

Miia Niskakoski

Ikääntyneiden kaltoinkohtelu
ja siihen puuttumisen haasteet
vanhustenhuollon yksiköissä

Pro gradu -tutkielma
Sosiaalityö
2017

Lapin Yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Työn nimi: Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ja siihen puuttumisen haasteet vanhustenhuollon yksiköissä

Tekijä: Miia Niskakoski

Koulutusohjelma/oppiaine: sosiaalityö

Työn laji: Pro gradu -työ **X** Sivulaudaturtyö ___ Lisensiaatintyö ___

Sivumäärä: 81 + liitteet

Vuosi: 2017

Tiivistelmä:

Ikääntyneiden kaltoinkohtelu on vähän tutkittu ja useimmiten vaiettu aihe. Ikääntyneen kaltoinkohtelulla tarkoitetaan ikääntyneeseen henkilöön kohdistuvaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa, taloudellista tai seksuaalista hyväksikäyttöä sekä hoidon tai huolenpidon laiminlyöntiä. Kaltoinkohtelun esiintyvyydestä ei tarkalleen tiedetä. Kaltoinkohtelusta voi seurata uhrille fyysisiä vammoja tai psyykkisiä ongelmia. Ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu on merkittävä turvattomuuden tunteen luoja ja saattaa pahimmillaan johtaa ennenaikaiseen kuolemaan.

Tutkielmassa tarkastellaan Valviran vuonna 2016 toteuttaman kyselyn tuloksia. Valvira selvitti kyselyssä laitoshoidossa tapahtuvaa vanhusten kaltoinkohtelua sekä kaltoinkohteluun puuttumista. Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää, millaista kaltoinkohtelua asukkaisiin kohdistuu vanhustenhuollon yksiköissä ja kuinka yleistä kaltoinkohtelu on. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään yksikön henkilökunnan puuttumista havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin. Uuden sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 §:n mukaisesti henkilökunta on velvollinen ilmoittamaan havaituista epäkohdista. Tutkimusaineisto sisälsi sekä määrällistä dataa, että avovastauksia. Avokysymykset on analysoitu sisällönanalyysin menetelmällä ja määrällisestä datasta on luotu frekvenssijakauman avulla taulukoita.

Valviran tutkimukseen vastasi yhteensä 7409 henkilöä, jotka työskentelevät vanhustenhuollossa julkisella ja yksityisellä puolella. Vanhustenhuollossa ilmenee hoidon laiminlyöntiä, joka johtuu usein riittämättömistä resursseista. Muistisairaudet ja toimintakyvyn alentumat aiheuttavat hoitotyössä eettisiä ristiriitoja, sillä itsemääräämisoikeuden ja liikkumisen rajoittaminen on usean vanhuksen kohdalla välttämättömiä toimenpiteitä asukkaan, muiden asukkaiden sekä hoitohenkilökunnan turvallisuuden takaamiseksi. Resurssien ollessa rajalliset, joudutaan esimerkiksi ulkoilusta karsimaan, jotta ehditään tehdä välttämättömät hoitotoimenpiteet.

Henkilökunta usein ilmoittaa kaltoinkohteluun liittyvistä epäkohdista esimiehilleen. Epäkohtiin ei aina puututa, jolloin henkilökunnalle kokee turhautumista. Puuttuminen voi olla näennäistä, mutta todellisuudessa mitään muutosta ei tapahdu. Henkilökunnalle jää joskus tunne vaientamisesta. Monessa kunnassa lisätyt tai paremmat resurssit korjaisivat monet hoitotyössä kohdatut epäkohdat. Riittämättömät resurssit ovat ristiriidassa eettisesti hyvän hoidon kanssa.

Avainsanat: ikääntynyt, vanhus, kaltoinkohtelu, laiminlyönti, vanhustenhuolto

Suostun tutkielman luovuttamiseen kirjastossa käytettäväksi **X**

Sisällys

1 Johdanto.....	1
2 Vanhustenhuolto ja palvelujärjestelmä	5
2.1 Vanhustenhuollon kehitys Suomessa	5
2.2 Vanhustenhuoltoa ohjaileva lainsäädäntö.....	7
2.3 Hoivaetiikka, vanhuus ja arvokas vanheneminen	9
2.4 Gerontologinen sosiaalityö vanhenevan väestön tukena	13
3 Ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu	17
3.1 Fyysinen ja henkinen kaltoinkohtelu sekä laiminlyönti	17
3.2 Muita ikääntyneiden kaltoinkohtelun muotoja	20
3.3 Kaltoinkohtelun syyt ja seuraukset	23
3.4 Uhri ja tekijä	26
3.5 Vanhusten kaltoinkohtelun erityispiirteet	28
4 Tutkimuksen toteuttaminen	31
4.1 Aineisto.....	31
4.2 Menetelmät ja aineiston analyysi	34
4.4 Tutkimuksen eettisyys.....	36
5 Vanhustenhuollossa ilmenevä kaltoinkohtelu	38
5.1 Kaltoinkohtelun ilmeneminen	38
5.2 Tekijä ja kaltoinkohtelulle altistuminen	47
6 Kaltoinkohteluun puuttuminen.....	51
6.1 Puuttuminen ja puuttumattomuus	51
6.2 Ilmoitusvelvollisuus ja omavalvontasuunnitelma	55
6.3 Tietämättömyys, vaikeneminen ja vaijantaminen	58
7 Rakenteellinen kaltoinkohtelu	62
7.1 Kaltoinkohtelevat rakenteet	62
7.2 Eettiset ristiriidat.....	69
7.3 Sosiaalityön paikka	72
8 Johtopäätökset ja pohdinta.....	74
Lähteet	77
Liitteet	82
Liite 1 Taulukko 19 kaltoinkohtelun tunnistamiseksi	82
Liite 2 Valviran kysymyslomake.....	83

Taulukkoluetelo

Taulukko 1: Pitäminen liian kauan märissä vaipoissa	38
Taulukko 2: Asukkaisiin kohdistuvien kaltoinkohtelutilanteiden yleisyys:	40
Taulukko 3: Rahan ja tavaroiden anastaminen	42
Taulukko 4: Lääkkeiden anastaminen	44
Taulukko 5: Yli- ja alilääkitseminen	45
Taulukko 6: Seksuaalinen häirintä, epäasiallinen puhe ja koskettelu.....	46
Taulukko 7: Seksuaalinen hyväksikäyttö	47
Taulukko 8: Edellä mainituissa tilanteissa tekijä on ollut (voit valita usean vaihtoehdon):	48
Taulukko 9: Onko yksikössäne puututtu havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin?	51
Taulukko 10: Yksikössä on kehitetty toimintamalli tai ohjeet tilanteisiin, joissa on havaittu kaltoinkohtelua	55
Taulukko 11: Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden prosessista on keskusteltu yksikössäne	56
Taulukko 12: Kaltoinkohtelun ehkäisyä (riskiä) on käsitelty yksikkönne omavalvontasuunnitelmassa.....	57
Taulukko 13: Koulutuksesi antaa riittävät valmiudet kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisemiseen	58
Taulukko 14: Yhteenvedo vastauksista koskien asiakkaan osallisuutta, hoidon laatua sekä työtä ohjaavia puitteita	65
Taulukko 15: Asukkaiden jokapäiväiseen elämään liittyviin perustarpeisiin, esimerkiksi vessassa käyntiin, pystytään vastaamaan	66
Taulukko 16: Henkilökunnalla on aikaa asukkaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti.....	67
Taulukko 17: Vakituista henkilökuntaa on riittävästi	67
Taulukko 18: Oman alan eettisten ohjeiden tunteminen	71
Taulukko 19: Taulukko kaltoinkohtelun tunnistamiseksi, liite 1	82

1 Johdanto

Tässä tutkielmassa tarkastellaan ikääntyneiden kaltoinkohtelua vanhustenhuollon yksiköissä perustuen Valviran vuonna 2016 vanhustenhuollon työntekijöille teettämän kyselyn tuloksiin (Valvira 2016). Ikääntyneiden kaltoinkohtelulla tarkoitetaan ikääntyneeseen henkilöön kohdistuvaa fyysistä tai psyykkistä kaltoinkohtelua, tai taloudellista tai seksuaalista hyväksikäyttöä. Kaltoinkohtelu tekona voi olla joko tahallista tai tahatonta, samoin se voi olla lyhyt- tai pitkäkestoista. (Pritchard 1996, 9-10.) Teko voi tapahtua missä tahansa luottamuksellisessa suhteessa, ja tekijä voi olla esimerkiksi perheenjäsen tai hoitohenkilökunnan jäsen (Brandl ym. 2006, 17 – 18). Kaltoinkohtelu on aina ihmisoikeuksia rikkova teko tai toiminta, jolla on merkittävä vaikutus uhrin elämään. Usein kaltoinkohtelusta on seurauksena vammoja, sairauksia, toimintakyvyn vähenemistä, eristyneisyyttä tai epätoivoa. (WHO 2008, 1.)

Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ilmiönä ja siihen liittyvät ongelmat on Suomessa alettu tunnistaa vasta 2000-luvulla. Aihepiiristä on Suomessa tehty vähän tutkimuksia, joten suomenkielistä materiaalia on niukasti. (Kan & Pohjola 2012, 253.) Kansainvälisissä tutkimuksissa ilmiötä, riskejä ja syitä on tarkasteltu enemmän, mutta vähän laitoshoidon näkökulmasta. Laitosmaisessa hoidossa olevat vanhukset ovat suuremmissa riskissä joutua kaltoinkohtelun uhriksi, sillä heidän toimintakykynsä on alentunut huomattavasti ja he usein kärsivät monista vakavista taudeista. Heillä on usein paljon toimintakykyyn liittyviä rajoituksia ja he ovat hyvin riippuvaisia huolenpidosta. (Hawes 2003, 446.)

Ikääntyneiden kaltoinkohtelun yleisyydestä ei ole pystytty antamaan tarkkoja arvioita. Ongelmaa on yritetty kartoittaa esimerkiksi väestötutkimuksessa, johon vastanneista iäkkäistä miehistä 3 % kertoo kokeneensa jonkinlaista kaltoinkohtelua. Samaan kyselyyn vastanneista iäkkäistä naisista peräti 9 % kertoo kokeneensa kaltoinkohtelua. Naisten suurempaa osuutta selittää se, että naisten kokemuksiin liittyi useimmiten perheväkivaltaa. Näihin tilastoihin yleisyyden määrittäjänä ei ole silti luottaminen, sillä tapausten julkitulo vaihtelee. (Kan & Pohjola 2012, 253.). Tunnistamista vaikeuttaa se, ettei ilmiöstä ei tiedetä tarpeeksi, sillä kaltoinkohtelu on vaikea määrittää (Mt. 353), ja ikääntyneet voivat olla eristäytyneitä. Joissain maissa kaltoinkohtelun tunnistamista

vaikeuttaa puutteellinen lainsäädäntö, minkä vuoksi viranomaisilla on vaikeuksia tunnistaa ja puuttua kaltoinkohtelutapauksiin. Samoin sairaat vanhukset voivat olla kykenemättömiä kertomaan kokemuksistaan. (WHO 2012, 1.)

Kaltoinkohtelu on käsitteenä laaja, joten tässä tutkielmassa keskityn tarkastelemaan aihetta vanhustenhuollossa tapahtuvan kaltoinkohtelun näkökulmasta. Vanhusten hoito on ollut viimeisien vuosien aikana mediassa esillä. Ilmiö tuntuu saavan tabumaiset juonteet sen tutkimattomuuden ja vähäisen tietoisuuden vuoksi. Tarvetta tutkimukselle on, sillä viimeisten vuosien aikana mediassa on paljastunut useita tapauksia, joissa vanhusten kaltoinkohtelu on pahimmassa tapauksessa kestänyt vuosia. Näistä yksi esimerkki on Turun kaupunginsairaalassa Kupittaalla tapahtunut kaltoinkohtelu. Kaupunginsairaalan vanhuspsykiatrian G1-osastolla kaltoinkohdeltiin potilaita vuosia. Monet potilaat olivat yllilääkittyjä ja heitä suljettiin huoneisiin öisin, jotta yövuorossa olleet hoitajat pystyivät nukkumaan kansliassa vuorojensa ajan. Osastolta katosi lääkkeitä, vanhuksia eristettiin tarpeettomasti ja kohdeltiin väkivaltaisesti hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Kaupungin toimialan johtaja sekä muita esimiestason henkilöitä olivat tietoisia laiminlyönneistä. Niistä ei kuitenkaan raportoitu valvontaviranomaisille. (Turun Sanomat 2016.)

Vuonna 2015 Pirkanmaan käräjäoikeus tuomitsi 24-vuotiaan mieshoitajan muun muassa 27 raiskauksesta. Hoitaja työskenteli vanhustenhuollossa. Uhreja hänellä oli noin kymmenen, jotka olivat iältään 74 – 100-vuotiaita. Pääosin uhrin olivat muistisairaita tai liikuntarajoitteisia. Mies tuomittiin teosta 9 vuoden vankeuteen. (Turun Sanomat 2015.) Myös Rovaniemellä on paljastunut palvelutalo, jossa vanhuksia kaltoinkohdeltiin. Henkilökunta ilmiantoi palvelukoti Pahtajan, jossa laiminlyötiin työtehtäviä. Asiakasrekisteriä pidettiin kantelun mukaan ruutuvihkoon, työntekijät nukkuivat työvuoroissa ja lääkkeiden kanssa oli epäselvyyksiä. Pahtajan tilanne parantui omistajavaihdoksen myötä, jolloin palvelutalon epäkohtia alettiin korjata. (YLE 2016.)

Viimeaikaisten tapahtumien vuoksi tutkimusaiheeni on ajankohtainen ja vaatii tarkempaa tutkimustietoa. Vanhustenhuollon tilan selvittäminen nousi myös valvojan viranomaisen, Valviran, asialistalle. Valvira toteutti vuonna 2016 kyselyn, joka oli

suunnattu sekä julkisille että yksityisille vanhushpalvelujen tuottajille. Kyselyyn vastasi määräajassa 7409 työntekijää, joista 93 % kertoi havainneensa jonkinlaista kaltoinkohtelua työpaikallaan. Kyselyn tulokset kertovat hälyttävää tietoa vanhustenhoidon nykytilasta ja ikääntyneiden olosuhteista. 56 % vastaajista kertoi, ettei yksikössä ole toimintamalleja tai ohjeita kaltoinkohtelutilanteisiin puuttumiseksi tai vastaaja ei ollut niistä ollenkaan tietoinen. (Valvira 2016.)

Valviran teettämän kyselyn vastaukset toimivat tutkielmani aineistona (Valvira 2016). Pyrin aineiston pohjalta selvittämään, minkä tyyppistä kaltoinkohtelua vanhustenhoidon yksiköissä on mahdollisesti huomattu ja kuinka yleistä kaltoinkohtelu on. Analysoin aineiston laadulliset osiot, eli avovastaukset sisällönanalyysin menetelmällä. Kvantitatiivisissa osuuksissa koostan määrällisestä datasta taulukkoja. Lisäksi haluan selvittää sosiaalihuoltolain (1301/2014) 48 §:n mukaisen henkilökunnan ilmoitusvelvollisuuden toteutumista sekä yksikön johtotason puuttumista raportoituihin kaltoinkohtelutapauksiin. Tähän liittyy omavalvonnan toteutuminen suhteessa vanhusten kaltoinkohteluun. Ilmoittaako henkilökunta sosiaalihuoltolain mukaisesti havaitsemistaan epäkohdista eteenpäin esimiehelleen? Onko yksikön johto toiminut asianmukaisella tavalla raportoinnin käsittelyssä?

Kaltoinkohtelua käsitteenä on avattu johdannon alussa. Ikääntyneen määritelmä pohjautuu siihen, miten vanhukset määritellään laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista (28.12.2012/980, myöhemmin vanhushpalvelulaki). Kyseisen lain 3 §:ssä ikääntynyt väestö määritellään siksi väestöksi, jolla on iän puolesta oikeus vanhusheläkkeeseen. Iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan sellaista henkilöä, jolla on iän myötä heikentynyt fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky, tai korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi, tai jos korkean iän myötä rappeutuminen on heikentänyt fyysistä kuntoa. Toimintayksiköllä puolestaan tarkoitetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan tuottamaa ja ylläpitämää palvelua. Toimintayksikkö tuottaa sosiaali- ja terveystalvueluja iäkkäälle väestölle joko niin, että palvelut toteutetaan palveluntuottajan tiloissa tai asiakkaan omassa kodissa. (Vanhuspalvelulaki, 3 §.)

Toimintayksikön tulee pitää huolta siitä, että yksikössä järjestetään omavalvontaa palvelujen asianmukaisuuden, laadun ja turvallisuuden takaamiseksi. Omavalvonnan toteuttamiseksi yksikössä tulee olla laadittuna suunnitelma, joka tulee olla julkisesti nähtävillä. Suunnitelmassa määriteltävien asioiden toteutumista on seurattava ja palveluja tulee kehittää saadun palautteen perusteella. Palautetta tulisi kerätä palveluita saavilta iäkkäiltä, heidän omaisilta ja läheisiltä sekä henkilöstöltä, ketä yksikössä työskentelee. (Vanhuspalvelulaki, 23 §.)

Vanhusten kaltoinkohtelun laajuus on tuntematon. Jotkin kirjallisuuslähteet ehdottavat, että ongelman ilmaantuvuus ja esiintyvyys on yliarvioitu ja yliraportoitu. Toisten tutkijoiden mukaan julkisuuteen ja pinnalle nousevat tapaukset ovat vain jäävuoren huippu. Jo vuosituhaten alussa epäiltiin, että laitosten ulkopuolella tapahtuvaa kaltoinkohtelua olisi 4-5 kertaa enemmän kuin mitä tulee julki. (St. James 2002, 129-131.) Kupittaaan tapahtumat Turun Sanomissa paljastanut toimittaja palkittiin keväällä 2017 kustannusyhtiö Bonnier AB:n myöntämällä Suurella Journalistipalkinnolla, sillä tapahtumien paljastumisesta on seurannut potilasturvallisuuden yleistä kohentumista sekä valvovien viranomaisten toiminnan tehostumista. (Turun sanomat 2017.)

Tutkielmani teoriaosuus alkaa vanhuspalvelujärjestelmän ja sitä sääntelevän lainsäädännön avaamisella. Käsittelen sen jälkeen hoivan historiaa, hoivaetiikkaa sekä gerontologisen sosiaalityön roolia. Luvussa kolme paneudun ikääntyneiden kaltoinkohtelun muotoihin, tekijään sekä muihin ilmiöön liittyviin seikkoihin. Taustoitan ilmiön laajasti, jotta sen erityisyys painottuisi. Neljännessä luvussa kerroin aineistosta, käyttämästäni metodeista sekä analyysistä. Tätä seuraavat tulosluvut, joissa esittelen Valviran aineiston pohjalta tekemiäni havaintoja. Päätän tutkielman johtopäätöksiin sekä pohdintaan. Tutkielman lopusta liitteinä löytyy koostamani taulukko kaltoinkohtelun merkkien tunnistamisesta sekä Valviran kysymyslomake.

2 Vanhustenhuolto ja palvelujärjestelmä

2.1 Vanhustenhuollon kehitys Suomessa

Vanhustenhoito Suomessa on muuttunut viimeisen sadan vuoden aikana merkittävästi. Ennen teollistumisen aikaa perhe ja suku olivat velvollisia huolehtimaan vanhoista, köyhistä sekä vammaisista perheenjäsenistään ja sukulaisistaan. Osa apua tarvitsevista jäi jo tuolloin auttavan verkon ulkopuolelle, varsinkin silloin kun teollistuminen alkoi ja ihmiset muuttivat maalta kaupunkeihin. 1800-luvulla lähestulkoon ainoa sosiaalinen turva, jota yhteiskunta pystyi tarjoamaan, oli köyhäinhoito. Laitoshoidon juuret juontavat 1500-luvulle, kun uutena innovaationa Helsinkiin perustettiin valtion ylläpitämä hospitaali, joka oli tarkoitettu raihnaisille, rutiköyhille sekä sairaille henkilöille hoitolaksi. Köyhäinhoito oli noiden vuosisatojen ajan pääasiassa seurakuntien vastuulla, sillä valtio katsoi seurakuntien olevan velvollinen huolehtimaan jäsenistään. (Anttonen 2009, 61 – 62.)

Tuon ajan Suomen hoivapolitiikka muuttui 1700-luvulla, kun seurakunnat alkoivat ylläpitää vaivaskassoja. Samalla vuosituhannella otettiin käyttöön ruotukierto, jonka mukaan vaivaisia joko kierrätettiin talosta toiseen, tai muut taloudet joutuivat korvaamaan muille ruotulaisten ylläpidosta. 1800-luvulla vaivaisia sijoitettiin yksityistalouksiin huutolaisina hoitoon vuodeksi kerrallaan. Vasta 1800-luvun puolessa välissä köyhäinhoidollinen vastuu siirtyi seurakunnilta kuntien hoidettavaksi. Vuosituhannen loppupuolella alettiin rakentaa kuntien ylläpitämiä vaivaistaloja, joita esiintyi jo muualla Euroopassa. Laitoksista tehtiin epämiellyttäviä paikkoja, joissa työvelvollisuus oli tiukka. Tässä muodossa vaivaistalot olivat ensimmäisiä yhteiskunnallisia interventiokeinoja puuttua köyhyyteen ja hoivattomuuteen. Yhteiskuntatieteiden kehitys alkoi vähitellen antaa ymmärrystä eri ikäryhmien erilaisiin tarpeisiin. Ensimmäisinä vaivaistaloista siirtyivät lapset omiin lastenkoteihin, jonka jälkeen omat laitoksensa saivat myös vammaiset ja sairaat. Lopulta vaivaistaloja asuttivat lähinnä vanhukset sekä osa vammaisista. (mt., 62 – 63.)

Tuon ajan laitokset olivat yhteiskunnalle halpoja ratkaisuja, sillä henkilökuntaa oli vähän ja hoidettavia paljon. Työvelvollisuus koski kaikkia, mutta vastaavasti äänioikeus ei ulottunut kuntien elätteinä oleviin henkilöihin. Näin ollen vaivaistaloissa asuminen rajoitti merkittävästi yksilön itsemääräämisoikeutta ja vapautta. Köyhäinhoito ei ollut vain laitosten vastuulla, vaan suuri joukko järjestöjä teki merkittävän osan sosiaalisesta työstä köyhäinhoidon aikoina. Vuonna 1922 laki köyhäinhoidosta uudistui ja alettiin luoda kunnalliskoteja, joissa asuikin 1930-lukuun mennessä noin 6 % yli 65-vuotiaista. Vähitellen hoivapolitiikassa alkoi tapahtua muutoksia ja alettiin puhua huollosta sekä sosiaalihuollosta. Toisen maailmansodan jälkeen alkoi suuren murroksen jakso vanhustenhuollossa, kun sodan runtelema Suomi alkoi tehdä ponnisteluja kohti hyvinvointivaltiota. Merkittävä osa vanhuksista oli kuitenkin edelleen lähiyhteisöjen hoidettavana. (Anttonen 2009, 64 – 68.)

Julkinen hoivapolitiikka alkoi vähitellen yleistyä, eikä vanhustenhoito ollut enää lähiyhteisöjen hartioilla. Hyvinvointivaltion tulonsiirtojärjestelmien myötä koitti hyvinvointipalvelujen aika ja samalla kehittyi myös nykyaikainen vanhustenhoitojärjestelmä. Vanhusväestö on irtaantunut läheisten huolenpidosta eläkejärjestelmän sekä julkisten hoivapalvelujen myötä. Nykyiset palvelut tekevät mahdolliseksi läheisistä riippumattoman ja yksilöllisemmän elämän. Vanhuusajan tukena toimivat eläkejärjestelmä, erilaiset kunnan tuottamat hoivapalvelut, tuettu asuminen sekä kotihoidon ja kotisairaanhoidon mahdollisuus jokaiselle. Näiden palvelujen avulla voidaan tukea iäkkään asumista kotona huonokuntoisenakin. Vaikka sukulaisten voimin toteutettu hoiva kuulostaa äkkiseltään ihanteelliselta verrattuna laitoksiin, oli vanhustenhoidossa havaittavissa jo tuolloin kaltoinkohtelua suvun, perheen tai lähisuvun toimesta. (mt., 59 – 68.)

2.2 Vanhustenhuoltoa ohjaileva lainsäädäntö

Vanhustenhoidosta Suomessa säädetään sosiaalihuoltolaissa, vanhustalaitolaissa sekä osittain terveydenhuoltolaissa. On jokaisen perusoikeus saada huolenpitoa ja voida ikääntyä sekä turvallisesti että arvokkaasti. Yhteiskunnan toiminnan tulee perustua tasa-arvoon, jolloin turvataan kaikkien ihmisoikeudet, myös niiden, jotka ovat jo elämän loppuvaiheessa. (Kivelä 2012, 16.) Vanhuusiän tulee olla arvokas ja turvallinen, ja jokaisen tulee saada riittävän hyvä huolenpito kattaen kaikki tarpeemme. Tämä on kirjattuna Suomen perustuslakiin (11.6.1999/731, 2.luku). Yhteiskunnalla on velvollisuus turvata kaikkien oikeudet vanhetessa niin, että iäkkäät säilyttävät ihmisarvonsa, he saavat tarvitsemansa hoidon, heidän itsemääräämisoikeutta ei rajoitettaisi ja muutoinkin he saisivat elää omien arvojensa mukaista elämää. (Kivelä 2012, 126.) Huolenpito kuuluu tärkeänä arvona länsimaiseen kulttuuriin (Kivelä & Vaapio 2011, 21).

Vanhustalaitolaissa säädetään siitä, miten kuntien tulee järjestää vanhustenhuolto. Kunnilla tulee olla suunnitelma, jossa määritellään palvelut ja niiden toteuttaminen. Palveluiden tulee painottaa ja mahdollistaa iäkkäiden kotona asuminen. Samoin kuntoutusta tulee korostaa. (Vanhustalaitolaki, 5 §.) Kuntien tulee kerätä palautetta palveluiden laadusta sekä niiltä, jotka palveluita käyttävät, että heidän omisiltaan. Myös kunnan henkilöstön tulee arvioida, ovatko tuotettavat palvelut riittäviä ja laadukkaita. (Vanhustalaitolaki, 6 §.)

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään kotipalvelusta, kotihoidosta, asumispalveluista, laitospalveluista, omavalvonnasta sekä henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta. Sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaisesti kotipalvelulla tarkoitetaan apua, jota annetaan sitä tarvitsevalle asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin tehtäviin, joita jokapäiväiseen elämään kuuluu. Kotipalvelua tulee antaa myös silloin, kun yksilön toimintakykyä alentaa esimerkiksi sairaus tai vamma. Kotipalveluun sisältyviä tukipalveluita ovat ateria- ja vaatehuoltopalvelut, siivouspalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotihoidosta eli kotisairaanhoidosta säädetään terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 25 §:ssä, jonka mukaisesti kuntien on järjestettävä alueensa asukkaiden

kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista hoitoa potilaan kotona tai vastaavassa paikassa, ja se on moniammatillisesti tuotettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Tällöin hoitoon voidaan sisällyttää sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet. (Terveydenhuoltolaki, 25 §.)

Asumispalveluista säädetään sosiaalihuoltolain 21 §:ssä. Erityistä tukea tarvitseville tulee järjestää apua tai tukea asumisen järjestämiseksi. On ensisijaista, että tarjottavat palvelut ovat kotiin annettavia suhteessa niihin palveluihin, jotka edellyttävät muuttoa pois kotoa. Tarjolla tulee olla myös sekä tuettua asumista, että palveluasumista. Tuetussa asumisessa tuetaan sosiaaliohjauksessa ja muilla sosiaalipalveluilla niitä, jotka tarvitsevat tukea itsenäisessä asumisessa tai siihen siirryttäessä. Palveluasumista tulee järjestää niille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa säännöllisesti. Tehostettua palveluasumista järjestetään niille, joiden hoidolle ja huolenpidolle on tarvetta ympärivuorokautisesti. (Sosiaalihuoltolaki, 21 §.)

Sosiaalihuoltolain 22 §:n mukaisesti kunnan asukkaille tulee olla tarjolla tarpeelliset laitospalvelut hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämiseksi. Laitospalveluja voidaan järjestää tarvitsevalle joko lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti tarpeen mukaan. Pitkäaikainen laitoshoido ja sen mukainen huolenpito voidaan järjestää vain, jos sille on yksilön turvallisuuden ja terveyden kannalta perustellut syyt tai jos sen perusteesta on laissa muuten säädetty. Laitospalveluista säädetään laissa niin, että jokaiselle henkilölle tulee järjestää yksilöllisten tarpeiden mukainen hoito, huolenpito ja kuntoutus. Elinympäristön tulee olla turvallinen, kodinomainen sekä virikkeitä antava. Elinympäristön tulee antaa mahdollisuus yksityisyyteen ja edistää omatoimisuutta, kuntoutumista sekä toimintakykyä. (Sosiaalihuoltolaki, 22 §.)

Sosiaalihuollon toimintayksiköiden tai muiden toimintakokonaisuuksista vastaavien tahojen tulee laatia omavalvontasuunnitelma, josta säädetään sosiaalihuoltolain 47 §:ssä. Tämän rinnalla tärkeimpiä laadukkaan sosiaalihuollon kannalta on samaisen lain 48 §, jossa säädetään henkilökunnan ilmoitusvelvollisuudesta. Sen mukaan sosiaalihuollon henkilöstöön kuuluvien henkilöiden tai itsenäisten ammatinharjoittajien

tulee toimia niin, että tuotetut sosiaalipalvelut toteutetaan laadukkaasti. Mikäli edellä mainittu henkilö huomaa tai saa tietoonsa epäkohdan tai ilmeisen epäkohdan, joka uhkaa asiakkaan sosiaalihuollon toteutumista, tulee hänen ilmoittaa siitä viipymättä sille henkilölle, joka toiminnasta vastaa. Ilmoituksen vastaanottaneen tulee ilmoittaa epäkohdasta viipymättä kunnan sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle. Ilmoitus voidaan tehdä salassapitosäännösten estämättä. Kunnan ja yksityisten palveluntuottajien vastuulla on tiedottaa henkilöstölleen ilmoitusvelvollisuudesta sekä siihen liittyvistä seikoista. Nämä ohjeet tulee sisällyttää omavalvontasuunnitelmaan. Tämän pykälän mukaisesti ilmoituksen tehneeseen henkilöön ei myöskään saa kohdistaa kielteisiä vastatoimia ilmoituksen seurauksesta. (Sosiaalihuoltolaki, 48 §.)

Epäkohdan vuoksi tehdyn ilmoituksen jälkeen ilmoituksen vastaanottaneen henkilön tulee käynnistää toimet epäkohdan tai sen uhan poistamiseksi. Epäkohdasta tulee ilmoittaa salassapitosäännösten estämättä myös aluehallintavirastolle, mikäli epäkohtaa tai sen uhkaa ei korjata viipymättä. Aluehallintovirasto tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira voivat antaa määräyksen epäkohdan poistamiseksi sekä päättää niistä lisätoimenpiteistä, jotka katsotaan olevan tarpeen. (Sosiaalihuoltolaki, 49 §.)

2.3 Hoivaetiikka, vanhuus ja arvokas vanheneminen

Hoiva käsitteenä on yleistynyt vasta 1980-luvulla. Sitä ennen puhuttiin lähinnä hoidosta, huolenpidosta, auttamisesta tai yleisesti hoitamisesta. Nykypäivänä yritykset myyvät palveluitaan kunnilla ja vanhoille ihmisille juuri hoiva-sanan avulla. Hoiva itsessään on laaja käsite kattaen ihmiset vauvasta vaariin. Kaikki tarvitsevat useissa eri elämänvaiheissa hoivaa. Hoivan ja hoidon raja menee vanhojen ihmisten kanssa suurin piirtein siellä, minne sosiaalitieteiden ja lääketieteen raja on vedetty. Sosiaalitieteissä puhutaan pääasiassa hoivasta, kun taas lääke- ja hoitotiede puhuu hoidosta. Hoiva ja hoito pitävät sisällään eri huolenpidon muotoja. (Anttonen & Zechner 2009, 16 – 17.)

Hoiva määrittyy työksi, joka on joko palkallista tai palkatonta. Hoivaa ei voi silti pelkästään laskea työksi, sillä se määrittelee ihmisten suhteita sekä sosiaalista

kanssakäymistä. Hoivan ajatellaan viittavan siihen työhön, mitä huolenpito edellyttää. Tavat hoivan järjestämisestä vaihtelevat silti riippuen kulttuurista ja maasta. (Anttonen & Zechner 2009, 18.) Hoivapolitiikka on sanana melko yleinen käsite ja se on yleistynyt 1990-luvulla. Hoivasta on tullut viimeisen kahdenkymmenen vuoden ajan yksi sosiaalipolitiikan vaikeimmista sekä tärkeimmistä kysymyksistä ratkaista. 1980-luvulta lähtien kunnat ovat alkaneet enenevässä määrin ostamaan hoivapalveluja yrityksiltä sekä järjestöiltä. Tämän seurauksena hoivapalveluja tuottavien yritysten määrä on kasvanut selvästi viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana. (Anttonen 2009, 54 – 58.)

Kaikilla on turvallisuuden peruspyrkimys. Turvallisuuden tunne on osa hoivaetiikkaa sekä arvokasta vanhenemista. Turvattomuus tarkoittaa sitä, että olemassa olevien uhkien vuoksi turvallisuus on vaarassa jäädä toteutumatta. Turvattomuudella on lähikäsitteinä vaara, uhka, pelko ja vaaran kokeminen. Turvallisuuden tarve ilmenee ihmisellä niin, että hän haluaa suojautua ja puolustautua ulkoisia vaaroja vastaan. Turvallisuuden tarpeeseen liittyvät myös jatkuvuuden ja järjestyksen tarpeet sekä ennustettavuus. Ihmisellä on pyrkimys sisäiseen ja henkiseen tasapainoon. Turvallisuus on arvo, mutta myös tunnustettu ihmis- ja kansalaisoikeus. Turvallisuutta korostavat TSS-oikeudet, eli taloudelliset, sosiaaliset sekä sivistykselliset perusoikeudet. Tämän lisäksi on olemassa turvallisuus oikeudet, jotka tarkoittavat ihmisarvoisen elämän kunnioittamista. Jokaisella on oikeus ihmisarvoiseen elämään, opetukseen ja sivistykseen, toimeentuloon ja työhön, lepoon ja virkistykseen, terveyden- ja sairaanhoitoon sekä turmeltumattomaan ympäristöön. Merkittävä turvattomuuden tunteen aiheuttaja vanhoilla ihmisillä on juuri laitoshoidon joutuminen sekä riippuvaisuus toisten ihmisten avusta. (Niemelä 2007, 167 – 173.)

Vanhuus on sosiaalisesti muovautunut ikäkattegoria (Tedre 2007, 99), jonka ajatellaan alkavan noin 75-80 vuoden iässä (Niemelä 2007, 169). Vanhuuspolitiikka on vanhuuden yhteiskunnallisen ohjailun väline ja itse vanhustenhuolto kaikkine palveluineen, työtehtävineen, ammatteineen ja asiakkaineen on vanhuuspolitiikan institutionaalinen ilmentymä. Vanhuus ja lapsuus näyttävät jokseenkin toiseuden tiloina silloin, kun niitä vertaillaan työikäiseen väestöön. Lapsuus on vaihe, jonka ajatellaan olevan ”ei vielä”-vaihe. Vanhukset taas ovat jo ”ei enää”-vaiheessa. Jos puhutaan samasta asiasta

taloudellisen tuloksellisuuden ja tuottavuuden kielellä, niin voidaan sanoa ”ei vielä”-vaiheen sisältävän lupauksen tuottavuudesta tulevaisuudessa. Näin ollen lapsiin ja ”ei vielä”-vaiheessa oleviin kannattaa panostaa, sillä se on sosiaalinen panostus tulevaisuuteen. Sen sijaan ”ei enää”-vaihe tarkoittaa talouden kielellä vain pelkkiä menoja, kun tuottavuudesta ei vanhojen ihmisten kohdalla voida enää puhua. (Tedre 2007, 99.)

Institutionaalinen vanhuus perustuu Suomessa vanhuksen puolesta tekemiselle, hänen puolesta tietämiselle, hänen puolesta puhumiselle – eli toisin sanoen auttajan itsensä toimijuudelle. Kärjistäen puhuttaessa vanhuudesta voisi sanoa, että vanhuus on avuttomuutta toimijuuden ja kuoleman välissä. Vanhuus käsitteenä muovautuu kulttuurissamme niin, että vanhaksi tullaan aikaisintaan silloin, kun riippuvuus toisista ja avun tarve on kasvanut. Tällöin myös iäkkään ihmisen autonomia ja itsenäisyys ovat uhattuina. Hoivaetiikka hyväksyy haavoittuvuuden inhimilliseksi tilanteeksi ja yhtä lailla kaikki ihmiset voidaan ymmärtää samalla lailla haavoittuvaisiksi, eri aikoina eri paikoissa. (Tedre 2007, 100 – 104.) Brittiläisen määritelmän mukaan haavoittuaiseksi aikuiseksi määritellään henkilö, joka on mielenterveydellisten syiden, muiden vammojen, iän tai sairauden vuoksi kykenemätön pitämään huolta itsestään tai muutoin kykenemätön suojelemaan itseään harmilta tai hyväksikäytöltä. Haavoittuvaisuus voi olla myös olosuhteiden tai yksittäisen ihmissuhteen tuotos yksilölle. (Milne ym. 2013, 490.)

Tasa-arvoisessa yhteiskunnassa kaikki ovat yhtä arvokkaita taustoja katsomatta. Ikäännyimme yksilöllisesti, mutta kaikilla on yhtäläinen oikeus arvokkaaseen kohteluun myös vanhana. Lainsäädäntö pyrkii turvaamaan yhtäläiset oikeudet kaikille ja rikoslainsäädännöllä pyritään varmistamaan oikeuksien toteutuminen. Vanhuuden myötä tietyt asiat yleistyvät, kuten dementia, muistisairaudet, toimintakyvyn haurastuminen sekä sairaudet. Tällöin saatavan avun ja palveluiden tulee noudattaa vankkumattomasti eettisiä periaatteita, jotta korkealaatuinen hoiva ja hoito voidaan toteuttaa. Arvokas ikääntyminen edellyttää turvallisuutta, ihmisoikeuksien toteutumista sekä eettisesti kestävä hoitoa. (Kivelä 2012, 13 -17.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on koonnut suosituksen ikäihmisten palvelujen laadusta. Laatusuositus on päivitetty viimeksi vuonna 2013. Ikäystävällisen Suomen

rakentamiseksi STM:n suositus nostaa esille teema-alueet, joita on seitsemän: osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen. Osallisuudella tarkoitetaan iäkkäiden mahdollisuuksia osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon sekä osallisuus yhteisön jäsenenä. Asumisella ja elinympäristöllä korostetaan kotona asumisen merkitystä, sekä kotona asumista tukevia asioita, kuten esteettömyyttä, riittäviä tiloja sekä mahdollisuutta mielekkääseen vapaa-ajan toimintaan. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaavat oikea-aikaiset kuntouttavat palvelut, jotka lisäävät hyvinvointia ja kotona selviytymistä. Oikeaan aikaan toteutetut palvelut lisäävät toimintakykyisiä elinvuosia ja lykkäävät heikon toimintakyvyn ikää myöhemmäksi. Palveluja on tarpeen uudistaa vastaamaan iäkkäiden palvelutarpeita, jonka tärkein strateginen valinta liittyy kotona asumisen mahdollistamiseen. (STM 2013, 16 -39.)

Suomen ikärakenne muuttuu jatkuvasti niin, että ikääntynyttä väestöä on yhä enemmän ja enemmän suhteessa työikäiseen väestöön. Yhteiskunnan huoltosuhde on muuttunut vuosituhaten vaihteen jälkeen hankalaksi, sillä tällä hetkellä työelämässä olevia, työkykyisiä ihmisiä on vähemmän kuin huolettavia henkilöitä. (Jääskeläinen 2004, 82.) Riittävästi mitoitettu ja ammattitaitoinen henkilöstö on välttämätön edellytys sille, että turvalliset ja laadukkaat palvelut voidaan taata iäkkäille henkilöille. Tällä on myös merkitystä henkilökunnan oman hyvinvoinnin, oikeusturvan ja työturvallisuuden kannalta. Henkilöstön osaaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun sekä vaikuttavuuteen. Näin vanhukset saavat palvelutarpeen mukaisen hoidon ja potilasturvallisuus lisääntyy. (STM 2013, 39 – 52.)

Henkilöstön riittävästä määrästä ja osaamisesta on säädetty vanhuspalvelulain 20 §:ssä. Henkilömitoitukset tulevat olla riittäviä suhteutettuna yksikön palveluja saaviin asiakkaisiin. Palvelujen tulee vastata sitä tasoa, mitä asiakkaiden toimintakyky edellyttää. Näin myös turvataan iäkkäiden palvelujen laatu. Kuntien sosiaali- ja terveystalouksista vastaavien henkilöiden tulee pitää huolta siitä, että kunnan toteuttama ikääntymispolitiikka vastaa lain asettamia vaatimuksia. Toimintayksiköissä lähijohtamisen tulee pyrkiä siihen, että työn organisointi on tarkoituksenmukaista,

henkilöstö on osaavaa, yksikkö uudistuu tarpeen tullen sekä pyrkii lisäämään henkilöstön työhyvinvointia sekä työturvallisuutta. (STM 2013, 39 – 52.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on julkaissut suositukset etiikasta vanhustenhuollossa. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen niin, että jokaisen arvokas vanhuus ja hyvä kohtelu turvataan. Ihmisarvoisen elämän turvaaviksi eettisiksi periaatteiksi luetaan itsemääräämisoikeus, osallisuus, yhteisöllisyys, oikeudenmukaisuus sekä turvallisuus. Itsemääräämisoikeuden mukaisesti jokainen voi päättää omasta hoidostaan, jos sairaus tai muu syy ei estä iäkästä tekemästä itse omia päätöksiä. Toisin sanoen iäkkään tulee olla kykeneväinen tekemään rationaalisesti päätöksiä omasta hoidostaan ymmärtäen valintojensa seuraukset. Oikeudenmukaisuuden mukaan ketään ei saa syrjiä sosiaali- ja terveystalveissa. Eettisesti hyvälaatuiset palvelut ovat käyttäjälleen turvallisia. (Kivelä 2012, 133 – 135.)

2.4 Gerontologinen sosiaalityö vanhenevan väestön tukena

Sosiaalityöllä viitataan kunnalliseen toimintaan, jossa toteutetaan sosiaalihoitolaian määrittelemää sosiaalihoiltoa kunnan asukkaille. Hyvinvointivaltio perustuu sille, että kansalaisilla on vahvoja oikeuksia. Ne eivät kuitenkaan aina toteudu yhdenvertaisesti, vaan joskus yksilöiden oikeusturva jää näennäiseksi. Sosiaalityöllä on eettinen velvollisuus hyvinvointityönä toteuttaa hyvinvointivaltion eetosta. Tarkoituksena on tunnistaa yhteiskunnan epäkohtia ja niitä prosesseja, jotka uhkaavat hyvinvointia niin perheiden, yksilöiden kuin yhteisöjenkin näkökulmasta. (Pehkonen & Väänänen-Fomin 2011, 7.) Sosiaalityö on siis yhteiskunnallista toimintaa, jolle yhteiskunta antaa reunaehdot. Perimmäisenä tarkoituksena on aina toimia asiakkaan eduksi ja ympäröivä järjestelmä luo turvallisuutta kansalaisille. (Pohjola 2015, 20.) Sosiaalityö on ammatillista toimintaa, joka perustuu korkeakoulutukseen ja sosiaalityötä toteutetaan pääasiassa julkisen sektorin työmuotona (Niemelä 2011, 14).

Gerontologisella sosiaalityöllä tarkoitetaan sellaista sosiaalityötä, jota tehdään ikääntyneiden asiakkaiden parissa. Gerontologista sosiaalityötä ei ole ennen 2000-lukua

tunnistettu omaksi erityisalakseen sosiaalityön sisällä, vaan se on voitu lukea esimerkiksi aikuis-, vammais- tai sairaalassosiaalityöhön kuuluvaksi. (Seppänen 2006, 11; 23.) Sosiaalityön kentällä on kuitenkin jatkuva paine kehittää vanhuksille suunnattuja palveluja. Suomessa oli vuonna 2010 noin 941 000 yli 65-vuotiasta. Heistä noin 58% oli naisia. Arvioiden mukaan väestö ikääntyy koko ajan enemmän, sillä esimerkiksi nykyaikaisen sairaalahoidon ansiosta ihmiset elävät pidempään. Tilastokeskuksen tekemän väestöennusteen mukaan 15 vuoden päästä yli 65 vuotta täyttäneitä olisi jo 1,5 miljoonaa nostaten heidän osuutensa väestöstä 27 %:n vuoteen 2040 mennessä. (Oikeusministeriö 2011, 11.)

Gerontologisen sosiaalityön kehittyminen ja osaaminen ovat väestön jatkuvan ikääntymisen kannalta tärkeää. Vanhusten parissa tehtävä sosiaalityö oli näkymätöntä vielä 1980-luvulla, sillä eläkejärjestelmän ja hyvinvointivaltion palveluiden uskottiin olevan ratkaisu ikääntyneen väestön tarpeisiin. Vasta 2000-luvulla gerontologisen sosiaalityön palvelut alkoivat hiljakseen vakiintua vanhuspalveluissa ja sosiaalitoimistoissa. Ikäihmisten kannalta merkittävimpiä sosiaalipalveluja ovat erilaiset asumispalvelut, kotihoito, omaishoito, laitoshoido sekä muut näihin liittyvät palvelut. Osa vanhusten palveluista tulevat vammaispalvelulain kautta, kuten kuljetuspalvelut. (Seppänen 2006, 24 – 26.)

Sosiaalityön tulisi olla ratkaisu ja keino auttaa vanhuksia erilaisten sosiaalisten ongelmien kanssa. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi turvattomuus, yksinäisyys ja omaisten puute, asumisen ongelmat, päihdeongelmat, toimeentulon ongelmat tai kaltoinkohtelu. Seppänen (2006) esittelee tutkimusta, jossa on kartoitettu sosiaalityöntekijöiden kokemuksia siitä, ovatko vanukset tulleet autetuiksi ongelmiansa kanssa. Yhtenä vanhusväestön kohtaamana ongelmana oli listattuna kaltoinkohtelu ja hyväksikäyttö. Sosiaalityöntekijöiden vastausten perusteella 9 % heidän asiakkaidensa ongelmista olivat kaltoinkohtelusta tai hyväksikäytöstä johtuvia. Sosiaalityöntekijöiltä kysyttiin tämän jälkeen, kuinka usein eri ongelmien kanssa asiakasta pystyttiin auttamaan. Vastaajat kertoivat, että kaikista ongelmista, joihin pystyttiin esittämään ratkaisua, 2 % olivat kaltoinkohteluun tai hyväksikäyttöön liittyviä.

Ongelmista, joihin ei pystytty tarjoamaan mitään ratkaisua, 10 % koski kaltoinkohtelua ja hyväksikäyttöä. (Seppänen 2006, 52 – 53.)

Työntekijät olivat siis tunnistaneeet kaltoinkohtelun ongelmaksi, mutta siihen puuttumisen keinot tuntuivat olevan lähes olemattomia. Muiden ongelmien kanssa ikääntyneitä pystyttiin pääasiassa auttamaan paremmin. Esimerkiksi yleisen keskusteluapu ja tukeminen olivat asioita, jossa onnistuneita auttamisen kokemuksia oli 14 %. Sen sijaan tapauksia, joissa ikääntynyttä ei kyetty auttamaan, olivat mielenterveyteen liittyviä ja niiden osuus oli 19 %. (mt. 53.) Kaltoinkohtelun määrä näissä luvuissa ja auttamatta jäämisen tunteessa on yllättävän suuri, ottaen huomioon sen, ettei kaltoinkohtelua tunnistettu ilmiönä vielä kovin hyvin kymmenen vuotta sitten.

Suomessa vanhustenhuollon työntekijät ovat velvollisia ottamaan yhteyttä ottamaan sosiaalitoimeen, mikäli epäily tuen tarpeesta herää (Sosiaalihuoltolaki, 35 §). Työntekijät pelkäävät joskus ottaa yhteyttä, sillä he ajattelevat rikkovansa vaitiolovelvollisuuttaan (Pritchard 1996, 37 – 38). Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista kuitenkin määrittää tarkkaan, että työntekijöiden tulee ottaa yhteyttä sosiaalitoimeen salassapitovelvollisuudesta huolimatta, mikäli se on välttämätöntä asiakkaan hoidon tai elämäntilanteen kannalta. Tiedot tulee välittää myös silloin, kun asiakas ei terveydentilansa vuoksi pysty ymmärtämään omaa tilannettaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 22.9.2000/812, 17 §.)

Kun gerontologinen sosiaalityö on vasta vakiinnuttamassa paikkaansa Suomessa, sosiaalityö vanhustenhoitoyksiköissä on vakiintunut jo 1980-luvun loppupuolella Yhdysvalloissa. Vuonna 1987 Nursing home reform act (OBRA) kehitti uudet standardit hoitokoteihin. Uudet säännökset sisällyttivät sosiaalityön hoitokoteihin ja jokaista 120 petipaikkaa kohti tulee olla yksi pätevä, täysiaikainen sosiaalityöntekijä. Vaikka säädöksistä on jo aikaa, noudatetaan niitä edelleen useiden osavaltioiden lainsäädännössä. Sosiaalityö vanhustenhuollossa on toki joutunut taistelemaan asemastaan, sillä monissa yksiköissä se nähdään lähinnä ylimääräisenä kuluna. Lisäksi sosiaalityöntekijäpula vaivaa Suomen lisäksi myös Yhdysvaltoja, jossa pätevät sosiaalityöntekijät palkataan ennemmin lastensuojeluun, perhepalveluihin, psykiatrian

ja terveydenhuollon palveluihin kuin gerontologiseen sosiaalityöhön. (Beaulieu 2012, 1 – 2.)

Sosiaalityön rooli yhdysvaltalaisissa hoitolaitoksissa on enemmänkin ohjaava ja konsultaatiota tarjoava. Sosiaalityöntekijä osallistuu vahvasti asukkaiden elämään. Sosiaalityöntekijä voi huolehtia hoitolaitoksen yhteydenpidosta omaisiin ja tiedottaa tärkeistä asioista. Samoin sosiaalityöntekijä avustaa asukkaita konkreettisissa tilanteissa, antaa lausuntoja liittyen asukkaan hoitoon ja osallistuu hoitokokouksiin. Tärkeimpänä tehtävänä on auttaa asukkaita, jos heillä on ongelmia, joihin he tarvitsevat ulkopuolisen apua. Osittain sosiaalityöntekijä voidaan ajatella olevan loppuiän haasteiden kanssa avustava henkilö. Yhdysvalloissa tosin sosiaalityöntekijän työtehtävissä on eroa riippuen siitä, onko työntekijällä kandidaatin vai maisterin koulutus. (Beaulieu 2012, 70 – 73.)

Kaltoinkohtelu on tärkeä kokonaisuus hahmottaa gerontologisessa sosiaalityössä, koska ikääntyneet aikuiset ovat hyvin haavoittuvaisia. Sosiaalityön etiikkaan ja arvoihin kuuluu niiden auttaminen, joiden ovat voimavarat ovat heikentyneet ja tarve arjen tuelle on olemassa. Koska konkreettista faktaa ongelman laajuudesta on suhteessa vähän, on vaikeaa luoda sosiaalityölle toimintamalleja ikääntyneiden kaltoinkohtelutapauksiin. (Paveza & VandeWeerd 2003, 261.)

3 Ikääntyneisiin kohdistuva kaltoinkohtelu

3.1 Fyysinen ja henkinen kaltoinkohtelu sekä laiminlyönti

Ikääntyneen fyysisellä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan laajasti eri fyysisen väkivallan muotoja. Kun kyse on fyysisestä kaltoinkohtelusta, ikääntynyttä kohtaan käytetään fyysistä voimaa, josta saattaa seurata vammoja. Tällaista toimintaa ovat esimerkiksi iskut, lyöminen, potkiminen, nipistäminen tai läpsiminen. Näistä koituu usein uhrille vammoja, kipuja tai pahimmassa tapauksessa vajaatoimintaa. (Brandl ym. 2006, 24.)

Fyysinen kaltoinkohtelu voi olla vanhustenhuollon yksiköissä hyvin monimuotoista. Lääkkeiden väärinkäyttö, eli vanhusten yli- tai alilääkitseminen kuuluvat fyysisen kaltoinkohtelun muotoihin, samoin kurittaminen tai ikääntyneen väkisin syöttäminen. (Brandl ym. 2006, 24.) Kivelä (2012) eriyttää fyysiseen kaltoinkohteluun kuuluvaksi mekaanisen ja kemiallisen rajoittamisen omina muotoinaan. Nämä ovat ilmiöitä, jotka esiintyvät pääasiassa vain vanhusten laitoshuollossa. Mekaanisesta rajoittamisesta puhutaan silloin, kun estetään iäkkään liikkumista vapaasti tai muutoin vanhuksen vapaa toiminta rajoittuu. Keinoja mekaaniseen rajoittamiseen voivat olla muun muassa erilaiset remmit tai liikuntaesteet. Hoitotyössä tällaisia rajoittamisen keinoja perustellaan usein vanhusten turvallisuuden parantamisella. Näin estetään, etteivät ikääntyneet satuta itseään, häiritse muita potilaita tai mahdollisesti hoitotyötä helpotetaan. Kun mekaaninen rajoitus kuuluu osaksi asianmukaista hoitoa, eivät kaltoinkohtelun kriteerit täyty. Sen sijaan, jos mekaanista rajoittamista tehdään ilman oikeutuksia väärin perustein, on kyseessä itsemääräämisoikeuden rikkominen ja kaltoinkohtelu. Erityisesti levottomien vanhusten hoidossa rajoittaminen on osa hoitoa. Tiedot rajoittamisesta tulee kuitenkin olla aina merkittynä hoitokertomukseen. (Kivelä 2012, 160 – 162.)

Kemiallisessa rajoittamisessa on kyse samoista tavoitteista kuin mekaanisessa rajoittamisessa, mutta keinoina käytetään lääkkeitä. Dementoituneet ja muistisairaavat vanukset käyttäytyvät usein poikkeavasti ollen levottomia tai muutoin häiritseviä käytökseltään. Erilaiset lääkkeet rauhoittavat levotonta vanhusta helpottaen hoitamista

ja mahdollistaen vanhuksen asumisen muiden vanhusten kanssa. Käytettyjen lääkkeiden tulee olla lääkärin määräämiä ja annosmerkintöjen tulee olla ajan tasalla potilaskertomuksessa. Tuolloin lääkkeet ovat osa iäkkään asianmukaista hoitoa. Lääkitys muuttuu kaltoinkohteluksi silloin, kun lääkkeitä aiheutuu vanhukselle haittavaikutuksia. Oireita tästä voivat olla tokkuraisuus, sekavuus tai liikuntakyvyn menetys. Kaltoinkohtelua on myös, jos potilaskertomukseen ei merkitä todellisia lääkemääriä. (Kivelä 2012, 161 – 163.)

Kaltoinkohtelun eri muodoista ikääntyneen fyysinen kaltoinkohtelu on helpoimpia tunnistaa. Fyysisestä voimankäytöstä ja rajoittamisesta väkivallan keinoin jää usein merkkejä kehoon, joista voidaan epäillä kaltoinkohtelua. Jos vanhuksen kehosta löytyy selittämättömiä mustelmia, murtuneita luita, outoja haavoja tai vastaavia vammoja, voidaan vammojen olettaa olevan jonkun aiheuttamia. Epäiltäessä vanhuksen olevan yllääkitty, voidaan tämä todentaa laboratoriokeuin. Epäilyksiä tulisi herättää vanhuksen aliravitsemus, merkit rajoittamisesta tai useat hoitamattomat ja selittämättömät vammat. (Taulukko 19, Liite 1.)

Henkisessä kaltoinkohtelussa ikääntyneelle aiheutetaan ahdistusta, kipua tai stressiä keinoin, joilla pyritään vaikuttamaan uhrin psyykkeeseen. Keinot ovat joko verbaalisia tai non-verbaalisia. Verbaalisia keinoja ovat esimerkiksi ikääntyneen loukkaaminen tai uhkaaminen sanallisesti. Ikääntyneitä voidaan yrittää häpäistä tai ahdistella niin verbaalisin kuin non-verbaalisin keinoin. Psykkisen kaltoinkohtelun merkistöt täyttyvät, jos ikäihmistä ei kohdella ikätason mukaisesti, vaan häneen suhtaudutaan kuin lapseen. Ikäihminen saatetaan eristää perheestä tai ystävistä tai hänet voidaan muilla keinoin pakottaa sosiaaliseen eristykseen. (Brandl ym. 2006, 27.) Perusoikeuksien rajoittaminen voi olla henkistä kaltoinkohtelua, jos iäkästä esimerkiksi ylisuojellaan tai hänen ei anneta toimia oman tahtonsa mukaisesti.

Henkisellä väkivallalla voi olla kohtalokkaita seurauksia ikääntyneen psyykkiselle hyvinvoinnille. Vanhus voi olla poissa tolaltaan, silminnähden kiihtynyt tai sulkeutunut. Psykkisinä oireina voi ilmaantua syrjäytyneisyyttä, eristyneisyyttä tai puhumattomuutta. Epätavallinen käytös, kuten pureminen tai raapiminen, voivat olla

seurauksia psyykkisestä pahasta olost ja ahdistuneisuudesta. Samoista syistä ikääntynyt voi kärsiä heikosta ruokahalusta, unettomuudesta tai muutoin rauhattomuudesta. Äärimmillään psyykkinen vointi voi heikentyä niin paljon, että vanhuksesta tulee vainoharhainen ja pelokas. (Taulukko 19, Liite 1.)

Hoidon laiminlyönti tarkoittaa sitä, että iäkkään hoitoa tai perustarpeita laiminlyödään. Näin voi käydä silloin, kun hoitoresurssit ovat niukat. Kaltoinkohtelua hoidon laiminlyönti on silloin, kun se johtuu hoitovastuussa olevan haluttomuudesta tai epäonnistumisesta suorittaa ikäihmisen hoitoon kuuluvat tehtävät, tai tyydyttää muut perustarpeet, jotka vanhuksen asianmukaiseen hoitoon kuuluvat. Laiminlyötäviä tarpeita ovat esimerkiksi riittävä veden saanti, riittävä ja kunnollinen ravinto, asianmukainen vaatetus ja suoja, henkilökohtaisen hygienian hoidossa avustaminen, lääkkeiden antamisesta huolehtiminen, yleinen hyvinvointi, ikääntyneen turvallisuus tai muut asiat, jotka ovat elämän edellytyksiä ja välttämättömiä tarpeita. (Brandl ym. 2006, 31.)

Hoidon laiminlyöntiin voidaan ajatella limittäisesti kuuluvaksi aiemmin mainitut mekaaninen ja kemiallinen kaltoinkohtelu, jotka ovat fyysisen kaltoinkohtelun muotoja. Jos liikkumiseen tarkoitettut apuvälineet asetetaan liian kauaksi tai ne ovat muutoin vaikeasti saatavilla, ei vanhus pääse liikkeelle helposti liikkeelle. Liikkumattomuus heikentää vanhuksen toimintakykyä ja voi eristää häntä. (Pritchard 1996, 14.) Hoidon laatua tulee alkaa tarkkailla silloin, kun vanhuksesta on huomattavissa yleiskunnon heikkenemisen merkkejä tai muita fyysisiä vammoja. Puutteellisen hoidon seurauksena vanhus voi kärsiä nestehukasta tai aliravitsemuksesta johtaen painon laskuun. Hoitamattomat makuuhaavat tai heikko hygienia laitoshoidossa ovat selkeä merkki hoidon puutteellisuudesta. Samalla tavalla vastaavaa voi seurata kotona puutteellisesti hoidettavalle. (Taulukko 19, Liite 1.)

3.2 Muita ikääntyneiden kaltoinkohtelun muotoja

Seksuaalisella hyväksikäytöllä tarkoitetaan sellaista seksuaalista kontaktia ikääntyneen kanssa, joka ei tapahdu ikääntyneen omasta tahdosta. Tällaisiin tilanteisiin voivat joutua ikäihmiset, joilla ei ole ymmärrystä siitä mitä tapahtuu, tai he eivät kykene vastaamaan teoistaan. Vanhuksen kosketteleminen, seksuaalinen ahdisteleminen, pakottaminen alastomuuteen, raiskaaminen tai vastaava toiminta luetaan kuuluvaksi seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja kaltoinkohteluun. (Brandl ym. 2006, 26.) Seksuaalisesta hyväksikäytöstä voi koitua monenlaisia vammoja. Hyväksikäyttö voi jättää merkkejä tapahtumista, jolloin voidaan epäillä kaltoinkohtelua. Hoidosta vastuussa olevien hälytyskellot tulisi soida silloin, kun vanhukselta löytyy selittämättömiä mustelmia rintojen, genitaalialueen tai sisäreisien alueelta. Hyväksikäytössä voi tarttua sukupuolitauti tai syntyä infektioita, aiheutua selittämättömiä vagina- tai anaaliverenvuotoja, tai kävely- ja istumisvaikeuksia. Tahraiset, rikkirevityt tai veriset alusvaatteet ovat vihjeitä mahdollisesta seksuaalisesta hyväksikäytöstä. (Taulukko 19, Liite 1.)

Taloudellisessa hyväksikäytössä ikäihmiselle aiheutuu taloudellisesti vahinkoa. Tällöin ikääntyneen varoja tai omaisuutta käytetään luvattomaksi. Tililtä voidaan nostaa rahaa ilman lupaa muihin kuin ikääntyneen tarpeisiin tai varastaa rahaa suoraan lompakosta. Arvopaperihuijaukset ja edunvalvonta-aseman väärinkäyttö voivat olla vaarallisen helppoja silloin, kun ikääntynyt itse ei kykene ymmärtämään uhriksi joutumista tai hän ei ole kykeneväinen vaikuttamaan päätöksentekoon omissa asioissaan. (Brandl ym. 2006, 30.) Taloudellinen kaltoinkohtelu voi myös tapahtua toisissa olosuhteissa. Iäkkään varoista vastaava henkilö tai edunvalvoja voi antaa vanhukselle liian vähän käyttörahaa, jolloin varat eivät riitä kaikkiin kuluihin tai kunnollisen ruuan ostamiseen. Henkilö, jolla on vastuu iäkkään varoista, voi kertoa hoitavansa ruokaostokset tai hoitavansa vuokranmaksun, mutta jättääkin tämän tekemättä. Nämäkin täyttävät taloudellisen kaltoinkohtelun kriteerit. (Pritchard 1996, 13.)

Taloudellisesta hyväksikäytöstä ja kaltoinkohtelusta kielii merkit oudosta rahaliikenteestä. Selittämättömät nostot, viime hetken muutokset testamentissa tai

uusien ihmisten lisäämiset edunsaajiksi voivat olla taloudellisesta hyväksikäytöstä johtuvaa. Nykypäivänä puhelinliikenteen, internetin tai esimerkiksi sähköpostin kautta tapahtuva kaltoinkohtelu on lisääntynyt. Ymmärtämättömät vanhukset saattavat tilata tietämättöminä puhelinmyynnistä lehtiä, liittymiä tai muita telemarkkinoinnin kautta myytäviä tuotteita. (Taulukko 19, Liite 1.) Ikäihmisiä voi olla myös helpompi huijata sähköpostihuijauksin. Tyypillistä on kalastella verkkopankkitunnuksia sähköpostitse taidokkaasti tehdyin huijaussivujen kautta. Joskus verkkopankkitietoja kalastellaan puhelimitse tekeytyen pankin tai poliisin edustajaksi.

Viime vuosina on alettu kiinnittämään huomiota omaishoittoon ja sen piirissä tapahtuvaan kaltoinkohteluun. Omaishoidettavaan kohdistuvaa kaltoinkohtelua on vaikeaa todentaa ulkopuolelta, sillä omaishoitajalla ja hoidettavalla on usein erityinen suhde. Kyseessä voi olla esimerkiksi mies, joka toimii omaishoitajana vaimolleen. Kumpikin osapuoli saattaa kieltää kaltoinkohtelun, vaikka sitä osattaisiinkin ulkopuolelta käsin epäillä. Hoidettava osapuoli voi kokea olevansa läheiselleen taakka tai tuntee olevansa jatkuvassa kiitollisuudenvelassa. Tällöin omaishoidettava saattaa hyväksyä kohtelun, mikä voidaan katsoa kaltoinkohteluksi. Hoitaja taas harvoin pystyy myöntämään puutteita antamassaan hoidossa, sillä hoidettava on hänelle tärkeä ihminen eikä hoitaja aina halua myöntää esimerkiksi uupumustaan. (Isola & Backman 2004, 97.) Yksityistalouksissa tapahtuvaa kaltoinkohtelua on tämän vuoksi vaikeaa todentaa. Suomalaiset eivät myöskään halua käsitellä asioitaan julkisesti, vaan asioille annetaan enemmän hiljainen hyväksyntä ja käyttäytyään, kuin ongelmaa ei olisi olemassa. (Uuttu-Riski 2005, 108.)

Kaltoinkohtelun muodoista itsensä laiminlyöminen on hieman tuntemattomampi. Tällä tarkoitetaan sellaista toimintaa, jossa aikuinen ihminen ei syystä tai toisesta kykene huolehtimaan itsestään riittävästi. Syynä voi olla fyysiset, psyykkiset tai sosiaaliset ongelmat. Tällaisissa tapauksissa uhrilla itsellään on vaikeuksia saada riittävää ravintoa, pukeutua päivittäin ja asiallisesti tai huolehtia omasta taloudellisesta toimeentulostaan. Hänellä voi olla vaikeuksia hallita varojaan. Toisin sanoen voidaan todeta, että tällaisessa tilanteessa ikääntynyt ei kykene enää huolehtimaan itsestään. Näissä tilanteissa ei

useinkaan ole syyllisiä, mutta se saattaa uhrin terveyden vaaraan ja vaikuttaa samalla hänen läheisiinsä sekä mahdollisiin lemmikkeihin. (Brandl ym. 2007, 33 – 34.)

USA:ssa itsensä laiminlyöminen on yleensä yleisin peruste aikuisten turvaamiseksi tarkoitetuille palveluille (APS – Adult Protection Services). Itsensä laiminlyönti voidaan yhdistää mielenterveysongelmiin, pidempiin sairaalajaksoihin sekä korkeampaan kuoleman riskiin verrattuna niihin vanhuksiin, joiden ei raportoida laiminlyöneen itseään. USA:ssa sosiaalipalveluihin raportoidut tapaukset itsensä laiminlyönnistä ilmenevät usein hoitamattomista sairauksista, masennuksesta, eristyneisyydestä, toimintarajoitteista tai toimintakyvyn laskusta. Lee ym. (2016) esittelee Burnettin mallin. Burnett on jakanut vuonna 2014 julkaistussa tutkimuksessaan itsensä kaltoinkohtelemisen neljään luokkaan: fyysinen ja terveydellinen, ympäristöllinen, globaali ja taloudellinen. Jakoa perustellaan sillä, että osa kaltoinkohtelutapauksista johtuu yksilön omista valinnoista, kun taas osa johtuu puhtaasti globaaleista tekijöistä. Suurimpana syynä itsensä kaltoinkohtelulle pidetään kuitenkin heikkoutta jossain. Heikkous määritellään kliinisesti selkeäksi tilaksi, jossa haavoittuvaisuus on kasvanut tuottaen ikääntymiseen liittyvää heikkenemistä monilla elämän osa-alueella, kuten selviytymisessä jokapäiväisistä elämISRutiineista tai akuuteista stressitekijöistä. (Lee ym. 2016, 152 – 153.)

Seuraukset itsensä laiminlyönnistä voivat olla kohtalokkaita. Yleensä itsensä kaltoinkohtelemiseen liittyy seurauksena painonlasku, väsymys, alhainen fyysinen aktiivisuus, alentunut puristusvoima sekä hidastunut kävelyvauhti (mt., 153). Oman hygienian ja hyvinvoinnin laiminlyöminen johtaa usein kroonisiin sairauksiin ja kognitiiviseen kyvyttömyyteen. Kelvottomassa asuinympäristössä, kuten roskaisessa tai likaisessa kodissa voi muhia erilaisia taudinaiheuttajia. Likaisessa kodissa leviää tuholaisia, jätteet mätänevät ja saniteettitilat voivat olla täynnä vitsaa tai ulostetta. Tällöin ympäristö on iso terveysriski. Kotiin ei välttämättä haluta päästää muita, mikä taas johtaa eristyneisyyteen. Tällöin henkinen hyvinvointi asettuu vaaraan. Epä-sosiaalinen käytös johtaa syrjäytymiseen ja psyykkisinä oireina voi ilmetä paranoi-disuutta tai masentuneisuutta. (Taulukko 19, Liite 1.)

Joissain tapauksissa omaksi kaltoinkohtelun muodoksi voidaan lukea hylkäys. Ikääntyneen lähiomaiset eivät tällöin vieraile ikääntyneen luona eivätkä ole kiinnostuneita hänen asioistaan. Näin ikääntynyt saattaa jäädä täysin yksin esimerkiksi hoitolaitokseen. Voidaan sanoa, että ikääntynyt on jätetty oman onnensa nojaan. Tästä voi seurata vakavia mielenterveydellisiä ongelmia sekä sosiaalista syrjäytymistä ja eristyneisyyttä. (Brandl ym. 2006, 33 – 34.)

3.3 Kaltoinkohtelun syyt ja seuraukset

Vanhusten kaltoinkohtelun tunnistamiseksi, puuttumiseksi ja ehkäisemiseksi on olemassa erilaisia ohjelmia ympäri maailman. Nämä ohjelmat kohtaavat ongelmia käytännön toteutuksen kanssa. Avainkäsitteiden määrittelemine on välillä vaihtelevaa ja toisistaan poikkeavaa: Ei ole olemassa kansainvälisesti tunnustettua ja yhteneväistä määritelmää siitä, mitä vanhusten kaltoinkohtelu tosi asiassa pitää sisällään. Heikon tutkimustiedon vuoksi syy-seuraussuhde-teoriat ovat vielä alkeellisia ja käytännön mallit puuttuvat. Joissain maissa ikääntyneiden kaltoinkohteluun liittyvä lainsäädäntö on heikkoa eikä valtiolta ole halukas tunnustamaan ilmiötä ongelmaksi. (St. James 2002, 127.) Vaikka St. James on kirjoittanut asiasta näin artikkelissaan vuonna 2002, ovat nämä väittämät edelleen paikkansapitäviä ainakin Suomessa vuonna 2017.

On vaikea luoda ennaltaehkäiseviä strategioita, luoda syy-seuraussuhdeteorioita tai hallita toimivia interventiokeinoja silloin, kun ei omaa tarpeeksi tietoa ongelman rakenteellisista tai ulkoisista ominaisuuksista (St. James 2002, 129). Vanhusten kaltoinkohtelua selittäväksi tekijäksi luetellaan paljon erilaisia asioita: hoitajan stressi, hoidettavan riippuvuus, ylisukupolviset ja kaltoinkohtelevat perhemallit, uhrin eristyneisyys sekä tekijän psykopatologia. Hoitajan stressi korostuu silloin, kun parempikuntoinen puoliso tai lapsi vastaa iäkkään hoidosta. Hoitajalla riittää paljon tekemistä, sillä omaishoidettavan vanhuksen puolesta joutuu tekemään paljon asioita. Hoitaja joutuu samalla tekemään uhrauksia oman elämänsä ja vapaa-aikansa suhteen. Hoidettavan riippuvuus tekee hoitajasta korvaamattoman ja tämä voi tunteena lisätä

hoitajan stressiä, sekä tuottaa huonoa omatuntoa, jos hoitaja ei jaksakaan enää. (St. James 2002, 131.)

Ylisukupolviset perhemallit voivat olla yksi selittävä tekijä sellaisissa kaltoinkohtelutapauksissa, joissa kaltoinkohtelija on iäkkään jälkeläinen. Jos vanhempi on käyttänyt lasta kohtaan fyysistä tai henkistä väkivaltaa lapsuudesta, voi tämä toimia laukaisijana jälkeläisen väkivaltaiseen käyttäytymiseen vanhempaansa kohtaan aikuisiällä. Tämä on niin sanotusti perheväkivallan kehä. Jotkut tutkijat näkevät kaltoinkohtelun vain lähisuhdeväkivallan jatkumona. Tällöin kaltoinkohtelun nähtäisiin johtuvan valta- ja kontrollisyistä, jolloin uhri on liian heikko ja riippuvainen tekijästä. Kaltoinkohdelluilla vanhuksilla näyttäisi myös olevan vähemmän sosiaalisia kontakteja ja he saattavat tuntea olevansa vähemmän tyytyväisiä sosiaalisiin suhteisiinsa. Eristyneisyys sellaisenaan ei kuitenkaan voi olla kaltoinkohtelun syy, vaan seuraus. Tekijän psykopatologisuudella tarkoitetaan usein alkoholista ja mielenterveydellisistä syistä johtuvia ongelmia, mutta joskus kaltoinkohtelun syyt löytyvät myös keskeisistä henkilökemioista sekä ryhmädynamiikasta. (St. James 2002, 132.)

Brittiläisessä tutkimuksessa havaittiin, että ikäihmisen kaltoinkohtelu oli usein useamman tekijän summa, eikä vain yksittäisestä asiasta riippuva. Perheväkivallan kehän ja perheen sisäisten käyttäytymismallien jatkumon lisäksi huomattiin, että muuttuvat asuinolosuhteet tai ihmissuhteet saattavat altistaa kaltoinkohtelulle. Kasvava uhrin haavoittuvaisuus tai riippuvaisuus toisesta ihmisestä kasvoi heikentyvän yleiskunnon myötä. Dementiaa sairastavat vanhukset ovat erityisen suuressa riskissä joutua kaltoinkohtelun uhriksi, samoin jaettu asuminen altistaa kaikille kaltoinkohtelun muodoille. (Milne ym. 2013, 492.)

Ikääntyneiden kaltoinkohtelun odotetaan kasvavan, sillä globaalilla tasolla väestö ikääntyy jatkuvasti. Jos kaltoinkohtelun terveydellisiä vaikutuksia ymmärrettäisiin paremmin, voisi tutkimustiedon määräkin kasvaa. Näin voitaisiin kehittää kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyä sekä intervention keinoja. National Social Life Health and Aging Project (NSHAP) tutki vastikään kaltoinkohtelun vaikutuksia terveydelle. Tutkimus tehtiin USA:ssa ja tutkimustuloksia esittelevä artikkeli julkaistiin vuonna 2017.

Tutkimuksen mukaan kaltoinkohtelu voidaan määritellä stressitekijäksi, joka voi luoda puitteet uhrin terveyden kannalta negatiivisille seurauksille. Stressin kehittymisteorian mukaan haitalliset elämäntapahtumat, tärkeät elämän siirtymähetket sekä elämän rasisukset käynnistävät ihmisessä luontaisen pyrkimyksen selviytymiseen. Selviytymisyritykset aiheuttavat poikkeavuuksia yksilön normaalissa käytöksessä sekä tunteiden käytössä, kun hän yrittää selvitä stressitekijöiden kanssa. Jos stressitekijä pitkittyy, tulee siitä psyykkisesti ja fyysisesti uuvuttavaa uhrille. Uupunut vanhus on altistuvaisempi sairauksille tai psyykkisen hädän kasvulle. Toisin sanoen, negatiiviset tapahtumat ja kokemukset aiheuttavat ihmisen henkilökohtaisten resurssien heikkenemistä niin, että resurssit yksilön terveydestä ja hyvinvoinnistakin heikkenevät. Näin yksilön yleinen terveydentila heikkenee. (Wong & Waite 2017, 15 – 16)

Kaltoinkohtelulle altistava stressitekijä voi juontua myös mielenterveydellisistä syistä. Suomessa on arvoitu, että joka toinen yli 80-vuotias kärsii yksinäisyydestä. Yleensä yksinäinen vanhus on leskeytynyt nainen. Masentuneisuus on suurin psyykinen ongelma vanhuusiässä ja arvioiden mukaan kotona asuvista vanhuksista 12 – 15 % olisi masentuneita. Tämä voi johtaa sosiaaliseen eristyneisyyteen. (Tahvanainen 2004, 137.) Usein terveydenhuollon piirissä masentuneisuus myöhäisiällä ajatellaan jopa olevan osa vanhuutta, jonka vuoksi ongelmiin ei aina puututa. Raportoimaton, diagnosoimaton ja hoitamaton masentuneisuus voi aiheuttaa vakavia seurauksia vanhukselle laskien elämänlaatua, nostaten samalla ennenaikaisen kuoleman riskiä. (Adamek 2003, 16.)

Kaltoinkohtelu voidaan linkittää psyykkisen hädän kasvuun sekä kuolleisuuteen. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kaltoinkohtelun uhriksi joutuminen nostaa huomattavasti kuoleman riskiä. Yksilön henkilökohtaisilla ihmissuhteilla on nähty olevan iso merkitys stressistä selviämiseksi. Tärkeät ihmiset, kuten perheenjäsenet ja ystävät, voivat tarjota henkistä, informatiivista sekä välineellistä apua vaikeuksissa. Tämän vuoksi toiset selviävät helpommin stressaavista tilanteista kuin toiset. Näin ollen ympäristöstä saatavalla sosiaalisella tuella voi kasvattaa omia resursseja selviytymiseen. Sosiaalinen tuki voi tällä tavoin ehkäistä terveydentilan heikkenemistä, joka kaltoinkohtelusta voi uhrille seurata. (Wong & Waite 2017, 16 – 18.)

Taloudellisella hyväksikäytöllä ja kaltoinkohtelulla voi olla heikentävä vaikutus ikäihmisen elämänhallintaan. Kun henkilö joutuu taloudellisesti kaltoinkohdeksi, voi seurauksena olla itsetunnon lasku sekä tunne oman kykeneväisyyden puuttumisesta. Tämä on iso riski etenkin niillä vanhuksilla, joilla on jo ennestään ollut heikentynyt fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Sosiaalinen tuki ei automaattisesti suojaa ikääntyneitä kaltoinkohtelun haittavaikutuksilta, sillä usein kaltoinkohteluun syyllistyvä henkilö on luotettu ihminen ja tällä tavoin ikääntyneen sosiaaliselta tuelta murenee pohja. (Wong & Waite 2017, 19; 38.)

3.4 Uhri ja tekijä

Tulkintojen mukaan ikääntyneiden kaltoinkohtelu eroaa muista rikoksen muodoista siten, että vanhukset ovat uhreina haavoittuvaisempia ja riippuvaisempia muista. Tämä viittaisi siihen, että usein uhrilla on heikentäviä sairauksia tai tiloja, jotka vaarantavat hänen itsenäisyytensä ja arvostelukykynsä. Usein tällaisilla vanhuksilla on puutteita kognitiivisessa toimintakyvyssä, fyysisessä kunnossa ja/tai kommunikaatiossa. Jos asioita tarkastellaan tästä näkökulmasta, ikääntyneet tarvitsisivat erityistä suojelua. Vanhukset ovat todennäköisemmin sellaisessa tilassa, että heistä on tullut riippuvaisia tai haavoittuvaisia. (Nerenberg 2007, 21.) Samoin sosiaalisesti eristäytynyt vanhus on usein haavoittuvaisempi ja siksi suuremmissa riskissä joutua kaltoinkohdeksi (St. James 2002, 132).

Uhrit eivät yleensä joko halua tai pysty kertomaan kokemuksistaan (Quinn & Tomita 1997, 4 – 6). Huoli tekijälle koituvista seurauksista johtaa usein siihen, että kaltoinkohtelukokemuksesta vaietaan (Kan & Pohjola 2012, 254). Vaikenemisen syynä voi olla myös se, että pelätään kaltoinkohtelun seurauksia uhrille itselleen. Pelkona voi olla, että jatkossa kohtelu ilmiannon seurauksena on vieläkin huonompaa. Se voi tarkoittaa vainoa, väkivaltaa tai muuta pelottelua. Vakavissa kaltoinkohtelutapauksissa uhri voi pelätä tekijän joutumista vankilaan. Läheisissä suhteissa, kuten puolison tai lapsen ollessa kaltoinkohtelijana, tätä pyritään välttämään. Voi myös olla, että kaltoinkohtelija on uhrin ainoa ystävä, viimeinen lähiomainen hänen elämässään ja ilmianto aiheuttaisi

ainoan merkittävän ihmissuhteen katkeamisen. Ylpeys tai halu yksin selviämiseen aiheuttavat kaltoinkohtelusta vaikenemista. Sairaats vanhukset puolestaan voivat olla täysin kykenemättömiä ymmärtämään laiminlyöntejä tai he eivät ole edes tietoisia tapahtuvasta kaltoinkohtelusta. (Quinn & Tomita 1997, 5.)

Useissa suomalaisissa perheissä vaikuttavat perinteiset ajattelumallit, jotka ovat juurtuneet kulttuuriimme. Niiden mukaan perheiden kuuluu pitää yhtä ja pyrkiä selviämään haasteista yhdessä. Tällaista perheajattelua vastaan sotii ilmiäntaa perheenjäsen kaltoinkohtelusta. Samalla tavalla voidaan ajatella, ettei omia virheitä haluta myöntää. Monissa perheissä ajatellaan, etteivät perheen sisäiset asiat kuulu kenellekään ulkopuoliselle. Tapahtumat saatetaan kokea häpeällisiksi ja leimaaviksi. (Quinn & Tomita 1997, 3 – 5.)

Osa kaltoinkohtelun määritelmästä edellyttää, että uhrilla on erityinen suhde kaltoinkohtelijaan. Kyseessä on joko luottamuksellinen suhde tai tekijän ja uhrin välillä on riippuvuussuhde. Tämä määritelmän mukaan tekijä voisi olla perheenjäsen, ystävä, tuttava, hoitaja, huonetoveri, kumppani, palveluntuottaja, uskottu henkilö tai kuka tahansa, kenellä on taloudellista tai lain suomaa vastuuta iäkkästä. Tämä määritelmä rajaa kaltoinkohteluun kuulumattomiksi tuntemattomien henkilöiden tekemät rikokset ja kuluttajapetokset. On kuitenkin olemassa niitä, jotka pyrkivät hyötymään ikääntyneiden kognitiivisesta heikkoudesta. Viime vuosina on huomattu, että enenevässä määrin on olemassa henkilöitä, jotka etsivät potentiaalisia uhreja ja pyrkivät luomaan heihin luottamuksellisen suhteen, ainoastaan kaltoinkohtelu tarkoituksenaan. (Nerenberg 2007, 22.)

Perheolosuhteissa tapahtuvassa kaltoinkohtelussa tekijä on usein mies. Useimmiten myös juuri pojat ovat riippuvaisia iäkkästä vanhemmastaan taloudellisista syistä. Heillä on usein mielenterveydellisiä ongelmia tai päihderiippuvuus, mitkä vaikeuttavat arjessa itsenäisesti selviämistä ja laskevat kynnyttä iäkkään vanhuksen kaltoinkohtelulle. (Milne ym. 2013, 492.) Tekijä voi olla omaishoitaja, naapuri, hoitopaikan henkilökunnan jäsen, toinen asukas, lapsenlapsi, sisar tai muu ystävä (Paveza & VandeWeerd 2003, 247).

3.5 Vanhusten kaltoinkohtelun erityispiirteet

Ikääntyneiden kaltoinkohtelu ei ole uusi ilmiö. Ensimmäisiä tutkimuksia aiheesta tehtiin 1970 – 1980 lukujen vaihteessa. Tietoisuus kaltoinkohtelusta ilmiönä on kasvanut vasta tämän jälkeen, minkä vuoksi 2000-luvulla siitä raportoiminenkin on muuttunut. (Quinn & Tomita 1997, 9 – 12.) Vanhusten kaltoinkohtelu on sekä käsitteellisesti että toiminnallisesti hämmentävä asia. Sen alle luetaan kuuluvaksi niin laaja määrä asioita, ettei tulkitsijan taustojen merkitystä voida vähätellä. Esimerkiksi tulkitsijan kulttuurinen tausta voi olla syy sille, ettei pidä jotain kaltoinkohtelun muotoa varsinaisesti kaltoinkohteluna, vaan omaan kulttuuriin kuuluvana asiana. (St. James 2002, 128.) Tutkijoiden mielipiteitä jakaa ikääntyneiden kaltoinkohtelussa tarkoituksenmukaisuus ja tahallisuus. Joidenkin määritelmien mukaan teko voi olla kaltoinkohtelua, jos se on tahallinen, tarkoituksenmukainen tai ilkeä. (Nerenberg 2007, 22.)

Kiistelty kaltoinkohtelun määrittely ja tahallisuuden merkitys heijastuvat käytäntöön. Kaltoinkohteluraporteissa voi ilmetä tahallisuus kaltoinkohtelun kontekstissa ja tuolloin kaltoinkohtelu olisi tarkoituksellista ja pahansuovan käytöksen tulosta, Kyse ei olisi laajasta yhteiskunnallisesta ongelmasta, vaan johtuisi kaltoinkohtelijan tietämättömydestä, uupumuksesta, riittämättömistä resursseista, psyykkisistä sairauksista, dementiaasta tai luonteesta. (mt., 20.)

Jos kaltoinkohtelun kriteerinä olisi tahallisuus, rajaisi se tällöin pois ne henkilöt, jotka kaltoinkohtelevat ikääntyneitä omasta sairaudesta, harhaisuudesta, kehityshäiriöistä tai dementiaasta johtuvista syistä. Tarkoituksenmukaisuus ja tahallisuus voivat joskus olla välttämättömiä kriteerejä seurausten kannalta. Osa oikeusjärjestelmistä ei pidä kaltoinkohteluksi luettavia tekoja rikoksina, jos tahallisuutta ei pystytä todistamaan. (mt., 22.) Suomessa näin ei kuitenkaan ole.

Ikääntyneiden kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisyyn liittyen on olemassa erilaisia ohjelmia ympäri maailman. USA:ssa lähes kaikissa osavaltioissa on lakiin kirjattu ilmoitusvelvollisuus kaltoinkohtelusta, mikä koskettaa tiettyjä ammattiryhmiä. Tällaisia ammattiryhmiä ovat muun muassa sosiaalityöntekijät, lääkärit, hoitajat, poliisi ja

mielenterveystyöntekijät. Tapausten ilmoittamatta jättäminen on laissa rangaistava teko ja menettely jäljittelee USA:ssa lastensuojelun mallia. USA:ssa teetetyin kyselyn mukaan ilmoitusvelvollisuuden alaisista viranomaisista vain noin 60 % suosivat pakollista raportointimenettelyä. Tähän syyksi kerrotaan, että järjestelmä on tehoton ja siltä puuttuu riittävät resurssit henkilökunnalle ja palveluille. (St. James 2002, 133.)

Resursointi on tärkeä osa vanhustenhuoltoa ja sen puutteellisuus johtuu usein yhteiskunnallisten arvojen ristiriidasta. Keskiöön nousee tällöin kysymys siitä, miten yhteiskunnan varoja käytetään ja missä niille olisi suurin tarve. Aina varojen kohdentaminen ei onnistu eikä yhteiskunnan varoja sijoiteta sinne, missä niitä eniten tarvittaisiin. (Uuttu-Riski 2004, 123.) Ongelmaa voi olla vaikea tunnistaa puuttuvasta tiedosta johtuen. Tietoisuus ikäihmisten kaltoinkohtelusta on monissa maissa olematonta eikä tutkimustietoa ole paljoa käytettävissä. (Quinn & Tomita 1997, 4.) Esimerkiksi Malesiassa suurin osa tapauksista jää raportoimatta puuttuvan tiedon vuoksi. Malesiassa lainsäädäntöä vanhusten kaltoinkohteluun ei ole eikä tämän vuoksi myöskään ilmoitusvelvollisuutta. Kaltoinkohtelun raportointiin liittyvään kyselyyn vastanneista 148 hoitajasta ja lääkäristä 26 % kertoi, että heillä on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana vahva epäily, että potilaana ollutta iäkästä ihmistä on kaltoinkohdeltu. Näistä havaituista tapauksista vain neljä raportoitiin eteenpäin ja tällöinkin joka kerta raportoi oli hoitaja. Lääkärit eivät siis raportoineet mitään eteenpäin. (Ahmed ym. 2016, 166.)

Kysyttäessä vastaajilta syitä raportoimattomuuteen, löytyi vastauksista yhteneväisenä teemana tietoisuuden vähyys. Yleisimpänä syynä koettiin, että iäkkäässä havaitut merkit olivat liian epävarmoja yhdistettäväksi kaltoinkohteluun. Vastaaja oli usein epävarma raportointia koskevasta menettelystä. Lisäksi epäselvyydet raportointia koskevasta lainsäädännöstä, kaltoinkohtelun määritelmästä sekä yhteisön resursseista asian selvittämiseksi johtivat raportoimattomuuteen. Muutama vastaaja kertoi jättäneensä raportin tekemättä, sillä uhri oli itse kieltänyt kaltoinkohtelun mahdollisuuden. Yhteneväisin piirre vastauksissa oli tietämättömyys ilmiöstä. Tutkimus selvitti samalla lääkäreiden ja hoitajien yleistietämystä iäkkäisiin kohdistuvasta kaltoinkohtelusta. Lääkärit olivat hoitajiin verrattuna enemmän tietoisia kaltoinkohtelusta, mutta silti

tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä kukaan ei ollut raportoinut mitään havainnoimaansa eteenpäin. (Ahmed ym. 2016, 167.)

Intialainen tutkimus eräessä bangladorelaisessa sairaalassa osoitti, että merkittäviä kaltoinkohteluun altistavia tekijöitä ovat asumisjärjestelyt, taloudellinen tilanne, sosiaalinen tuki sekä masentuneisuus. Taloudellisesti itsenäisillä vanhuksilla on suurempi todennäköisyys raportoida erilaista kaltoinkohtelua verrattuna niihin, jotka ovat taloudellisesti riippuvaisia jostain. Lievästi masentuneet vanukset raportoivat kokemaansa kaltoinkohtelua herkemmin verrattuna niihin, jotka ovat vakavammin masentuneet. Tähän syynä on masennuksen tila, joka lamauttaa uhrin toimintakyvyn niin, ettei hän edes kykene raportoimaan kokemuksistaan eteenpäin. (Nisha ym. 2006, 39.)

Suomessa asian tabumaisuutta ja hiljaista hyväksyntää voivat selittää kulttuuriset tekijät. Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu ajatus siitä, ettei vaikeita asioita haluta käsitellä julkisesti. Tämä johtaa siihen, että asiat saavat hiljaisen hyväksynnän ja käyttäytyminen ohjautuvat niin, että minkäänlaista ongelmaa ei olisi ikinä ollutkaan. (Uuttu-Riski 2004, 108.) Maailman terveysjärjestö WHO on todennut, että ikääntyneiden kaltoinkohtelu on merkittävä haaste sosiaalisuudelle, julkiselle terveydenhuollolle sekä rikosoikeudelliselle järjestelmälle. (Ahmed ym. 2016, 163.) Siinä vaiheessa, kun tapaukset tulevat viranomaisille ilmi, ovat ne kasvaneet jo hyvin monimutkaisiksi ja vaikeiksi hoitaa (Bonnie & Wallace 2003, 88).

Vanhusten kaltoinkohtelun tutkiminen on eettisesti haastavaa, mikä lienee syynä tutkimustiedon vähyydelle. Tällöin tutkimusten kohteena on vanhempia ihmisiä, joilla voi olla erilaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia. Ilmiön tutkiminen uhrinäkökulmasta on vaikeaa, koska siihen voi liittyä negatiivisia seurauksia uhrille niin taloudellisesti, sosiaalisesti kuin rikoslainsäädännön kautta. (Dresser 2003, 303.)

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Aineisto

Käytän tutkielmassani valmista aineistoa, jonka on kerännyt Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviranomainen Valvira. Valvira selvitti kyselyn avulla vanhusten kaltoinkohtelua ympärivuorokautisissa asumispalveluyksiköissä. Kysely toteutettiin 25.2. – 18.3.2016 välisenä aikana. Kyselylomake toimitettiin 1133 yksikön esimiehelle ja heitä pyydettiin välittämään kysely edustamiensa yksikköjen työntekijöille. Kysely osoitettiin vastattavaksi sekä yksiköiden työntekijöille että esimiehille, ja se toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselynä. Näin pystyttiin turvaamaan vastaajien anonymiteetti. Määräajassa kyselyyn tuli 7409 vastausta. Valviralla oli tarve selvittää vanhusten kaltoinkohtelun laajuutta ja vakavuutta, sillä puutteita ja laiminlyöntejä vanhustenhoidossa on havaittu. (Valvira 2016, 3 – 5.)

Tutkimuskysymykseni on kaksiosainen. Ensinnäkin tarkoitukseni on selvittää, millaista kaltoinkohtelua vanhustenhoidon yksiköissä havaitaan ja mistä kaltoinkohtelu johtuu. Toiseksi, haluan selvittää kaltoinkohtelun puuttumisen haasteita. Haluan tietää, kuinka usein työntekijät raportoivat havaintojaan esimiehilleen, kuten laki velvoittaa. Kiinnostavaa on myös, miten esimiehet puuttuvat raportoituihin tapauksiin. Ovatko yksiköt ylipäänsä huomioineet kaltoinkohtelun riskit ja ennaltaehkäisyä esimerkiksi omavalvontasuunnitelmassaan? Tällä tavoin tarkoitukseni on kokonaisvaltaisesti selvittää kaltoinkohtelun esiintyvyyttä sekä siihen liittyviä erityispiirteitä.

Valviran kyselylomakkeessa (Liite 2) oli yhteensä 24 kohtaa. Taustojen kartoittamiseksi kyselyssä kysyttiin vastaajan yksikön nimeä, yhteystietoja sekä taustatietoja yksikön toimintatavasta ja koosta (kysymykset 1 – 4). Kysymykset 5 – 8 kartoittivat vastaajan omia valmiuksia ja ammattitaitoa toimia vanhustenhoidossa. Kysymyksellä 10 kartoitettiin muuan muassa tietoja yksikön toimintakulttuurista, hoitoetiikan noudattamisesta, turvallisuudesta sekä tilojen ja välineiden asianmukaisuudesta. Kysymyksessä 11 kysyttiin, millaisia asukkaisiin kohdistuvia tilanteita työntekijä on havainnut joko yksikössä yleisesti tai omassa työskentelyssään. Vastausvaihtoehtoina

olivat muun muassa epäasiallinen käytös, itsemääräämisoikeuden kunnioittamattomuus, ohjeiden tai hygienian noudattamatta jättäminen, kova-kouraisuus, yli- tai alilääkitseminen tai väkivalta. Kysymyksessä 12 puolestaan selvitetään, kuka edellä mainituissa kaltoinkohtelutapauksissa on ollut tekijä. (Liite 2.)

Kysymykset 13 – 14 käsittelevät yksikön puuttumista havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin ja miten näitä tapauksia on käsitelty. Kyselyn loput kysymykset käsittelevät omavalvonnan toteutumista, sosiaalihuoltolain 48 §:n ilmoitusvelvollisuuden prosessista tiedottamista, kaltoinkohtelun ehkäisemiseksi tehtävistä toimista sekä työntekijöiden pätevyysien tarkastamista.

Hyödynsin tutkielmassani laajasti kysymyslomakkeen vastauksista saatavia tietoja. Loin tutkielmassani esiintyvät taulukot 1- 18 SPSS-ohjelmalla seuraavista kysymyksistä:

7. Antaako koulutuksesi riittävät valmiudet kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisemiseen?
8. Tunnen oman alan eettiset ohjeet
10. Vastaa yksikkönne osalta seuraaviin väittämiin (12 väittämää)
11. Oletko havainnut yksikössänne seuraavia asukkaisiin kohdistuvia tilanteita tai huomannut niitä omassa työskentelyssäsi? (21 kohtaa)
12. Edellä mainituissa tilanteissa tekijä on ollut (voit valita usean vaihtoehdon)
13. Onko yksikössänne puututtu havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin?
14. Miten yksikössänne ilmenneitä kaltoinkohtelutapauksia on käsitelty? (avovastaus)
15. Onko yksikössänne kehitetty toimintamalli tai ohjeet tilanteisiin, joissa on havaittu kaltoinkohtelua?
21. Onko sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden prosessista keskusteltu yksikössänne?
22. Onko kaltoinkohtelun ehkäisyä (riskiä) käsitelty yksikkönne omavalvontasuunnitelmassa?

Kysymysten 11 ja 12 vastauksista tehdyillä taulukoilla pyrin vastaamaan tutkimuskysymykseni ensimmäiseen osaan eli vanhustenhuollossa esiintyviin

kaltoinkohtelun muotoihin, esiintyvyyteen sekä siihen, kuka kaltoinkohtelija yksiköissä on. Tekijä-kohdan analyysi sisältää myös laadullista dataa. Vastausvaihtoehtona oli myös avoin kohta lisätiedoille, mikäli kaltoinkohtelija oli joku muu kuin hoitaja, omainen, toinen asukas tai vastaaja itse. Toiseen tutkimuskysymykseeni liittyen kaltoinkohteluun puuttumisen haasteisiin, sain vastauksen kysymyksestä 13 ja 14, joista jälkimmäinen oli avokysymys. Määrällistä dataa sisältävät kysymykset 7, 8, 10, 15, 21 ja 22 sekä niistä tehdyt taulukot toimivat johtolankoina selittäen kaltoinkohtelua ja siihen puuttumisen haasteita.

Olen ottanut lukuisia lainauksia aineistosta. Kaikki vastaukset ovat anonyymeja. Vastaajat kertoivat kysymyksen 14 avovastauksissa laajasti erilaisia asioita, jotka eivät välttämättä vastanneet täysin kysymykseen. Monilla vastaajilla tuntui olevan tarve kertoa kaikki huomionsa, mikä on luultavasti myös yksi syy suureen vastaajamäärään. Tässä valmiissa Valviran aineistossa etuna on juuri suuri vastaajamäärä, sillä se tarjoaa minulle kattavan otannan valtakunnallisesti. Jos olisin tehnyt oman kyselyn, olisin hyvin todennäköisesti saanut paljon vähemmän vastauksia. Minulla ei olisi ollut mahdollisuuksia tai resursseja lähettää kyselyn linkkiä niin laajalle vastaanottajamäärälle kuin Valvira, jolla on käytössä tiedot Suomessa toimivista vanhustenhuollon yksiköistä. Uskoisin myös, että vastausprosentti opiskelijan teettämään kyselyyn ei olisi ollut yhtä suuri kuin Valviran teettämään kyselyyn. Toisaalta nyt vastauksien suuri määrä tuottaa laajan aineiston, joka vaatii tarkkaa rajaamista ja asettaa haasteita analyysille. Aineiston laajuuden vuoksi sen pohjalta oli mahdollista tehdä luotettaviakin päätelmiä.

4.2 Menetelmät ja aineiston analyysi

Käytän tutkimuksessani kahta metodologiaa: laadullista sekä kvantitatiivista analyysiä. Alasuutarin (1994) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on kaksi vaihetta: ensimmäisessä vaiheessa saadut havainnot pelkistetään ja toisessa vaiheessa niin kutsuttu arvoitus ratkaistaan. Toisin sanoen tutkijalla on kysymys, johon etsitään vastaus. Näitä vaiheita voidaan kutsua myös havaintojen tuottamisen ja selittämisen vaiheiksi. (Alasuutari 1994, 41.) Laadullinen tutkimus voi myös sisältää kvantitatiivista tarkastelua, sillä taulukkomuotoinen data toimii johtolankana ja taustoittavana tekijänä. Kvantitatiivisessa analyysissä keskeistä on hypoteesi siitä, miten riippumaton muuttuja vaikuttaa toiseen riippuvaan muuttujaan. Muuttujia voivat olla eri taustatekijät, kuten esimerkiksi sukupuoli tai ikä. (Alasuutari 1994, 25 & 44)

Jotta aineistosta saadaan laadullisin menetelmin eroteltua varsinaiset havainnot aineistosta, tulee valita selkeä tutkimusmetodi (mt., 72). Tutkielmassani avovastauksissa käytettävä tutkimusmetodi on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan pitää sekä omana metodinaan että väljänä teoreettisena viitekehyksenä. Monet muut menetelmät perustuvat sisällönanalyysiin. Sisällönanalyysissä analyysi tapahtuu vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa tulee päättää, mikä asiat tutkijaa aineistossa kiinnostavat. Seuraavassa vaiheessa tutkija käy läpi aineiston erotellen sieltä vain ne asiat, jotka sisältyvät tutkijan intressiin tai vastaavat tutkimuskysymykseen. Muu asia tulee jättää pois. Merkityt asiat ja tiedot tulee koota yhteen ja erotella muusta aineistosta. Nämä tulee luokitella tai teemoittaa haluamallaan tavalla, jonka lopuksi tuloksista kirjoitetaan yhteenveto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

Sisällönanalyysin pullonkaulana voidaan pitää kehotusta poimia aineistosta mielenkiintoisimmat asiat analyysiin. Useimmiten kiinnostavia asioita ilmenee niin paljon, että aiheen rajausta kärsii. (mt. 92.) Valviran aineisto on laaja, minkä vuoksi pystyin käyttämään vain tiettyjä osioita tutkimuksen tuloksista. Sisällönanalyysissä tulee valita tarkkaan rajattu ja kapea ilmiö, mutta josta vastavuoroisesti tulee kertoa kaikki mahdollinen tieto, mitä saatavilla on. Analyysivaiheessa aineisto pilkotaan ja

ryhmitellään eri aihepiirien mukaan. Näiden pohjalta tutkaillaan eri teemojen yleisyyttä aineistossa, jonka pohjalta voidaan tehdä johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92 – 93.)

Sisällönanalyysini on aineistolähteinen. Aineistolähtöisessä menetelmässä sisällönanalyysi jakautuu kolmeen osaan: ensimmäisessä osassa aineisto redusoidaan eli pelkistetään, toisessa osiossa aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja kolmannessa osiossa abstrahoidaan, eli luodaan teoreettiset käsitteet. Redusointivaiheessa epäolennainen karsitaan pois ja data tiivistetään tai pilkotaan osiin. Klusterointivaiheessa etsitään aineistosta samankaltaisuuksia ja yhdistetään niitä aihepiirien ja sisällön mukaan. Viimeisessä, eli abstrahointivaiheessa, valikoidun tiedon pohjalta luodaan teoreettisia käsitteitä. (mt. 109 – 111.) Abstrahointivaihe näkyy tutkielmassani luvussa 7. Aineistolähtöisessä menetelmässä viitekehyksen luo joko metodologia tai tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetyt asiat. Aineiston hankintamuoto on vapaa ja analyysi sekä raportointi ovat aineistolähtöisiä. (mt. 99.)

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti sekä objektiivisesti. Tutkimuksessani analyysin kohteena ovat Valviran kyselytutkimuksen tulokset. Sisällönanalyysillä saadaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetysti sekä yleisessä muodossa. Aineisto tulee järjestellä, jotta siitä voidaan tehdä johtopäätöksiä. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia ja se soveltuu metodikseni hyvin, sillä tutkimuskysymykseeni kaltoinkohtelun puuttumisen haasteista vastaa avokysymys numero 14: ”Miten yksikössänne ilmenneitä kaltoinkohtelutapauksia on käsitelty?” Tarkoituksena on teemoittelun kautta poimia toistuvia teemoja aineistosta ja näiden pohjalta muodostaa johtopäätökset. (Tuomi & Sarajärvi 2009 103 – 104.) Teemoittelu oli näin ison aineiston kannalta tärkeässä asemassa, sillä yli 7000:n avovastauksen joukosta olisi muutoin ollut mahdotonta löytää tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset asiat. Poimin erilliseen tiedostoon kaikki kommentit, joissa ilmeni jokin määrittelemäni teema, kuten puuttumattomuus tai eettiset haasteet. Näin eri teemojen alla olevista vastauksista oli mahdollista tehdä onnistuvaa analyysia. Teemoittelua käytin kysymyksen 14 lisäksi avovastauksissa kysymyksessä 12: ”Edellä mainituissa (kaltoinkohtelu)tilanteissa tekijä on ollut:”.

Tutkimukseni tarkoitus on selvittää, minkälaista kaltoinkohtelua vanhustenhuollon yksiköissä on havaittavissa ja miten siihen puututaan. Vastaajia kyselyssä oli paljon, ja teemoittelen kautta aineistosta löytyi ne tärkeät, puuttumisen haasteita koskevat kommentit. Muiden analysoitavien kysymysten vastaukset olivat määrällisen datan muodossa, joten niiden analysointi tapahtuu luomalla taulukoita. Taulukkomuotoinen, määrällinen data toimii tutkielmassani tärkeänä taustatietona kertoen vanhustenhuollossa tapahtuvasta kaltoinkohtelusta. Lisäksi kaltoinkohteluun puuttumisen haasteita selittävien kysymysten analysointi vaatii taulukkomuotoista dataa.

Tein määrällisestä datasta SPSS-ohjelmalla frekvenssijakaumat, sillä tarkoitukseni oli ainoastaan selvittää, miten vastaajat vastasivat kysymyksiin. Kysymyslomakkeen kysymyksissä 10 ja 11 (Liite 2) oli monta kohtaa, joista SPSS-ohjelmalla ei ollut mahdollista luoda yhtä, kaikki kohdat kokoavaa taulukkoa. Niinpä tein SPSS:llä normaalit frekvenssijakaumat vastauksista, mutta koostin ne yhdeksi taulukoksi Wordin omalla taulukoinnilla. Koska taulukoissa oli jo valmiiksi paljon asiaa, jätin niistä tarkoituksella vastaajamäärät pois ja siksi niitä analysoidessa käytössä on vain vastaukset prosenttiyksikköinä. Yhteensä vastaajia oli 7409 kappaletta. Pienemmissä taulukoissa on sisällytettynä vastaajamäärät, jolloin esitän ensin vastaajien lukumäärän ja sitten prosenttiosuuden heti lukumäärän perässä sulkeissa. Esitän taulukoissa 1 – 7 sekä 15 – 17 prosenttiyksiköt yhden desimaalin tarkkuudella, sillä vastaajajoukon suuresta määrästä johtuen yksikin prosenttiyksikkö kertoo useista vastaajista.

4.4 Tutkimuksen eettisyys

Sosiaalityön tutkimuksessa korostetaan hyveenä eettistä kestävyyttä. Eettisesti kestävä tutkimus ei pelkästään pyri välttämään vahingon aiheuttamisesta muille, vaan pyrkii myös olemaan rakentavaa ja hyödyllistä niille ihmisille, jotka tutkimukseen osallistuvat. (Rauhala & Virokangas 2011, 238.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta on mietinnössään jakanut tutkimuseettiset periaatteen kolmeen osa-alueeseen. Näiden periaatteiden

mukaan tutkittavien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, vahingon aiheuttamista tulee välttää sekä pitää huolta tietosuojasta ja yksityisyydestä. (Rauhala & Virokangas 2011, 239.) Tämän mukaisesti tutkimus on toteutettu ja siitä on raportoitu, sekä siinä syntyneet tietoaaineistot on tallennettu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Vastaajien yksityisyyden suojasta on huolehdittu erityisen tarkasti, sillä tunnistan, että vastaajille voisi aiheutua sosiaalisia ja taloudellisia haittoja heidän yksilöityjen kyselyvastaustensa julkitulon vuoksi. Näistä riskeistä johtuen aineiston käsittelyssä, käytössä ja tulosten raportoinnissa on kiinnitetty erityistä valppautta yksityisyyttä ja tietosuojaa koskevien eettisten periaatteiden varmistamiseksi.

Tutkimuksen uskottavuus lähtee hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Sen mukaan tutkijan tulee noudattaa tiedeyhteisössä tunnistettuja toimintatapoja, eli rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössään, tulosten tallentamisessa, samoin kuin tulosten esittelemisessä sekä arvioinnissa. Tutkijan tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerin mukaisia ja eettisesti kestäviä menetelmiä niin tiedonhankinnassa, tutkimuksessa kuin arvioinnissakin. Tutkijan tulee toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta julkaistessaan tutkimuksensa tuloksia. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden aikaisempi työ sekä saavutukset asianmukaisesti kunnioittaen ja antaa muiden saavutuksille niille kuuluva arvo ja merkitys omassa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.)

Kaikkia tietoja on käsitelty siten, ettei yksittäisiä tietoja pystytä yhdistämään yksittäisiin vastaajiin tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista. Kaikki tutkimustyöhön osallistuneet henkilöt ovat salassapitovelvollisia vastaajien tutkimuskäyttöön luovuttamien tietojen osalta. Aineiston käsittely, säilyttäminen, tallentaminen ja käsittely on tehty henkilötietolain mukaisesti. Tutkimusaineistoa on käsitelty henkilökohtaisella tietokoneella, johon ei ole muilla henkilöillä käyttöoikeuksia. Mikäli tutkimusaineistoa on tulostettu jossain vaiheessa analyysia, tulostettavista versioista on poistettu kaikki mahdolliset yksilöintitiedot. Tutkimuksen valmistuttua kaikki hallussani ollut aineisto on tuhottu.

5 Vanhustenhuollossa ilmenevä kaltoinkohtelu

5.1 Kaltoinkohtelun ilmeneminen

Kyselyn suuresta vastaajamäärästä voidaan päätellä, että tämän tyyppiselle kyselylle on ollut tarvetta. Kaltoinkohtelun määrittäminen tuntuu olevan yksiköissä vaikea tehtävä, sillä osa todistetusta kaltoinkohtelusta johtuu vastaajien kertoman mukaan riittämättömistä resursseista, ei niinkään siitä, että kyseessä olisi tahallinen toiminta. Vastauksiin mahtuu myös paljon tahallisen kaltoinkohtelun esimerkkejä työntekijöiden kertomana. Epäkohdat toistuvat vastauksissa ja asioille toivottaisiin muutosta:

”Voi kumpi tämä kysely olisi tullut aikaisemmin.”

Kysymyslomakkeen kysymyksessä 11 kartoitettiin hoitohenkilökunnan huomioita asukkaisiin kohdistuneista kaltoinkohtelutilanteista ja tiedusteltiin, onko vastaaja itse huomannut vastaavia tilanteita omassa työskentelyssään. Olen koostanut vastauksista taulukon (taulukko 2 sivulla 40), jossa selviää, millaisia tilanteita työntekijät ovat huomanneet työyhteisöissään. Kysymys 11 kartoitti laajasti eri kaltoinkohtelun muotojen ilmentymistä. Tästä on esimerkkinä alla oleva taulukko 1, joka on laadittu kysymyksestä vanhuksen pitämisestä liian kauan märissä vaipoissa:

Taulukko 1: Pitäminen liian kauan märissä vaipoissa

	Lkm	%
Päivittäin	135	1,8
Viikoittain	293	4,0
Kuukausittain	372	5,0
Harvemmin	3113	42,0
Ei koskaan	3496	47,2
Yhteensä	7409	100,0

Valitsin tämän esimerkin siksi, koska kysymyksessä on merkittävä hoidon laiminlyönti. Vaikka ”Päivittäin” vastanneiden prosenttiosuus on vain 1,8 %, on vastaajien lukumäärä

kuitenkin 135 kappaletta. Huomionarvoista on myös se, että viikoittain saman todistaa tämän lisäksi 293 vastaajaa (4 %). Vastaajista 3496 (47,2 %) on vastannut, ettei yksikössä koskaan pidetä vanhuksia liian kauan märissä vaipoissa. Yli puolet vastaajista (3913 kpl) siis kertoo, että heidän yksikössä vanhuksia pidetään ainakin satunnaisesti liian pitkään märissä vaipoissa.

Seuraavalla sivulla on koostettu taulukko 2 vastauksista kysymykseen 11: Oletko huomannut yksikössäne seuraavia asukkaisiin kohdistuvia tilanteita tai huomannut niitä omassa työskentelyssäsi? Kysymyskohtia oli yhteensä 21, joihin vastaajat pystyivät vastaamaan yksikkönsä tilanteen mukaan ”päivittäin”, ”viikoittain”, ”kuukausittain”, ”harvemmin” tai ”ei koskaan.” Kysymyksiin vastasi 7408 – 7409 vastaajaa. Taulukossa on paljon asiaa ja lukuisasti erilaisia kaltoinkohtelun muotoja. Henkistä väkivaltaa kuvaavat kysymykset olivat kohdat, joissa kysyttiin karkeasta, epäasiallisesta tai lapsenomaisesta kielenkäytöstä, määräilystä, rankaisemisesta tai moittimisesta sekä suoranaista henkistä väkivallasta esimerkiksi uhkailun muodossa. Hoidon laiminlyöntiä selvittävät kysymykset olivat vanhuksen jättämisestä yksin, pitämisestä liian kauan märissä vaipoissa, päivittäisten toimintojen laiminlyönnistä, pesusta ja hygieniasta huolehti-mattomuudesta, hoito-ohjeiden noudattamatta jättämisestä, avun antamatta jättämisestä sekä liiallisesta voiman käytöstä hoitotoimenpiteissä. Taloudellista hyväksikäyttöä kuvaa kohta rahan ja tavaroiden anastamisesta.

Fyysistä kaltoinkohtelua kuvaavat kysymykset liikkumisen estämisestä, aliravitsemuksesta ja nestehukasta, yli- ja alilääkitsemisestä sekä suoranaista fyysisestä väkivallasta. Seksuaalista hyväksikäyttöä kartoitetaan kysymyksillä seksuaalisesta häirinnästä, epäasiallisesta puheesta ja koskettelusta, seksuaalisesta hyväksikäytöstä sekä asiakkaiden välisestä seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. Itsemääräämisoikeuteen liittyvä kysymys on kohta asukkaan toiveiden ja tahdon huomioimisesta. Lisäksi kysytään ulkoilun laiminlyönnin ja lääkkeiden anastamisen yleisyydestä. Kokonaisuudessaan kysymysten vastaukset ovat koottuna seuraavalla sivulla taulukossa 2:

Taulukko 2: Asukkaisiin kohdistuvien kaltoinkohtelutilanteiden yleisyys:

Oletko huomannut yksikössäsi seuraavia asukkaisiin kohdistuvia tilanteita tai huomannut niitä omassa työskentelyssäsi:	Päivittäin	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin	Ei koskaan
Karkea, epäasiallinen tai lapsenomainen kielenkäyttö	2,6 %	10,6 %	11,3 %	48,4 %	27 %
Määräily, rankaiseminen tai moittiminen	1,7 %	8,9 %	9,8 %	40,4 %	39,1 %
Vanhuksen jättäminen yksin	8,9 %	5,9 %	5,5 %	37 %	42,6 %
Pitäminen liian kauan märissä vaipoissa	1,8 %	4 %	5 %	42 %	47,2 %
Asukkaan toiveita ja tahtoa ei huomioida	2,2 %	6,7 %	10,3 %	53,2 %	27,7 %
Päivittäisten toimintojen laiminlyönti (ruokailu, pukeutuminen)	0,5 %	1 %	1,2 %	15,7 %	81,6 %
Pesuista ja hygieniasta ei huolehdita	0,9 %	1,2 %	1,7 %	18,1 %	78,2 %
Hoito-ohjeita ei noudateta	0,8 %	2,7 %	5,3 %	40,3 %	50,9 %
Ei anneta pyydettyä apua	0,8 %	2,6 %	4,4 %	35,6 %	56,7 %
Liiallisen voiman käyttö hoitotoimenpiteessä, kovakouraisuus	0,5 %	2,8 %	5,1 %	33,4 %	58,2 %
Rahan ja tavaroiden anastaminen	0,2 %	0,2 %	0,3 %	9,6 %	89,7 %
Lääkkeiden anastaminen	0,2 %	0,1 %	0,1 %	7,2 %	92,4 %
Liikkumisen estäminen	8,6 %	3,7 %	4,9 %	36,8 %	46,2 %
Aliravitsemus tai nestehukka	0,9 %	1,4 %	2,5 %	29,2 %	66 %
Yli- ja alilääkitseminen	0,9 %	1,8 %	5 %	40,3 %	51,9 %
Ulkoilun laiminlyönti	7,4 %	10,9 %	14,5 %	37,5 %	29,8 %
Seksuaalinen häirintä, epäasiallinen puhe ja koskettelu	0,4 %	1 %	1 %	7,7 %	89,9 %
Seksuaalinen hyväksikäyttö	0 %	0,1 %	0 %	1,4 %	98,4 %
Asiakkaiden välinen seksuaalinen kaltoinkohtelu	0,1 %	0,4 %	0,6 %	8,2 %	90,6 %
Henkinen väkivalta (esim. väkivallalla uhkailu)	0,9 %	2,4 %	3,2 %	14,1 %	79,4 %
Fyysinen väkivalta	0,5 %	2,3 %	2,8 %	15,3 %	79,1 %

Taulukosta 2 pystyy tekemään paljon huomioita. Lähtökohtaisesti voisi olettaa, että ikääntyneiden hoitopaikoissa ilmenisi lähinnä hoidon laiminlyöntiä. Tulokset kuitenkin kertovat, että kaiken tyyppistä kaltoinkohtelua ilmenee laitospaikoissa, vaikkakin eri suhteessa. ”Päivittäin”-kohdassa eniten vastaajia oli kysymyksissä ”Vanhuksen jättäminen yksin” (8,9 %), ”Liikkumisen estäminen” (8,6 %) sekä ”Ulkoilun laiminlyönti” (7,4 %). Ulkoilun laiminlyönnissä vastaajien määrä nousee kaikkein eniten. Kun ”Päivittäin” on vastannut 7,4 %, ”Viikoittain” vastasi 10,9 % ja ”Kuukausittain” 14,5 %. Voidaan todeta, että hoitoyksiköissä hoidettavista vanhuksista joka kymmenennen ulkoilua laiminlyödään viikoittain.

Toinen mielenkiintoinen huomio liittyy kysymyksiin ikääntyneiden liikkumisen estämisestä sekä yksin jättämisestä. Nousemisen sijaan vastaajien määrä laskee, kun vertaillaan vastauksia ”Päivittäin” ja ”Viikoittain” välillä. Liikkumisen estämistä havaitsee 8,6 % päivittäin, mutta viikoittain liikkumisen estämistä havaitsee enää 3,7 %. Kuukausittain tätä havainnoi 4,9 %. Näin ollen päivittäinen liikkumisen estäminen kaltoinkohteluna on huomattavan monessa yksikössä ongelma, mutta ilmiö ei pahene tarkasteltaessa esiintyvyyttä harvemmin kuin päivittäin. Samanlainen huomio on kysymyksessä vanhuksen jättäminen yksin. Tätä todistetaan päivittäin 8,9 %, kun viikoittain osuus on 5,9 % ja kuukausittain 5,5 %.

Tarkastellessa kaltoinkohtelun ilmenemistä päivittäin suhteessa viikoittain, suurin nousu tapahtuu kysymyksessä ”Karkea, epäasiallinen tai lapsenomainen kielenkäyttö”. Päivittäin tätä todistaa 2,6 % vastaajista, kun viikoittain siihen törmää jo 10,6 % vastaajista. Nousu on siis 8 prosenttiyksikköä. Kuukausittain kielenkäytön epäkohtia huomaa 11,3 % vastaajista ja harvemmin 48,4 %. ”Ei koskaan” vastaajia on 27 %. Karkeaa, epäasiallista tai lapsenomaista kielenkäyttöä saa ainakin joskus osakseen noin kolme neljästä vanhuksesta.

Samantyyppinen kaltoinkohtelun kasvu on huomattavissa kysymyksissä ”Määräily, rankaiseminen tai moittiminen” sekä ”Asukkaan toiveita ja tahtoa ei huomioida”. Määräilyä, rankaisua ja moittimista todistaa päivittäin 1,7 %, kun taas viikoittain samaa todistaa 8,9 % vastaajista. Kasvua on siis 7,2 prosenttiyksikköä tarkastellessa ilmiötä

viikoittain. Vastaavasti kasvua on 4,5 prosenttiyksikköä, kun tarkastellaan asukkaan toiveiden ja tahdon huomioimista päivittäin sekä viikoittain.

Taulukossa 2 muiden kaltoinkohtelun muotojen määrä tuntuu olevan reilusti marginaalissa ja päivittäiset sekä viikoittaiset havainnot jäävät näin suuressa aineistossa pieneksi. Pääosin ne ovat noin yhden prosenttiyksikön luokkaa. Kun taulukosta irrotetaan muutama räikeä, rikoksen tunnusmerkistön täyttävä ilmiö, herää huoli siitä, kuinka nämä tapahtumat saavat jatkaa päivästä toiseen. Olen luonut erilliset taulukot kysymyksistä koskien rahan ja tavaroiden anastamisesta, lääkkeiden anastamisesta, yli- ja alilääkitsemisestä, seksuaalisesti häirinnästä ja seksuaalisesta hyväksikäytöstä. Tarkoitukseni on selvittää, montako vastaajaa kertoo näiden ilmiöiden olevan päivittäistä työpaikallaan.

14 vastaajan mukaan rahan ja tavaroiden anastaminen on heidän yksikössä arkipäivää (Taulukko 3):

Taulukko 3: Rahan ja tavaroiden anastaminen

	Lkm	%
Päivittäin	14	,2
Viikoittain	16	,2
Kuukausittain	25	,3
Harvemmin	708	9,6
Ei koskaan	6646	89,7
Yhteensä	7409	100,0

Toki kyseessä voi olla yksi ainoa yksikkö, josta 14 (0,2 %) vastaajaa on vastannut anastamisen olevan heidän yksikössään päivittäistä. Viikoittain tätä havaitsee 16 vastaajaa (0,2 %) ja kuukausittain 25 vastajaa (0,3 %). ”Harvemmin” on vastannut 708 henkilöä (9,6 %). Taloudellista kaltoinkohtelua ilmenee siis laitostyyppisessä hoidossa yllättävän paljon. Toki täytyy huomioida, että taloudellisen kaltoinkohteluksi lasketaan laajasti monenlaisia asioita. Esimerkkejä vastaajat tuovat esille avovastauksissa.

Vastauksien mukaan anastamiseen ovat syyllistyneet sekä omaiset ja muut asukkaat, mutta myös hoitajat:

”Joku hoitaja varasti asukkaalta rahaa ja raha on korvattu asukkaalle.”

Muutamissa esiintuoduissa tapauksissa syyllinen on ollut ulkopuolinen varas. Useimmiten taloudellista kaltoinkohtelua epäillessä asukkaalle on haettu edunvalvojaa ja tarvittaessa tehty tutkintapyyntö poliisille. Aina syyllistä ei kuitenkaan pystytä todentamaan. Tyypillisimmin asukkailta katoaa käteistä rahaa tai tilillä on väärinkäytöksiä. Asukkaiden turvallisuutta pyritään parantamaan pitämällä heidän yksityistavaroitaan lukituissa kaapeissa tai kansliassa:

”Rahojen katoamisessa, rahat otettiin kansliaan, pois asukkaan huoneesta ja ne pidettiin lukitussa kaapissa.”

Monissa yksiköissä asukkaat ovat muistisairaita ja saattavat itse piilotella tavaroita. Näissä tapauksissa on vaikea saada selville, mitä kadonneille tavaroille oikeasti on tapahtunut. Muistisairas asukas voi myös ymmärtämättään anastaa toisen asukkaan omaisuutta:

” –toisen asukkaan anastaessa muiden tavaroita (ymmärtämättään) ne palautettiin oikealle omistajalle hoitajien toimesta.”

”Etsitty asukkaan hävinnyt tavara toisen asukkaan huoneesta. Hoitajat tietävät hyvin kuka keräilee tavaroita. Muistisairaiden yhtenä oireena on tavaroiden piilottaminen ja keräily.”

Taloudellinen kaltoinkohtelu voi siis johtua useista syistä ja sen huomaaminen voi olla hankalaa. Naispuolisilla asukkailla voi olla arvokkaita koruja, joita he eivät pidä arkena. Tällöin niiden katoaminenkin voi jäädä huomaamatta. Tilillä tapahtuvien väärinkäytöstenkin tulee usein olla huomiota herättäviä, että niihin huomataan reagoida.

Lääkkeiden anastamista tapahtuu vastaajien mukaan hyvin vähän viikoittain tai kuukausittain (Taulukko 4). Sen sijaan 18 vastaajaa (0,2 %) kertoo, että lääkkeiden anastaminen on jokapäiväistä:

Taulukko 4: Lääkkeiden anastaminen

	Lkm	%
Päivittäin	18	,2
Viikoittain	5	,1
Kuukausittain	10	,1
Harvemmin	532	7,2
Ei koskaan	6844	92,4
Yhteensä	7409	100,0

Avovastauksissa moni tuo esille, että lääkevarkauksia on ollut, mutta syyllinen on jäänyt ennen pitkää kiinni ja asiasta on tehty poliisitutkinta. Monissa yksiköissä on tiukennettu lääkkeisiin liittyviä asioita niin, että lääkkeiden anastamisen mahdollisuus olisi verrattain pieni. Jos lääkevarkauksia ilmenee, on niihin todennäköisesti syyllinen joku yksikön henkilökunnasta:

”Yksi lähihoitaja on vienyt lääkkeitä > hänet olisi irtisanottu, mutta annettiin hänelle mahdollisuus itse irtisanoutua. Lisäksi tehtiin ilmoitus poliisille. Myös Valviraan tehtiin ilmoitus ja selvitys asiasta. Ei ole enää yksikössä.”

Ulkopuolisen varkaan mahdollisuus ei silti ole poissuljettua. Laitoksissa asuville vanhuksille joudutaan antamaan paljon sellaisia lääkkeitä, joita terve ihminen voi helposti väärinkäyttää. Levottomille ja vaelteleville vanhuksille voidaan antaa esimerkiksi erilaisia rauhoittavia, joita väärinkäytettynä voi saavuttaa päihtyneen tilan. Tämä lienee syy myös sille, minkä takia joskus henkilökunnasta toimesta lääkkeitä anastetaan. Valtaosa kyselyyn vastanneista (6844 kappaletta, 92,4 %) silti kertoo, ettei lääkkeiden anastamista tapahdu koskaan (Taulukko 4).

Lääkkeiden anastamista isommaksi ongelmaksi vastaajat kokevat asukkaiden yli- ja alilääkitsemisen (Taulukko 5):

Taulukko 5: Yli- ja alilääkitseminen

	Lkm	%
Päivittäin	68	,9
Viikoittain	132	1,8
Kuukausittain	374	5,0
Harvemmin	2989	40,3
Ei koskaan	3846	51,9
Yhteensä	7409	100,0

68 vastaajaa (0,9 %) kertoo, että yli- ja alilääkitseminen on heidän yksikössään päivittäin tapahtuvaa. Vastaajista 132 (1,8 %) kertoo yli- ja alilääkitsemisen olevan viikoittaista, 374 (5 %) kertoo sitä tapahtuvan kuukausittain. Vastaajista 2989 (40,3 %) puolestaan kertoo, että sitä tapahtuu harvemmin. Puolet, eli 3846 vastaajaa (51,9 %) kertoo, ettei yli- tai alilääkitsemistä tapahdu koskaan. Avovastauksissa työntekijät ottavat toistuvasti kantaa lääkityksiasiaan, sillä raja asianmukaisessa hoidossa ja kaltoinkohtelussa on osittain häilyvä. Lääkityksistä päättää lääkäri, ja kaikki muutokset tulisi kirjata tarkoin ylös asukkaan tietoihin. Levottomilla ja häiriökäyttäytyvillä vanhuksilla rauhoittavat lääkkeet ovat välttämättömiä, jotta tarvittavat hoitotoimenpiteet voidaan tehdä. Joidenkin vanhusten kohdalla lääkkeet ovat välttämättömiä sekä hoitohenkilökunnan että muiden asukkaiden turvallisuuden takaamiseksi. Lääkkeiden tarvetta tulee seurata jatkuvasti:

”Yli-alilääkitsemistä tarkkaillaan, tarkastamalla asukkaiden lääkelistoja säännöllisin väliajoin ja tekemällä lääkärin määräaikaistarkastuksia.”

Aina lääkitysten tarkkailu ei ole helppoa, jos asukas ei asu yksikössä pysyvästi:

”Intervalliasiakkaissa on sellaisia joilla on mielestäni liikaa lääkkeitä. Siihen puuttuminen on hankalaa ellei omainen ole samaa mieltä, koska he käyvät kukin omalla lääkärillään.”

Seksuaalista hyväksikäyttöä ja kaltoinkohtelua tarkentavia kysymyksiä oli yhteensä kolme. Niillä kartoitettiin esiintyvyyttä seksuaaliselle häirinnälle, seksuaaliselle hyväksikäytölle sekä asukkaiden välisille seksuaalisille kanssakäymisille, jotka täyttävät kaltoinkohtelun kriteerit. Suurin osa vastaajista vastaa jokaiseen kohtaan ”Ei koskaan”. Seksuaalista häirintää, epäasiallista puhetta ja koskettelua ilmenee hoitoyksiköissä eniten, jopa päivittäin 28 (0,4 %) vastaajan mukaan (Taulukko 6):

Taulukko 6: Seksuaalinen häirintä, epäasiallinen puhe ja koskettelu

	Lkm	%
Päivittäin	28	,4
Viikoittain	73	1,0
Kuukausittain	76	1,0
Harvemmin	573	7,7
Ei koskaan	6659	89,9
Yhteensä	7409	100,0

Avovastausten perusteella seksuaalinen häirintä ja epäasialliset puheet ovat pääasiassa asukkaiden välisiä, sillä esimerkiksi muistisairaudet aiheuttavat käytöshäiriöitä, joissa seksuaalisuus voi korostua:

”Viime aikoina on ollut parin miesasukkaan asiatonta käytöstä, kätöshäiriöitä, koskettelua ja rivoja puheita, jotka kohdistuvat naisasukkaisiin.”

”Toiselle miehelle selitetty miksi seksuaalinen koskettelu ei ole osastolla suotavaa. Varsinkin kun toinen osapuoli on todella muistamaton ja hänellä on lisäksi afasia.”

Seksuaalisen hyväksikäytön kohdalla huomio kiinnittyy siihen, että peräti kolme vastaajaa (0 %) kertoo seksuaalisen hyväksikäytön olevan yksikössä arkipäivää (Taulukko 7). Kyseessä on todennäköisesti sama yksikkö. Kysymys nousee esille siinä, että jos työntekijät tietävät työntekijän/työntekijöiden käyttävän asukkaita seksuaalisesti hyväksi päivittäin, niin miksi siihen ei kukaan puutu?

Taulukko 7: Seksuaalinen hyväksikäyttö

	Lkm	%
Päivittäin	3	,0
Viikoittain	5	,1
Kuukausittain	3	,0
Harvemmin	107	1,4
Ei koskaan	7291	98,4
Yhteensä	7409	100,0

Avovastauksista ei käy ilmi tarkemmin, millaisia tilanteita yksiköissä huomataan. Vastaajat tuovat kyllä esille koskettelut ja rivot puheet, mutta varsinaisista hyväksikäytöistä ei kerrota erikseen. Voi olla, että taulukon 6 ja taulukon 7 kysymykset on mielletty osittain samoiksi asioiksi, jonka takia niihin on voitu vastata perustuen samoihin asukkaisiin tai tapauksiin. Oletus tässä kysymyksessä on, että kyseessä on juuri henkilökunnan asukkaisiin kohdistama seksuaalinen hyväksikäyttö, sillä taulukossa 2 listatuissa olevissa kysymyksissä on erikseen vielä kohta, jossa kysytään juuri asukkaiden toisiin asukkaisiin kohdentamasta seksuaalisesta kaltoinkohtelusta.

5.2 Tekijä ja kaltoinkohtelulle altistuminen

Koska kaltoinkohtelu on moninainen ja laaja ilmiö, myös kaltoinkohteluun syyllistyviä ja epäiltyjä tekijöitä on paljon. Taulukossa 8 vastaajat kertovat kaltoinkohteluun syyllistyvistä henkilöistä. Nämä vastaukset antavat tietoa myös kaltoinkohtelun laajuudesta. Vastaajat saivat valita useamman vaihtoehdon, jonka vuoksi lukumäärät hämäävät lukijaa. Heistä 4675 kpl (63 %) kertoo kaltoinkohtelijan olleen toinen työntekijä. Tämän lisäksi 1379 (19 %) kertoo, että on havainnut omaisen kaltoinkohtelevan vanhusta. Lähes puolet, 3501 kpl (47 %) on todistanut asukkaan kaltoinkohtelevan muita asukkaita. Vastaajista 1074 (16 %) myöntää olleensa itse kaltoinkohtelija ja peräti 6856 (93 %) on lisäksi vastannut, että kaltoinkohtelija on ollut joku muu kuin edellä mainittu. Joku muu-vaihtoehdon yhteydessä lomakkeessa oli avoin kohta, johon vastaaja pystyi kertomaan, kuka tekijänä on ollut.

Taulukko 8: Edellä mainituissa tilanteissa tekijä on ollut (voit valita usean vaihtoehdon):

Edellä mainituissa tilanteissa tekijä on ollut (voit valita usean vaihtoehdon):	Lkm	%
Toinen työntekijä	4675	63
Omainen	1379	19
Toinen asukas	3501	47
Vastaaja itse	1074	16
Joku muu	6856	93

Yksi erittäin mielenkiintoinen huomio kiinnittyy siihen, että kysymyksen avovastauksien mukaan useimmiten kaltoinkohtelijana oli sijainen tai muu, ei vakituinen, työntekijä. Nimettyinä tekijöinä löytyi sijainen, opiskelija, keikkalainen, lyhytaikainen sijainen sekä työllistetyt (kuntouttavan työtoiminnan kautta). Avovastauksissa kaltoinkohtelun käsittelystä ilmeni useaan kertaan, että kaltoinkohteluun syyllistynyt sijainen tai määräaikainen työntekijä irtisanottiin tekojensa vuoksi tai hänen työskentelynsä yksikössä on muutoin päättynyt. Sijaisista kaltoinkohtelijoina kommentoitiin esimerkiksi näin:

”Vakituinen henkilökunta ei ole kaltoinkohdellut asukkaita. Sijaiset jotka näin toimineet, niin ovat jo lopettaneet yksikössä.”

”Yksittäiset huonompaa hoitolaatua antavat hoitajat ovat poistettu talon sijaislistoilta.”

” - työnsä laiminlyöviä sijaisia ei oteta uudelleen tekemään vuoroja.”

Sijaisten syyllistyminen kaltoinkohteluun vakituista henkilökuntaa useammin johtunee siitä, että työvoimapuutteessa töihin otetaan kaikki, jotka täyttävät lain edellyttämät vaatimukset. Sijaisella ei välttämättä ole korkea motivaatio yksikössä työskentelyyn, jos

hän on siellä vain väliaikaisesti. Sijainen voi olla opintojensa loppuvaiheessa oleva, jolle hyvät työkäytännöt eivät välttämättä ole vielä kovin tuttuja.

Avovastauksissa vastaajat tuovat esille, että kaltoinkohtelijan roolissa on monissa tapauksissa asukas itse. Niin kutsuttua itsensä laiminlyöntiä havaitaan yksiköissä usein. Vastaajat tuottavat avovastauksissaan, että asukas itse ei ymmärrä omaa parastaan ja näin ollen kaltoinkohtelee itse itseään:

”Aliravitsemusta tai nestehukkaa voi joskus syntyä asukkaan kieltäytyttyä itse.”

Vanhukset voivat kieltäytyä tarvittavista hoitotoimenpiteistä, eivät suostu peseytymään hoitajankaan avustuksella tai kieltäytyvät syömästä tai juomasta. Useimmiten syy itsensä kaltoinkohteluun ja hoitamisen estämiselle on asukkaan sairauden tilassa. Esimerkiksi muistisairaudet ja niiden aiheuttamat muutokset aivoissa voivat aiheuttaa asukkaalle hoitokielteisyyttä tai itsensä kaltoinkohtelemista:

”Aliravitsemus liittynyt siihen, että asukas itse ei ole syönyt ja laihtunut, sairaus edennyt siinä vaiheessa pitkälle.”

Hoitajien mukaan ikääntyneet eivät huonon terveydentilansa takia aina ymmärrä omaa parastaan. Rajoitustoimenpiteisiin joudutaan usein turvautumaan vaeltelevien ja rauhattomien vanhusten kohdalla, jotka ovat häiriöksi muille tai uhkaavat käytöksellään omaa terveyttään. Liikkumisen rajoittamiseen ja lääkitsemiseen joudutaan useampien vanhusten kohdalla turvautumaan turvallisuuden vuoksi. Nämä toimenpiteet ovat lääkärin määräämiä:

”Liikkumista joudutaan estämään niin, että pidetään vuoteissa laitoja ylhäällä. Pyörätuoleissa osalla on istuinvyö. Luvat kuitenkin pyydetty omaisilta ja lääkäriltä asiaa koskien. Näin vain taataan asukkaan turvallisuus.”

Vanhusten osoittama hoitotoimenpiteiden vastustaminen johtaa välillä siihen, että hoitajat joutuvat pakottamaan asukkaan suihkuun tai käyttämään voimaa

hoitotoimenpiteiden loppuunsaattamiseksi. Tällöin kyse ei ole kaltoinkohtelusta, vaan asianmukaisesta hoidosta.

Muistisairaudet eivät aiheuta ainoastaan itsensä kaltoinkohtelua ja laiminlyöntiä, vaan kohdistuvat myös muihin asukkaisiin tai hoitajiin. Sairaudentila voi aiheuttaa asukkaassa aggressiivisuutta tai muuta poikkeavaa käytöstä, mikä voi kohdistua esimerkiksi hoitotyötä tekevään hoitajaan:

”Seksuaalinen häirintä, koskettelu, asiattomat puheet, huutaminen, pureminen, lyöminen, nipistely, syljeskely yms ovat hoitajien kokemaa jokapäiväistä arkea, eivät vanhusten.”

Eritoten aggressiivisuus kohdistuu muihin asukkaisiin. Aggressiivisuus voi ilmentyä fyysisenä väkivaltana, uhkailuna tai muuna karkeana kielenkäyttönä. Asukkaat voivat puhua toisilleen hyvinkin epäasiallisesti tai ronskisti. Asukkaat voivat tietämättömyyttään purra hoitajia, heristellä nyrkkiä, manata tai asukkaat voivat yhdessä kiusata jotain toista asukasta:

”Henkistä väkivaltaa ja uhkauksia on esiintynyt asukkailla joiden kemiaat eivät sovi yhteen.”

”Viety karkeata kieltä käyttänyt asukas pois toisten luota.”

Näiden edellä mainittujen lisäksi kiinnostava näkökulma muusta tekijästä on rakenteellisiin asioihin liittyvä. Näistä jatkan luvussa 7.

6 Kaltoinkohteluun puuttuminen

6.1 Puuttuminen ja puuttumattomuus

Useimmiten havaittuun kaltoinkohteluun puututaan onnistuneesti ja asiat käsitellään asianmukaisesti yksikön kesken. Hoitajia ohjeistetaan tekemään poikkeamista ja epäkohdista terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro:n kautta ilmoitus. Yksiköissä voi olla käytössä myös omat poikkeamailmoitukset, jotka täytetään esimerkiksi juuri silloin, kun kaltoinkohtelua havaitaan. Ilmoituksia käsitellään tiimipalaverissa ja pohditaan tilanteita eettisestä näkökulmasta. Tarvittaessa yksiköissä annetaan varoituksia, irtisanotaan työntekijä, tehdään rikosilmoitus, hankitaan asukkaalle edunvalvoja, muutetaan hoitojärjestelyä asukkaan turvallisuuden takaamiseksi ja konfliktien välttämiseksi, otetaan yhteyttä työsuojeluun tai keskustellaan muutoin rakentavasti epäkohtien poistamiseksi.

Yksiköissä on kuitenkin välillä vaikeuksia puuttua tilanteisiin. Puuttumattomuutta selvitettiin kysymyslomakkeen kysymyksissä 13 ja 14. Kysymyksessä 13 kysyttiin, onko yksikössä puututtu havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin. Kysymyksen 13 vastauksen selviävät taulukosta 9:

Taulukko 9: Onko yksikössänne puututtu havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin?

	Lkm	%
Aina kun niitä on havaittu	4280	58
Usein	648	9
Joskus	779	11
Harvoin	583	8
Ei koskaan	578	8
Yhteensä	6868	93

Vastaajista 4280 (58 %) kertoo, että heidän yksikössään puututaan havaittuihin kaltoinkohtelutapauksiin aina, kun niitä havaitaan. 648 vastaajaa (9 %) kertoo, että tapauksiin puututaan usein. Sen sijaan hälyttävältä näyttävät seuraavat luvut. ”Joskus”-

vastanneita on 779 kpl (11 %), ”Harvoin”-vastanneita 583 kpl (8 %), kun taas ”Ei koskaan” vastasi 578 työntekijää (8 %).

Yksiköiden työntekijöiltä kysyttiin kysymyslomakkeen kohdassa 14, miten havaittuja kaltoinkohtelutapauksia on yksikössä käsitelty. Tämä kysymys on avokysymys. Epäonnistuneesta puuttumisesta mainitsi avovastauksissa 78 vastaajaa. Vastausten mukaan monissa yksiköissä kaltoinkohteluun puuttuminen on puutteellista. Myös asioiden käsittely jää usein vaillinaiseksi. Puuttuminen voi olla hidasta ja pahimmassa tapauksessa mikään ei muutu. Moni vastaaja kertoo ilmiantaneensa kaltoinkohtelevan hoitajan, joka on saanut asiasta puhuttelun tai varoituksen, mutta toimintamallin muuttumista ei kukaan ole seurannut. Ilmiannettu hoitaja on hetken päästä unohtanut asian ja jatkanut kaltoinkohtelevaa käyttäytymistään ilman, että asiaan on puututtu uudestaan esimiestasolta. Henkilökunta kokee näissä tapauksissa, että puhuttelut ovat tulokseton tapa käsitellä epäkohtia, kun mitään konkreettista muutosta ei tapahdu:

”Esimiehelle on joistakin ilmoitettu, esimies ottanut ao. puhutteluun, tuloksetta!”

”Yhtä hoitajaa on puhuteltu muutamia kertoja, mutta asiat ovat palanneet aina ennalleen.”

Useimmiten henkilökunnan ohjeistuksena on tehdä poikkeamailmoitus tai täyttää vaara- ja uhkatilanneselvityslomake, jos he huomaavat epäkohtia tai poikkeamia työssään. Moni vastaaja kertoo, että lomakkeita on turha täyttää, kun niitä ei käsitellä kunnolla eikä epäkohtiin puututa. Asioita saatetaan käydä liian nopeasti läpi, jolloin työntekijöille jää tunne epäonnistuneesta käsittelystä. Kun työntekijöillä menee luottamus esimiehen ja johtotason puuttumistaitoon, he näyttävät lopulta luovuttavan ja pitävän tiedot epäkohdista itsellään. Tämä johtaa siihen, että työntekijät tyytyvät keskustelemaan asioista keskenään ”omissa kuppikunnissaan” eivätkä he aina jaa tietoa esimiehilleen:

”Suurin osa vaikenee tai puhuu muiden hoitajien kesken. Joissakin tapauksissa on asioista mainittu myös esimiehelle.”

Koetaan myös, että annetut määräykset ovat lähinnä näennäisiä eivätkä oikeasti tuo minkäänlaista muutosta, kun määräysten noudattamista ei valvota. Monesti tällaiset tilanteet voivat luoda vääristyneitä hoitokulttuureita, jotka mahdollistavat kaltoinkohtelun jatkumisen. Kun laiminlyöntien annetaan jatkua, voi yksikköön jäädä ajatus siitä, että vääränlaiseksi koettu hoitotapa on hyväksyttävä:

”Asia on hiljaisesti hyväksytty, koska resursseja ei yksinkertaisesti ole. Yövaipat laitetaan usein jo iltapäivällä ja aamulla vaipat ovat todella märät ja joskus vuodekin on kastunut. Sekin eräällä tavalla vain totuttu tapa.”

Tilanteet johtavat lopulta esimerkiksi siihen, että kaltoinkohtelua käsitellään henkilökunnan kesken lähinnä *”paheksuvilla katseilla”*, kuten yksi vastaajista tuo esille. Monia räikeitä rikoksia lakaistaan maton alle ja ne jätetään käsittelemättä. Lääkevarkauksia ei aina ilmoiteta eteenpäin, vaan lääkkeisiin liittyviä turvallisuustoimia kiristetään selvittämättä lääkevarkauksiin syyllistynyttä/syyllistyneitä henkilöitä. Jos asukkaalta on kadonnut rahaa, ei aina tehdä poliisille rikosilmoitusta, vaan asukkaan menettämät rahat korvataan yksikön toimesta ja rahoja pyritään jatkossa säilyttämään turvallisemmin. Työntekijöitä saatetaan kehottaa hiljenemään asioista:

”Raha ja lääkevarkauksissa tekijänä on ollut toinen työntekijä, työnantaja ei ole sen kummemmin puuttunut asiaan, rikosilmoitusta ei tehty, kunta maksoi puuttuvat rahat asukkaalle ja työntekijöitä kehoitettiin olemaan hiljaa asiasta.”

Kysymyksen 14 avovastauksissa 162 vastaajaa ilmaisi, ettei kaltoinkohteluun puututa heidän yksikössään ollenkaan. Suurimmassa osassa näistä vastauksista kerrotaan, että kaltoinkohteluun ei puututa mitenkään tai heikonlaisesti:

”Esimiehelle on usein kerrottu kaltoinkohtelusta, mutta asiaan ei ole puututtu.”

”Yritetty puhua esimiehelle, mutta esimies ei halunnut selvittää tilannetta.”

Joskus asioista ollaan raportoitu, mutta ne *”painetaan villaisella”*. Osa mainituista tilanteissa, joissa jätetään puuttumatta, liittyvät rakenteellisiin ongelmiin, kuten henkilökunnan vähyyteen. Osassa tapauksissa kaltoinkohteleva henkilö on niin voimakas persoona, ettei häntä vastaan uskalleta asettua. Joidenkin hoitajien koetaan olevan esimiehen suojeluksessa ja he saavat tehdä yksikössä mitä vain ilman, että asioihin puututaan:

”Ei olla koskaan käsitelty, kun on hyvät hoitajat, pomon suosikit.”

Lapsenomainen kielenkäyttö, kovakourainen käsittely, toiveiden kuulemattomuus ja vähättely, ulkoilun laiminlyönti sekä henkinen väkivalta ovat mainittuja kaltoinkohtelun muotoja, joihin yksiköissä ei ole halua puuttua. Tilanteita saatetaan kiertää sillä, että työntekijä siirretään toisiin työtehtäviin saman organisaation sisällä:

”Suljetusti, hyssyttelemällä, siirtämällä toiseen pienkotiin samoihin tehtäviin.”

Kaltoinkohtelun mahdollistavasta hoitokulttuurista kertoo se, että moni vastaaja kertoo tiettyjen toimintatapojen juurtuneen yksikköön niin, että siitä on tullut arkipäivää. Tällaisia tapoja ovat esimerkiksi kovakourainen hoitotyyli sekä epäasiallinen puhetapa. Kovaa puhetta voidaan myös pitää hoitajan omana temperamenttina, jonka vuoksi asiaan ei haluta puuttua:

”mm. ”ymmärretty erilaiset toimintatavat”, ei ”uskalleta” puuttua tiettyihin toimintatapoihin, jos tekijä on esim. vahva persoona ja huomauttamisesta koituisi lisää ongelmia työyhteisöön...”

Työstään pitämättömät hoitajat saattavat arvostella negatiiviseen sävyyn omaa työtään asukkaiden kuullen. Lisäksi vanhuksia saatetaan komennella ja määrällä asiattomasti. Kommenteissa kerrotaan myös hoitajista, jotka eivät arvosta ikääntyneitä, vaan haluavat asukkaat lääkittävän niin, että nukkuisivat yöt hyvin eivätkä vaeltelisi ympäriinsä. Vaikka kaltoinkohtelun räikeimmät tapaukset ovat aineiston kokoon nähden marginaalissa, on kaltoinkohteluun puuttumattomuus selkeä ongelma nykyisessä

vanhustenhuollossa. Kun ajatellaan, että kaltoinkohtelu on ihmisoikeuksia loukkaavaa ja voi olla rikoksen tunnusmerkitöt täyttävä teko, ovat taulukon 9 luvut huolestuttavia.

6.2 Ilmoitusvelvollisuus ja omavalvontasuunnitelma

Pohdittaessa kaltoinkohteluun puuttumattomuutta herää ajatus siitä, että yksiköissä ei aina osata kunnolla varautua mahdollisiin kaltoinkohtelutilanteisiin, niiden käsittelyyn tai ennaltaehkäisyyn. Työntekijät kokevat usein turhautumista raportoidessaan havainnoimiaan tapauksia esimiehelle, joka ei puutu asiaan millään lailla. Tämä voi johtua siitä, että esimiehellä ei ole tiedossa oikeita keinoja asioiden käsittelyyn. Kyse voi olla myös esimiehen henkilökohtaisista ominaisuuksista ja niiden soveltumattomuudesta vaativien tapausten käsittelyyn. Kyselyn perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että esimiehillä ei aina ole oikeanlaisia puuttumisen keinoja tai malleja osoitettuna työnantajalta. Kysymyslomakkeen kysymyksessä 15 tiedusteltiin, onko yksikössä kehitetty toimintamalli tai ohjeet tilanteisiin, joissa kaltoinkohtelua on havaittu. Tulokset puhuvat sen puolesta, että jotkut yksiköt ovat huonosti varautuneita tällaisiin tilanteisiin:

Taulukko 10: Yksikössä on kehitetty toimintamalli tai ohjeet tilanteisiin, joissa on havaittu kaltoinkohtelua

	Lkm	%
Kyllä	3257	44
Ei	1160	16
En tiedä	2992	40
Yhteensä	7409	100

Taulukossa 10 on esiteltyä yhteenveto vastauksista kysymykseen 15. Työntekijöistä 3257 (44 %) kertoo, että heidän yksikössään on olemassa toimintamalli tai ohjeet tilanteisiin, joissa kaltoinkohtelua havaitaan. Vastaajista 1160 (16 %) kertoo suoraan, ettei yksiköllä ole minkäänlaisia ohjeita tai toimintamalleja kaltoinkohtelutapausten varalle. Lisäksi 2992 vastaajaa (40 %) kertoo, ettei tiedä onko tällaisia ohjeita olemassa

vai ei. Tämä kertoo epäkohdasta vanhustenhuollon kentällä, sillä kaltoinkohtelua voi tapahtua missä yksikössä vain, kenen tahansa toimesta ja tällaisiin tilanteisiin tulisi olla varautunut. Kaltoinkohtelusta ja epäkohdista ilmoittaminen ei ole vain hyvän hoidon periaatteiden mukaista ja suotavaa, vaan siitä on myös säädetty sosiaalihuoltolaissa.

Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaan henkilökunta on velvollinen ilmoittamaan havaituista epäkohdista esimiehilleen. Jos asia ei sittenkään korjaannu, on heillä velvollisuus ottaa yhteyttä valvovaan viranomaiseen. Myös esimiehellä on velvollisuus raportoida räikeät epäkohdat valvovalle viranomaiselle. Kysymyksessä 21 selvitettiin, onko sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaisista asioista ja prosesseista keskusteltu työyhteisössä. Tulokset ovat hälyttäviä ja selittävät osaltaan sitä, miksi kaltoinkohtelu saa monessa yksikössä jatkaa. Taulukossa 11 on esiteltynä kysymyksen 21 vastaukset:

Taulukko 11: Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaisen ilmoitusvelvollisuuden prosessista on keskusteltu yksikössänne

	Lkm	%
Kyllä	2649	36
Ei	1539	21
En tiedä, mistä ilmoitusvelvollisuudessa on kyse	691	9
En osaa sanoa	2530	34
Yhteensä	7409	100

Voidaan todeta, että ilmoitusvelvollisuus ja pykälä 48 ovat varsin tuntemattomia vanhustenhuollon saralla. Vastaajista vain 2649 eli 36 % kertoo, että ilmoitusvelvollisuudesta on keskusteltu yksikössä. Tämä tarkoittaa sitä, että 64 % ei tiedä, mistä asiassa on kysymys. Jo pelkästään se, ettei ilmoitusvelvollisuudesta puhuta niissä yksiköissä, joita se koskee, on räikeä epäkohta. Laki ja uusi pykälä tulivat voimaan 1.1.2016, mutta se hyväksyttiin jo vuosi ennen voimaantuloa. Valviran kysely on toteutettu silloin, kun uusi laki oli ollut voimassa jo pari kuukautta. Yksiköissä on ollut ennen lain voimaantuloa vuosi aikaa valmistautua uuden lain tuomiin velvoitteisiin. Näin ei ole siis tapahtunut kaikilta osin.

Prosessit voivat olla hankalia ja byrokraattisia työntekijöille, joilla on muutoinkin paljon töitä ja kiire työtehtäviä hoitaessaan. Heiltä ei välttämättä löydy tarvittavia voimavaroja lähteä ilmiantamaan työkavereita. Riskinä voi myös olla, että asiat kääntyvät ilmoittajaa itseään vastaan. Varsinkin lannistavaa voi olla, jos esimieheltä ei löydy tarvittavaa osaamista epäkohdan käsittelemiseen eikä apua koeta saavan muualtakaan:

”Ilmoitin kyseisistä tilanteista aluehallintovirastoon ja minun käskettiin ottaa yhteyttä kyseisen osaston esimieheen. En voi keskustella kyseisen osastonhoitajan kanssa koska hän ei osaa ottaa tällaisia palautteita vastaan ja on itekin useasti epäsiällinen käytökseltään ja puheiltaan. Joten asiaa ei ole käsitelty mitenkään.”

Sosiaalihuoltolain 47 §:n mukaisesti yksiköissä tulee olla omavalvontasuunnitelma. Kysymyslomakkeen kohdassa 22 tiedusteltiin vastaajilta, että käsitelläänkö kaltoinkohtelun riskiä omavalvontasuunnitelmassa. Tässä tapauksessa vastaukset näyttävät hieman paremmilta (Taulukko 12):

Taulukko 12: Kaltoinkohtelun ehkäisyä (riskiä) on käsitelty yksikönne omavalvontasuunnitelmassa

	Lkm	%
Kyllä	3306	45
Ei	543	7
En ole tietoinen yksikkömme omavalvontasuunnitelmasta	361	5
En osaa sanoa	3199	43
Yhteensä	7409	100

Taulukossa 12 voidaan huomata, että 3306 vastaajaa (45 %) vastasi kysymykseen kyllä. Sen sijaan ”En osaa sanoa” vastaajia on lähes yhtä paljon kuin niitä, jotka ovat vastanneet kyllä. Yhteensä 3199 vastaajaa (43 %) toteaa, ettei tiedä onko kaltoinkohtelun riskiä käsitelty omavalvontasuunnitelmassa. Tämän voisi ajatella

tarkoittavan sitä, että iso osuus vanhustenhuollon työntekijöistä ei tiedä varmasti yksikkönsä omavalvontasuunnitelman sisältöä. Kaltoinkohtelun riskin välttäminen on tärkeä osa hyvää ja eettistä hoitoa, jonka vuoksi siitä on tärkeää olla maininta omavalvontasuunnitelmassa. Yhtä tärkeää olisi, että henkilökunta on tietoinen omavalvontasuunnitelman sisällöstä. Jos henkilökunta ei tiedä, mitä asioita omavalvonta pitää sisällään, ei suunnitelmalla ole mitään merkitystä. Tietämättä siinä olevia omavalvonnan alaisia asioita ei niihin myöskään voi puuttua, saati raportoida eteenpäin. Voidaan todeta, että tulosten perusteella yksiköissä on vakavia puutteita henkilökunnan tietoisuudessa liittyen epäkohtien raportoimiseen ja ehkäisyyn. Tämä selittää myös sen, miksi monissa yksiköissä on vaikeuksia puuttua havaittuihin epäkohtiin, esimerkiksi kaltoinkohtelutapauksiin.

6.3 Tietämättömyys, vaikeneminen ja vaijantaminen

Epäkohdista raportoimattomuus ei aina johdu siitä, että työntekijä tarkoituksellisesti pimittäisi tietoa epäkohdasta. Joskus syy on siinä, ettei työntekijällä ole tarpeeksi tietoa epäkohtien havaitsemiseksi. Työntekijöiltä tiedusteltiin kysymyslomakkeen kysymyksessä 7 heidän valmiuksiaan kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisemiseen (Taulukko 13):

Taulukko 13: Koulutuksesi antaa riittävät valmiudet kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisemiseen

	Lkm	%
Kyllä	6234	84
Ei, tarvitsisin lisäkoulutusta	582	8
En osaa sanoa	592	8
Yhteensä	7408	100

6234 vastaajaa (84 %) kokee, että heidän koulutuksensa antaa riittävät valmiudet kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja ehkäisemiseen. 582 vastajaa (8 %) kertoo tarvitsevänsä lisäkoulutusta. 592 vastaajaa (8 %) kertoo, ettei osaa sanoa. Moni vastaaja

kokee joko tarvitsevansa lisää koulutusta kaltoinkohtelun tunnistamiseksi tai ei osaa suoraan sanoa, että ei tarvitsisi.

Tällainen iso ero on mielenkiintoinen, sillä taustaltaan vastaajilla tulisi olla jonkin asteinen terveydenhoitoalan tutkinto, jonka perusteella he ovat päteviä työssään toimimaan. Koulutusten sisältöjen tulisi olla suurin piirtein sama. Onko niin, että opiskeluista on sen verran aikaan, että siihen aikaan kaltoinkohtelua ei ole tunnistettu yleisesti ongelmaksi ja sen vuoksi nykypäivänä ilmiön edessä koetaan tietämättömyyttä? Vai onko niin, että asioita on kyllä käsitelty opiskeluiden aikana, mutta tiedot eivät ole enää tuoreessa muistissa? Joka tapauksessa tämän tiedon pohjalta on selvää, että vanhustenhuollon yksiköissä tulisi järjestää erillisiä koulutuksia kaltoinkohtelun riskien tunnistamiseen ja ehkäisyyn, jotta kaikilla työntekijöillä olisi samat valmiudet.

Tietämättömyys yksiköissä ulottuu koulutuksen riittämättömyydestä myös yleisesti kaltoinkohtelun käsittelyyn yksikössä. Kysymys 14:ssä tiedusteltiin ilmenneiden kaltoinkohtelutapausten käsittelyä yksiköissä. Poimin avovastauksista yhteensä 62 vastausta, jossa todettiin yksinkertaisesti en tiedä/en osaa sanoa. On merkittävää huomata, että henkilökunta ei yksinkertaisesti tiedä, onko asioita käsitelty edes yksikössä. Voisi kuvitella, että tällainen nostaa kaltoinkohtelun raportoimiskynnystä kyseisten vastaajien kohdalla, sillä miksi mennä raportoimaan asiasta, jolle ei tiedettävästi tehdä mitään? Tällöin vaikenemisen syynä ei ole koulutuksen puutteesta tai ilmoitusvelvollisuuden laiminlyönnistä, vaan puhtaasti siitä, että epäkohdasta raportoiminen koetaan turhaksi.

Avovastauksissa nousee esimerkkejä, joissa epäkohtia selkeästi peitellään jonkun toimesta. Työntekijät kertovat, kuinka raportoituja tapauksia ei käsitellä mitenkään ja asiat pyritään vain unohtamaan. Tämän lisäksi ilmenee selkeää vaientamista joissain yksiköissä. Vaientaminen on marginaalissa, mutta sitä ei pitäisi tapahtua ollenkaan. Työntekijöillä on oikeus ja velvollisuus tuoda epäkohtia esimiehen tietoon ja heitä ei saisi vaientaa missään tapauksessa. Vastauksista käy ilmi, kuinka joissain yksiköissä epäkohdista ei uskalleta puhua ääneen ollenkaan. Työntekijät saattavat vaieta, jos

kaltoinkohtelija on vahva persoona tai työntekijä pelkää oman asemansa puolesta. On jopa käynyt niin, että kaltoinkohteleva työntekijä on esimiehelle sukua, jonka vuoksi kantelija itse olisi saanut varoituksen, mikäli olisi kertonut havainnoistaan eteenpäin:

”Niitä ei ole voitu käsitellä, koska kukaan ei ole uskaltanut tuoda julki niitä. Kyseessä on ollut sukulaisuus suhteita, joista työntekijä olisi voinut saada kertomistaan asioista varoituksen.”

Muitakin työntekijään kohdistuvia vastatoimia ilmenee kommenteista. Muutama vastaaja tuo ilmi sen, kuinka kantelusta joutuisi itse kielteisen palautteen kohteeksi. Mikäli kantelee työkaverista, saa itse kuulla olevansa negatiivinen ja ilkeä. Työntekijä saattaa myös kokea, ettei uskalla yksin asettua ketään vastaan ja siksi vaikenee:

”Yksin ei ole rohkeutta puuttua...”

Työntekijät kokevat välillä, ettei esimies ole ottanut työntekijän kertomia todesta tai reagoinut niihin, vaan kokenut tilanteen työkaverista kantelemiseksi ja osoituksena huonosta työilmapiiristä. Esimiehet tuntuvat vähättelevän asioita, minkä vuoksi työntekijät eivät ole kovin halukkaita tuomaan uusia epäkohtia ilmi:

”Vaikenemalla asiasta joten asiaa ei ole silloin olemassa. Esimiehet vähättelevät asioita.”

Lisäksi pyritään vaientamaan työntekijöitä ja kehottamaan heitä olemaan hiljaa:

” – hoitajia ei uskota. Suljetaan silmät ja ”hyssytellään”.”

Voidaan todeta, että vanhusten kaltoinkohteluun ja siihen puuttumisessa on paljon erilaisia epäkohtia. Useimmiten syyt tuntuvat johtuvat huonosta johtamisesta sekä esimiesten kyvyttömyydestä tai haluttomuudesta käsitellä havaitut epäkohdat. Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukaisesti on laitonta kohdistaa mitään vastatoimia sellaista työntekijää kohtaan, joka raportoi epäkohdan työyhteisöstä. Tämä ei todellisuudessa toteudu siten kuin laki velvoittaa. Tapaukset rajautuvat tulosten perusteella

luultavastikin vain muutamiin kymmeniin yksiköihin, mikä on koko Suomen mittakaavalla marginaalinen luku. Kuitenkin yksikin kaltoinkohteleva tai epäkohtia peittelevä yksikkö on liikaa ja yksiköt toimivat tällöin vastoin hyvän hoidon etiikkaa rikkoen samalla Suomen lakia.

7 Rakenteellinen kaltoinkohtelu

7.1 Kaltoinkohtelevat rakenteet

Kaksijakoinen tutkimuskysymykseni pyrki siis selvittämään, millaista kaltoinkohtelua vanhustenhuollon yksiköissä kohdataan ja mitä haasteita siihen puuttumiseen liittyy. Analyysia tehdessäni löysin yhden kiintoisan yhtäläisyyden näiden kahden kysymyksen välillä: rakenteelliset ongelmat. Kun rajataan kaltoinkohtelutapauksista ulos ne, joihin ei liity tahallisuutta, jäljelle jäävät rakenteelliset tekijät. Kaltoinkohtelevat rakenteet tulevat esiin monessa kohtaa, esimerkiksi työntekijöiden nimeämänä tekijänä kaltoinkohtelussa. Tekijää kysyttiin kysymyslomakkeen kysymyksessä 12 (Liite 2). Vastauksissa mainittiin kaltoinkohtelevana tekijöinä esimerkiksi henkilökunnan puute, koko henkilökunta, ”johto, ei tarpeeksi työvoimaa”, kiire, koko tiimi, liian vähän hoitajia, hoitokäytäntö, omistaja, resurssit, yhteiskunta/päätäjät, yksikön johto sekä yleinen käytäntö. Työntekijöiden vastausten perusteella voi todeta, että kaltoinkohtelua ei tapahtuisi niin paljon, jos työntekijöitä olisi tarpeeksi ja työtehtävät ehdittäisiin tehdä hyvin. Työntekijät kertoivat resurssien vähydestä muun muassa seuraavaa:

”Henkilökunnan tarkoitus ei ole kaltoinkohtella ketään. Aika ja voimavarat ei vain yksinkertaisesti aina riitä. Joudumme usein priorisoimaan työssämme. Esim pesu menee ulkoilun edestä. Ei viitsisi viedä ketään ulos märällä vaipalla.”

”Asukkaat hoitoisia ja henkilökunta minimissä. Asukkaat eivät esimerkiksi pääse ulos niin usein kuin olisi tarve, syynä tähän on kiire. Usein aamupesut ehditään tekemään vasta puolilta päivin, näin ollen osa asukkaista joutuu olemaan märissä vaipoissa kauan.”

Yksiköissä on myös rakenteelliseen puuttumiseen ja ennalta ehkäisyyn liittyviä ongelmia, joiden vuoksi kaltoinkohteluun ongelmana jätetään usein puuttumatta ja katsotaan läpi sormien. Käytän tästä lähtien Briitta Koskiahon (2017) tapaan näistä tekijöiden kokonaisuudesta nimitystä rakenteellinen kaltoinkohtelu, jonka olen muodostanut vastausten pohjalta. Rakenteellisella kaltoinkohtelulla tarkoitan toimintaa, jolla rakenteellisesti tuotetaan kaltoinkohtelua ikäihmisiä kohtaan luoden

eettisiä ristiriitoja vanhustenhuollon kentälle. Rakenteellinen kaltoinkohtelu lähtee vanhustenhuollon organisoinnista ja resursoinnista johtaen yksittäisiin yksikköihin, joissa on tarkoitus tuottaa hoivaa ja huolenpitoa vanhuksille. Makrotasolla toiminta ulottuu valtakunnallisesti päättäjiin, mesotasolla kuntiin ja mikrotasolla yksittäisiin yksiköihin. Edistystä makrotasolla on tapahtunut sen verran, että sosiaalihuoltolakiin lisättiin ilmoitusvelvollisuuden pykälä, joka velvoittaa yksilöitä raportoimaan epäkohdista. Kyseistä lakipykälästä ei vielä tiedetä kaikissa yksiköissä. Valvira valvoo toimintaa valtakunnallisesti, mutta mikäli tiedot kaltoinkohtelutapauksista eivät etene Valviralle asti, on sen mahdotonta puuttua asioihin.

Rakenteellista kaltoinkohtelua ilmenee erityisesti mesotasolla eli tässä tapauksessa kunnissa sekä kuntayhtymissä. Tilanne ei liene paljokaan parempi myöskään yksityisellä puolella, mutta anonymiteetin vuoksi on mahdotonta eritellä julkiset ja yksityiset palveluntuottajat. Kysymyksessä 14 tiedusteltiin, miten ilmenneitä kaltoinkohtelutapauksia on käsitelty yksiköissä. Hoitajat kunnioittavat asukkaita ja haluaisivat antaa hyvää hoitoa elämän loppuvaiheessa oleville. Hoitajat pyrkivät tekemään välttämättömimmät hoitotoimet, jonka vuoksi vähemmän välttämättömät työt saattavat jäädä tekemättä, vaikka niillä olisi iso merkitys vanhuksen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin kannalta. Välttämättömät toimenpiteet, kuten hygienia, ravitsemus ja lääkitys pyritään hoitamaan resurssien salliessa niin hyvin, kuin pystytään. Aina näidenkään hoitotoimenpiteiden hoitamiseen ei löydy riittävästi aikaa. Laiminlyötyjä asioita ovat esimerkiksi ulkoiluttaminen, seuran pitäminen sekä vanhuksen toiveiden kuuleminen:

”Hoitajilla ei ole aikaa ulkoiluttaa asukkaita oman työnsä ohessa.”

”Ulkoilu ei hoitajien taholta onnistu henkilöstön määrän vuoksi. Vanhukset jäävät yksin huoneisiinsa.”

Taulukossa 14 on esitelty vastaukset kysymykseen 10: Vastaa yksikköne osalta seuraaviin väittämiin. Kohtia on kaksitoista ja ne voi jakaa tyypiltään eri luokkiin. Asukkaan osallisuuteen liittyvät kysymykset asukkaiden mahdollisuudesta osallistua

itseään koskevaan päätöksentekoon tai vaikutusmahdollisuudesta yksikön asioihin. Hoidon laatuun liittyvät kysymykset asukkaiden jokapäiväisiin perustarpeisiin vastaamiseen, asukkaiden virikkeisiin, asukkaiden turvallisuuteen, henkilökunnan mahdollisuuksista antaa asukkaille aikaa yksilöllisten tarpeiden mukaisesti sekä vanhustyön eettisistä periaatteista työtä ohjaavana tekijänä. Työn laatuun liittyviä tekijöitä ovat kysymykset vakituisen henkilökunnan riittävydestä, henkilökunnan työn arvostamisesta, asuin- ja hoitotilojen sekä apu- ja hoitovälineiden asianmukaisuudesta ja asukkaiden yksityisyyden turvaamisesta. Tuloksien yhteenveto on seuraavalla sivulla taulukossa 14. Taulukon laajan informaation vuoksi poimin muutamia esimerkkejä analysoitavaksi tarkemmin, joista on nähtävillä myös vastaajien lukumäärä. Taulukon 14 kysymyksiin vastanneita oli yhteensä 7409. Massiivisen tietomäärän vuoksi olen rajannut vastaajamäärät tästä taulukosta ulos.

Taulukko 14: Yhteenvedo vastauksista koskien asiakkaan osallisuutta, hoidon laatua sekä työtä ohjaavia puitteita

Vastaa yksikkönne osalta seuraaviin väittämiin:	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa/ en tiedä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Asukkailla on mahdollisuus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon	32 %	56 %	2 %	9 %	1 %
Asukkailla on vaikutusmahdollisuus yksikkönne asioihin	15 %	46 %	11 %	21 %	6 %
Asukkaiden jokapäiväiseen elämään liittyviin perustarpeisiin, esim. vessassa käyntiin, pystytään vastaamaan	69 %	26 %	1%	4 %	0,4 %
Asukkailla on tarpeeksi virikkeitä	26 %	46 %	4 %	21 %	4 %
Asukkaiden turvallisuudesta huolehditaan hyvin	70 %	26 %	1 %	3 %	0,4 %
Henkilökunnalla on aikaa asukkaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti	16 %	48 %	3 %	28 %	5 %
Vanhustyön eettiset periaatteet ohjaavat työtä	54 %	37 %	4 %	5 %	1 %
Vakituista henkilökuntaa on riittävästi	24 %	33 %	4 %	27 %	13 %
Henkilökunnan työtä arvostetaan	27 %	40 %	8 %	21 %	5 %
Asuin- ja hoitotilat ovat asianmukaiset	36 %	39 %	3 %	18 %	4 %
Apu- ja hoitovälineet ovat asianmukaiset	43 %	42 %	3 %	11 %	1 %
Asukkaiden yksityisyys pystytään turvaamaan	50 %	36 %	2 %	10 %	2 %

Taulukon kaksi ensimmäistä kohtaa liittyvät asukkaiden osallisuuteen. Ensimmäisessä kohdassa kysytään asukkaiden mahdollisuudesta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Vain 32 % vastaa olevan väitteen kanssa samaa mieltä ja jopa 56 % on vain osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Vaikka hoitoyksiköissä asuvilla on yleensä pitkälle edenneitä muistisairauksia sekä muita terveydentilaa heikentäviä sairauksia, tulisi mahdollisuus omiin asioihin vaikuttamiseen kuitenkin aina olla. Vastauksien mukaan asukkailla ei myöskään olisi aina vaikutusmahdollisuuksia yksikön asioissa. Vastaajista 21 % oli osittain eri mieltä tämän väitteen kanssa. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 15 %. Vastaajista 46 % oli osittain samaa mieltä siitä, että asukkailla on vaikutusmahdollisuuksia yksikköä koskevissa asioissa. Täysin eri mieltä vastanneita oli 6 % ja 11 % ei osannut sanoa. Monien yksiköiden toimintavavat eivät siis tue asukkaiden osallisuutta. Asukkaita tulisi kuulla yksiköiden asioissa, vaikka heidän toimintakykynsä olisikin alentunut esimerkiksi sairauksien johdosta.

Yksi huolenpidon tärkeimpiä elementtejä on jokapäiväiseen elämään liittyviin perustarpeisiin vastaaminen. Tällaisia tarpeita on esimerkiksi vessassa käynti. Lähtökohtaisesti tilanteen pitäisi olla niin, että näihin jokapäiväisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan aina kun on tarvetta. Sen sijaan 5115 vastaajaa (69 %) on samaa mieltä tämän väitteen kanssa (Taulukko 15). 1930 (26 %) vastaajaa on osittain samaa mieltä väitteen kanssa, eli perustarpeisiin pystytään pääsääntöisesti vastaamaan. Yhteensä 363 (4,8 %) vastaajaa ei osaa sanoa, on osittain tai kokonaan eri mieltä väitteen kanssa. Tämä on iso osuus, kun kyse on elämän perusedellytyksistä.

Taulukko 15: Asukkaiden jokapäiväiseen elämään liittyviin perustarpeisiin, esimerkiksi vessassa käyntiin, pystytään vastaamaan

	Lkm	%
Täysin samaa mieltä	5115	69,0
Osittain samaa mieltä	1930	26,0
En osaa sanoa/en tiedä	48	,6
Osittain eri mieltä	284	3,8
Täysin eri mieltä	31	,4
Yhteensä	7408	100,0

Henkilökunnalla ei myöskään tunnu olevan aikaa asukkaiden yksilöllisille tarpeille (Taulukko 16):

Taulukko 16: Henkilökunnalla on aikaa asukkaille heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaisesti

	Lkm	%
Täysin samaa mieltä	1210	16,3
Osittain samaa mieltä	3522	47,5
En osaa sanoa/en tiedä	224	3,0
Osittain eri mieltä	2045	27,6
Täysin eri mieltä	407	5,5
Yhteensä	7408	100,0

Vain 1210 (16,3 %) vastaajaa on samaa mieltä tämän väitteen kanssa. Osittain samaa mieltä on 3522 (47,5 %) vastaajaa eli lähes puolet. Tämä tarkoittaa sitä, että pääsääntöisesti aikaa olisi, mutta ei läheskään aina. Osittain eri mieltä väitteen kanssa on 2045 (27,6 %) vastaajaa ja täysin eri mieltä 407 (5,5%) vastaajaa. Tässä vaiheessa herää kysymys hoitohenkilökunnan kuormittuneisuudesta. Jos henkilökohtaisiin tarpeisiin ei voida vastata riittämättömien resurssien vuoksi, kieli se suuresta ristiriidasta hoitoetiikan kanssa.

Kysymyslomakkeen kohdassa 10. yhtenä väittämänä oli vakituisen henkilökunnan riittävyys (taulukko 17):

Taulukko 17: Vakituista henkilökuntaa on riittävästi

	Lkm	%
Täysin samaa mieltä	1744	23,5
Osittain samaa mieltä	2427	32,8
En osaa sanoa/en tiedä	325	4,4
Osittain eri mieltä	1965	26,5
Täysin eri mieltä	947	12,8
Yhteensä	7408	100,0

Kyselyyn vastanneista 947 (12,8 %) on täysin eri mieltä siitä, että henkilökuntaa olisi riittävästi. Osittain eri mieltä henkilökunnan riittävyyden kanssa on 1965 (26,5 %) vastaajaa. 325 vastaajaa (4,4 %) ei osaa sanoa henkilökunnan riittävyydestä mitään. Vastaajista 2427 (32,8 %) on kuitenkin ainakin osittain sitä mieltä, että henkilökuntaa on riittävästi. Tulokset kertovat siitä, että resurssit ovat riittämättömiä monessa yksikössä. Vastaajat tuovat asiaa esille myös avovastauksissaan liittyen kaltoinkohtelutapausten käsittelyyn:

”Henkilökuntaa ei tarpeeksi ja siksi ulkoilua on harvoin ja esim vaipan vaihto saattaa venyä osalla asukkaista, mutta yhtä ihmistä kohtaan kaltoinkohtelua ei minun aikanani ole ollut, asioita on käsitelty mutta ilman rahaa ei pystytä saamaan lisää työntekijöitä ja sitä kautta parantamaan asukkaiden oloja.”

Riittämättömät resurssit johtuvat pääsääntöisesti taloudellisista ristiriidoista. Yksiköillä ei yleensä ole riittävästi rahaa käytettävissä, jotta tarvittava henkilökunta saataisiin palkattua. Ristiriitoja on havaittavissa myös aineellisten resurssien puutteessa. Joissain kunnissa on säästösyistä linjattu, paljonko hoitotarvikkeita saa kuluttaa yhtä asukasta kohden. Esimerkiksi vaippojen käyttöä saatetaan rajoittaa:

”Märissä vaipoissa pitäminen johtuu kaupungin ohjeista montako vaippaa saa asukasta kohden käyttää vuorokaudessa.”

Asuin- ja hoitotilojen asianmukaisuudesta on täysin samaa mieltä 36 % vastaajista. 39 % on osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Osittain eri mieltä asuin- ja hoitotilojen asianmukaisuudesta on 18 % vastaajista, täysin eri mieltä on 4 % ja 3 % ei osaa sanoa väitteeseen mitään. Samoin apu- ja hoitovälineiden asianmukaisuudesta samaa mieltä oli 43 %, osittain samaa mieltä 42 %, osittain eri mieltä 11 % ja täysin eri mieltä 1 % vastaajista. Lisäksi 15 % vastaajista on samaa mieltä ja 46 % osittain samaa mieltä väitteen kanssa siitä, että asukkailla on tarpeeksi virikkeitä. 21 % puolestaan on osittain eri mieltä tämän väitteen kanssa ja 4 % täysin eri mieltä virikkeiden riittävyydestä. Yhteenvetona näistä kohdista voisi todeta, että tilojen tai välineiden asianmukaisuuden puute voi olla joissain yksiköissä merkki rakenteellisesta kaltoinkohtelusta. Se, ettei

yksiköissä investoida tilojen ja välineiden asianmukaisuuteen, kertoo siitä, ettei resursseja ehkä kohdenneta oikein sinne, missä niitä tarvitsisi.

Hoitotyön laatuun ja työmotivaatioon liittyy ajatus siitä, että kokeeko henkilökunta arvostusta osakseen. Kysymyksessä 10 kysyttiin henkilökunnan työn arvostuksesta (taulukko 14). 27 % vastaajista on täysin samaa mieltä sen kanssa, että henkilökunnan työtä arvostetaan. 40 % vastaajista oli osittain samaa mieltä väitteen kanssa, kun 21 % oli osittain eri mieltä väitteen kanssa. 5 % on täysin eri mieltä ja 8 % ei osaa vastata kysymykseen. Tästä voi päätellä, että monessa yksikössä työntekijät eivät koe saavansa tarpeeksi arvostusta tekemästään työstä. Jos työntekijä kokee, että hänen työpanoksensa ei ole arvokas, voi se johtaa motivaation laskuun. Tätä kautta työntekijän työn laatu voi laskea ja hän voi tällöin syyllistyä kaltoinkohteluun. Syy ei ole työntekijässä itsessään, vaan ongelmat juontuvat enemmän rakenteellisista syistä.

7.2 Eettiset ristiriidat

Kaltoinkohteluun liittyvät kysymykset asettavat hoitajat välillä eettisten ristiriitojen eteen. Kysymykset eri kaltoinkohtelun muotojen ilmenemisestä sai monet vastaajat pohtimaan kaltoinkohtelun ja asianmukaisen hoidon häilyvää rajaa. Myös itsemääräämisoikeus pohdituttaa. Aina asiakkaiden toiveita ja haluja ei voida kunnioittaa joko heidän oman turvallisuutensa tai hoitonsa vuoksi. Monissa yksiköissä rajoittamisia ei tehdä omaisten tahdon vastaisesti. Samoin omaisia kuullaan silloin, kun asukas itse kieltäytyy jostain, joka olisi hoidon kannalta asukkaalle tarpeellista:

”Keskusteltu omaisten kanssa voidaanko asukas viedä suihkuun vastoin hänen tahtoaan, koska hän ei haluaisi käydä pesuilla ollenkaan.”

Liikkumista joudutaan myös monen kohdalla rajoittamaan ja usean asukkaan turvallisuuden vuoksi joudutaan turvautumaan turvavöihin tai haaravyöhön. Pyrkimyksenä on estää kaatumiset niiden kohdalla, jotka eivät kykene kunnolla liikkumaan:

”Liikkumisen rajoittaminen liittyy asukkaan turvallisuuteen, esim. kävely on niin huteraa, että muuten kaatuu ja loukkaa itsensä.”

Henkilökunta tuntuu olevan hyvin tietoinen, että tällaiset rajoitustoimenpiteet tulee olla lääkärin hyväksymiä. Vaikka rajoitukset kuuluvat lääkärin määrääminä asianmukaiseen hoitoon, ne aiheuttavat eettistä pohdinta työntekijöiden joukossa. Avovastauksissa työntekijät ottavat todella paljon kantaa siihen, että heillä ei ole muuta vaihtoehtoa kuin rajoittaa asukkaiden liikkumavapautta ja itsemääräämisoikeutta. Eettiset asiat nousevat monissa yksiköissä palaverien puheenaiheiksi:

”Keskusteltu esimiehen johdolla tiimipalaverissa ja yhteisesti mietitty hyvän hoidon kriteereitä.”

Vastaajat kertovat, että hyvästä käytöksestä, hyvästä hoidosta ja kohteliaasta puhuttelutavasta keskustellaan yhdessä yksikön kesken. Pienempiin kaltoinkohtelutapauksiin, kuten määräilyyn tai lapsenomaiseen puheeseen pyritään puuttumaan niin, että asiasta keskustellaan yhdessä. Tämän lisäksi yksin jättäminen nousee useissa kommentteissa esille. Hoitajat eivät pysty olemaan asukkaiden luona niin paljon, kuin moni asukas toivoisi. Hoidettavia on paljon ja aika on rajallista. Moni muistisairas toivoisi hoitajaa jatkuvasti vierelleen, mutta se ei ole mahdollista. Lisäksi työntekijät nostavat esille saattohoitopotilaat ja heidän yksin jättämisen:

”Esim. saattohoidossa, asukas jätetty yksin, yritetty saada esimiesten ymmärtämään sen tärkeyden.”

”Saattohoitotilanteessa asukas jää lähes yksin, turvaton olo. Asiasta puhuttu henkilökunnan ja esimiehen kanssa avoimesti.”

Eettiset asiat nousevat kysymykseksi hoidosta kieltäytyvien kohdalla. Hoitajat tiedostavat, että aliravitsemus, huono hygienia ja nestehukka eivät ole osana asianmukaista ja hyvää hoitoa. Muistisairauksien myötä monille tulee käytöshäiriöitä, joidenka vuoksi työntekijöillä on vaikea toteuttaa kaikkia hoitotoimenpiteitä. Keskiöön nousevat kysymykset itsemääräämisoikeudesta ja hoitoetiikasta. Monet tällaiset

tapaukset mietityttävät hoitajia, esimerkiksi syömättömien vanhuksien kohdalla. Eettisten ristiriitojen ilmetessä asiaa käsitellään yhdessä ja pyritään pohtimaan tilanteeseen eettisesti kestäviä ratkaisuja. Hoitoalan eettiset ohjeet ovat hyvin vastaajilla hallussa, sillä 7221 (97 %) vastaajaa kertoo tuntevänsä oman alansa eettiset ohjeet joko erittäin hyvin tai hyvin (Taulukko 18):

Taulukko 18: Oman alan eettisten ohjeiden tunteminen

	Lkm	%
Erittäin hyvin	4098	55
Hyvin	3123	42
Kohtalaisesti	185	2
En ollenkaan	1	0
Yhteensä	7407	100

Laitosmaisessa hoidossa tapahtumassa vanhustenhuollossa ei siis pääsääntöisesti tapahdu kaltoinkohtelua siksi, ettei henkilökunta tiedostaisi sen olevan eettisesti väärin. On kuitenkin myös sellaisia hoitajia, jotka eivät henkisiltä ominaisuuksiltaan sovi hoitotyöhön:

”Valitettavasti joukkoon mahtuu silloin tällöin mätämunia, moraalittomia ja selkärangattomia hoitajia, jotka eivät omaa eettistä omatuntoa.”

Eettistä kuormitusta hoitajat kokevat silloin, kun eivät kykene tuottamaan tarpeeksi hyvää hoitoa resurssien puutteesta johtuen. Kuorma voi vaikuttaa negatiivisessa mielessä työntekijöiden psyykkeeseen ja hyvinvointiin työpaikalla:

” – kaikki tietävät että resurssit ovat rajalliset ja niillä mennään vaikka hoito olisikin huonompaa. Tämä aiheuttaa hoitohenkilöstön huonovointisuutta ja kierre kaltoinkohtelun sekä huonovointisuuden on loputon ilman lisähenkilökuntaa.”

Lopputulemana voinee todeta, että vanhustenhoitoon liittyvä hoitotyö on jo itsessään täynnä eettistä kuormaa loppuvaiheen elämän haasteiden kanssa. Hoitohenkilöstö

näkee työssään paljon sairauksien heikentämiä vanhuksia ja hoitotoimenpiteet ovat välillä fyysisesti raskaita. Hoitajat tarvitsevat vahvan psyykeen, jotta he eivät polta itseään loppuun. Siinä vaiheessa, kun eri tekijät työpaikalla eivät tee mahdolliseksi työn tekemistä hyvin, lisää se hoitajien olemassa olemaa kuormaa. Tämä voi johtaa pitkiin sairauslomiin, loppuun palamiseen sekä mahdollisesti jopa alan vaihtoon.

7.3 Sosiaalityön paikka

Sosiaalityön rooli jää vastauksissa vähäisiksi. Tämä kertoo siitä, ettei gerontologinen sosiaalityö ole vielä omana sosiaalityön erityisalana vakiinnuttanut paikkaansa. Poimin kysymyksen 14 avovastauksista yhteensä 11 kommenttia, joissa kaltoinkohteluun puuttuminen sisälsi yhteydenoton sosiaalitoimeen. Vain muutaman kommentin mukaan asukkaaseen kohdistuvaa kaltoinkohtelua havaittaessa on otettu yhteyttä sosiaalityöntekijään asian selvittämiseksi. Tilanteet ovat yleensä sellaisia, joissa kaltoinkohtelija on omainen tai muu hoitoyksikön ulkopuolinen henkilö.

Sosiaalityöntekijän apua haetaan pääsääntöisesti silloin, kun konkreettisen avun saaminen on tarpeen. Kommenteissa mainitaan taloudellisen hyväksikäytön epäily, jolloin sosiaalityöntekijään on otettu yhteyttä taloudellisen edunvalvojan saamiseksi. Lisäksi sosiaalityöntekijän puoleen käännetään, jos epäillään, että lyhytaikaishoidossa olevan asukkaan kotiooloissa on jotain kaltoinkohteluun viittaavaa tai muutoin epäillään kotona pärjäämistä:

”Mikäli epäilemme taloudellista hyväksikäyttöä omaisten taholta, olemme yhteydessä sosiaalityöntekijään, ja ryhdymme ajamaan edunvalvojan hakemista.”

”Jos on epäilty, että omainen kaltoinkohtelee, on ilmoitettu asiasta kaupungin kotipalveluun tai vanhustenhoidon sosiaaliohjaajalle/sosiaalityöntekijälle.”

Vastauksien vähyydestä voisi päätellä, että sosiaalityön mahdollisuuksia ei hyödynnetä vanhustenhuollossa tarpeeksi. Sosiaalityön nimenomainen tarkoitus on auttaa niitä,

joiden omat voimavarat eivät välttämättä riitä tai ovat muuten avun tarpeessa. Myös epäilyksistä olisi hyvä raportoida sosiaalityöntekijälle, joka voisi palvelutarpeen arvion kautta selvittää asiakkaan tilannetta ja kartoittaa palvelujen tarpeen. Näin ne kaltoinkohtelutapaukset, jotka tapahtuvat kotiloissa, saattaisivat tulla paremmin esiin.

8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuskysymyksenäni oli siis kaksiosainen. Ensin halusin selvittää, millaista kaltoinkohtelua vanhustenhuollon yksiköissä havaitaan ja mistä kaltoinkohtelu johtuu. Tämän lisäksi halusin selvittää kaltoinkohteluun puuttumisen haasteita. Halusin tietää raportoivatko työntekijät havaintojaan esimiehilleen, kuten laki nykyään velvoittaa. Miten esimiehet puuttuvat raportoituihin tapauksiin vai jätetäänkö asioihin puuttumatta? Huomioidaanko kaltoinkohtelun riskit yksikössä, esimerkiksi omavalvontasuunnitelmassa?

Kun pohditaan ikääntyneiden kaltoinkohtelua vanhustenhuollon yksiköissä, voisi ajatella hoidon laiminlyönnin olevan ainoa paikannettavissa oleva kaltoinkohtelun muoto. Eniten laitoksissa havaitaan vanhuksen yksin jättämistä, liikkumisen estämistä ja ulkoilun laiminlyöntiä. Näiden lisäksi esiintyy jonkin verran karkeaa, epäasiallista tai lapsenomaista kielenkäyttöä, määräilyä, rankaisemista tai moittimista sekä toiveiden ja tahdon huomiotta jättämistä. Näissä on toki hoidon laiminlyöntiä, mutta myös henkisen ja fyysisen kaltoinkohtelun määreitä. Lisäksi yllättävän paljon asukkaat joutuvat taloudellisen tai seksuaalisen kaltoinkohtelun uhreiksi ottaen huomioon, että asukkaiden tulisi olla turvallisessa ympäristössä. Yksi tuloksista luettavissa oleva kaltoinkohtelun muoto on itsensä laiminlyöminen, jota ei suoraan sellaisenaan kysymyslomakkeessa kysytty. Vastaajat tuovat kuitenkin vastauksissa ilmi sen, kuinka monesti asukkaat vastustavat hoitotoimenpiteitä tai eivät suostu esimerkiksi syömään. Tällainen toiminta on oman itsensä kaltoinkohtelua.

Kaltoinkohteluun syylistyvä on useimmiten toinen työntekijä tai toinen asukas. Huomattava määrä vastaajista nimesi kaltoinkohtelijaksi myös jonkun muun. Yleensä nimetty tekijä oli sijainen, esimies- ja johtotaso tai asukas itse (itseään). Kaltoinkohteluun puuttuminen on monissa yksiköissä puutteellista, mikä usein johtuu esimiehen riittämättömistä taidoista käsitellä ongelmia. Jossain yksiköissä kaltoinkohteluun puuttumatta jättäminen johtuu esimiehen haluttomuudesta käsitellä asiaa. Marginaalisissa tapauksissa työntekijöitä kehoitetaan vaikenemaan asioista,

useimmiten työntekijät vaikenivat itse, koska kokevat kaltoinkohtelusta raportoimisen turhaksi. Sosiaalihuoltolain 48 §:n mukainen henkilökunnan ilmoitusvelvollisuus ei ollut kyselyn ajankohtana vielä kovin tuttu työntekijöille. Moni vastaajista ei osannut sanoa, mitä ilmoitusvelvollisuudella tarkoitetaan. Kaikissa yksiköissä kaltoinkohtelun riskiä ja ehkäisyä ei käsitellä oma-ohjaus-suunnitelmassa tai yksiköllä ei ole ohjeistuksia ilmiöön liittyen.

Omana tulkintana ja käsitteenä nostin esille rakenteellisen kaltoinkohtelun, jota on käyttänyt esimerkiksi Briitta Koskiaho (2017). Sen mukaisesti kaltoinkohtelua tuottavat vanhustenhuollon rakenteet eri tasoilla. Riittämättömät ja huonosti kohdennetut resurssit sekä riittämätön määrä henkilökuntaa asukasmäärää kohden luo jatkuvan paineen ja kiireen työntekijöille, jotka eivät ehdi hoitaa työtehtäviään kunnolla. Joissain yksiköissä resurssit ovat vedetty niin tiukalle, ettei vaippoja ehditä vaihtaa tarpeeksi usein. Useimmiten karsitaan vähemmän välttämättömistä hoitotoimista, kuten ulkoilusta. Tämä luo eettisiä ristiriitoja yksikköihin ja lisää hoitajien psyykkistä kuormaa.

Aineiston laajuus (7409 vastaajaa) asetti tutkimukselle omat haasteensa. Kysymyslomakkeessa kysyttiin tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia asioita sekä monivalintakysymyksiä, arviointiasteikkoina että avoimina kysymyksiä. Tämän vuoksi analyysin onnistumiseksi yhdistin laadullisen ja kvantitatiivisen metodin. Sisällönanalyysi oli mielestäni onnistunut valinta avokysymysten vastausten analysoimiseksi. Poimin yhteen omiksi ryhmiksi sellaisia kommentteja, joissa oli yhteneväisyyksiä. Tämän jälkeen nimesin ryhmät niissä ilmenevän teeman mukaisesti ja poimin analysoitavaksi ne, jotka antoivat vastauksia tutkimuskysymykseeni. Kvantitatiivisissa osuuksissa frekvenssijakaumat taulukkomuodossa tekivät määrällisestä datasta helposti tulkittavaa. Nämä menetelmät yhdistäessä sain vastauksia molempiin tutkimuskysymyksiin. Helppoa näiden kahden metodin yhdistäminen ei ollut.

Näin laajassa aineistossa oli myös paljon positiivisia puolia. Tällä tavoin onnistuin saamaan tutkielmalleni toivottua faktaa kaltoinkohtelun yleisyydestä. Käytettävissäni ei ollut paljoa suomalaista lähdekirjallisuutta, joten teoria nojautuu pääosin kansainvälisen tutkimuksen varaan. Kansainvälisten tutkimusten tulokset oli vaikea yhdistää omaan

tuloksiini, sillä tutkimustietoa on suhteellisen vähän. Lisäksi kaltoinkohtelun määritelmät ja lainsäädäntö poikkeaa eri maiden kesken. Kaltoinkohtelun laajuutta on vaikea selvittää, mikä luo kaltoinkohtelun tutkimukselle omat haasteensa.

Tutkimusaiheeni on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja vaatii yhteiskunnallista huomiota. Vanhusten kaltoinkohtelu tutkimattomana aiheena tarjoaa jatkotutkimusmahdollisuuksia lähes mistä näkökulmasta tahansa. Tutkielmani perimmäinen tarkoitus on uuden tiedon tuottamisen lisäksi nostaa tietoisuutta vanhusten kaltoinkohtelusta. Toivoisin, että rakenteelliseen kaltoinkohteluun liittyviin tekijöihin kiinnitettäisiin huomiota päättäjätasolla, jotta vanhustenhoidon tilanne ei jatkaisi kehitystä huonompaan suuntaan. Väestön ikärakenteen kehityksen ollessa se, että meillä on jatkuvasti enemmän hoidettavia suhteessa työkäisiin, on tärkeää keskittyä laittamaan rakenteet kuntoon. Jokaisen päättäjän tulisi miettiä hiljaa mielessään: miten itse haluaisin, että minua hoidettaisiin sitten, kun en siihen itse kykene?

Lähteet

- Adamek, Margaret E. 2003: Late-life depression in nursing home residents: Social work opportunities to prevent, educate, and alleviate. Teoksessa Berkman, Barbara & Harootyan, Linda (toim.): *Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research*. Springer Publishing company. New York. 15 – 48.
- Ahmed, Ayesha & Choo, Wan-Yuen & Othman, Sajaratulnisa & Hairi, Noran Naqiah & Hairi, Farizah Mohd & Mydin, Fadzilah Hanum Mohd & Jaafar, Siti Nur Illiani 2016: Understanding of elder abuse and neglect among health care professionals in Malaysia: An exploratory survey. *Julkaisussa Journal of Elder Abuse & Neglect*. 28:3. 163 – 177.
- Alasuutari, Pertti 1994: *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino. Tampere.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna 2009: Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): *Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino. Tallinna. 16 – 53.
- Anttonen, Anneli 2009: Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, Anneli & Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.): *Hoiva – tutkimus, politiikka ja arki*. Vastapaino. Tallinna. 54 – 99.
- Beaulieu, Elise M. 2012: *A Guide for Nursing Home Social Workers*. Springer Publishing Company. New York.
- Bonnie, Richard J. & Wallace, Robert B. 2003: *Elder mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. The National Academies Press. Washington DC.
- Brandl, Bonnie & Bitondo Dyer, Carmel & Heisler, Candace J. & Otto, Joanne Marlatt & Stiegel, Lori A. & Thomas, Randolph W 2006: *Elder abuse detection and intervention – a collaborative approach*. Springer Publishing Company. New York.
- Dresser, Rebecca 2003: Ethical and Policy Issues in Research on Elder Abuse and Neglect. Teoksessa: Bonnie, Richard J. & Wallace, Robert B. (toim.): *Elder mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*. The National Academies Press. Washington DC. 303 – 338.
- Hawes, Catherine 2003: Elder Abuse in Residential Long-Term Care Settings: What Is Known and What Information Is Needed? Teoksessa: Bonnie, Richard J. &

Wallace, Robert B. (toim.): Elder mistreatment. Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America. The National Academies Press. Washington DC. 446 – 500.

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

Jääskeläinen, Antti 2004: Viekö vanhuus yksilön arvon? Teoksessa Kankare & Lintula (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Kan, Suvi & Pohjola, Leena 2013: Erikoistu vanhustyöhön. Sanoma Pro. Helsinki.

Kivelä, Sirkka-Liisa & Vaapio, Sari 2011: Vanhana tänään. Suomen senioriliike. Helsinki.

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

Koskiahho, Briitta (2017): Vanhuspalvelut – hyvinvoinnin tuottamisesta rakenteelliseksi kaltoinkohteluksi. Tampereen yliopiston verkkojulkaisu. <http://alusta.uta.fi/artikkelit/2017/03/14/vanhuspalvelut-hyvinvoinnin-tuottamisesta-rakenteelliseksi-kaltoinkohteluksi.html>. Viitattu 3.5.2017.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 28.12.2012/980.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 22.9.2000/812.

Lee, Jessica L. & Burnett, Jason & Dyer, Carmel B 2016: Frailty in self-neglecting older adults: A secondary analysis. Julkaisussa Journal of Elder Abuse & Neglect. 28:3. 152 – 162.

Milne, Alisoun & Cambridge, Paul & Beadle-Brown, Julie & Mansell, Jim & Whelton, Beckie 2013: The characteristics and management of elder abuse: evidence and lessons from a UK case study. Julkaisussa International Journal of Social Work. 16:4. 489 – 505.

Nerenberg, Lisa 2008: Elder abuse prevention – Emerging trends and Promising strategies. Springer Publishing Company. New York.

Niemelä, Pauli 2007: Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-Kustannus. Jyväskylä, 167–179.

Niemelä, Pauli 2011: Sosiaalityö hyvinvointietiikan toteuttajana. Teoksessa Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (toim.): Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-Kustannus. Juva. 13 – 43.

- Nisha, Catherin & Manjaly, Steve & Kiran, Pretesh & Mathew, Betsy & Kasturi, Arvind 2016: Study on elder abuse and neglect among patients in a medical college hospital, Bangladore India. Julkaisussa Journal of Elder Abuse & Neglect. 28:1. 34 – 40.
- Oikeusministeriö – selvityksiä ja ohjeita 41/2011: Ikääntyneisiin kohdistuvat rikokset ja niiden ehkäiseminen. Tekijä: Rikoksentorjuntaneuvoston työryhmä. Verkkojulkaisu.
- Paveza, Gregory J. & VardeWeerd, Carla 2003: Elder Mistreatment and the Role of Social Work. Teoksessa Berkman, Barbara & Harootyan, Linda (toim.): Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research. Springer Publishing company. New York. 245 – 268.
- Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja 2011: Arvojen ja etiikan dilemma sosiaalityössä. Teoksessa Pehkonen & Väänänen-Fomin (toim): Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-Kustannus. Juva. 7 – 10.
- Pohjola, Anneli 2015: Rakenteellisen sosiaalityön paikannuksia. Teoksessa Pohjola, Anneli & Laitinen, Merja & Seppänen, Marjaana (toim.): Rakenteellinen sosiaalityö. United Press Global. Tallinna.
- Pritchard, Jacki 1996: Working with elder abuse: A training manual for home care, residential and day care staff. Jessica Kingsley Publishers LTD. London.
- Quinn, Mary Joy & Tomita, Susan K. 1997: Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis and intervention strategies. Springer Publishing Company. New York.
- Rauhala, Pirkko-Liisa ja Virokangas, Elina 2011: Sosiaalityön tutkimuksen etiikka, opettaminen ja tietoarvo. Teoksessa Pehkonen & Väänänen-Fomin (toim): Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-Kustannus. Juva. 235 – 255.
- Seppänen, Marjaana 2006: Gerontologinen sosiaalityö: katsaus lähtökohtiin, nykytilaan ja tulevaisuuteen. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki, 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013: Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013:11. STM verkkojulkaisu.
- St. James, Paulette 2008: Challenges in Elder Mistreatment Programs and Policy. Julkaisussa Journal of Gerontological Social Work, 36:3-4, 127-140.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

- Tahvanainen, Sirpa 2004: Hiljainen ääni – kuka kuulee masentunutta vanhusta? Teoksessa Kankare & Lintula (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Tedre, Silva 2007: Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti (toim.): Vanhuus ja sosiaalityö: sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-Kustannus. Jyväskylä, 95–119.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Livonia Print Latvia.
- Turun Sanomat 2015: Mies tuomittiin vankilaan kymmenistä vanhusten raiskauksista. <http://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/818660/Mies+tuomittiin+vankilaan+kymmenista+vanhusten+raiskauksista>. Viitattu 25.1.2017.
- Turun Sanomat 2016: Poliisilla useita epäilyjä G1-osaston kaltoinkohteluista. <http://www.ts.fi/uutiset/turun+seutu/849213/Poliisilla+useita+epailtyja+G1osaston+kaltoinkohteluista>. Viitattu 25.1.2017.
- Turun Sanomat 2016: Potilaita pahoinpideltiin vuosien ajan Turussa. <http://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/848886/Potilaita+pahoinpideltiin+vuosien+ajan+Turussa>. Viitattu 25.1.2017.
- Turun Sanomat 2017: TS:n Rebekka Härkönen voitti Suuren journalistipalkinnon. <http://www.ts.fi/uutiset/paikalliset/3432965/TSn+Rebekka+Harkonen+voitti+Suuren+journalistipalkinnon>. Viitattu 24.3.2017.
- Uuttu-Riski, Ritva 2004: Vanhusten kaltoinkohtelu – tiedotusvälineissä käyty keskustelu. Teoksessa Kankare & Lintula (toim.): Vanhuksen äänen kuuleminen. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Valvira 2016: Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustehuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valviran kysely 25.2 – 18.3.2016. Selvityksiä 1:2016. Verkkojulkaisu.
- Wong, Jaclyn S.& Waite, Linda J. 2017: Elder mistreatment predicts later physical and psychological health: Results from a national longitudinal study. Julkaisussa Journal of Elder Abuse & Neglect. 29:1. 15 – 42.
- World Health Organization (WHO) 2008: Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. WHO Press. Ranska.

Yle: Henkilökunta paljasti rovaniemeläisen palvelutalon ongelmat – nykylaki pakottaa kertomaan epäkohdista. <http://yle.fi/uutiset/3-9108192> . Viitattu 25.1.2017.

Liitteet

Liite 1 Taulukko 19 kaltoinkohtelun tunnistamiseksi

Taulukko 19: Taulukko kaltoinkohtelun tunnistamiseksi, liite 1

Kaltoinkohtelun muoto	Tuntomerkit, oireet
Fyysinen kaltoin-kohtelu	Mustelmat, musta silmä, merkit potkimisesta, palovammat, repeämät, murtuneet luut, kallovammat, haavat, hoitamattomat vammat, nyrjähdykset, sijoiltaan olevat paikat, sisäiset vammat, verenvuoto, rikkinäiset silmälasit, merkit rajoittamisesta, fyysiset merkit rangaistuksista, lääkeyliannostukset, käyttämättä jätetyt reseptilääkkeet, iäkkään oma kertomus, muutokset puheessa, hengityksessä tai nielemisessä merkinä kuristamisesta, liikunta-apuvälineiden puuttuminen, aliravitsemus, ylipaino
Seksuaalinen väkivalta	Mustelmat rintojen tai genitaalialueen ympärillä, selittämättömät sukupuolitaudit tai infektiot, selittämätön vagina tai anaaliverenvuoto, revitty, tahrainen tai verinen alusvaate, sisäreisien mustelmat, kävely- tai istumisvaikeudet, masentuneisuus, painajaiset, ikääntyneen oma kertomus
Psyykinen pahoinpitely	Ikääntynyt on henkisesti poissa tolaltaan tai kiihtynyt, sulkeutuneisuus tai syrjäytyneisyys, puhumattomuus, vastaamattomuus, epätavanomaisen käytös esim. pureminen, iäkkään oma kertomus psyykkisestä pahoinpitelystä, ruokahaluttomuus, unettomuus, epätavallinen painonvaihtelu, selittämätön vainoharhaisuus, alhainen itsetunto, pelokkuus, rauhattomuus, ambivalenssi
Taloudellinen tai materialistinen hyväksikäyttö	Äkilliset muutokset pankkiasioissa, selittämättömät käteisnostot, tilioikeuksien antaminen ulkopuoliselle, luvattomat käteisnostot, testamentin tai muiden arvopapereiden muutokset, selittämättömästi katoavat varat tai arvotavarat, maksamatta jääneet laskut vaikka varallisuutta olisi, uudet sukulaiset vaatimassa oikeuksiaan ikääntyneen omaisuuteen, postiosoitteen muuttuminen, uusi ihmissuhde, selittämättömät tilisiirrot perheenjäsenelle, tarpeettomien palvelujen tilaaminen, iäkkään oma kertomus
Hoidon laiminlyönti	Nestehukka, aliravitsemus, hoitamattomat makuuhaavat, heikko henkilökohtainen hygienia, huomaamatta jätetyt tai hoitamattomat terveysongelmat, vaaralliset tai turvattomat elinolosuhteet, epäpuhtaus, epäpuhtaat asumisolosuhteet
Oman itsensä ja huolenpidon laiminlyönti	Krooniset sairaudet, kognitiivinen kyvyttömyys, henkiset sairaudet, aliravitsemus, nestehukka, eristyneisyys yksin asuminen, paranoia, ei päästetä muita kotiin sisälle, likaisuus, vääränlainen vaatetus eri sääolosuhteissa, asunnon ulkotilat huonosti hoidetut, maksamattomat laskut, katkaistu vesi tai sähkö, likaiset sisätilat täynnä roskaa, virtsaa tai ulosteita, paljon lemmikkejä, jotka ovat huonosti hoidettuja tai kuolleita, tuholaisongelmat, mätänevä ruoka
Hylkäys	Hylätään ikääntynyt sairaalaan, hoitokotiin tai vastaavaan instituuttiin, hylätään ikääntynyt julkiselle paikalle, iäkkään oma kertomus

Liite 2 Valviran kysymyslomake