

Asiakaslähtöisyys geriatrisen osaston lääkärintierroilla

Sanna Järnström: *YTM (vätelty), sosiaalityöntekijä, Tampereen kaupunki / Ikäihmisten asiakasohjaus*
sanna.jarnstrom@tampere.fi

Janus vol. 19 (3) 2011 238–250

 Janus

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan yhtä vanhustenhuollon keskeisen toimintaperiaatteen, asiakaslähtöisyyden, toteutumista lääkärintierroilla erään geriatrisen sairaalan osastoilla. Tarkasteltavat asiakaslähtöisyyden teemat ovat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä tiedonsaanti. Aineisto on kerätty kymmeneltä lääkärintierroilta osallistuvan havainnoinnin menetelmällä ja analysoitu sisällönanalyysin keinoin. Artikkelin nostaa esiin sen, että asiakaslähtöisyys ei toteudu osastojen lääkärintierroilla. Vanhusta ei välttämättä tavata lääkärintierroilla lainkaan. Henkilökunta puhuu monista vanhuksen asioista keskenään, eivätkä he luota vanhuksen asiantuntijuuteen. Vanhuksen toiveet eivät ole työskentelyn keskiössä. Vanhuksella ei ole mahdollisuuksia kanssatoimijuuteen, eivätkä he saa tietoa asioistaan. Näin vanhus on lääkärintierroilla työskentelyn keskiössä, mutta ei subjektina. Asiakaslähtöisyyttä pidetään työskentelyssä normatiivisena lähtökohtana, mutta työn ehdot kyseenalaistavat sen. Resurssien puute, kiire, rutiinit, asiantuntijalähtöisyys ja asenneongelmat haastavat asiakaslähtöisyyden.

Johdanto

Artikkeli paneutuu vanhusten asiakkuuteen geriatrisella sairaalaosastolla. Artikkelissa tarkastellaan lääkärintierroilla toteutuvaa asiakaslähtöisyyttä asiakkuuden ideaalina, sillä asiakaslähtöisyys kuvaillaan usein ideaaliksi ja itsestään selvydeksi. Asiakaslähtöisyyden määritelmässä avataan siksi kyseenalaistamatta sitä, millaisena asiakaslähtöisyys nähdään vanhuspalveluiden suosituksissa ja teorioissa. Tätä ideaalia tarkastellaan konkreettisesti geriatrisen sairaalan arjessa, osastojen lääkärintierroilla, havainnointiaineiston kautta. Artikkelin tavoitteena on kartoittaa asiakaslähtöisyyden ideaalin soveltumista geriatrisen sairaalan arkeen ja nostaa esiin mahdollisia asiakaslähtöisyyden haasteita. Artikkelin pohjautuu ideaalin ja käytännön yhteen nivoutumisen tarkastelemiseen. Artikkelin

aineisto-otteet viestivät asiakaslähtöisyyden todellisuudesta osastoilla.

Geriatristen sairaalaosastojen tutkiminen tekee vanhustyön toimintakäytäntöjä näkyväksi ja kehittää niitä vanhuksille paremmiksi (Alvine 2005; Topo ym. 2007). Geriatrisen eli vanhusten hoitoon suuntautunut sairaala on osa sosiaali- ja terveyspalveluita, joiden tavoitteena on asiakaidensa aktiivisuuden ja selviytymisen tukeminen. Vanhusten palvelut tuotetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. (Einiö 2010, 27.) Vanhuspalveluissa kehitetään usein hienoja strategioita, mutta niitä suunniteltaessa mennään harvoin konkreettisesti sille kentälle, missä vanhuksel elävät. Sairaala on tarkoituksenmukainen tutkimusympäristö, sillä se on merkityksellinen paikka vanhusten koti- ja laitoshoidon ohjautumisessa. (Noro 1998.) Vaikka jokainen sairaalahoidossa oleva vanhus on yksilö, heidän tilan-

teensa tulkitaan monesti instituution tehtävän ja käytäntöjen kautta (Ala-Nikkola 2003).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat olennainen osa ikäihmisen elämää ja muodostavat merkittävän osan koko hyvinvointiyhteiskunnan palveluista. Vanhusestä segmentoituu, jolloin tarve yksilöllisempiin palveluihin kasvaa. 2000-luvun kuluessa sosiaali- ja terveystieteelliset järjestelmät ovat kokeneet muutoksia, kun linjauksissa korostuvat asiakkaiden vastuu, aktiivisuus ja elämänhallinta (Valokivi 2008, 9). Paikalliset olosuhteet suuntaavat valtakunnallisten suositusten mukaisesti vanhusten palvelujen sisältöä ja kehittämistä (Holma 2003, 7; Voutilainen 2004, 8). Tutkimuksen kohteena oleva sairaala tarjoaa hoito-, tutkimus- ja kuntoutuspalveluja kaupungin vanhuksille ja pitkäaikaissairaille. Sairaalan toiminnan tavoitteena on turvata vanhuksen edellytysten mukainen hyvinvointi sekä mahdollisimman hyvä toimintakyky. Asiakaslähtöisyys nähdään lähtökohtaisesti osastoilla keskeiseksi toimintatavaksi.

Tutkimuskysymys, -aineisto ja -menetelmät

Tutkimuskysymyksenä on, miten asiakaslähtöisyyspuhe soveltuu geriatriseen sairaalaan ja erityisesti geriatristen osastojen lääkärintoimintatapoihin? Olen kerännyt aineiston alun perin väitöstutkimustani varten, jolloin havainnoin 10 lääkärintoimintatapaosastolla. Yhdellä osastolla havainnoin yhden lääkärintoimintatavan, kolmella osastolla kaksi ja yhdellä osastolla kolme kiertoa. Lääkärintoimintatavat kestivät puolestatoista tunnista kahteen ja puoleen tuntiin. Etsin havainnointiaineistolla vastauksia seuraavanlaisiin kysymyksiin: Millaista asiakkuutta ja miten instituutio lääkärintoimintatavien myötä rakentaa? Miten vanhus lääkärintoimintatavalla huomioidaan ja kohdataan? Mikä on vanhuksen rooli/paikka? Nämä kysymykset ovat ohjanneet myös lääkärintoimintatavien analysointia.

Instituutiossa vanhuksia haastateltaessa saattaa ilmetä vaikeuksia, kun vanukset ovat mahdollisesti heikentyneet fyysisesti ja/tai psyykkisesti. Tällöin havainnointiin ottaminen aineiston keruun menetelmäksi on mielekästä. (Wenger 2003, 114.) Käyttämäni havainnointimenetelmä on osallistuva havainnointi, jossa on kyse tietoisesta ja systemaattisesta osallistumisesta tutkimuksen kohteena oleviin toimintakäytäntöihin. (Lofland & Lofland 1984, 12–13; Brewer 2000, 59.) Olin lääkärintoimintatavalla läsnä omista vaateissani, en työntekijöille tyypillisissä asusteissa. En itse osallistunut käytyihin keskusteluihin, vaan pysyin ulkopuolisen roolissa.

Havainnoiva tutkija pyrkii muistamaan kentän asioita niin paljon kuin mahdollista ja tallettamaan asioita muistiinpanoina tarkkaan (Atkinson 1992, 17; Angrosino 2007, 35). Kenttämuistiinpanojen tekeminen sisältää aina aineiston keräämisen ohella sen analysoimista. Lukija saa lukea sen, mitä tutkija tallentaa kentän tapahtumista. Se, mitä tutkija havainnoi, on riippuvainen siitä, mikä on tutkimuksen ongelman kannalta tärkeää. (Silverman 2000.) Tässä artikkelissa pyrin tarjoamaan lukijalle asiakaslähtöisyyteen rajautuvan kuvan geriatrisen sairaalan lääkärintoimintatavista, mikä heijastaa osastojen toimintakulttuuria. Havainnointiin myötä olen tarkastellut omin silmin asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden ilmenemistä osastoilla.

Havainnoidessani eri osastojen toimintatapoja keskeiseen rooliin nousi aktiivinen muistiinpanojen kirjoittaminen. Kirjoitin tarkkaan ylös lääkärintoimintatavan aikana käydyt keskustelut ja mahdollisesti muuta tilanteissa tapahtunutta. Kirjoitin muistiinpanoihin sen, kuka puhuu. Tarkka tilannekuvaus mahdollisti tilanteiden tapahtumien ja puheen analysoinnin. Jos tilanne, toimintatapa tai jokin muu asia herätti minussa ihmetystä tai ihastusta, kirjoitin näitäkin tuntemuksia ja mietteitä ylös. Kirjoitin aina kunkin havainnointitilanteen jälkeenkin siitä heränneitä ajatuksia, kysymyksiä ja arvioita muistiin. Havainnointiin

kohteena oli erityisesti vanhuksen ja työntekijän välinen vuorovaikutus. Havainnointiaineiston muistiinpanoja analysoidessani etsin sitä, miten työntekijät huomioivat ja kohtaavat vanhuksen, mikä/kuka ohjaa tilanteiden kulkua sekä miten asiakkuutta tilanteessa rakennetaan.

Olen analysoinut aineiston sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysissä aineistoa tiivistetään sen tarjoamaa informaatiota kadottamatta. Sisällönanalyysin ytimenä on tavoittaa aineistossa ilmeneviä merkityksiä sekä niiden välisiä seurauksia ja yhteyksiä. Kommunikaation sisältöä kuvaillaan objektiivisesti, systemaattisesti ja määrällisesti. Sisällönanalyysin menetelmät ovat luokittelu, teemoittelu ja tyypittely. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001; Tuomi & Sarajärvi 2003.) Tutkimukseni pohjautuu teemoitteluun. Siinä tarkastellaan aineistosta esiin nousevia ilmiöitä, jotka toistuvat useamman henkilön vastauksissa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173).

Sisällönanalyysin lähtökohtana on vuorovaikutus todellisuuden kuvana (Johnstone 2002). Tarkastelen sisällönanalyysin keinoin, millaista todellisuutta geriatrisen osaston lääkärikierrolla tapahtuva vuorovaikutus heijastaa. Millaiset tiedot ja kenen lausumat saavat kentällä totuudenomaisen aseman? Sisällönanalyysi tarkoittaa tutkimuksessani teemoittelun ohella aineiston tiivistämistä, sisällön erittelyä ja luokittelua.

Luin aineiston moneen kertaan sitä alleviivaten ja muistiinpanoja kirjoittaen. Systemaattisuus, teemoittelu ja luokittelu tarkoittavat aineistoni analysoinnissa ennen kaikkea sitä, että olen tehnyt lukuisia pääotsikoita, joiden alle olen kerännyt aineistosta materiaalia. Pääotsikot jakaantuivat analysoinnin edetessä useampiin alaosikoihin teemojensa mukaisesti. Lopulta etsin aineistosta sopivia lainauksia otsikoiden alle ja teemoittelun tueksi. Teemoittelu tarkoittaa sen tarkastelemista, mitä kustakin teemasta sanotaan.

Otsikoiden laatimisen ohella tein lukuisia mielilekarttoja, joilla pyrin hahmottamaan kunkin teemaosa-alueen sisältöä ja jotka toimivat myös sisällön erittelyn välineenä. Etsin aineistosta tiettyyn teemaan liittyviä asioita, jolloin aineistosta kehittyi omanlaisiaan osa-alueita, jotka alkoivat elää elämäänsä. Tarkastelin aineistoa tietyistä yksityiskohdista käsin, osin teoreettisiin lähtökohtiin ja empiirisiin havainnointeihin nojautuen. Yksityiskohdista palasin uudelleen kokonaisuuteen ja taas takaisin yksityiskohtiin. Mietin monipuolisesti sitä, mikä liittyy mihinkin ja miten sitä perustellaan sekä mikä merkitys sillä on aineiston kokonaisuudessa. Tällä menettelytavalla pyrin tavoittamaan aineistossa ilmeneviä merkityksiä, tarkoituksia ja aikomuksia.

Olen ottanut tutkimuksessani eettiset kysymykset huomioon tarkkaan. Lääkärikierrolla mukana olleiden vanhusten henkilöllisyys pysyy anonyymina. Aineisto-otteita käsittelemällä tarvittaessa niin, ettei vanhuksia pysty tunnistamaan niistä. Häivyitin myös tutkimusympäristönä olevan sairaalan tunnistettavuuden. Hankin kyseisen kunnan vanhustenhuollon organisaatiolta tarvittavan tutkimusluvan. Lisäksi neuvottelin luvasta ja tutkimuksen teon käytännöistä sairaalan ylilääkärin kanssa. Vanhuksilta en pyytänyt erikseen tutkimuslupaa, koska lääkärikierto on nopeasti huoneesta toiseen etenevä tapahtuma, jossa on paljon vanhuksia osallisena. En ollut henkilökohtaisessa kontaktissa kenenkään vanhuksen kanssa, vaan olin tilanteessa läsnä ulkopuolisena tarkastelijana. Lääkärikierrolla mukana olleet työntekijät tiesivät osallistumisestani ja tutkimukseni sisällöstä.

Tutkimusympäristönä toimivassa geriatrisessa sairaalassa asiakkaina olevat vanhuksat ovat pääsääntöisesti yli 70-vuotiaita, mutta jonkin verran nuorempiakin on erityisesti yhdellä osastolla. Sairaalassa on seitsemän vuodeosastoa ja 266 potilaspaiikkaa. Lisäksi sairaalassa on polikliinista ja päiväsairaalatoimintaa. Kolmella tutkimuksessa mukana olevalla osastolla on potilashuoneita

14 osastoa kohden, kahdella osastolla 12. Potilaspaikkoja on kolmella osastolla 41 osastoa kohden, kahdella osastolla 34. Vanhuksia on potilashuoneissa kahdesta kuuteen. Sairaala tarjoaa hoito-, tutkimus- ja kuntoutuspalveluja kaupungin vanhuksille ja pitkäaikaissairaille. Kullakin osastolla on oma lääkäri. Osastonlääkäri kiertää osastonsa yhdestä kahteen kertaa viikossa. Sairaalan lääkärit ovat geriatrian erikoislääkäreitä tai ainakin geriatriaan perehtyneitä. Osa lääkäreistä on erikoistumassa. Toisinaan lääkärit ovat lääketieteen kandidaatteja.

Asiakaslähtöisyyden määritelmä

Tämä artikkeli pureutuu asiakaslähtöisyyteen vanhusväestön näkökulmasta. Tarkastelen asiakaslähtöisyyttä asiakastyön ideaalina ja suhteutan sen lähtökohtia geriatrisen sairaalan arkeen. Ymmärrän asiakaslähtöisyyden ideaalin vanhuksen yksilöllisistä tarpeista ja toiveista liikkeelle lähteväksi työskentelytavaksi. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä tiedonsaanti ovat asiakaslähtöisyydessä keskeisiä elementtejä (mm. Kokkola ym. 2002; Luoma 2007). Tämän vuoksi aineiston analysoinnissa käytetty kolmijakokin on teoria- lähtöinen.

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollossa normatiivinen periaate, jota on jäsennetty useilla tavoilla strategioissa, hankkeissa ja käytännön työssä. Esimerkiksi Ikääntyvien laitoshoidon laadun kehittämishankkeen (LAILA-hanke) ensimmäisenä tavoitteena oli ikääntyvien asiakkaiden asiakaslähtöinen hoito ja palvelu. Asiakaslähtöisyys on valtakunnallisesti vanhusten hoiva- ja hoitoprosessien lähtökohtana. (Luoma 2007.) Esimerkiksi Vanhusten hoidon ja palvelujen linjauksissa vuoteen 2015 kirjoitetaan, että vanhusten hoidon ja hoivan prosesseja toteutetaan asiakaslähtöisesti (Tie hyvään vanhuuteen...2007, 18).

Asiakaslähtöisyyden perustana on ihmisarvon kunnioitus. Asiakkaalle räätälöidään hänen tarpeisiinsa parhaiten sopiva palvelupaketti ja hänet kohdataan aktiivisessa ja yhdenvertaisessa roolissa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Kokkola ym. 2002; Holma 2003). Omaiset ja muut tärkeät tahot otetaan mukaan vanhuksen hoidon ja palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen varhain (Voutilainen 2004; Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 30). Asiakaslähtöisyyden perustan muodostavat asiakkaan tarpeiden arviointi ja muuttuvien tilanteiden tarkastelu. Vanhuksen kokemaa todellisuutta rajoituksineen ja mahdolluuksineen on työskentelyn lähtökohtana, jolloin vanhuksen näkemyksiä ja toimintoja kunnioitetaan. (Sorsa 2002, 3; Pärssinen 2003, 73.) Tällöin vanhuksen riippumattomuutta ja subjektiivista toimijuutta kyetään vahvistamaan (Vaarama 2002, 14; Kinni 2005).

Asiakaslähtöisyys ei ole mahdollista tietämättä sitä, millaisia asioita vanhukset pitävät hyvinä (Voutilainen ym. 2002, 38–40). Vanhusta kuulematta ei saa selvyyttä siitä, mitä hän haluaa. Vasta toiveiden ja tarpeiden tunnistamisen jälkeen vanhukselle voidaan laatia realistinen jatkosuunnitelma. Neuvottelu on tärkeää, sillä kaikki eivät voi saada kaikkea. (Resnick 2009, 151.) Myös vanhusten oma aktiivisuus on tärkeä asiakaslähtöisyydessä (Andersson ym. 2004, 487). Hyvää tarkoittava asiakaslähtöisyyden painottaminen voi epäonnistuessaan kääntyä vanhuksia vastaan, kun sillä legitimoidaan vanhusten auttamiseen suunnattujen resurssien pienentäminen (Ylinen 2008). Seuraavaksi siirryn tarkastelemaan, miten asiakaslähtöisyys toteutuu geriatrisen sairaalan lääkärinkierroilla ja mitä mahdollisia haasteita ideaali sisältää.

Asiakaslähtöisyys geriatrisen osaston lääkärikierrolla

Tässä tutkimuksessa aineiston analysoinnin tuloksena asiakaslähtöisyydelle on muotoutunut kolme teemaa, jotka ovat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä tiedonsaanti. Asiakaslähtöisyyttä raportoidaan artikkelissa näiden kolmen teeman kautta.

Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus muodostaa asiakaslähtöisyyden ytimen. Itsemääräämisoikeus eli autonomia voidaan jakaa ajattelun autonomiaan (ajattelemisen ja päätöksenteon vapaus), tahdon autonomiaan (oikeus tehdä asioita, kyky luoda ja ilmaista mieltymyksiä) ja toiminnan autonomiaan (todellinen mahdollisuus toimia). (Pahlman 2003; 2007; Tedre 2003, 68.) Vanhuksen itsemääräämisoikeuden toteutumisellet ei ole lääkärikierrolla edellytyksiä, jos vanhus ei ole huoneessaan, eikä häntä tavata osaston käytävällä. Tällöin työntekijät puhuvat vanhuksen asioista keskenään. Työntekijät päättävät, onko vanhukseksi lääkäriille asiaa, vaikka vanhukseksi saattaisi ollakin mielessään jotain, mitä ei ole löydettävissä potilastietojärjestelmän kirjauksista:

Lääkäri 1: Onko (nimi) mitään erikoista?

Hoitaja 1 1: (katsoo koneelta)

Lääkäri 1: Hänellä on vaihtelee sokerit kauhasti, mutta ei haittaa, kunhan vointiin ei vaikuta.

Hoitaja 1 1: Muuta ihmeempiä ei ole kirjattu.

Lääkäri 1: Hänellä ei erikoisia sitten.

Potilastietojärjestelmässä lukevan ja hoitajan tiedon painoarvo syö vanhuksen itsemääräämisen mahdollisuuksia. Teknologia näyttää määrittävän keskeisellä tavalla lääkärikierron etenemistä: asiantuntijat keskustelevat koneen kautta, eivät niinkään asiakkaan kanssa. Kaikista asioista pitäisi voida keskustella vanhuksen luona, mut-

ta kuitenkin hänen asioistaan puhutaan myös ennen potilashuoneeseen menoa. Lääkäri saa vanhuksen tilanteesta etukäteistiedot potilastietojärjestelmästä tai hoitajalta vanhuksen sijaan. Lääkäri ei myöskään välttämättä luota vanhuksen subjektiiviseen asiantuntijuuteen. Vaikka hän kyselee vanhukseksi asioista ja saa kysymyksiinsä vastauksia, lääkäri saattaa varmistaa tietojen paikkaansa pitävyyden hoitajalta:

Lääkäri 1: Mites tämä (kysyy hoitajalta)?

Hoitaja 1 2: Moniammatillisessa tiimissä päätettiin vanhainkotiin hakemisesta.

Lääkäri 1: Terve (nimi). Mitä kuuluu?

Vanhus: Ei mitään erikoista.

Lääkäri 1: Eihän tässä ollut mitään erikoista (kysyy hoitajalta)?

Hoitaja 1 2: Ei muuta kuin se kaatuminen oli.

Kuulumisten ja voinnin kysyminen on tärkeää, mutta vanhuksen kanssa pitäisi yhtäläillä päivittää jatkohoitosuunnitelmia. Tässä tilanteessa vanhukseksi ei kerrottu hiljattain tehdystä vanhainkotiin hakemuspäätöksestä.

Itsemäärääminen tarkoittaisi sairaalaolosuhteissa, että vanhuksen toiveita ja päätöksiä kunnioitetaan, vaikka ne olisivatkin henkilökunnan näkemysten vastaisia. (Välimäki ym. 2001, 137; Valokivi 2002, 22.) Jos vanhus esimerkiksi haluaa jättäytyä vuoteeseen hoidettavaksi, se voi olla hänen tietoinen ratkaisunsa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista astui Suomessa voimaan vuonna 1993. Laki sisältää potilaan hoitoon, kohteluun, itsemääräämisoikeuteen ja tiedonsaantioikeuteen liittyvät asiat. Lain perustana on ajatus, että terveydenhuollon palveluissa toiminnan lähtökohtana on palveluiden tarvitsija ja käyttäjä. Vanhusten näkemyksiä ja toiveita tulee kuunnella keskimääräistä herkemmin, jotta heidän näkemyksensä saadaan selville, eivätkä läheisten mielipiteet vaikuta liikaa. Vanhuksen asennetta ja tahtoa hoitoonsa tulee pyrkiä kunnioittamaan. (Nakashima ym. 2004; Pahlman 2007, 270–272.) Henkilökunnan vankka näke-

mys siitä, että vanhus ei pärjää kotona, ohittaa kuitenkin vanhuksen kotiutumisen toiveet ja myös itsemääräämisoikeuden:

Hoitaja 20: Hänellä ei itsellään varmaan ole mitään akuuttia.

(vanhus herätetään)

Vanhus: Haluaisin päästä kotiin.

Hoitaja 20: (selittää, että on suunniteltu vanhainkotiä)

Vanhus: (on kovasti ajatusta vastaan, mielestään pärjää) Ei kai kotia voida evätä sillä, ettei pärjää? Minkälaista näyttöä Teillä on nykypärijäämisestä?

Hoitaja 20: (kertaa vielä) Toistaiseksi olette täällä.

Seuraavassa aineisto-otteessa näkyy vanhuksen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Vanhukselle asetettu tavoite on kotiutuminen, mutta vanhus on kotiutumisesta epävarma. Koska vanhus pelkää kotiin menoa, lääkäri antaa tilanteelle aikaa:

Lääkäri 4: Väkisin ei kotiin laiteta. Vaarana on kuitenkin jäädä tänne.

Vanhus: Eikö sitä voida katsella vielä? Katsotaisiinko kotiin lähtöä myöhemmin, jos tulisi varmempi olo?

Lääkäri 4: Katsotaan ensi viikkoon. Otetaan vähän verikokeita.

Kotiutumisessaan epävarman vanhuksen kuuleminen on mielekästä ja se voi vaikuttaa myönteisesti hänen itseluottamukseensa. Kotiutumisessa hätäköiminen voisi johtaa siihen, että vanhus palaisi pian sairaalaan.

Osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus

Vanhuksen yksilöllinen osallistuminen asioihinsa resurssineen ja rajoituksineen on keskeinen edellytys asiakaslähtöiselle yhteistyölle. Vanhuksen osallistumisen lisääminen voi kohentaa

hänen itsetuntoaan ja mielenterveyttään, kun osallisuus antaa rakennusaineita luottamukselle. Osallisuuden syntymisessä on tällöin tärkeässä asemassa vuorovaikutuksellinen yhteistoiminta, jossa vanhus voi jakaa mielipiteitään. (Ristiniemi 2005.) Tämä ei kuitenkaan aina toteudu:

(Käytävällä mietitään vanhuksen tilannetta ennen huoneeseen menoa: vanhus ei ole vanhainkotikuntoinen)

Lääkäri 1: Päivää. Mitä kuuluu, voitko hyvin?

Vanhus: Kyllä.

Lääkäri 1: Onko kipuja?

Vanhus: Ei.

Lääkäri 1: No hyvä. Ei hänellä varmaan mitään ihmeitä ole.

Vanhuksella on mahdollisuus osallistua keskusteluun, mutta rajoitetusti, sillä lääkäri ja hoitaja puhuvat keskenään myös vanhuksen luona. Vanhainkoti-asiasta ei puhuttu huoneessa, vaikka se on olennainen asia. Vanhuksella ei näin ollen ole mahdollisuuksia kanssatoimijuuteen. Suljettu kysymys vanhuksen voinnista sen sijaan, että kysyttäisiin avoimesti miten hän voi, saattaa johtaa vastaamaan myönteisesti. Työntekijät tekevät rajanvetoa siitä, mihin keskusteluihin vanhus otetaan mukaan. (Kokko 2003, 111; Tuominen 2006.)

Vanhuksen osallistuminen ja hänen huomiomisensa edellyttävät työskentelysuhteessa tasavertaista vuorovaikutusta, jolloin vanhus kohdataan ilman ennako-oletuksia ja hänen ajatuksensa nousevat keskiöön. (Kokkola ym. 2002, 21–22.) Tasavertaisen vuorovaikutuksen keinoin työntekijät vahvistavat vanhuksen osallistumista sekä suhtautuvat häneen kokonaisvaltaisesti ja kunnioittaen oman elämänsä asiantuntijana. He asettavat yhdessä vanhuksen kanssa työskentelylle tavoitteet ja tarjoavat hänelle valinnan mahdollisuuksia. (Lehtonen 1998, 8–9.) Koska vanhuksetkin ovat asiakkaina yksilöitä, on tärkeää tuntea heidän elämäntilannettaan ja palvelujen tarvettaan. Todellinen tieto

vanhuksen maailmasta välittyy vain vanhuksen ja työntekijän kohtaamisessa.

Toisinaan hoitaja saattaa kertoa lääkärille, että hänen mielestään vanhuksella ei ole kummallisempaa asiaa. Lääkäristä on kiinni, miten hän reagoi tietoon. Seuraavassa aineisto-otteesta lääkäri tapaa vanhuksen ja mahdollistaa hänen osallisuutensa lääkärinkiertoon. Tosin vanhukselta kysytään lähinnä hänen voinnistaan, kun jatkohoitoaipaikkaan liittyviä asioita lääkäri ja hoitaja pohtivat kahdestaan:

*Hoitaja 15: Seuraavan kohdalla ei ole mitään.
Lääkäri 2: Käydään silti juttelemassa (kyselee vatsavaivoista joita ollut, katsoo jalkoja ja kertoo ettei turvotusta ole, kehottaa kertomaan, jos vaivoja tulee)*

Hoitaja 15: (ottaa puheeksi lääkärin kanssa jatkohoitoaipaikan, jonne pitkä jono, eikä vanhus hoitajan mielestä sinne pääse)

Lääkäri 2: Selvitellään.

Myös vanhusten omassa tavassa toimia lääkärinkierrolla on vaihtelua. Vanhus saattaa haluta olla ns. hyvä potilas, jolloin hän ei kerro vaivoistaan, vaan sanoo pärjäävänsä olemuksen puhussa muuta. Vanhukset eivät juuri pyydä asioita, vaan ne pitää osata ottaa puheeksi. (Ylinen & Rissanen 2004, 203.) Vanhuksen osallistuminen hoitoonsa ja tavoitteidensa suunnitteluun tarkoittaa tasavertaisen työskentelyotteen mahdollistamista. Tasavertainen vuorovaikutus on parhaimmillaan molemminpuolista dialogia henkilökunnan ja vanhuksen kesken (Kokkola ym. 2002). Seuraavassa aineisto-otteesta näkyy hyvä suhde vanhuksen ja lääkärin välillä:

Lääkäri 4: Mitäs Teille tänään kuuluu?

Vanhus: (kertoo kuulumisensa)

Lääkäri 4: Joko sosiaalityöntekijä kävi?

Vanhus: Ei, ne teki tyttären kanssa treffit.

Lääkäri 4: Jatketaan kuntoutusta, kyllä se siitä pikku hiljaa.

Vanhus: On se tullut paljon paremmaksi, vaikka en uskonut. Mutta lääkäri uskoi.

Vanhus ei ole sairaalassakaan asiakaslähtöisyyden ideaalissa työn kohde vaan kanssatoimija. Henkilökunta ei voi toimia suunnannäyttäjänä, vaan tavoitteiden tulee olla vanhuksen asettamia. Mitä huonommassa kunnossa vanhus on, sitä aktiivisemmässä roolissa työntekijä on. (Väänänen 1993.) Vanhuksen kuntoisuuden salliessa tulisi oman elämän asiantuntijuus siirtää hänelle takaisin. Vanhuksen osallisuuden lisäämisessä voimaannuttaminen nähdään keskeiseksi menetelmäksi (Ylinen & Rissanen 2004, 203). Kuunteleminen on hyvä keino sopivien auttamiskäytäntöjen etsimiseen ja se mahdollistaa vanhuksen voimavarojen esiin saamiseen. Vanhukselle on kuitenkin usein varattu rajallinen mahdollisuus osallistua keskusteluihin, jolloin hän saattaa vain tulla kuulemaan suunnitelmia. (Metteri ym. 2000, 127; Kokko 2003, 22.)

Tasavertaisessa vuorovaikutuksessa vanhus otetaan keskusteluun mukaan. (Lehtonen 1998, 8–9; Tuominen 2006.) Toisinaan vanhukset osallistuvat lääkärinkiertoon aktiivisesti ja puhuvat lääkärille asioista, joista he eivät ole puhuneet hoitajille:

Lääkäri 2: Huomenta. Mitä Teille kuuluu?

Vanhus: Särkyä on joka paikassa.

Lääkäri 2: Lisätään lääkettä uudelleen.

Hoitaja 15: Ei ole hoitajille puhunut särystä mitään.

Onnistuneessa vuorovaikutuksessa keskustelu on osallistujien kesken tasavertaista vanhuksen ollessa asiansa tunteva subjekti. Kummastakin edellisestä esimerkistä näkee, että vanhus kokee tilanteen sellaiseksi, että siinä voi puhua avoimesti. Turvallisuus ja luottamus ovat tärkeitä.

Tiedonsaanti

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista painottaa potilaan oikeutta saada ymmärrettävällä tavalla tietoja sairaudestaan ja sen hoidosta. Vanhusten pitkäaikaisesta laitoshoidosta ei ole olemassa selvää näyttöä siitä, miten vanhukset tosiasiaa saavat tietoa. (Välimäki ym. 2001, 137.) Tiedonsaanti on asiakaslähtöisyyden olennainen elementti ja sen kulmakivi. Ilman tarvittavaa tietoa vanhus ei voi osallistua täysivaltaisesti asioihin, eikä vuorovaikutus ole tasavertaista. Tiedon saaminen ja laadittujen suunnitelmien lausuminen ääneen voi lisätä vanhuksen luottamusta henkilökuntaan. Tiedon painoarvo on kuitenkin useimmiten ammatillisten asiantuntijoiden näkemyksissä. (Kane & Kane 2001, 408.)

Vanhuksen kanssa keskustelemisen lopettaminen on lääkärinkierrolla tärkeä hetki, sillä lopuksi pitäisi sopia, miten asioissa edetään. Tämä on tärkeää, jotta vanhukset hahmottaisivat, mitä heidän tilanteessaan on sovittu. Vanhukselle voi olla vaikeaa poimia olennaisia asioita keskustelun aikana. Usein käy niin, että vanhukselle ei kerrota asioista keskustelua lopetettaessa eikä sen aikana:

Lääkäri 1: No (nimi). Mitä kuuluu?

Vanhus: Ei mitään erikoista.

Lääkäri: Ei huolia?

Vanhus: Ei, tässä ollaan vaan.

Hoitaja 11: Ei tänne ainakaan ole kirjattu erikoisempia.

Lääkäri 1: Jatketaan (nimi) näin.

Miten vanhuksen tilanteessa jatketaan, kun sitä ei tuotu esiin? Lääkäri viittaa siihen, että jatketaan samoin kuin viime aikoina, mutta ilmaisu on epämääräinen. Vanhus saattaa kertoa lääkärinkierrolla halustaan kotiutua, joka ei henkilökunnan mukaan ole mahdollista. Vanhukselle ei selvitetä, miksi hän ei voi mennä kotiin. Asiasta on keskusteltu jo aiemmin, mutta vanhus ei ole ymmärtänyt aiemmin selitettyä, tai hän ei mis-

ta sitä. Tällöin asioiden selittäminen uudelleen voisi olla paikallaan:

Lääkäri 3: Huomenta. Mitä kuuluu?

Vanhus: Jalkakipuja on. Menisin kotiin.

Lääkäri 3: Siitä ollaan jo puhuttu, että se ei onnistu, kun ei pärjää.

Vanhus: Mitenkä voimistelu, kävely?

Lääkäri 3: No se ei nyt ole mahdollista. Lääkitystä voidaan kokeilla.

Vanhukselle ei selitetä, miksi hän ei voi voimistella eikä kävellä. Myöskään kotona pärjäämistömyyttä ei käsitellä.

Kielenkäyttötavat vaikuttavat siihen, vahvistameko vai heikennämmekö asiakaslähtöisyyttä (Seppänen 2003, 54). Asiakaslähtöisyydessä tulee keskittyä tekemisen ja sanomisen ohella siihen, miten tehdään ja sanotaan. Jos vanhukselle puhuttava kieli on ammatillista, vanhus ei välttämättä ymmärrä sitä. Vanhuksen ilmi tuomien tarpeiden ohella on kyettävä vastaamaan myös ei-kielillisiin tarpeisiin, joita vanhus ei ota puheeksi. Haasteensa tiedonsaantiin tuo myös ymmärtämisen ongelma, kun aina työntekijä ei saa vanhusta ymmärtämään kertomaansa (Salonen 2006, 88). Toisinaan lääkärinkierrota voi kuitenkin olla tapahtuma, jossa henkilökunta varmistaa, että vanhus on saanut asioitaan koskevat tiedot:

Lääkäri 4: Huomenta. Minkälainen vointi on?

Vanhus: Viime yö meni kehnommin.

Lääkäri 4: Teillä on todettu kilpirauhasen vajaatoiminta. Ensi viikolla tulee kontrollit. Onko Teille puhuttu miten kotiautut järjesty?

Vanhus: En osaa sanoa.

Hoitaja 7: Kotikäynti on tulossa.

Lääkäri 4: Pään kuvaus tulee keväällä. Muisti-asia vaatii tutkimuksia.

Esimerkissä vanhus saa hyvin tietoa hoitajalta ja lääkäriltä lähitulevaisuuteen suunnitelluista asioista.

Asiakslähtöisyyden toteutuminen ja haasteet lääkärinkierrolla

Lääkärinkierrojen toimintatavoissa on paljon parannettavaa jokaisella asiakslähtöisyyden ulottuvuudella. Vanhusta ei välttämättä tavata lääkärinkierrolla lainkaan, vaan työntekijät puhuvat asioista keskenään. Potilastietojärjestelmän ja hoitajien omaama tieto on keskeisessä asemassa, eikä vanhuksen asiantuntijuuteen aina luoteta. Osasta vanhuksen asioita keskustellaan osaston käytävällä, ei vanhuksen luona. Työntekijät määrittelevät toisinaan sen, onko vanhuksella lääkärille asiaa vai ei. Asioita ei myöskään selvitetä vanhukselle kovin hyvin.

Lääkärinkierrolla paneudutaan vanhuksen tilanteeseen kokonaisvaltaisesti, mutta käsiteltävät asiat ovat työntekijälähtöisiä. Vanhus saa vastailta, mutta ensisijainen tiedonantaja hän ei välttämättä ole. Tällöin lähtökohdat asiakslähtöisyydelle ovat heikot. Annetaaneko vanhuksen määrittellä tavoitteitaan ja elämänsä sisältöä, vai tulevatko määritelmät ammatillisilta asiantuntijoilta? Usein vaihtoehtoista jälkimmäinen vie voiton, kun vanhusten mielipiteet, tarpeet ja toiveet tulevat ohitetuiksi. (Vaarama 2002, 11–13.) Usein työ vanhustenhuollon instituutioissa perustuu kuntouttavaan hoitotyöhön, jolla tavoitellaan vanhuksen päätösvallan ja itsenäisyyden ylläpitämistä (Välämäki ym. 2001, 136–137). Osastoilla oleva kiire ja rutiinomainen työskentelytavat johtavat kuitenkin herkästi asioiden tekemiseen vanhusten puolesta. Lisäksi kuntoutuksen käsitykset ja lähtökohdat ovat sairaalassa sairauslähtöisiä. (Päivärinta 1999, 238.)

Asiakslähtöisyyden ideaalin mukaan vanhus on työskentelyn keskiössä. Vanhus on lääkärinkierrolla työskentelyn keskiössä mutta ei subjektina. Vanhukset eivät voi vaikuttaa asioihinsa erityisesti tilanteessa, jossa heidän näkemyksensä ovat työntekijöiden näkemysten vastaisia. Vanhusten asiakkuus etenee lääkärinkierrolla paljolti ammatillisten asiantuntijoiden määrittelemällä

tavalla. Osastojen moniammatillinen työskentelytapa kääntyy osin asiakslähtöisyydelle haitaksi. Eri ammattikuntien edustajat keskustelevat vanhusten asioista keskenään ja vanhukset jäävät sivurooliin. Arvioinneista jääkin usein puuttumaan vanhuksen näkökulma. (Kinni 2007; Koskinen 2008.)

Vanhuksen hoitaminen on kokonaisvaltaista, mutta vanhuksen näkemysten sijaan ensisijaisessa asemassa on se, mikä määrittellään parhaaksi ratkaisuksi instituution ja olemassa olevien resurssien kannalta. Vanhuksen ja työntekijöiden näkemys hyvästä ei välttämättä ole yksi ja sama (Kinni 2005, 51). Työntekijöillä ei näytä olevan läheskään aina tiedossa se, mitä vanhukset ajattelevat asioistaan. Asiakslähtöisyyden vahvistamiseksi työntekijöiden tulisi olla tietoisia siitä, millaisia odotuksia ja tarpeita vanhuksella on (Holma 2003, 42). Työntekijät kuitenkin arvioivat vanhusten tarpeet käytäntöjensä ja kriteereittensä perusteella, eikä vanhuksen asema ole neuvotteluissa vahva – jos hän on neuvottelussa edes mukana (Zechner & Valokivi 2009).

Asiakslähtöisyydelle aiheuttavat lääkärinkierrolla esteitä muun muassa kiire sekä organisaation rutiinit ja säännöt. Vaikeuksia tuottavat myös vanhat asenteet, asiantuntijalähtöisyys sekä ongelmat yhteistyössä ja tiedon kulussa. (Kokkola ym. 2002.) Monesti asiakslähtöisyys on työskentelyssä normatiivisena tavoitteena, mutta työn ehdot kyseenalaistavat sen. Resurssien niukkuudella saatetaan puheissa perustella sitä, miksi vanhuksen tarpeisiin ei kyetä vastaamaan. Työntekijät joutuvat tasapainottelemaan resurssien, normitusten ja vanhusten toiveiden kanssa ja lopulta vanhus on se, joka joutuu sopeutumaan olemassa olevaan palveluun. (Andersson ym. 2004; Topo ym. 2007.)

Asiakslähtöisyys edellyttää vanhuksen yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista sekä hänen kokonaisvaltaisen elämäntilanteensa huomioimista. Autonomiaan ja

osallistumiseen sisältyvä problematiikka tulee esiin erityisesti silloin, kun sairastumisen myötä vanhus ei enää kykene olemaan aiempaan nähden mukana arjen kulussa tai vaikuttamaan hoitoaan koskeviin päätöksiin. Vanhukset arvioidaan usein lääkärikierrolla pätemättömiksi tekemään elämäänsä koskevia päätöksiä. Vanhusten kyky päätösten tekoon voi toki olla hetkellisesti alentunut, mutta silloin voisi miettiä, mitä päätöksiä juuri sillä hetkellä on todella tehtävä ja mitä voidaan siirtää myöhemmäksi.

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen lääkärikierrolla edellyttäisi vaihtoehtojen olemassa olemista ja kaiken lisäksi vanhuksen pitäisi voida valita niistä. Lääkärikierrolla kuitenkin esitetään vaihtoehtoja harvoin, kun arki kulkee rutiininomaisesti ja suunnitelmia luodaan varsin yksiselitteisesti. Osastojen toimintakehykset ovat ennalta määritellyt, eikä niissä ole annettu vanhukselle aktiivista roolia. Hierarkkinen valta on työntekijöillä, joilla on oikeus määrittää sekin, onko vanhuksella kykyä harkita ja ymmärtää asioitaan.

Instituution byrokraattiset olosuhteet edesauttavat myös lääkärikierrolla tehokkuutta ja aikaansaavat sopeutumisen paineita rajoittaen samalla valinnan mahdollisuutta ja joustavuutta (Parke & Chappel 2010, 118). Kun vanhuksen päätöksenteon edellytykset ovat syystä tai toisesta heikentyneet, oikeus autonomiaan menettää edellytyksensä. (Osman & Becker 2003, 28.) Sairastumisen käsitteleminen ja hallitseminen edellyttävät autonomian kokemusta ja mahdollisuutta vaikuttaa asioihinsa (Koskinen ym. 2008. Jotta vanhus saisi lääkärikierrolla mahdollisuuden puhua ja tulla kuulluksi, tarvitsee hän kuuntelijan, jolla on aikaa. Mikäli vanhuksen yksilönvapautta maksimoidaan, saattaa se luoda turvattomuutta ja ääripäässä johtaa heitteille jättämiseen. Jos vanhuksen turvallisuutta maksimoidaan, saattaa se aikaansaada itsemääräämisoikeutta kaventavaa holhoamista. (Helminen & Karisto 2005, 16.) Lääkärikierrollakaan ei ole itsestään selvää, että vanhuksen hyvinvoin-

tia pystytään tukemaan, vaan epäonnistuessaan vuorovaikutussuhde kaventaa autonomiaa, mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan ja elämänhallintaan (Saarenheimo 2004, 141).

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen on olennaista vanhuksen kuntoutumisessa ja elämänlaadun kohentamisessa. Sairaalaolosuhteissa itsemääräämisoikeuden säilyminen ei ole itsestään selvää, sillä päätösvalta voi heikentyä sairauksien ja vanhenemisen muutosten vuoksi. (Chadwick & Tadd 1992.) Myös instituutioiden hallinnolliset ja fyysiset rakenteet rajoittavat omaehtoista toimimista. Itsemääräämisoikeuden edellytyksenä on kykenevyyden ja pätevyyden lisäksi valta. Monet asiat ovat kuitenkin ulkoisista olosuhteista riippuvaisia, mikä vähentää vanhuksen vaikutusmahdollisuuksia. (Heikkinen 1997, 159–160.) Vanhusten palvelujen linjauksen mukaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja pyrkiä palveluiden järjestämiseen asiakkaan toiveiden mukaisesti. Asiakkaan toiveista voidaan kuitenkin poiketa, mikäli ne eivät vastaa työntekijöiden tekemää selvitystä hoidon ja palvelujen tarpeesta, ne ylittävät muille tarjotut palvelut, tai palvelut tulisivat kohtuuttoman kalliiksi. Asiakkaan ja työntekijöiden näkemysten poikkeaminen edellyttää syiden selvittämistä. (Tie hyvään vanhuuteen...2007, 19.)

Nykyisessä palvelujärjestelmässä asiakaslähtöisyyden toteuttaminen on vaikeaa. Aidon asiakaslähtöisen työskentelyotteen saavuttaminen edellyttäisi palvelujärjestelmän tehokkuusajattelusta luopumista (Kröger ym. 2007, 14). Vanhusten palveluissa on jo pidempään pidetty hoidollisina painopisteinä yksilöllisiä tarpeita, joustavuutta ja työntekijöiden ja vanhusten välistä vuorovaikutusta (Luoma 2007). Vanhukset tulisi kohdata yksilöinä, kuunnella heitä, antaa aikaa ja aloittaa heidän asiakkuutensa heidän tarpeistaan ja toiveistaan, minkä pohjalta rakennetaan tarvittavat palvelut. Auttamistyön idealisoituminen johtaa kaksijakoisuuteen, jossa

maailma kuvataan yhdenlaisena ja arkea eletään toisenlaisena (myös Tuominen 2006).

Asiakaslähtöisyyden ideaalin hyvät ajatukset eivät ole juuri mukana osastojen arjessa. Suomalaisen laitoshoidon on todettu olevan laadultaan huonoa, kun yksityisyys, virikkeet, itsemäärääminen ja valinnanvapaus puuttuvat. Kaikkien vanhusten tulisi sopia samoihin linjauksiin, mikä jo lähtökohtaisesti sotii asiakaslähtöisyyttä vastaan. Linjaukset ovat muiden määrittelemiä, vanhuksesta riippumattomia. Niissä luodaan kaikille vanhuksille yhteisiä tavoitteita. (Valokivi 2008; Ylinen 2008.)

Kirjallisuus

Ala-Nikkola, Merja (2003) Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhus-tenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 972. Tampere.

Alvine, Ceanne (2005) Improving quality of care through systems research: A guide for managers and practitioners. *Geriatric nursing*, 26 (1). New York, NY: American Journal of Nursing CO, 294–299.

Andersson, Sirpa & Haverinen, Riitta & Malin, Maili (2004) Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhuksen, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (5), 481–494.

Angrosino, Michael (2007) *Doing ethnographic and observational research*. Thousand Oaks: Sage.

Atkinson, Paul (1992) *Understanding ethnographic texts*. Newbury Park: Sage.

Brewer, John D. (2000) *Ethnography*. Buckingham: Open University Press.

Chadwick, R. & Tadd, W. (1992) *Ethics in nursing practice*. Basingstone: Macmillan Press.

Einiö, Elina K. (2010) *Determinants of institutional care at older ages in Finland*. Helsinki: Population Research Institute.

Heikkinen, Riitta-Liisa (1997) Iäkkäiden autonomia. *Gerontologia* 2/1997, 159–165.

Helminen, Pirjo & Karisto, Antti (2005) Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.) *Laatua vanhustyöhön*. Helsinki: Tammi, 9–18.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) *Tutkimushaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.

Holma, Tupu (2003) *Laatua vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämistyöhön*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

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

Johnstone, Barbara (2002) *Discourse analysis*. Oxford: Blackwell.

Kane, Robert L. & Kane, Rosalie A. (2001) *Emerging issues in chronic care*. Teoksessa Robert H. Binstock & Linda K. George (toim.) *Handbook of ageing and social sciences*. 5th edition. San Diego (Calif.): Academic press, 406–425.

Kinni, Riitta-Liisa (2005) Oma arki kotona – riittävä apu laitoksessa. Vanhus kuntoutujana sairaalan moniammatillisessa työssä. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Sosiaalityön lisensiaattitutkielma.

Kinni, Riitta-Liisa (2007) Sosiaalityö vanhuskuntoutujan toimintakykyä määrittämässä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 219–234.

Kokko, Riitta-Liisa (2003) Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Helsinki: Kuntoutussäätiö. *Tutkimuksia* 72/2003.

Kokkola, Anita & Kiikkala, Irma & Immonen, Tuula & Sorsa, Minna (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Stakes.

Koskinen, Seppo & Nieminen, Mauri & Martelin, Tuija & Sihvonen, Ari-Pekka (2008) Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) *Gerontologia*. 2. uudis-

- tettu painos. Helsinki: Duodecim, 28–35.
- Koskinen, Simo (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 436–448.
- Kröger, Teppo & Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2007) Sosiaalityö vanhuuden edessä. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 7–15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).
- Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lehtonen, Anja (1998) Läheisyyttä asiakastyöhön. Lähipalvelutyöryhmän asiakastyöprojektin loppuraportti. Helsinki: STAKES, sosiaali- ja terveyspalveluosasto, selvityksiä 1998:10fin.
- Lofland, John & Lofland, Lyn H. (1984) *Analyzing social settings*. 2nd edition. Belmont (Calif.): Wadsworth.
- Luoma, Minna-Liisa (2007) Ikäpoliittiset tavoitteet ikääntyvien laitoshoidon laadun kehittämisen suuntaajina. Teoksessa Heini Lehtoranta, Minna-Liisa Luoma & Seija Muurinen (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Helsinki: Stakes, raportteja 19/2007, 7–11.
- Metteri, Anna & Lehtinen, Tuula & Saarnio, Merja (2000) Kitkasta kuulemiseen: kohti kansalaisen luottamusta: Mikä hätänä projektin loppuraportti, 1998–2000. Helsinki: Kansalaisareena.
- Nakashima, Mitsuko & Chapin, Rosemary K. & MacMillan, Kelley & Zimmerman, Mary (2004) Decision making in long-term care: approaches used by older adults and implications for social work practice. *Journal of gerontological social work*. 43 (4). Binghamton (N.Y.): Haworth Press, 79–102.
- Noro, Anja (1998) Vanhukset ja pitkäaikainen laitoshoido. *Gerontologia* 18 (1), 51–54.
- Osman, Hana & Becker, Marion A. (2003) Complexity of decision-making in a nursing home: the impact of advance directives on end-of-life care. *Journal of gerontological social work*. 42 (1), 27–40.
- Pahlman, Irma (2003) Potilaan itsemääräämisoikeus. Helsinki: Edita.
- Pahlman, Irma (2007) Iäkkään potilaan itsemääräämisoikeus. *Gerontologia* 21 (3), 270–272.
- Parke, Belinda & Chappel, Neena. L. (2010) Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis. *Journal of Aging Studies* 24. Greenwich, CT; London: JAI Press, 115–124.
- Päivärinta, Eeva (1999) Kuntoutus sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutoksessa – iäkkään pitkäaikaisesti palveluja tarvitsevan asiakkaan näkökulma. *Gerontologia* 13 (4), 237–241.
- Pärssinen, Anu (2003) Vastuunotto asiakaslähteisessä viranomaisyhteistyössä. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita, 70–91.
- Resnick, Barbara (2009) Patient centered, interdisciplinary, and cost-effective: can we do it all? *Geriatric nursing*, 30 (3), 151–152.
- Ristiniemi, Teija (2005) Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus?”. Sosiaalityön lisensiaattitutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Saarenheimo, Marja (2004) Positiivinen mielen-terveys ja elämänhallinta. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 132–151.
- Salonen, Satu (2006) Sairaana hyvä potilas. Helsinki: Duodecim.
- Seppänen, Johanna (2003) Mielen voimaa. Omien voimavarojen tunnistaminen ja oman kertomuksen muutos työllistymisprojektin aikana. Teoksessa Anna Metteri (toim.) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä. Helsinki: Edita, 51–69.
- Silverman, David (2000) *Doing qualitative research. A practical handbook*. London: Sage.

- Sorsa, Minna (2002) Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Julkaisematon Pro gradu -tutkielma.
- Tedre, Silva (2003) Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 57–71.
- Tie hyvään vanhuuteen (2007) Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:8.
- Topo, Päivi & Sormunen, Saira & Saarikalle, Kristiina & Räikkönen, Outi & Eloniemi-Sulkava, Outi (2007) Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Helsinki: Stakes.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2003) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Tuominen, Sanna (2006) "Ei täällä paljon kuunnella ihmistä" Asiakaslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhusten kokemana. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampereen yliopisto.
- Vaarama, Marja (2002) Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes, 11–18.
- Valokivi, Heli (2002) Ikäntynyt kansalainen ja omainen sosiaali- ja terveyspalveluissa johdon kertomana. Teoksessa Juhani Lehto & Kari Natunen (toim.) Vastamme vanhusten hyvinvoinnista. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Acta nro 144, 15–30.
- Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Acta Universitatis Tampereensis 1286. Tampere.
- Voutilainen, Päivi (2004) Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 142.
- Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Peiponen, Arja (2002) Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & U. Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes, 38–42.
- Välimäki, Maritta & Nyrhinen, Tarja & Leino-Kilpi, Helena & Dassen, Theo & Gasull, Maria & Lemonidou, Crysoula & Scott, P. Anne & Arndt, Marianne & Kaurila, Teemu (2001) Potilaan itsemääräämisen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. Gerontologia 2/2001, 136–147.
- Väänänen, Raija (1993) Kenen asia tämä oikein on? – Asiakas työskentelyn osapuolena. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993. Helsinki: Painatuskeskus, 132–145.
- Wenger, G. Clare (2003) Interviewing older people. Teoksessa James A. Holstein & Jaber F. Gubrium (toim.) Inside interviewing. New lenses, new concerns. Thousand Oaks (Calif.): Sage, 111–130.
- Ylinen, Satu (2008) Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155.
- Ylinen, Satu & Rissanen, Sari (2004) Asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. Gerontologia 3/2004, 200–205.
- Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 154–175.