eds.), *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault* (pp. 16–49). Amherst, MA: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1992). *The history of sexuality. 2, The use of pleasure*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (2003). 14 January 1976. In M. Bertani, F. Ewald, A. Fontana & D. Macey (Eds.), *Society must be defended: Lectures at the Collège de France, 1975–76* (pp. 169–186). New York, NY: Picador.
- Foucault, M. (2005/2001a). Course summary. In A. Davidson, F. Ewald, A. Fontana & F. Gros (Eds.), (G. Burchell, Trans.). *The hermeneutics of the subject: Lectures at the Collège de France 1981–1982* (pp. 495–505). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2005/2001b). 3 February 1982 – First hour. In A. Davidson, F. Ewald, A. Fontana & F. Gros (Eds.), (G. Burchell, Trans.). *The hermeneutics of the subject: Lectures at the Collège de France 1981–1982* (pp. 169–186). New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Frennert, S., Forsberg, A., & Östlund, B. (2013). Elderly People's Perceptions of a telehealth-care system: Relative advantage, compatibility, complexity and observability. *Journal of Technology in Human Services*, 31(3), 218–237. doi:[10.1080/15228835.2013.814557](https://doi.org/10.1080/15228835.2013.814557)
- Gualeni, S. (2015). *Virtual worlds as philosophical tools: How to philosophize with a digital hammer*. London: Palgrave MacMillan.
- Hernández-Ramírez, R. (2017). Technology and self-modification: Understanding technologies of the self after Foucault. *Journal of Science and Technology of the Arts*, 9(3), 45–57. doi:[10.7559/citarj.v9i3.423](https://doi.org/10.7559/citarj.v9i3.423)
- Hitch, D., Swan, J., Pattison, R., & Stefaniak, R. (2017). Use of touchscreen tablet technology by people with dementia in homes: A scoping review [Review of Use of touchscreen tablet technology by people with dementia in homes: A scoping review]. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4, 1–8. doi:[10.1177/2055668317733382](https://doi.org/10.1177/2055668317733382)
- Kaskiharju, E. (2010). *Koteja ja kodinomaisuutta: Tutkimus vanhenemisen paikoista valtiopäiväpuheissa 1950–2005* (PhD dissertation). University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 393, Jyväskylä.

- Kline, R. (2003). Resisting consumer technology in rural America: The telephone and electrification. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: The co-construction of users and technologies* (pp. 51–66). Cambridge, MA: MIT Press.
- Latour, B. (1999a). On recalling ANT. In J. Law & J. Hassard (Eds.), *Actor network theory and after* (pp. 264–280). Hassard Oxford: Blackwell Publishers.
- Latour, B. (1999b). *Pandora's hope: Essays on the reality of science studies*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Latour, B. (1999c). Technology is society made durable. In J. Law (Ed.), *Sociology of monsters* (pp. 103–131). London: Routledge.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Law, J. (1986). Laboratories and texts. In M. Callon, J. Law, & A. Rip (Eds.), *Mapping the dynamics of science and technology* (pp. 35–50). The Macmillan Press Ltd.
- Leskinen, J. (1994). *Tiede, teknologia ja kulutustutkimus*. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisu 2, Helsinki.
- Lie, M., Lindsay, S., & Brittain, K. (2016). Technology and trust: Older people's perspectives of a home monitoring system. *Ageing and Society*, 36(7), 1501–1525. doi:[10.1017/S0144686X15000501](https://doi.org/10.1017/S0144686X15000501)
- Lindberg, J., & Carlsson, E. (2018). Digitala vårdlandskap – kritiska reflektioner om e-hälsa i glesbygden. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 95(1), 62–69.
- Livingstone, S., Van Couvering, E., & Thumim, N. (2005). *Adult media literacy. A review of the research literature on behalf of Ofcom*. London: Department of Media and Communications, London School of Economics and Political Science.
- Mathew Puthenparambil, J. (2019). *Marketisation of care within the Nordic context: Private care provision for older people in Finland*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Michael, M. (1996). *Constructing identities: The social, the nonhuman and change*. London: Sage.
- Miettinen, R. (1998). Materiaalinen ja sosiaalinen: Toimijaverkkoteoria ja toiminnan teoria innovaatioiden tutkimuksessa. *Sosiologia*, 35(1), 28–42.
- Miller, P., & Rose, N. (2008). *Governing the present: Administering economic, social and personal life*. Cambridge: Polity Press.
- Milligan, C., Roberts, C., & Mort, M. (2011). Telecare and older people: Who cares where? *Social Science & Medicine*, 72(3), 347–354. doi:[10.1016/j.socscimed.2010.08.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.014)
- Mitcheson, K. (2012). Foucault's technologies of the self: Between control and creativity. *Journal of the British Society for Phenomenology*, 43(1), 59–75. doi:[10.1080/00071773.2012.11006757](https://doi.org/10.1080/00071773.2012.11006757)
- Mitzner, T., Stuck, R., Hartley, J., Beer, J., & Rogers, W. (2017). Acceptance of televideo technology by adults aging with a mobility impairment for health and wellness interventions. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*, 4. doi:[10.1177/2055668317692755](https://doi.org/10.1177/2055668317692755)
- Mortenson, W., Sixsmith, A., & Beringer, R. (2016). No place like home? Surveillance and what home means in old age. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne du Vieillessement*, 35(1), 103–114. doi:[10.1017/S0714980815000549](https://doi.org/10.1017/S0714980815000549)
- Mortenson, W., Sixsmith, A., & Woolrych, R. (2015). The power(s) of observation: Theoretical perspectives on surveillance technologies and older people. *Ageing and Society*, 35(3), 512–530. doi:[10.1017/S0144686X13000846](https://doi.org/10.1017/S0144686X13000846)
- Moser, I., & Law, J. (1999). Good passages, bad passages. *The Sociological Review*, 47(1\_suppl), 196–219. doi:[10.1111/j.1467-954X.1999.tb03489.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1999.tb03489.x)

- Østensen, E., Gjevjon, E., Øderud, T., & Moen, A. (2017). Introducing technology for thriving in residential long-term care. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 49(1), 44–53. doi:10.1111/jnu.12268
- Peine, A., & Moors, E. (2015). Valuing health technology – Habilitating and prosthetic strategies in personal health systems. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 68–81. doi:10.1016/j.techfore.2014.08.019
- Peine, A., Rollwagen, I., & Neven, L. (2014). The rise of the “innosumer”—Rethinking older technology users. *Technological Forecasting and Social Change*, 82, 199–214. doi:10.1016/j.techfore.2013.06.013
- Prior, L. (2008). Repositioning documents in social research. *Sociology*, 42(5), 821–836. doi:10.1177/0038038508094564
- Pritchard, G., & Brittain, K. (2015). Alarm pendants and the technological shaping of older people’s care: Between (intentional) help and (irrational) nuisance. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 124–132. doi:10.1016/j.techfore.2014.07.009
- Ritzer, G. (2004). *The McDonaldization of society*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Rose, N. (1989). *Governing the soul: The shaping of the private self*. London: Routledge.
- Schou, J., & Hjelholt, M. (2019). Digitalizing the welfare state: Citizenship discourses in Danish digitalization strategies from 2002 to 2015. *Critical Policy Studies*, 13(1), 3–22. doi:10.1080/19460171.2017.1333441
- Shulver, W., Killington, M., Morris, C., & Crotty, M. (2017). ‘Well, if the kids can do it, I can do it’: Older rehabilitation patients’ experiences of telerehabilitation. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(1), 120–129. doi:10.1111/hex.12443
- Spann, A., & Stewart, E. (2018). Barriers and facilitators of older people’s mHealth usage: A qualitative review of older people’s views. *Human Technology*, 14(3), 264–296. doi:10.17011/ht/urn.201811224834
- Sundberg, L. (2019). *If digitalization is the solution, what is the problem?* European Conference on Digital Government, 136–IX, Cyprus. doi:10.34190/ECDG.19.023
- Sutherland, O., LaMarre, A., Rice, C., Hardt, L., & Jeffrey, N. (2016). Gendered patterns of interaction: A Foucauldian discourse analysis of couple therapy. *Contemporary Family Therapy*, 38(4), 385–399. doi:10.1007/s10591-016-9394-6
- Wiles, J., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen, R. (2012). The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357–366. doi:10.1093/geront/gnr098
- Willig, C. (2013). Foucauldian discourse analysis. In C. Willig (Ed.), *Introducing qualitative research in psychology* (3rd ed., pp. 129–142). New York, NY: Open University Press.
- Woolgar, S. (1990). Configuring the user: The case of usability trials. *The Sociological Review*, 38(1\_suppl), 58–57. doi:10.1111/j.1467-954X.1990.tb03348 doi:10.1111/j.1467-954X.1990.tb03349.x
- Wyatt, S. (2003). Non-users also matter: The construction of users and non-users of the Internet. In N. Oudshoorn & T. Pinch (Eds.), *How users matter: The co-construction of users and technologies* (pp. 67–79). Cambridge, MA: MIT Press.
- Wyatt, S., Thomas, G., & Terranova, T. (2002). They came, they surfed, they went back to the beach: Conceptualising use and non-use of the Internet. In S. Woolgar (Ed.), *Virtual society? Technology, cyberbole, reality* (pp. 23–40). Oxford: Oxford University Press.
- Yusif, S., Soar, J., & Hafeez-Baig, A. (2016). Older people, assistive technologies, and the barriers to adoption: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 94, 112–116. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.07.004