

**MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEKUNTOUTUJIIEN KOTIHOIDON  
TYÖNTEKIJÖIDEN OSAAMISTARPEET**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosionomikoulutus

syksy 2021

Johanna Koivula

Heidi Mattsson

Sosionomikoulutus		Tiivistelmä
Tekijät	Heidi Mattsson ja Johanna Koivula	Vuosi 2021
Työn nimi	Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidon työntekijöiden osaamistarpeet	
Ohjaaja	Paula Rantamaa	

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kyselyn avulla, millaista lisäosaamista Hämeenlinnan kotihoidon työntekijät mielestään tarvitsevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Tämä asiakasryhmä kasvaa koko ajan. Hämeenlinnan kaupungin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tilasi selvityksen kotihoidon lisäosaamistarpeista opinnäytetyönä. Tieto on kaupungille tärkeä, jotta pystyisivät maksimoimaan kotihoidon hyödyt asiakkaiden siirtymävaiheessa laitoksesta kotiin ja kotona asuessa.

Tietoperustassa tarkasteltiin keskeisiä käsitteitä: mielenterveys- ja päihdetyö, kotihoito ja -kuntoutus, moniammatillinen työskentely sekä lähihoitaja. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselyllä Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon työntekijöiltä, jotka ovat koulutukseltaan lähihoitajia ja työskentelevät myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Kysely sisälsi avoimia ja monivalintakysymyksiä, ja siihen vastasi kymmenen työntekijää. Analyysimenetelminä käytettiin laadullista sisällönanalyysia ja kvantifiointia.

Tutkimustulosten mukaan työntekijät kokivat, että heillä ei ole ollenkaan tai on hyvin vähän opintoja, kokemusta tai osaamista työskentelystä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Tämä näkyi vaikeaksi koettuina asioina, joita olivat resurssien ja koulutuksen puute sekä asiakkaan kohtaaminen työssä. Työntekijät kertoivat tarvitsevansa tietoa väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisen taidoista, mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä kuntoutuksesta. Yhteenvetona voidaan todeta, että kyselyyn vastanneilta, pääosin vanhustyöhön suuntautuneilta, lähihoitajilta saattaa puuttua tietoa ja osaamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskentelyssä. He tarvitsevat lisäosaamista lähes kaikesta, mikä liittyy asiakasryhmän kanssa toimimiseen. Lähihoitajataustaisille työntekijöille on tarpeen järjestää koulutusta muun muassa haastavan tai väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisesta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Tutkimustulosten avulla voidaan kohdentaa työntekijöille heidän tarvitsemaansa oikeanlaista koulutusta.

Avainsanat mielenterveystyö, päihdetyö, kotihoito, osaamisen kehittäminen, kuntoutus

Sivut 42 sivua ja liitteitä 5 sivua

Degree Programme in Social Services

Abstract

Authors Heidi Mattsson and Johanna Koivula

Year 2021

Subject Employees knowledge needs in home care for mental health and substance abuse rehabilitators

Supervisor Paula Rantamaa

---

The purpose of this thesis was to survey home care workers' thoughts on additional competence they need with mental health and substance abuse clients. The thesis was commissioned by the Hämeenlinna city housing services for mental health rehabilitation clients. They requested a report of additional competence needs of home care workers. The information is important for the city, in order that they can maximize the benefits of home care during the transition from institutional care and when the client is at home.

The theoretical background consists of mental health and substance abuse work, home care and rehabilitation for mental health and substance abuse clients, multiprofessional work and practical nurse. This research-based thesis was implemented using both qualitative and quantitative research methodology. The research data were collected from home-care workers who were qualified practical nurses by their education in the city of Hämeenlinna, using an electronic survey. Ten employees responded to the survey which included both open-ended and multiple-choice questions. Qualitative content analysis as well as quantification were used as methods of analysis.

According to the findings, the respondents felt they have no or very little education, experience, or competence in working with mental health and substance abuse clients. This was also reflected in issues perceived as difficult, which included a lack of resources and training, as well as encountering clients. The workers told they need skills in confronting a violent client, and information about mental health and substance abuse problems and rehabilitation. The conclusion is that the practical nurses who responded to the survey, and are mostly specialized in elder care, may lack knowledge and competence in working with mental health and substance abuse clients. The respondents indicated that they need additional competence in almost everything related to mental health and substance abuse work. The conclusion of this study is that it is necessary to provide the employees with practical nurse background with training on issues such as how to confront a challenging or violent client and to increase their knowledge of mental health and substance abuse work. The findings can be used to offer the workers the right kind of training they need.

Keywords mental health work, social work with substance abusers, home care, competence development, rehabilitation

Pages 42 pages and appendices 5 pages

## Sisälllys

1	Johdanto .....	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat .....	3
3	Tutkimuksen tietoperusta .....	5
	3.1.1 Mielenterveystyön palvelut .....	6
	3.1.2 Päihdetyön palvelut .....	8
	3.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotihoito.....	9
	3.3 Moniammatillinen työskentely .....	11
	3.4 Lähihoitaja mielenterveys- ja päihdetyössä .....	12
4	Aikaisemmat tutkimukset.....	13
5	Opinnäytetyön tutkimuksen toteutus.....	15
	5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys.....	15
	5.2 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	16
	5.3 Aineistonhankinta sähköisellä kyselyllä .....	17
	5.4 Aineiston analyysi laadullisen sisällönanalyysin ja kvantifioinnin avulla.....	18
6	Tutkimuksen tulokset .....	20
	6.1 Opinnot, kokemus ja osaaminen .....	21
	6.2 Vaikeaksi koetut asiat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa .	23
	6.3 Lisäosaamistarpeet mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa .....	24
7	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	25
	7.1 Ei riittävästi opintoja, kokemusta ja osaamista .....	25
	7.2 Haasteena resurssien, koulutuksen ja ajan puute .....	27
	7.3 Lisäosaamistarpeina enemmän tietoa ja kohtaamisen taitoja.....	30
8	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	31
9	Arviointi ja pohdinta .....	33
	Lähteet.....	37

## Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1. Kotihoidon arvot .....	4
Kuva 2. Mielenterveyden edistäminen, hoito ja kuntoutus.....	6
Kuva 3. Mielenterveystyön osa-alueet.....	7
Kuva 4. Kysymysten teemat .....	20

Kuva 5. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden kokemus mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen riittävydestä.....	22
Kuva 6. Kyselyyn vastanneiden osaaminen mielenterveys- ja päihdetyön kotihoidossa.	23
Kuva 7. Kyselyyn vastanneiden vaikeaksi kokemat asiat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa.....	24
Kuva 8. Kyselyyn vastanneiden lisäosaamistarpeet mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa.....	25
Kuva 9. Lisäosaamistarpeet.....	30
Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden kotihoidon työntekijöiden mielenterveys- ja päihdeopinnot.....	21
Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden mielenterveys- ja päihdetyön kokemus.....	22

## **Liitteet**

Liite 1: Aineistonhallinnan suunnitelma

Liite 2: Kyselyn saatekirje

Liite 3: Tutkimuskyselyn kysymykset

## 1 Johdanto

Kotihoito on ollut perinteisesti vanhuksille suunnattua, mutta asiakaskuntaan ovat kuluneet myös vammaiset ja mielenterveyskuntoutujat. Nykyisin kotihoidon piirissä on enenevässä määrin mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaita. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujia kotiutetaan Hämeenlinnassa, kuten muissakin kaupungeissa, laitoksista kotiin. Tämä on asiakkaiden etu, koska kotona asuminen mahdollisimman pitkään on useimmille tärkeää ja kuntoutumiselle suuri voimavara.

Kotia pidetään usein kuntoutuksen kannalta parempana ympäristönä kuin laitosta, ja kotiin annettu tuki on useimmille riittävää. Kuntoutujien kotona asumiseen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota ja epäkohtia korjattava, jotta heidän hyvä asuminen omassa kodissa toteutuu. Hyvään asumiseen kuuluu muun muassa tutun työntekijän kotikäynnit ja vastaaminen asiakkaan muuttuviin tarpeisiin. (THL, 2020d)

Hämeenlinnan kaupungin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut tilasivat selvityksen kotihoidon osaamistarpeista opinnäytetyönä. Tavoitteena oli saada selville, mitä osaamista kotihoidossa tarvitaan lisää, jotta pystytään maksimoimaan kotihoidon hyödyt asiakkaiden siirtymävaiheessa laitoksesta kotiin, sen jälkeen ja myös ennen laitokseen siirtymistä.

Opinnäytetyön aiheena on siis mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidon työntekijöiden osaamistarpeet. Kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat ovat työskennelleet suurimmaksi osaksi vanhusten, mutta myös vammaisten ja mielenterveyskuntoutujien kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työntekijöille kohdennetun kyselyn avulla, mitä lisäosaamista he kokevat tarvitsevänsä, kun asiakkaina on alkanut enenevästi olla mielenterveys- ja päihdekuntoutujia, joiden arjessa selviämistä, hyvinvointia ja osallisuutta pitäisi lisätä.

Sosionomi voi toimia kotihoidon työntekijöiden esihenkilönä, ja hänen tehtäviinsä kuuluu selvittää asiakkaiden tarpeita ja kehittää työntekijöiden osaamista vastaamaan tarpeita. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme kokemusta työntekijöiden osaamisen kartoittamisesta. Sosionomin tulee tunnistaa asiakkaiden hyvinvoinnin riskitekijät ja ohjata

kotipalvelun työntekijät tukemaan asiakkaan voimavaroja ja osallisuutta. (Raatikainen ym., 2020, ss. 20–21) Sosionomin tehtävänä on toimia yhteiskunnassa heikompiensaisten äänenä ja edistää ihmisten ja yhteisöjen hyvinvointia. Heidän tehtävänään on myös edistää asiakkaiden sosiaalista osallisuutta ja yhdenvertaisuutta sekä estää huono-osaisuuden lisääntymistä asiakkaiden elämässä. (Raatikainen ym., 2020, s. 14)

## 2 Opinnäytetyön lähtökohdat

Molempia opinnäytetyön tekijöitä on opintojen alusta asti kiinnostanut mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaat. Kummallakin on halu ja toive päästä työskentelemään näiden asiakkaiden kanssa. Haluamme kehittää sitä työtä, jota kotona asiakkaiden kanssa tehdään. Opinnäytetyö on yksi askel tähän suuntaan.

Kysyimme Hämeenlinnan kaupungin asiakasohjausyksikön päälliköltä, mitä ovat sellaiset mielenterveysasiakkaiden kanssa toimimisen tarpeet, joihin voisimme vastata opinnäytetyöllämme. Mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaita on Hämeenlinnassa siirtynyt ja siirtymässä laitoksesta kotihoitoon (Piia Hämäläinen & Sari Koskinen, henkilökohtainen tiedonanto, 25.9.2021). Asiakasohjausyksikön esimies sekä mielenterveysasumispalveluiden palveluohjaajat kiinnostuivat aiheesta. Tarpeena oli tietää, mitä lisäosaamista kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat tarvitsevat pystyäkseen vastaamaan mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaiden tarpeisiin.

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä on Hämeenlinnan kaupungin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut yhdessä kotihoidon kanssa. Tilaajana on mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ja tutkimuksen kohteena on kotihoito, sen työntekijät ja heidän osaamistarpeensa. Tutkimusaineisto kerättiin vain niiltä Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon työntekijöiltä, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa.

Hämeenlinnassa tarjotaan sosiaalihuolto-, mielenterveys- ja päihdehuoltolain mukaista tuettua asumista sekä psykiatrasta kotikuntoutusta asiakkaan omassa kodissa osana kaupungin päihde- ja mielenterveystyön palveluita. Lisäksi mielenterveys- ja päihdekuntoutujille on tarjolla tehostettua palveluasumista, palvelu- ja tukiasumista. Palveluasumisessa on päiväaikaan henkilökuntaa ja tehostetussa palveluasumisessa hoiva on ympärivuorokautista. Tukiasumisessa vuokrataan asiakkaalle asunto, johon kuuluu mukaan tukipalvelu. Palveluja ostetaan yksityisiltä palveluntuottajilta. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) säädetään kunnan velvollisuudesta tarjota asukkaalleen sosiaali- ja terveyspalveluita, joilla edistetään ja ylläpidetään hyvinvointia ja turvallisuutta.



Sosiaalihuoltolain tarkoitus on taata kunnan asukkaille sosiaalipalveluiden saatavuus. Jos kunnassa ei pystytä tuottamaan asukkaiden tarvitsemia palveluita, voidaan tarvittavat palvelut ostaa ostopalveluna yrityksiltä ja kolmannelta sektorilta tai tarjota asukkaalle palveluseteleitä hänen tarvitsemaansa palveluun. Laissa määritetään myös vaadittava sosiaalihuollon henkilöstön ammatillinen osaaminen ja veloitetaan huolehtimaan riittävästä täydennys- ja lisäkoulutuksesta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) Toiminnassa otetaan huomioon myös laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jolla varmistetaan asiakkaan oikeus hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa sekä edistetään asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta.

Hämeenlinnan kotipalvelussa tavoitellaan hyvän elämän mahdollistamista kaikkien asiakasryhmien kodeissa. Kotihoidossa noudatetaan Hämeenlinnan kaupungin arvoja (Kuva 1), joita ovat yhdenvertaisuus ja yhteisöllisyys, tasa-arvoinen ja vastuullinen kohtaaminen, asiakaslähtöisyys ja palveluhenkisyys, voimavaralähtöisyys ja positiivisuus, luovuus ja rohkeus, kehittämismyönteisyys ja kestävä elämäntapa sekä vaikuttava ja taloudellinen toiminta. (Hämeenlinnan kaupunki, 2019a, s. 4)

Kuva 1. Kotihoidon arvot (Hämeenlinnan kaupunki, 2019b, s. 4).

**Ikäihmisten palvelujen tulosalueella noudatetaan Hämeenlinnan kaupungin arvoja, joita on täydennetty ikäihmisten palvelujen toimintaperiaatteilla**

**Yhdenvertaisuus ja yhteisöllisyys**

- Mahdollistamme hyvän arjen ja kehityksen kaikille tasapuolisesti
- Kannustamme asukkaita monipuoliseen yhteistoimintaan ja vastuuseen lähipiiristään
  - *Tasa-arvoinen ja vastuullinen kohtaaminen*

**Asukaslähtöisyys ja palveluhenkisyys**

- Asukkaat osallistuvat kaupungin ja palvelujen kehittämiseen
- Palvelemme ammattitaitoisesti ja ystävällisesti
  - *Voimavaralähtöisyys ja positiivisuus*

**Luovuus ja rohkeus**

- Tuemme kuntalaisten aloitteellisuutta ja kehitämme toimintaamme rohkeasti
- Haemme ennakkoluulottomasti kekseliäitä ja raikkaita ratkaisuja
  - *Kehittämismyönteisyys*

**Kestävä elämäntapa**

- Rakennamme kaupunkia taloudellisesti, sosiaalisesti ja ekologisesti vastuullisesti
- Huolehdimme rakennetusta ympäristöstä ja säilytämme puhtaan luonnon myös tuleville sukupolville
  - *Vaikuttava ja taloudellinen toiminta*

**Toimintaperiaattemme**

**Paras oman hyvän elämän vahvistaja, edelläkävijä ikäihmisten palveluissa**

- Arvostamme asiakkaan omaa hyvää elämää ja sovitamme palvelumme osaksi sitä
- Asiakkaamme suunnittelevat, toteuttavat, arvioivat ja kehittävät palveluja kanssamme
- Tuemme kotona asumista
- Toimimme tehokkaasti ja vaikuttavasti asiakkaamme parhaaksi
- Olemme ennakkoluulottomia ja teemme asiat joka päivä vielä paremmin
  - *Hämeenlinnassa asuvat Suomen tyytyväisimmät ja toimintakykyisimmät ikäihmiset*

Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluita tarjoavat Hämeenlinnassa Hämeenlinnan Erityisasuntosäätiö ja yksityiset palveluntuottajat. Asumispalvelua järjestetään kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Tuetussa asumisessa tavoitellaan mahdollisimman itsenäistä asumista ja sen vuoksi tapaamiset ja niiden määrä suunnitellaan asiakkaiden tarpeiden mukaan. (Hämeenlinnan kaupunki, 2020)

### **3 Tutkimuksen tietoperusta**

Tässä luvussa avataan opinnäytetyömme keskeiset käsitteet, joiden pohjalta tarkastellaan kotihoidontyöntekijöiden osaamistarpeita. Käsitteitä ovat mielenterveys- ja päihdetyö, kotihoito ja -kuntoutus, moniammatillinen työskentely sekä lähihoitaja.

Päihde- ja mielenterveysongelmat vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Tämän vuoksi otetaan huomioon aina kokonaisuus eli ihmisen psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi, jotta asiakasta voidaan auttaa, tukea ja hoitaa parhaalla mahdollisella tavalla. (Vuori-Kemilä ym., 2010, ss. 66–67) Tärkeää on, että ihmistä ymmärretään aktiivisena toimijana omassa elinympäristössään ja kunnioitetaan sellaisena kuin hän on.

Työskentelyn pitää olla tavoitteellista, vuorovaikutuksellista ja tavoitteet pitää olla yhdessä sovittuja, jotta ne vievät kohti päämäärää. Lähtökohtana asiakastyössä on ihmisarvo ja toisen kunnioitus, pyrkimys ymmärtää asiakasta sekä luottamus asiakassuhteessa. Tavoitteellisessa työskentelyssä on päämäärä ja tavoitteet, ne sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan tilasta, käyttäytymisestä, sosiaalisesta asemasta tai historiasta riippumatta asiakkaalle osoitetaan, että hänen yksilöllisyytensä arvostetaan. Hyvän asiakassuhteen luomisessa edellytetään luottamusta. (Vuori-Kemilä ym., 2010, ss. 48–49)

Asiakkaiden toimintakyky saattaa olla hyvin alhainen ja vielä kuntoutuksen edetessäkin hyvin heikko, joten usein tarvitaan monia yhtäaikaista palveluja. Kuntoutuksen suunnittelussa otetaan huomioon asiakkaan tilanne, tarpeet ja voimavarat. Työskentelyssä tunnistetaan asiakkaan olemassa olevat kyvyt, mahdollistetaan itsenäinen toiminta sekä päätöksenteko. Palveluiden tulee olla eteenpäin vieviä ja tukea asiakkaan elämää ja siinä itsenäistä

selviämistä. Asiakkaan läheisten tuen tarve selvitetään, heitä tukemalla autetaan myös asiakasta kuntoutumaan. (Raivio, 2018, ss. 12–13)

### 3.1.1 Mielensterveystyön palvelut

Mielensterveyspalveluja tuotetaan perus- ja erityistasolla (Kuva 2). Niiden avulla pyritään ehkäisemään, lieventämään ja hoitamaan mielensterveyden häiriöitä.

Kuva 2. Mielensterveyden edistäminen, hoito ja kuntoutus (THL, 2020a).



Perustason palveluilla käsitetään perusterveydenhuollon palvelut ja erityistason palveluihin luetaan psykiatrisen erikoisan mukaisia tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluja. Kunnan sosiaalihuollossa järjestetään mielensterveyskuntoutujille asumis- ja kotihoitoa ja kuntouttavaa työtoimintaa. Kunnan lisäksi palveluja järjestään myös seurakunnissa ja kolmannella sektorilla. (THL, 2020c) Mielensterveyslailla (1116/1990) pyritään ohjaamaan kuntia takaamaan ihmisille psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen lieventämällä ja parantamalla mielensterveyshäiriöitä. Laissa asetetaan palveluntuottajalle selkeät toimintaohjeet, joissa huomioidaan asiakkaan oikeudet ja vastuut. Laissa edellytetään toimivan työnohjauksen järjestämistä mielensterveystyötä tekeväille henkilöstölle.

Mielenterveystyössä on mielenterveyttä edistävää eli rakentavaa toimintaa sekä häiriöitä ehkäisevää ja korjaavaa työtä (Kuva 3). Siinä vahvistetaan mielenterveyttä tukevia tekijöitä ja pyritään tunnistamaan mielenterveyttä horjuttavia tekijöitä sekä estetään niiden muodostumista. Lainsäädännössä korostetaan avohoidon merkitystä ja ensisijaisuutta. (Vuori-Kemilä ym., 2010, ss. 21–22) Mielenterveyden ongelmien kohdalla on myös hyvä ottaa huomioon syyt, mistä ne johtuvat: johtuuko ihmisen tilanne mielenterveysongelmista, mielenterveysongelma ihmisen tilanteesta vai jostain muusta.

Kuva 3. Mielenterveystyön osa-alueet (Heikkinen-Peltonen ym., 2010, s. 53).

Mielenterveystyön osa-alueet		
Rakentava mielenterveystyö	Ehkäisevä mielenterveystyö	Korjaava mielenterveystyö, hoito ja kuntoutus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykkisen hyvinvoinnin edellytysten luominen ja ylläpitäminen, mielenterveyttä edistävän tiedon jakaminen kansalaisille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielenterveyttä edistävän tiedon jakaminen suunnatusti, ongelmien varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen sekä apu ja tuki kriiseissä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psykkisten häiriöiden tunnistaminen, hoidon suunnittelu, hoidon ja kuntoutuksen toteuttaminen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valtakunnan taso</li> <li>• Kunnallinen taso</li> <li>• Alueellinen ja paikallinen taso sekä yksikkökohtainen toteutus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toteutuu monialaisesti eri palvelujärjestelmissä, perusterveydenhuolto ja sosiaali-toimi kantavat lakisääteisen vastuun väestön terveyteen liittyvissä kysymyksissä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perusterveydenhuollon palvelut, erikoissairaanhoidon palvelut, yksityiset ja järjestöjen palvelut sekä vapaaehtoistyö</li> </ul>

Mielenterveystyön palveluiden tulee olla helposti saatavissa. Ehkäisevässä mielenterveystyössä pyritään tunnistamaan riskitekijät ja vaikuttamaan niihin ennen kuin ne vaikuttavat ihmisten mielenterveyteen. Työskentelyssä pyritään tukemaan ihmisten hyvinvointia ja selviytymistä. Korjaavalla työllä tarkoitetaan mielenterveyshäiriöiden tunnistamista, tutkimuksia sekä hoitoa ja kuntoutumista tukevaa toimintaa. (Heikkinen-Peltonen ym., 2010, ss. 52–55)

Mielenterveyskuntoutuksessa painotetaan nykyään avohoitoa. Lääkehoidon lisäksi tarvitaan palveluja, joilla vahvistetaan asiakkaan oman arjen kannalta tärkeitä taitoja, joita hänen sairastumisensa on heikentänyt. Kuntoutus voidaan aloittaa, kun asiakkaalla on riittävästi voimavaroja omaan kuntoutumiseensa. Tavoitteena on tarjota palveluja, joita voi käyttää kotoa käsin ja jotka tukevat itsenäistä selviytymistä. Kuntoutus suunnitellaan aina yksilöllisesti ja se tapahtuu vuorovaikutuksessa toisen ihmisen tai ryhmän kanssa.

Onnistuneeseen kuntoutumiseen tarvitaan asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde. (Mielenterveystalo.fi, n.d.) Luottamuksen synnyssä kunnioitus, välittäminen ja kuuntelu sekä pyrkimys asiakkaan ymmärtämiseen ovat avainasemassa, mikä sisältää myös vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden sekä sitoutumisen asiakkaaseen ja hänen asioihinsa (Vuori-Kemilä ym., 2010, s. 49). Mahdollisuus rakentavalle dialogille löydetään luottamuksen synnyttyä.

### **3.1.2 Päihdetyön palvelut**

Päihdehuoltolain (41/1986) 7 §:n mukaan päihdehuollon palveluja annetaan tuen, avun ja hoidon tarpeen perusteella henkilölle, jolla on päihdeongelma sekä hänen perheelleen ja muille läheisille. Lailla edistetään päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta, vähennetään päihteiden ongelmakäyttöä ja niihin liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Laissa määrätään kunnan velvollisuudesta päihdehuollon järjestämiselle. Laissa myös ohjeistetaan päihdehuoltopalveluiden järjestäminen siten, että asiakas voi itse hakeutua palveluihin ja saada luottamuksellista hoitoa, jossa huomioidaan hänen ja läheistensä etu.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2020b) sivuilla määritellään päihdehoidon palveluiden järjestämisestä. Järjestämisvastuussa ovat kunnat. Kunta voi järjestää palvelut itse, toisen kunnan kanssa yhdessä tai ostaa palvelut yksityisiltä palveluntarjoajilta tai kolmannelta sektorilta. Palvelut voidaan järjestää myös yhdistettynä mielenterveyspalveluihin.

Pidempiaikaisella kuntoutuksella autetaan asiakasta irti riippuvuudesta sekä selviytymään päihteiden aiheuttamista ongelmista sekä helpotetaan itsenäisen arjen ja elämän rakentamista.

Päihdehoitoon hakeudutaan vapaaehtoisesti ja palvelut valitaan asiakkaan avun, tuentarpeen ja hoidontarpeen perusteella. Työskentelyssä painotetaan asiakkaan ja hänen läheistensä etua. Päihdetyö koostuu ehkäisevästä, varhaisen vaiheen ja korjaavasta päihdetyöstä ja niiden tehtävänä on ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden lisääminen sekä asiakkaan itsenäisen selviytymisen tukeminen.

Päihderiippuvuus vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin, elämän piiriin ja osallisuuteen, tehden siitä myös sosiaalisen ongelman. (Heikkinen-Peltonen ym., 2010, ss. 61–62)

Korjaavaa päihdetyötä on päihdeongelman akuuttivaiheen apu, uusiutumisen tai pahenemisen ehkäisy, haittojen karsinta, ohjaus ja neuvonta sekä ongelmakäytön tai päihderiippuvuuden hoitopalvelut sekä kuntouttava jälkihuolto. Päihdekuntoutus toteutetaan joko avo- tai laituskuntoutuksena. Sen suunnittelu ja toteutus tehdään yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. (Heikkinen-Peltonen ym., 2010, s. 64)

Päihdekuntoutus perustuu vapaaehtoisuuteen. Se on päihdeongelmaisen hoitoa ja kuntoutusta ja se alkaa akuuttivaiheen jälkeen. Kuntoutumisella tarkoitetaan myös elämäntavan muutosta, ei pelkästään päihteettömyyttä. Kuntoutumiseen vaaditaan usein paljon aikaa, jopa vuosia, joten tavoitteena on kahden tai kolmen vuoden mittainen kuntoutus. (Heikkinen-Peltonen ym., 2010, ss. 193–195)

### **3.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotihoito**

Kotihoidon palvelukokonaisuudessa yhdistetään kotipalvelut, tukipalvelut sekä sairaanhoidonpalvelut. Kotihoidolla autetaan ihmisiä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt. Sen tavoitteena on vahvistaa ja tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa. (Ikonen, 2013, ss. 15–18) Yhä enenevässä määrin kotihoidon asiakkaana on mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Tämä lisää kotiin annettavan palvelun tarvetta. Vuorovaikutus mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa koetaan usein haasteelliseksi. Arjessa selviytymiseen tarvitaan ohjausta. Kotihoidossa autetaan asiakkaita sietämään erilaisia tunteita ja vaihtelevia tilanteita ja näin selviämään omien haasteiden kanssa. Kotihoidon lisäksi tarvitaan myös muita palveluita ja tukitoimia.

Kotihoidon vuorovaikutuksen tavoitteena olisi vahvistaa asiakkaiden uskoa itseensä ja elämään. Heille tarjotaan ohjausta ja neuvontaa arjen selviytymiskeinojen löytämisessä, elämän suunnitelmien tekemisessä ja erityisesti oman elämäntilanteen jäsentämisessä. Kulttuurinen muutos näkyy kotihoidon asiakkaissa siten, että alkoholin käyttöä esiintyy yhä enemmän naisilla ja myös iäkkäät naiset käyttävät alkoholia. Rajun alkoholin käytön seurauksena ovat varhaisen dementian muodot lisääntyneet. Tämä lisää kotihoidon tarvetta jatkuvasti. (Ikonen, 2013, s. 46)

Susanna Liukkosen (2015) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin, mitä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotikuntoutus on. Tulosten mukaan kotikuntoutus määritetään selkeästi kotiin annettavaksi avopalveluksi, jossa ohjataan ja tuetaan niissä arjen askareissa, jotka perinteisestä kotihoidosta on jätetty pois, kuten siivous, ruuanlaitto ja asiointi. Kotikuntoutuksessa tuetaan itsenäistä elämää, kun taas pelkässä kotihoidossa autetaan selviämään peseytymisestä, lääkkeiden ottamisesta, ravitsemuksesta ja muista arjen perusasioista. (Liukkonen, 2015, ss. 87, 90) Kotikuntoutuksen tavoitteena on kannatteleva arki. Mitä itsenäisemmän ja mielekkäämmän elämän asiakas on pystynyt itselleen luomaan kuntoutuksen tuen avulla, sitä paremmaksi asiakas kokee arkensa. Kuntoutuksen avulla pyritään asiakkaan toimintakyvyn lisäämiseen ja eri elämäntilanteissa säilyttämään itsenäisen elämän mahdollisuudet. Kuntoutuksen tarve saattaa olla hetkittäisiä jaksoja elämässä tai koko elämän mittainen prosessi. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kuntoutuksen järjestäminen on usein haastavaa. Työskentelyssä olisi otettava huomioon asiakkaiden yksilölliset palvelun tarpeet. (Liukkonen, 2015, ss. 28–29, 85)

Liukkonen toteaa pro gradu -tutkielmassaan tutkimuksensa aineiston analyysin osoittavan, että kotikuntoutus voidaan katsoa sosiaalisesti kuntoutukseksi. Sen palvelunkohteena olevat ihmiset ovat sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaita ja toimintamuotoina ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelut. Kotikuntoutuksessa vahvistetaan asiakkaan toimintakykyä ja otetaan huomioon asiakkaan voimavarat. Tavoitteena on kodissa pärjäämisen lisäksi vahvistaa ja tukea asiakkaan sosiaalisia suhteita ja kodin ulkopuolisia toimintoja. (Liukkonen, 2015, s. 89)

Yksi kotikuntoutuksen muoto on myös arkikuntoutus. Sillä tarkoitetaan asiakkaan omassa arjessa toteutettavaa omatoimisuutta tukevaa kuntoutusta, joka on moniammatillista, asiakaslähtöistä ja ajallisesti rajattua. Arkikuntoutus on hyvin tavoitekeskeistä. Sen tavoitteet ovat asiakkaan toimintakyvyn ja itsenäisen elämän tukeminen, asiakkaan terveyden edistämiseen tarvittavien taitojen kehittäminen ja osallisuuden sekä aktiivisuuden tukeminen. Keskeistä on huomioida jokainen asiakas yksilönä. (Niskanen ym., 2021, ss. 14, 20)

SOSKU-hankkeen 2015–2018 loppuraportissa (Raivio, 2018, s. 30) todetaan, että tasaveroisempi suhde ammattilaisiin voi näkyä asiakkaan osallistumisena kuntoutuksen

suunnitteluun ja toteutukseen. Tällöin asiakas tuo aktiivisesti esiin omia tarpeitaan ja halujaan. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) määritellään, että sosiaalisen kuntoutuksen tavoitteena onkin vahvistaa ja lisätä asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja osallistumista omassa yhteisössään sekä yhteiskunnassa sen täysivaltaisena jäsenenä. Näin syntyy tunne osallisuudesta, kun ihminen kokee, että kuuluu johonkin yhteisöön ja voi toimia siinä oman kiinnostuksensa mukaan. Osallisuuteen kuuluvat dialoginen vuorovaikutus, kokemuksellisuus, tasa-arvo ja yhteistoiminta. Kaarina Mönkkösen (2018, ss. 107–118) kirjassa Vuorovaikutus asiakastyössä – asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla todetaan, että omien elämäkokemusten, tunteiden ja persoonan esille tuominen on tärkeää, sillä se luo tunteen siitä, että ammattilainen on aidosti mukana. Kohtaamisessa pyritään olemaan läsnä sekä ammattilaisena että omana itsenään. Siinä myös uskotaan ihmisen kykyihin, taitoihin ja potentiaaliin itsenäisenä toimijana. Tämä myös lisää luottamuksen kasvua osapuolten välillä.

### **3.3 Moniammatillinen työskentely**

Kotihoidossa moniammatillinen työskentely on nykypäivää. Sillä tarkoitetaan yhteistyötä, jossa käytetään eri ammattilaisten tietotaitoa. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö. Se on myös tiedon ja eri näkökulmien yhdistämistä toimivaksi kokonaisuudeksi. Moniammatillisuudessa ylitetään organisaatorajoja ja verkostoidutaan eri toimijoiden kanssa. Moniammatillisuus kohtaa myös haasteita kotihoidossa. Perinteisesti hoito- ja sosiaalialoilla on omat tieteenalansa. Terveystieteiden ammattilaiset ovat tehneet työtään terveyden, hyvinvoinnin ja sairauden näkökulmasta ja sosiaalialan työntekijät taas ovat huomioineet ensisijaisesti arjen sujumisen, psykososiaalisen tilanteen sekä toimeentulon. (Ikonen, 2013, ss. 29–32)

Toimiva moniammatillisuus perustuu dialogisuuteen, jonka pitäisi olla lähtökohtana kaikessa työskentelyssä asiakkaan kanssa (Lyhty & Nietola, 2015, ss. 142–143). Dialogi auttaa ymmärtämään toinen toistaan paremmin ja avaa mahdollisuuksia uusille ideoille ja ajatuksille, joita voidaan yhdessä asiakkaan kanssa jalostaa käytäntöön. Dialogin tarkoituksena on saada selville, mitä asiakas itse elämältään toivoo. Parhaimmat ja luovimmat ratkaisut syntyvät, kun tulee tunne kuulluksi tulemisesta. Kuulluksi tuleminen vähentää stressiä, huolta ja hätää ja se on tehokkain tapa antaa voimia asiakkaalle. Tultuaan



kuulluksi, ihmisen olemassa olevat, piilossa olleet voimavarat valjastuvat käyttöön. (THL, 2016) Moniammatillinen yhteistyö on edellytys asiakkaan tarpeisiin parhaiten vastaavalle työskentelylle. Sen avulla turvataan asiakkaan osallisuutta. Osallisuudessa on tärkeää, että ihminen tuntee pystyvänsä itse vaikuttamaan asioihinsa. Toiminta perustuu kaikkien osallistujien tasa-arvoon. Pyritään vahvistamaan jokaisen ihmisen rohkeutta sekä valmiuksia vuorovaikutukseen ja yhteistoimintaan. (Nivala & Ryyänen, 2019, ss. 138–140)

### **3.4 Lähihoitaja mielenterveys- ja päihdetyössä**

Lähihoitajan tutkinto on toisen asteen ammatillinen koulutus. Lain mukaan koulutus antaa laaja-alaiset ammatilliset perusvalmiudet alan eri tehtäviin ja lisäksi syvempää osaamista ja työelämän vaatimaa ammattitaitoa vähintään yhdellä osa-alueella. Tutkinto antaa tiedot ja taidot työskennellä monipuolisissa toimintaympäristöissä erilaisten ihmisten kanssa. (Simberg & Nevala, 2016, ss. 5–7)

Sosiaali- ja terveysalalla suurin ammattiryhmä on perustutkinnon suorittaneet lähihoitajat. Lähihoitajat ovat merkittävässä asemassa eri-ikäisten terveyden, hyvinvoinnin, turvallisuuden ja kehityksen edistämistyössä. Koska lähihoitajat työskentelevät hyvin erilaisten asiakasryhmien kanssa, heillä korostuvat erityisesti hyvät vuorovaikutustaidot. Kyky muuntua tilanteeseen kuin tilanteeseen on osa lähihoitajan työtä. Monikulttuurisuus tuo mukanaan uusia haasteita, mutta myös mahdollisuuksia lähihoitajien työhön. (Simberg & Nevala, 2016, s. 5)

Lähihoitajan koulutukseen kuuluu pakollisena osana kuntoutuksen osa-alue. Vapaasti valittavista tutkinnon osista voidaan valita mielenterveys- ja päihdetyö ja näin syventää osaamista ja asiantuntijuutta. Tämän osaamisalan suorittanut henkilö on asiantuntija mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaistilanteen arvioinnissa, mielenterveyden edistämässä ja mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemisessä. (SuPer ry kehittämissyksikkö, 2013, ss. 11–15)

Mielenterveys- ja päihdetyöntekijältä edellytetään myös oman persoonan käyttöä, jatkuvaa itsensä ja itsetuntemuksen kehittämistä sekä omasta työhyvinvoinnista huolehtimista. Tämä osaamisala ei ole kuitenkaan edellytys mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelylle. Kun

perusasiat osataan, voidaan työskennellä ja oppia koko ajan työssä lisää. Tärkeänä pidetään perusosaamista mielenterveys- ja päihdehäiriöistä sekä kohtaamistaitoja. Tällöin on helpompi asennoitua oikein ja kohdata asiakas häntä hyödyttävällä tavalla. (SuPer ry kehittämisyksikkö, 2013, ss. 11–15)

#### **4 Aikaisemmat tutkimukset**

Tässä osiossa käsittelemme aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia. Valituissa tutkimuksissa tutkitaan työntekijöiden osaamisen kehittämistä sekä lisäosaamistarpeita. Olemme valinneet nämä tutkimukset käyttäen haussa apuna tutkimuskysymystämme.

Sanna Tiaisen ja Enni Vainion opinnäytetyössä (2013) selvitettiin, onko mielenterveys- ja päihdetyön koulutus riittävää asiakkaiden kohtaamiseksi. Opinnäytetyön tarkoitus oli antaa työnantajalle tietoa koulutustarpeista. Tutkimuksen tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen koettiin melko haastavaksi ja vähiten koettiin vahvuuksia päihdeasiakkaiden kohtaamisessa. Varsinkin kaksoisdiagnoosin kohdalla työntekijät kokivat tietonsa ja taitonsa heikoiksi. Suurin osa vastaajista toivoi lisä- tai täydennyskoulutusta asiakkaiden kohtaamiseen. Vastauksissa mainittiin lisäkoulutusmahdollisuuksiksi muun muassa tiedon kertaaminen, asennekoulutus sekä lisätietoa mielenterveys sairauksista ja diagnooseista.

Henna Hassonin ja Judith E. Arnetzin tutkimuksessa (2008, s. 470) selvitettiin hoitajien käsityksiä heidän työpätevyydestään, -rasituksestaan ja -tyytyväisyydestään. Tutkimuksessa huomattiin, että kotihoidon henkilöstöllä on huomattavasti vähemmän tietoa ja osaamista kuin laitoksessa työskentelevillä hoitajilla. Erityisesti koettiin, että tiedot ja taidot eivät ole riittävät psyykkisistä sairauksista, väkivallan ja sen uhan kohtaamisesta, johtajuudesta sekä sosiaali- ja terveystarpeita koskevista laeista. Tutkimuksessa mainitaan myös, että hoitajilla on lisäosaamistarvetta mielenterveystyöskentelyssä sekä väkivallan ja aggression kohtaamisessa. (Hasson & Arnetz, 2008, s. 477)

Väkivallan ja aggression kohtaamista hoitotyössä tutkittiin Frances Badgerin ja Barbara Mullanin (2004, ss. 526–533) tutkimuksessa. Siinä selvitettiin muun muassa henkilökunnan koulutus- ja tukitarpeita. Henkilökunta toivoi kuinka kohdata väkivaltaisesti käyttäytyvä

asiakas -koulutuksen lisäksi koulutusta siitä, kuinka hallitaan väkivaltaista tilannetta ilman, että aiheutetaan vahinkoa tai loukkaantumisia itselle tai asiakkaalle. Lisäksi toivottiin koulutusta käytösongelmaisten ihmisten aggression kohtaamiseen sekä koulutusta irrottautumis- ja estotekniikoista. Väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen tarkoitettua koulutusta havaittiin olevan merkityksellistä ja arvostettua, mutta sitä ei järjestetty niin usein kuin henkilökunta olisi sitä halunnut. Myös THL:ssä on tutkittu kotihoidon lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa (Alastalo ym., 2018). THL:n tutkimuksen mukaan kotihoidossa tarvittiin lisäkoulutusta päihde- ja mielenterveysosaamisessa. Eniten koulutusta kaivataan Espoossa, Tampereella ja Turussa.

Gerontologia-lehden tutkimusartikkelissa (Himanen & Nikkola, 2021, ss. 63–71) selvitettiin, miten palvelutalojen henkilöstön osaamista tulisi vahvistaa. Kyselyyn vastanneista (n=47) suurin osa työskenteli lähihoitajana (n=36). Hoitohenkilökuntaan kuuluvat kokivat, että he tarvitsivat lisäosaamista mielenterveydenhäiriöiden tunnistamiseen. Koulutustarpeiksi nähtiin haastavat kohtaamistilanteet, haavanhoito, ensiapu sekä saattohoito. Puolet vastaajista kertoi, että he tarvitsivat lisäkoulutusta asiakkaiden mielialanvaihteluiden käsittelyyn ja tietokoneen käyttöön.

Hanna Laineen (2019, s. 52) opinnäytetyössä tutkittiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen kehittämistä kotihoidossa. Tämän opinnäytetyön mukaan kotihoidon työntekijöiden keskuudessa tarvittiin lisä- tai täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa ja vaaratilanteiden hallinnassa. Mielialavaihteluiden, arvaamattomuuden ja sairauden tilan koettiin tekevän haastavaksi näiden asiakkaiden kohtaamisen.

Pia Piispasen pro gradu -tutkielmassa (2012, ss. 75–76) tutkittiin työntekijöiden oppimisympäristönä kotona tapahtuvaa mielenterveys- ja päihdetyötä. Pro gradussa todettiin, että tulevaisuudessa korostuu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen, koska heitä on enenevässä määrin myös ikäihmisten kesellä. Kotihoidossa tarvitaan työntekijöiltä ymmärrystä erilaisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Koulutuksen ja kokemusten vaihdon avulla voidaan myös vaikuttaa työntekijöiden asenneilmastoon, joka on tärkeällä sijalla tässä työssä. Tutkielmassa todettiin myös työntekijöiden reflektiotaitojen olevan tärkeitä ja niiden kehittyvän työssä ja hyvässä työnohjauksessa.

## 5 Opinnäytetyön tutkimuksen toteutus

Hämeenlinnan kaupungin mielenterveyskuntoutujien asumispalveluista tilattiin selvitys kotihoidon työntekijöiden osaamistarpeista opinnäytetyönä. Tavoitteena oli saada selville, mitä osaamista kotihoidossa tarvitaan lisää, jotta pystytään maksimoimaan kotihoidon hyödyt asiakkaiden siirtymävaiheessa laitoksesta kotiin ja sen jälkeen, mutta myös ennen palveluasumiseen siirtymistä. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin sähköisen kyselyn avulla ja analysoitiin käyttäen laadullista sisällönanalyysia ja kvantifiointia.

### 5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön ja sen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden kotihoidon työntekijöiden osaamista. Tavoitteena on tuottaa tietoa lähihoitajataustaisten työntekijöiden osaamisesta ja etenkin lisäosaamistarpeista. Tieto lisäosaamistarpeista on tärkeää Hämeenlinnan kaupungille, koska Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon asiakkaaksi on tullut ja tulee lisää mielenterveys- ja päihdeasiakkaita.

Keskusteluissa mielenterveyskuntoutujien asumispalvelujen palveluohjaajien kanssa on tullut esille yksilöiden kuntoutumisen kannalta olevan parasta, kun he saavat asua mahdollisimman pitkään kotona. Tuetun asumisen osuus on tavoitteena saada selkeästi suurimmaksi asumispalvelun muodoksi mielenterveyskuntoutujien keskuudessa. Kotihoidon avulla pyritään tukemaan kuntoutuksellisesti asiakkaiden pärjäämistä kotona, jotta kalliita laitoshoidoja ei tarvita. Laitoshoidon joutunut mielenterveyskuntoutuja on usein siellä muutaman kuukauden ja siirtyy sitten takaisin kotiin. Tuettu asuminen on maksutonta mielenterveysasiakkaille. (Piia Hämäläinen & Sari Koskinen, henkilökohtainen tiedonanto, 25.9.2021)

Kaupungin kotihoidossa on tehty tähän asti työtä kaikkien asiakasryhmien parissa, mutta suurimmaksi osaksi ikääntyneiden kanssa. Asiakaskunnan muuttuminen on suuri muutos ja tuo haasteita työntekijöille. Tutkimuksemme kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, minkälaista lisäosaamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa kotihoidossa tarvitaan.

Tutkimuskysymykseksi muotoutui seuraava: Millaista lisäosaamista mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidon työntekijät kertovat tarvitsevansa?

## 5.2 Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmien valinta on tärkeä osa tutkimusta, jotta se onnistuisi halutulla tavalla. Tutkimusmenetelmän valinnan määrää tutkittava aihe (Hirsjärvi ym., 2018, ss. 196–199). Käytimme opinnäytetyössä sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusotetta, sillä ne molemmat sopivat tutkimuksemme aiheeseen. Opinnäytetyössämme tutkittiin ihmisten ajatuksia ja kokemuksia, siksi tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Teimme työntekijöille verkkokyselyn, jossa oli sekä avoimia- että monivalintakysymyksiä, jolloin myös kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän käyttö oli perusteltua laskettaessa monivalinta- kysymysten vastauksia.

Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä täydentävät toisiaan. Niitä voidaan käyttää rinnakkain täydentämässä toisiaan, jolloin saadaan tarkempaa ja laajempaa kuvaa tutkittavasta aiheesta. Laskennallisten tekniikoiden avulla kvalitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää koko aineiston analysoinnissa. (Hirsjärvi ym., 2018, ss. 135–138) Hyödynsimme tätä mahdollisuutta kyselylomakkeen vastausten analysoinnissa.

Tavoitteena kvalitatiivisessa tutkimuksessa on ymmärtää tutkimuskohdetta ja tutkijan tulee kartoittaa tutkimuskohdetta ja kenttää ymmärtääkseen tutkittavaa kohdetta (Hirsjärvi ym., 2018, s. 181). Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineistoa kootaan todellisissa tilanteissa. Lähtökohtana ei ole teorioiden tai hypoteesien tarkastelu, vaan tutkijan tulee tarkastella aineistoa yksityiskohtaisesti ja kuvata todellista elämää. Tutkimuksen kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, jotta saadaan haluttua tutkimusmateriaalia. (Hirsjärvi ym., 2018, ss. 160–164) Tässä tutkimuksessa kohdejoukko, lähihoitajat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotihoidossa, on valittu tarkoituksen mukaisesti eikä satunaisotannalla, kotihoidon työntekijöistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä tutkittavien henkilöiden valinta, jolloin tutkimuksessa määritetään perusjoukko, josta otetaan otos (Hirsjärvi ym., 2018, s. 140).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoaineisto soveltuu numeraaliseen mittaukseen. Keskeistä on hypoteesien esittäminen, aiemmat teoriat ja käsitteiden määrittely, tutkittavien henkilöiden valinta sekä aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Kun valitaan tutkittavia henkilöitä, ensin määritellään perusjoukko, josta otetaan otos (Hirsjärvi ym., 2018, ss. 139–140)

### **5.3 Aineistonhankinta sähköisellä kyselyllä**

Kysely eli survey-tutkimus on tyypillinen tapa kerätä tutkimustietoa. Tutkija päättää kysymykset etukäteen ja lähettää sen haluamalleen vastaajajoukolle. Kyselytutkimuksen avulla tutkitaan ihmisten mielipiteitä, asenteita ja tottumuksia. Kyselyn avulla voidaan selvittää mitä tietty joukko ihmisiä ilmiöstä ajattelee ja miten he sen kokevat. Vastauksista on tarkoitus tehdä johtopäätöksiä lisäosaamistarpeista. (Karjalainen, 2015, s. 11)

Kyselyn etuna on sen tehokkuus saada helposti tutkimusaineistoa sekä sen tallennus ja analysointi nopeammin kuin haastattelun. Opinnäytetyötä tehtiin korona aikana ja voimassa oli ihmisten kokoontumisrajoitukset. Emme myöskään halunneet itse olla mahdollisia koronan levittäjiä, jos olisimme tavanneet kasvotusten kotihoidon työntekijöitä. Kyselyn valinta aineistonhankintamenetelmäksi oli kaikkein luontevin vallitsevien rajoitusten takia.

Kyselyn laatimisessa on tärkeää, että se on ulkoasultaan selkeä sekä kohtuullisen pituinen ja kysymysten asettelu on helppotajuinen ja yksinkertainen. Kysymykset laadimme niin, että niihin on mahdollisimman helppo vastata ja vastauksista ei saa selville vastaajan henkilöllisyyttä. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, n.d.a) Kysely on myös hyvä testata etukäteen täyttämällä se itse ja antamalla se pienen koejoukon testattavaksi.

(Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, n.d.b) Kysely lähetettiin kolmelle kotihoidossa työskentelevälle lähihoitajalle ja heiltä pyydettiin palautetta kyselystä sekä kysyttiin, kauanko kyselyn täyttämiseen kului aikaa. Palautteen perusteella yhtä kysymystä muokattiin paremmin ymmärrettäväksi.

Kysely voi sisältää avoimia- ja monivalintakysymyksiä sekä asteikkoja. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeessa on käytetty näitä kaikkia kysymysmuotoja. Kyselyn etuna on myös aikataulun ja kustannusten tarkempi arviointi. Riskinä kyselyssä on vastaajien vähäinen

määrä ja se onko vastaajat paneutuneet vastauksiinsa kunnolla ja rehellisesti. (Hirsjärvi ym., 2018, ss. 193–204)

Aineistonhankinta toteutettiin siis sähköisellä kyselylomakkeella (Liite 3), joka lähetettiin sähköpostin välityksellä työntekijälle, jotka työskentelevät kotihoidossa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Kysymyksiä tehtiin aluksi paljon ja niitä tarkasteltiin tutkimuskysymys mielessä pitäen. Kyselyyn pyrittiin sisällyttämään kysymyksiä mahdollisimman monta näkökulmaa. Kysymyksiä poistettiin, jos niiden avulla ei saatu vastausta tutkimuskysymykseen. Kysely lähetettiin koejoukolle, heiltä saadun palautteen perusteella muokattiin yhtä kysymystä paremmin ymmärrettäväksi. Muokkauksen jälkeen kyselylomakkeen linkki toimitettiin suoraan tietylle vastaajajoukolle, jotka täyttivät kyselyn ja lähettivät vastaukset tutkijoille internetin välityksellä. Vastaajien kannalta verkkokyselyn etuna on sen nopeus ja helppous. Vastaajat voivat vastata kyselyyn silloin, kun heille itselleen parhaiten sopii. (Hirsjärvi ym., 2018, s. 196–197)

Opinnäytetyön aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla Webropoliin tulleita vastauksia, minkä jälkeen vastauksista poimittiin tutkimuskysymyksen kannalta oleelliset asiat. Vastauksia ryhmiteltiin ensin alkuperäisilmauksiin ja sen jälkeen pelkistettyihin ilmauksiin. Pelkistetyt ilmaukset jaettiin eri teemojen alle vastausten aihealueiden mukaan. Numeraaliset vastaukset taulukoitiin ensin Exceliin, jossa teimme niistä pylväsdiagrammit.

#### **5.4 Aineiston analyysi laadullisen sisällönanalyysin ja kvantifioinnin avulla**

Se, mitä valintoja tutkija on tehnyt tutkimuksen alkuvaiheessa, määrittelee osittain, kuinka aineistoa käsitellään ja analysoidaan. Analysointi aloitetaan mieluiten heti aineiston keräämisen jälkeen. (Hirsjärvi ym., 2018, s. 221) Tässä opinnäytetyössä on yhdistetty laadullinen sisällönanalyysi ja kvantifiointi.

Kyselyn avointen vastausten analysoinnissa käytettiin laadullista sisällönanalyysia ja monivalintakysymysten tulokset analysoitiin kvantifioiden. Tarkastelimme vastausten jakaumia, jotta löysimme, mitkä aiheet nousivat eniten esiin vastauksista. Saamiamme tuloksia verrattiin aikaisempiin aiheesta löytyviin tutkimuksiin. Analysoitujen vastausten perusteella kokosimme loppupäätelmät tutkimuskysymykseemme.

Aineiston teemoittelussa apuna käytettiin koodausta, joka on työväline laadullisen sisällönanalyysin aineiston käsittelyssä. Koodauksen avulla nostettiin kyselyn vastauksista esiin osia, erotellen ja yhdistellen niitä ominaisuuksiensa mukaan. Samankaltaiset osat luokiteltiin yhteen ja annettiin näille luokille nimet niiden yhteisten ominaisuuksien mukaan. Koodattaessa esiin nousseet luokat ovat tutkijan itse nimeämiä eivätkä löydy sellaisenaan tekstistä. (Juhila, n.d.) Sisällönanalyysia tehtäessä koodauksen on oltava järjestelmällistä eli aineistosta etsitään samoja asioita ja se käydään huolella läpi (Vuori, n.d.).

Laadullisessa sisällönanalyysissa huomio kiinnitetään siihen, mistä asioista, aiheista ja teemoista aineisto kertoo. Se on hyvin lähellä teemoittelua. Laadullisen sisällönanalyysin käsitteen nimitys johtuu eronteosta sisällönanalyysiin, jossa käsitellään laajoja aineistoja määrällisen analyysin avulla. (Vuori, n.d.) Analysoinnissa on muistettava ottaa huomioon myös synonyymit ja kiertoilmaisut. Vastauksia tulee siis lukea tekstikokonaisuuksina, ei vain etsiä tiettyjä sanoja. (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka, 2006)

Nostimme aineistosta esiin Eskolan ja Suorannan (2014, ss. 175–179) mukaisesti tutkimuskysymystä valaisevia vastauksia ja ryhmittelimme niitä sisältönsä perusteella. Vertailimme niiden esiintymistä ja ilmenemistä aineistossa, näin pystyimme poimimaan aineistosta sen sisältämät keskeiset aiheet ja tutkimuskysymyksen kannalta oleellisen tiedon. Jaoimme vastaukset ensin alkuperäisilmauksiin, niistä pelkistettyihin ilmauksiin ja pelkistetyt ilmaukset niitä kuvaaviksi teemoiksi. Kyselyn kysymyksistä (Liite 3) teemoiksi muodostuivat: ei juuri mitään, asiakkaan kohtaaminen, asiakkaan voinnin havainnointi, resurssien puute, koulutuksen puute ja asiakkaan kohtaaminen.

Kvantitatiivisessa analyysissa pyritään selvittämään tutkittavaa aihetta numeroiden ja tilastojen avulla. Sekä kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa, niiden avulla voi selvittää samaa aihetta eri näkökulmista. (Lähdesmäki ym., 2015) Käytimme graafista tarkastelua ja loimme monivalintakysymyksen sekä Likert-asteikko-kysymyksen vastauksista pylväskuvion. Graafiset esitykset ovat visuaalinen tapa havainnollistaa tutkimustuloksia ja niiden avulla helpotetaan oleellisimman tiedon hahmottamista (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, n.d.c).



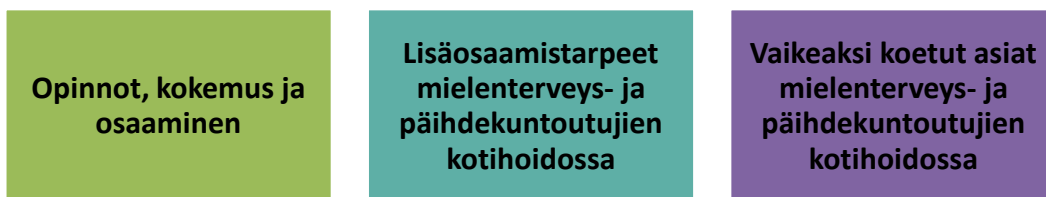
## 6 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa avataan saadut tulokset. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa kyselyn avulla, mitä lisäosaamista kotipalvelun työntekijät tarvitsevat, kun heidän asiakkaikseen alkaa tulla enemmän mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Kysely oli laadittu niin, että se sisälsi sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Kyselyn alussa selvitettiin vastaajien taustatietoja koulutuksesta ja työkokemuksesta. Tämän jälkeen kysymykset kohdistuivat lisäosaamisen tarpeisiin.

Kyselyyn vastasi kymmenen kotihoidon työntekijää, jotka ovat pohjakoulutukseltaan lähihoitajia ja työskentelevät myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa. Kyselyn vastaukset jaettiin teemoihin kysymysten perusteella, minkä mukaan aineistoa tarkasteltiin.

(Kuva 4)

Kuva 4. Kysymysten teemat



Kategoriassa **Opinnot, kokemus ja osaaminen** käsitelimme kyselyn seuraavia kysymyksiä:

- Oletko suorittanut mielenterveys- ja päihdetyön opintoja?
- Millaista aiempaa kokemusta sinulla on työstä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa?
- Koetko, että sinulla on riittävästi osaamista mielenterveys- ja päihdetyön kotihoitoon ja mitä osaamista sinulla on mielenterveys- ja päihdetyön kotihoitoon?

Omina aihealueinaan, kategorioissa **Vaikeaksi koetut asiat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa** sekä **Lisäosaamistarpeet mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa**, käsitelimme seuraavat kysymykset:

- Mikä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa on mielestäsi vaikeaa?
- Mihin seuraavista koet tarvitsevasi lisäosaamista mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa?

### 6.1 Opinnot, kokemus ja osaaminen

Vastaajilta kysyttiin, ovatko he suorittaneet mielenterveys- ja päihdetyönopintoja (Liite 3). Kuten Taulukko 1 osoittaa, seitsemän kyselyyn vastanneista kertoi, ettei heillä ole lainkaan tähän aihealueeseen liittyviä opintoja. Kaksi vastaaja kertoi, että heillä on alan opintoja sen verran mitä kuuluu lähihoitajan koulutukseen. Yhdellä vastaajalla oli laajemmin opintoja takanaan, koska oli lähihoitajakoulutuksen lisäksi saanut sairaanhoitajakoulutuksen, johon kuuluu mielenterveys-, päihde-, ja kriisiopinnot.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden kotihoidon työntekijöiden mielenterveys- ja päihdeopinnot.

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
Ei	Ei koulutusta
Ei	Ei koulutusta
En	Ei koulutusta
En	Ei koulutusta
En ole.	Ei koulutusta
Sairaanhoitajan koulutukseen kuuluu osana mielenterveys-, päihde- ja kriisihoitotyön opinnot. Olen suorittanut ne perusopinnot sekä erillisen profiloivan kurssin kriisihoitotyöstä. Lisäksi opinnäytetyöni suuntautui lääkkeettömiin hoitokeinoihin kroonisen kipun (endometriosiskipu) hoidossa ja mielen keinoihin.	Laajempi koulutus
Sen verran, mitä Lähihoitajan perustutkintoon kuuluu. Eli pinta räpäisy.	Lähihoitaja koulutus
En	Ei koulutusta
Lähihoitaja; mielenterveys- ja päihdetyön osaamisala	Lähihoitaja koulutus
En	Ei koulutusta

Seuraavaksi kyselyssä selvitettiin, millaista aiempaa kokemusta vastaajilla on työstä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa. Taulukko 2 havainnollistaa vastaukset. Kahdella lähihoitajalla oli vastausten mukaan työkokemusta. Neljällä oli vain satunnaisia kokemuksia, kolmella ei lainkaan kokemusta. Yhdellä oli opinnoissa ja niihin liittyneessä työharjoittelussa saatua kokemusta työstä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa.

Taulukko 2. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden mielenterveys- ja päihdetyön kokemus.

Alkuperäisilmaisut	Pelkistetyt ilmaukset
Tavallisen Työkokemus Olen työskennellyt noin viisi vuotta ensin lähihoitajana mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluyksikössä ohjaajana, jossa asukkaita oli niin tehostetussa- kuin palveluasumisessakin. Lisäksi oli tukiasukkaita talossa sekä sen ulkopuolella tukikäyntejä. Työskentelin tämän jälkeen valmistuttuani sairaanhoitajaksi reilun vuoden verran kahden mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asumispalveluyksikön sairaanhoitajana / tiimivastaavana, toteuttaen molempien yksiköiden sairaanhoitajan töitä sekä eri mittaisia esimiehen sijaisuuksia. Palvelukodeissa oli pelkästään palveluasumista, sekä kotiin vietävää tukiasumisen palvelua. Näiden kotien asiakkaat olivat niin päihde- kuin mielenterveyskuntoutujia. Toisen kodeista asiakaskunta painottui jälkihuollon päätöksellä palveluasumiseen tulleista nuorista. Näiden palvelukotien palvelua tuotettiin koteihin, sillä asunnot ja toimisto oli integroituna normaaliin kerrostaloasumiseen.	Työkokemusta
Ei juurikaan minkään laista kokemusta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat ovat lisääntyvä ala kotihoitossa. Yksittäisiä tapauksia kotihoitossa, ei muuten. Kokemusta on vain satunnaisista kotihoitoon asiakkaista. Satunnaisia käyntejä kotihoitossa	Satunnaista kokemusta
Teoriaopinnot koulussa sekä viimeinen työharjoittelu akuuttipsykiatrian osastolla	Opinnot
Ei mitään kokemusta Ei kokemusta Ei lainkaan	Ei lainkaan

Kun edellä selvitettiin, millaisia aiempia opintoja ja työkokemuksia vastaajilla oli mielenterveys- ja päihdetyöstä, haluttiin seuraavaksi tietää, miten vastaajat kokivat osaamisensa riittävyyden. Vain kaksi vastaajista koki osaamisensa riittäväksi. Kahdeksan vastaajaa koki omaavansa joko melko vähän tai ei lainkaan osaamista. (Kuva 5)

Kuva 5. Kyselyyn vastanneiden työntekijöiden kokemus mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen riittävyydestä.



Seuraavaksi kysimme, mitä osaamista työntekijöillä on mielenterveys- ja päihdetyön kotihoitoon. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki ne, jotka olivat vastanneet edelliseen

kysymykseen omaavansa melko vähän, melko riittävästi tai riittävästi osaamista. Vastaukset käytiin ensin huolella läpi, alkuperäisistä vastauksista luotiin pelkistetyt ilmaukset, jotka sitten jaettiin esiin nousseiden aiheiden mukaan kolmeen eri teemaan, ei juuri mitään, asiakkaan kohtaaminen ja asiakkaan voinnin havainnointi (Kuva 6).

Kuva 6. Kyselyyn vastanneiden osaaminen mielenterveys- ja päihdetyön kotihoidossa.

Ei juuri mitään	Asiakkaan kohtaaminen	Asiakkaan voinnin havainnointi
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Aika vähän mitään</li> <li>•Ei oikeastaan mitään. Pintaraapasuna käyty tämä osio läpi lähihoitaja koulutuksessa n.10 v sitten.</li> <li>•Ei koulutusta, ajantasaista</li> <li>•En osaa sanoa</li> <li>•Mielenterveys asiakkaita kohdalle on osunut aika vähän.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Asiakkaan pirstäminen/ keskustelu positiivisista asioista</li> <li>•Ymmärrystä asiakasta kohtaan</li> <li>•Rauhallinen asenne työhön</li> <li>•Osaa keskustella asiakkaan kanssa</li> <li>• Osaa lukea asiakasta</li> <li>•Osaa kohdata luontevasti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tunnistaa psyykkisen voinnin eri muutokset.</li> <li>•Psyykkisen voinnin muutosten tunnistaminen</li> </ul>

Asiakkaan kohtaamistaitojen osaamisesta kirjoitti neljä vastaajaa. Kohtaamisen taitoina mainittiin rauhallinen työasenne, asiakkaan pirstäminen, keskustelu positiivisista asioista, osaa lukea asiakasta, osaa keskustella asiakkaan kanssa, osaa kohdata luontevasti ja jutella asiakkaan kanssa sekä teoreettisen tiedon ja kokemuksen kautta saatu ymmärrys asiakasta kohtaan. Neljä vastaajaa kertoi, että heillä ei ole juuri mitään osaamista. Vastauksissa oli kirjoitettu: aika vähän mitään, ei oikeastaan mitään, pinta raapisuna käyty tämä osio läpi lähihoitaja koulutuksessa n.10 v sitten, ei koulutusta, ajantasaista, en osaa sanoa sekä mielenterveys asiakkaita kohdalle on osunut aika vähän. Asiakkaan voinnin havainnoinnin taidoista kirjoitti yksi vastaaja. Vastaaja kertoi tunnistavansa psyykkisen voinnin eri muutokset sekä asiakkaan voinnin muutokset.

## 6.2 Vaikeaksi koetut asiat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa

Kyselyssä kysyttiin myös, mikä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa on työntekijöiden mielestä vaikeaa. Ensin saadut vastaukset pelkistettiin, sen jälkeen pelkistetyistä vastauksista muodostettiin vastauksia kuvaavat teemat. Kuten kuvasta 7 (Kuva 7) käy ilmi, teemoiksi muodostuivat **resurssien puute, koulutuksen puute ja asiakkaan kohtaaminen**. Resurssien puutteesta mainittiin, että aika ei riitä asiakkaan arjessa ja asioinnissa tukemiseen, asiakkaan luona on vähän käyntejä ja hoitajien vaihtuvuus on suuri.

Koulutuksen puute koettiin vaikeaksi. Vastauksista kävi ilmi, etteivät työntekijät välttämättä tiedä oikeita hoitopolkuja ja kuinka suhtautua asiakkaisiin. Samoin vastauksissa mainitaan, että työkalut puuttuvat, koulutus on vähäistä sekä kaivattiin koulutusta, miten suhtautua asiakkaaseen. Kotihoidon työntekijät ovat pääasiassa vanhustyöntekijöitä, jolloin heiltä saattaa puuttua tarvittavaa osaamista ja mielenterveys- ja päihdetyön koulutus voi olla vähäistä. Asiakkaan kohtaamisessa koettiin vaikeaksi useita eri aiheita. Vastauksissa mainittiin muun muassa asiakkaan kohtaaminen ja ohjaaminen, se miten olla näyttämättä oma jännitys ja pelkääminen asiakkaalle, pelkotilat aggressiivisesti käyttäytyvien asiakkaiden kohdalla, asiakkaiden arvaamattomuus, kun ei ole tietoa mitä asiakkaan päässä pyörii sekä miten toimia aggressiivisesti käyttäytyvän asiakkaan kanssa.

Kuva 7. Kyselyyn vastanneiden vaikeaksi kokemat asiat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa.

Resurssien puute	Koulutuksen puute	Asiakkaan kohtaaminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kotihoidon resurssit- käynnit lyhyitä</li> <li>•Vähän asiakaskäyntejä</li> <li>•Kotihoidon resurssit- käynnit lyhyitä</li> <li>•Hoitajien vaihtuvuus- hoitaja ei tunne asiakasta ja asiakas ei tunne hoitajaa--- luottamus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vähäinen koulutus</li> <li>•Työkalut puuttuu</li> <li>•Ei tiedä hoitopolkua</li> <li>•Koulutus- kuinka suhtautua asiakkaisiin</li> <li>•Kaikki ei minun alaani ollenkaan</li> <li>•En osaa sanoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kohtaaminen jännittää/ pelottaa</li> <li>•Asiakkaan kohtaaminen ja ohjaaminen</li> <li>•Pelkotilat- agressiivien asiakas</li> <li>•Asiakkaat arvaamattomia</li> <li>•Ei tietoa mitä päässä pyörii</li> </ul>

### 6.3 Lisäosaamistarpeet mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa

Lisäosaamistarpeita kartoittavassa kysymyksessä kaikkia vaihtovaihtoehtoja valittiin ja jokaista vaihtoehtoa valitsi vähintään puolet vastaajista. Vastausvaihtoehtoja oli kahdeksan, jotka näkyvät kuvasta 8 (Kuva 8). Selkeästi eniten korostuivat tiedolliset tarpeet mielenterveys- ja päihdeongelmista ja kuntoutuksesta sekä haastavan ja väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen liittyvät taidot.

Kuva 8. Kyselyyn vastanneiden lisäosaamistarpeet mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa.



Viimeiseen kysymykseen ”Tuleeko mieleesi vielä jotain lisäosaamistarpeita, mitä mielestäsi tarvitset tässä työssä” vastasi kaksi työntekijää. Toinen vastasi ”ei tule”, ja toinen kirjoitti seuraavasti: ”Asiakkaat jotenkin nuorenee ja ongelmat erilaisia.. muuttuu vanhustyö päihde ja mielenterveystyöksi eikä kysytä mitään. Se on vain osattava..pärrjättävä.”

## 7 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa kotihoidossa työskentelevien lähihoitajien lisäosaamistarpeista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Kyselyn perusteella työntekijät kokevat asiakasryhmän kanssa työskentelyn haasteelliseksi ja tarvitsevat lisää tietoa mielenterveys- ja päihdetyöstä. Tarkasteltaessa tutkimustuloksia niitä verrattiin aiempiin tutkimuksiin. Tulokset ovat yhteneväisiä aiempien tutkimusten kanssa, joissa on selvitetty työntekijöiden tarpeita lisäkoulutukseen ja tietojen päivittämiseen.

### 7.1 Ei riittävästi opintoja, kokemusta ja osaamista

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon työntekijöiden päihde- ja mielenterveystyöhön liittyviä opintoja, kokemusta ja osaamista sekä sitä, mitä lisäosaamista ja -koulutusta he kokevat tarvitsevasa lisää. Suurin osa vastaajista koki, että heillä oli hyvin vähän tai ei

ollenkaan kokemusta ja opintoja mielenterveys- ja päihdetyöstä. Lähihoitajaopinnoissa saatu koulutus mielenterveys- ja päihdetyöskentelystä koettiin vähäiseksi tai koettiin, että osaamista ei ollut ollenkaan, vaikka taustalla oli lähihoitajakoulutus (Taulukko 1, s.21 ja Taulukko 2, s.22).

Sen verran, mitä Lähihoitajan perustutkintoon kuuluu. Eli pinta räpäisy.

Myös tutkimuksessa *Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes* todetaan, että hoitajat kokivat osaamisensa ja taitonsa riittämättömiksi varsinkin psykiatristen sairauksien, dementian ja väkivallan uhan kanssa. Kyseisessä tutkimuksessa vertailtiin kotihoidon ja palvelutalojen hoitajien osaamista ja molemmissa havaittiin tarvetta päivittää osaamista. (Hasson & Arnetz, 2008, s. 477)

Yksi tämän tutkimuksen vastaaja oli pohjakoulutukseltaan lähihoitaja mutta oli jatkanut opintojaan sairaanhoitajaksi. Hänellä oli enemmän kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöskentelystä. Vastaaja on jo lähihoitajana työskennellyt tämän asiakasryhmän kanssa, hänen suuntautumisensa opinnoissa oli mielenterveys- ja päihdetyö vanhustyön sijaan. Suurimmalla osalla vastaajista kokemus työskentelystä asiakasryhmän kanssa on satunnaista tai sitä ei ole ollenkaan.

Ei juurikaan minkään laista kokemusta. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujat ovat lisääntyvä ala kotihoidossa.

Jos työntekijä on valinnut lähihoitajaopinnoissaan suuntautumisekseen vanhustyön, hän on suorittanut vain pakollisen kuntoutuksen osa-alueen, jolloin se jää hänelle ainoaksi tiedoksi mielenterveys- ja päihdetyöstä. (SuPer ry kehittämisyksikkö, 2013, ss. 11–15)

Täydennyskoulutus tulisi mieltää osaksi työnkuvaa, sillä sen avulla taataan tietojen, taitojen ja työtehtävien ajantasaisuus (Vuori-Kemilä ym., 2010, s. 172). Ammattitaidon ylläpitämisen velvollisuudesta säädetään Terveydenhuoltolaissa (1326/2010 §5) ja Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 § 18). Samassa laissa (559/1994 § 18) veloitetaan myös työnantajaa järjestämään täydennyskoulutusta. Lisäkoulutus on tarpeellinen, jos aiemmassa koulutuksessa ei ole ollut riittävästi opetusta mielenterveys- ja

päihdetyöstä. Myös silloin, jos huomataan, että työntekijän tiedot, taidot tai asenteet kaipaavat päivitystä, on lisäkoulutus tarpeellinen. (Holmberg, 2016, s. 213)

Opinnäytetyön kyselyn vastauksista havaittiin kotihoidon työntekijöillä olevan melko vähän osaamista mielenterveys- ja päihdetyöhön (Kuva 5, s. 22 ja Kuva 6, s. 23). Kotihoidon työntekijät kokivat, että he osaavat kohdata asiakkaan ja havainnoida tämän vointia. Useat vastasivat, ettei heillä oli juuri mitään osaamista mielenterveys- ja päihdetyöhön.

Ei oikeastaan mitään. Pintaraapasuna käyty tämä osio läpi lähihoitaja koulutuksessa n.10 v sitten.

Sanna Tiaisen ja Enni Vainion (2013, ss. 60–61) opinnäytetyön tuloksissa työntekijät kokivat tietonsa ja taitonsa heikoiksi ja toivoivat lisää koulutusta asiakkaan kohtaamiseen. Vähiten vahvuuksia koettiin olevan päihdeasiakkaiden kohtaamisessa. Tutkimuksessa vastanneet perustelivat lisäkoulutustarvettaan asiakasmäärien jatkuvalla kasvulla ja näkivät koulutuksen auttavan asiakkaiden kohtaamisissa sekä asenteiden paranemisena esimerkiksi päihdeasiakkaita kohtaan. Tiaisen ja Vainion tutkimustulosten mukaan työntekijät kokivat vahvuusikseen asiallisuuden, asiakkaan rohkaisemisen, kuuntelemisen sekä kannustamisen. Kaksoisdiagnoosien kohdalla tärkeimmäksi taidoksi koettiin kuuntelemisen taito. Päihdeasiakkaiden kohdalla vastaajat ilmoittivat vahvuusikseen rehellisyyden, luotettavuuden ja inhimillisyyden. (Vainio & Tiainen, 2013, ss. 45, 61) Nämä tulokset ovat yhteneviä opinnäytetyömme tutkimustulosten kanssa. Myös Henna Hassonin ja Judith E. Arnezin tutkimuksen (2008, s. 477) mukaan kotihoidon henkilöstö koki tietonsa ja taitonsa riittämättömiksi psyykkisistä sairauksista.

## **7.2 Haasteena resurssien, koulutuksen ja ajan puute**

Tulosten mukaan vaikeaksi työskentelyssä koettiin resurssien ja koulutuksen puute sekä asiakkaan kohtaaminen (Kuva 7). Vastauksista havaittiin työntekijöiden puutteellisen ajan olevan riittämätön asiakkaille. Aika ei riitä kuin välttämättömien asioiden hoitamiseen. Koulutus koettiin vajaaksi ja palvelujärjestelmän tuntemus puutteelliseksi. Vastauksissa mainitaan työkokemusta olevan lähinnä vanhusten kanssa työskentelystä, jolloin kokemusta mielenterveys- ja päihdetyöstä ei ole.



Esimerkiksi, että Ks. asiakkaat tarvitsisivat enemmän arjessa ja asioinneissa tukemista sekä keskustelua. Kotihoidon resursseilla tällaista ei voida toteuttaa, käynnit usein lyhyitä.

Yksi tutkimuksemme vastaajista vastasi seuraavasti kysymykseen, mikä on vaikeaa: ”kaikki, ei ole minun alaani ollenkaan”. Vastaus kuvaa sitä, että lähihoitajakoulutuksessa on ilmeisesti suuntauduttu vanhusten parissa työskentelyyn, jolloin tietoa ja taitoa mielenterveys- ja päihdetyöhön ei koeta olevan ollenkaan. Jos työntekijä on hakeutunut vanhustyöhön, hän ei asiakaskunnan muuttuessa pysty tai edes halua orientoitua uuteen työnkuvaansa.

Himasen ja Nikkolan (2021 ss. 65–68) tutkimuksessa arvioitiin henkilökunnan osaavan huolehtia asiakkaiden hygieniasta ja ravitsemuksesta sekä hallitsevan kuntouttavaa työotetta. Sen sijaan kolmanneksessa vastauksista koettiin epävarmuutta mielenterveydenhäiriöiden tunnistamisessa. Myös mielenterveysasiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa koettiin tarvittavan lisäkoulutusta.

Yhdessä kyselyn vastauksessa kuvataan ajan puutetta ja hoitajien vaihtuvuutta. Tapaamiset jäävät kovin lyhyiksi ja tällöin hoitaja ei tule tutuksi asiakkaalle eikä asiakas hoitajalle. Asiakaskohtaamisiin tulee olla aikaa, jotta asiakkaan tilanne tulee huomatuksi ja hoidetuksi. Ajanpuutteen vuoksi on myös vaikeaa rakentaa luottamuksellista suhdetta asiakkaaseen, koska luottamuksellisen suhteen syntymiseen tarvitaan aikaa ja asiakkaan sekä hoitajan tulee oppia tuntemaan toisensa. Auttamissuhteessa syntyvä henkilökohtaisuus edellyttää luottamusta. Luottamus taas voi syntyä vain aidon dialogin kautta ja se sisältää vaitiolo- ja salassapitovelvollisuuden lisäksi myös sitoutumisen asiakkaaseen ja hänen asioihinsa. Kunnioitus, välittäminen ja kuuntelu sekä pyrkimys asiakkaan ymmärtämiseen ovat keskeisiä asioita luottamuksen syntymisessä. (Vuori-Kemilä ym., 2010, s. 49)

Asiakkaan kohtaamisen taidoissa työntekijät kokivat vaikeaksi aggressiivisen asiakkaan kohtaamisen ja omat pelkotilansa tästä johtuen. Asiakkaan kohtaamisen taito on tärkeää työskentelyssä.

Olla näyttämättä asiakkaalle jos jännittää tai pelottaa hänen kohtaaminen.

Asiakkaan kohtaaminen ja ohjaaminen. Pelkotilat kohtaamisissa, mahdollisen aggressiivisuuden esiin tulo, suisidaalisuus, kuinka harhoihin lähdetään/ei lähdetä mukaan, kuinka suoraan ja rehellisesti asioista voi puhua, täytyykö totuutta kaunistella, saako alkoholin kulutusta hoitaja rajoittaa, päihdekuntoutujan turvallisen lääkehoidon toteuttaminen...paljon asioita, jotka herättävät kysymyksiä...toisaaltaan saattaa johtua myös liian vähäisestä koulutuksesta mielenterveys- ja päihdetyön puolelta.

Työskentelyn pitää olla tavoitteellista, vuorovaikutuksella ja yhteistyöllä on päämäärä ja tavoitteet pitää olla yhdessä sovittuja. Lähtökohtana on ihmisarvo ja kunnioitus. Riippumatta asiakkaan tilasta, käyttäytymisestä, sosiaalisesta asemasta tai historiasta on asiakkaalle osoitettava työntekijän arvostavan tämän yksilöllisyyttä. Asiakkaan ymmärtäminen ei tarkoita huonon käytöksen sietämistä, esim. aggressiivisuutta tai nimittelyä, vaan ammattilaisen kuuluu osata myös asettaa rajoja. (Vuori-Kemilä ym., 2010, s. 49)

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisemassa työolobarometrissä (Keyriläinen, 2020, ss. 95–97) todetaan noin joka kymmenennen palkansaajan joutuvan kerran tai useita kertoja väkivallan tai sen uhan kohteeksi vuonna 2019. Barometrin mukaan naiset joutuvat kohtaamaan väkivaltaa työssään useammin kuin miehet. Saman tutkimuksen mukaan eniten väkivaltaa tai sen uhkaa koettiin terveydenhuollossa ja hoivapalveluissa. Lisäksi todettiin väkivallan havaitsemisen tai kokemisen olevan yleisempää kunta-alalla kuin valtion tai yksityisen sektorin puolella. Useammassa aikaisemmassa tutkimuksessa (esim. Hasson & Arnetz, 2008, s. 477; Badger ja Mullan, 2004, ss. 526–533; Laine, 2019, s. 52) todetaan työntekijöiden tarvitsevan lisäkoulutusta haastavan ja väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen.

Työterveyslaitoksen sivuilla kerrotaan työterveyslaitoksen teettämästä seurantatutkimuksesta v. 2019 (Salo ym., 2019), jonka mukaan väkivalta hoitotyössä on lisääntynyt. Asiakkaiden häiriökäyttäytymien on lisääntynyt ja väkivaltaa joutuu kohtaamaan etenkin nuoret työntekijät. Eniten väkivaltaa työssään kohtasivat lähi- ja perushoitajat sekä sairaanhoitajat. Työpaikan tulisi varautua väkivallan tilanteiden varalle pitämällä ohjeistukset ajan tasalla ja järjestämällä tarvittaessa koulutusta. Työntekijän tulee tietää ohjeet ja miten väkivaltatilanteessa tulee toimia. (Salo ym., 2019)

### 7.3 Lisäosaamistarpeina enemmän tietoa ja kohtaamisen taitoja

Lisäosaamista kyselyyn vastanneet kokivat tarvitsevansa kaikissa asiaa selvittäneen kysymyksen vastausvaihtoehdoissa (Kuva 9). Eniten kaivattiin tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, kuntoutuksesta sekä haastavan ja väkivaltaisen asiakkaan kohtaamisen taitoja.

Kuva 9. Lisäosaamistarpeet.



Sanna Tiaisen ja Enni Vainion opinnäytetyön tuloksista käy myös ilmi vastaajien kokemus lisätiedon tarpeesta mielenterveys- ja päihdeongelmista ja niiden hoidosta. Lisätiedon koettiin auttavan jännityksen lieventämiseen ja asiakkaiden kohtaamiseen. Tutkimuksen mukaan tarvitaan myös asiakkaan kohtaamista tukevaa selkeää toimintamallia.

Lisäkoulutuksen tarvetta tutkimuksessa perusteltiin asiakasmäärien jatkuvalla kasvulla sekä oman asenteen parantamisella asiakkaan kohtaamisessa. Lisätiedon todettiin myös helpottavan jännitystä. (Vainio & Tiainen, 2013, s. 45,62) Myös Piispasen tutkielmassa (2012,

ss. 75–76) todettiin työntekijöiden tarvitsevan lisää ymmärrystä mielenterveys- ja päihdeongelmiin.

Myös THL:n tuottamassa tutkimuksessa (Alastalo ym., 2018) kotihoidossa tuodaan julki tarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisen lisäkoulutukseen. Tutkimuksen mukaan jopa 40 prosentilla kotihoidon työntekijöistä on osaamisvajae. Isoista kaupungeista Tampereella ja Espoossa 60 prosenttia kotihoidon yksiköistä kaipaa päihdeosaamiseensa lisäkoulutusta.

Myös SuPerin tekemässä selvityksessä Hoitoa mielen mukaan (SuPer ry kehittämissyksikkö, 2013, ss. 21–23) kerrotaan työpaikkaväkivallan yleisyydestä ja tarpeesta koulutukseen. Väkivaltatilanteisiin varautumisessa auttaa selvityksen mukaan perehdytys ja riittävät resurssit. Samaisessa selvityksessä tärkeäksi osaksi ammattitaitoa katsottiin perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöistä sekä asiakkaan kohtaamisen taito. Lisäkoulutuksen toivottiin olevan säännöllistä ja sen toivottiin myös olevan enemmän ammattiosaamista lisäävää sekä laaja-alaisempaa. Vastauksissa korostui itsepuolustuskoulutus, sitä toivottiin pakolliseksi. (SuPer ry kehittämissyksikkö, 2013, s. 15)

Tutkimuksessamme toivottiin lisäkoulutusta moniammatilliseen työskentelyyn. Myös SuPerin selvityksessä lähihoitajat kertoivat näkevänsä moniammatillisen yhteistyön ehdottomana edellytyksenä asiakkaan hoidolle. (SuPer ry kehittämissyksikkö, 2013, ss. 18–19) Näin ollen moniammatillisen työskentelyn osaaminen on tärkeä osa mielenterveys- ja päihdetyöskentelyä.

## **8 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä ja huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tutkimuksessa on myös toteutettava avoimuutta ja vastuullisuutta tuloksia julkaistaessa sekä huolehdittava tarvittavista tutkimusluvista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 6)

Haimme tutkimusluvan opinnäytetyön toteuttamiseen Hämeenlinnan kaupungilta. Tutkimuskyselyn (Liite 3) alussa osallistujia informoitiin kirjallisesti saatekirjeellä (Liite 2) aineiston käytöstä ja kyselyyn vastaajien henkilötietojen salaamisesta. Osallistujilta pyydettiin tutkimussuostumus, joka on tietoon perustuva suostumus osallistua tutkimukseen. Teimme aineistonhallinta suunnitelman (Liite 1), jossa on kuvattu aineiston hankintamenetelmät sekä aineiston säilytys ja käsittely tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Kyselyssä informoitiin vastaajia siitä, että vastaamalla kyselyyn he antavat samalla luvan käyttää vastauksia opinnäytetyömme tekemiseen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, ss. 7–13). Vastaajille tiedotettiin myös siitä, että aineistoa säilytetään vuosi tutkimuksen tekijöillä, minkä jälkeen se hävitetään.

Tutkimuksessa käytettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinnan ja tutkimuksen menetelmiä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, ss. 7–13). Kyselyyn vastattiin nimettömänä. Jos kyselyyn jätettiin vastaamatta, nimettömyyden ansiosta emme tiedä, kuka tämä henkilö on ollut. Nimettömänä vastaaminen takaa jokaisen vastaajan yksityisyydensuojan eikä meille kerry henkilötietoja vastaajista, jolloin tutkimuksessamme toteutuu myös Tietosuojalain (1050/2018) asettamat vaatimukset.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään käsitteitä reliabelius ja validius. Reliabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta, se voidaan todeta usealla tavalla. Esimerkiksi jos kaksi tutkijaa päätyy samaan tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, voidaan tutkimusta pitää reliabelina. Validius tarkoittaa pätevyyttä eli mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Hirsijärvi ym., 2018, s. 231) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikista vaiheista, luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta, 2014, s. 211; Hirsijärvi ym., 2018, s. 232)

Aluksi pyysimme lähettämään kyselyn 30 työntekijälle, mutta koska vastauksia saatiin vain muutama, pyysimme lopulta yhteyshenkilöämme lähettämään kyselyn kaikille Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon työntekijöille, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Tämän pyynnön jälkeen saimme kymmenen vastausta. Emme lähettäneet kyselyä itse työntekijöille. Tämän takia pyysimme tietoa, kuinka monelle kysely on lähetetty, palveluyksiköiden johtajilta. Vastauksia saatiin yhdeksästä yksiköstä.

Vastausten mukaan kysely lähetettiin suoraan 107 työntekijälle. Kyselyyn vastasi 10 työntekijää. Vastausprosentti on alhainen. Tämän vuoksi vastauksia on tarkasteltu suhteessa aiempiin tutkimuksiin. Tarkastelu osoittaa tämän ja aiempien tutkimusten tulosten samansuuntaisuuden työntekijöiden lisäosaamis- ja koulutustarpeisiin liittyen. Analysointivaihe ja saadut tulokset on avattu opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti, käyttäen myös suoria lainauksia vastauksista sekä tekemällä vastauksista kuvia ja taulukoita, jotta tutkimuksen avoimuus toteutuu.

Lisäksi opinnäytetyön luotettavuuteen on pyritty vaikuttamaan valitsemalla lähteet niin, että tieto on mahdollisimman ajan tasaista sekä käyttämällä pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja julkaisuja. Kirjoissa *Mieli ja terveys* (Heikkinen-Peltonen ym., 2010) sekä *Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta* (Vuori-Kemilä ym., 2010) käsitellään mielenterveys- ja päihdetyön kokonaisuutta. Vaikka kirjat ovat jo 11 vuotta vanhoja, ei niiden tieto ole olennaisilta osiltaan vanhentunut. Niissä kuvataan asiakastyöskentelyä, asiakkaan kohtaamista ja mielenterveyden eri häiriöitä.

## 9 Arviointi ja pohdinta

Kyselyn tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissakin tutkimuksissa. Tutkimuksen mukaan hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöskentelyyn sekä koulutusta, kuinka kohdata aggressiivinen asiakas. Vastaajat kokivat lähihoitajaopinnoissa saadun mielenterveys- ja päihdekoulutuksen vähäiseksi tai jopa mitättömäksi. Samoin kokemus ja osaaminen koettiin riittämättömäksi. Työntekijä ei ole välttämättä osannut arvata työnkuvan joskus muuttuvan.

Kyselyn vastausten määrä jäi pieneksi, vaikka se lähetettiin 107 työntekijälle sähköpostin välityksellä. Alhaiseen vastausprosenttiin voi olla monia syitä. Kysely toteutettiin kesäloma-aikaan, jolloin osa kyselyn saaneista oli lomalla. Kesä oli myös helteinen, mikä loi kiirettä ja enemmän tehtävää kotihoitoon, jolloin aikaa kyselyn täyttämiseen ei välttämättä jäänyt. Myös motivaatio vastata kyselyyn voi olla yksi syy vastausten vähäisyyteen. Jos aiheetta ei tunnettu omaksi, ei siihen haluttu vastata, varsinkaan, kun yhdessä vastauksista mainittiin ”Asiakkaat jotenkin nuorenee ja ongelmat erilaisia..muuttuu vanhustyö päihde ja mielenterveystyöksi eikä kysytä mitään. Se on vain osattava..päjäyttävä”. Vastaus kuvaa

epätietoisuutta muutoksesta. Tiedon ja koulutuksen puute saattaa tehdä työntekijän epävarmaksi, jolloin kyselyyn vastaamiseen saattaa olla korkea kynnyks. Yksi syy vähäiseen vastausmäärään saattaa löytyä itse kyselystä tai kyselyn saatteesta. Joku kyselyn saaneista on voinut kokea kyselyn vaikeaksi tai ei ole jaksanut lukea saatetta.

Kyselyä analysoidessa mietimme, että kyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä olisivat voineet olla valmiilla vastausvaihtoehdoilla, sillä vastaukset olivat hyvin lyhyitä. Olimme ajatelleet vastaajien kuvailevan tarkemmin, mitä opintoja ja kokemusta heillä on. Pohdimme, olisiko haastattelu toiminut paremmin laajempien vastausten saamiseksi. Toisaalta, lyhyet vastaukset oli helppo koota ja analysoida. Tutkimuskysymyksemme oli, millaista lisäosaamista mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa tarvitaan työntekijöiden kertomana. Saimme kyselyn avulla myös tietoa siitä, mitä asioita työntekijät kokevat vaikeaksi työskentelyssä. Vaikeaksi koetut asiat heijastavat myös lisäkoulutuksen tarvetta.

Vaikeaksi koettiin resurssien ja koulutuksen puute sekä asiakkaan kohtaaminen. Vastauksissa kerrotaan hoitopolkujen olevan vieraita, mikä kertoo mahdollisesti siitä, että palvelujärjestelmää ei tunneta kovinkaan hyvin. Ajanpuute asiakaskäynneillä aiheuttaa tunteen kykenemättömyydestä, kun ei ehdi tehdä kaikkea tarvittavaa. Vanhustyöhön suuntautuneilta työntekijöiltä puuttuu tietoa ja kohtaamisaosaamista uuden asiakasryhmän kanssa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ongelmat ovat heille vieraita, mikä vaikuttaa heidän ammatilliseen työskentelynsä asiakasryhmän kanssa. Ajanpuute vaikuttaa myös asiakkaan kohtaamiseen, sillä luottamuksellisen suhteen syntyminen vaatii aikaa ja dialogista kanssakäymistä.

Lisäosaamistarpeista eniten nousi esiin tarve saada tietoa väkivaltaisen asiakkaan kohtaamistaidoista, mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä kuntoutuksesta. Näiden lisäksi kyselyssä kaikkia annettuja vaihtoehtoja valittiin, mikä kertoo mielestämme lisäosaamistarpeista useissa asioissa. Väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen on olemassa useita koulutuksia. Koulutus olisi hyvä olla pakollisena kaikissa sosiaali- ja terveysalan opinnoissa.

Tulevaisuudessa voimme työskennellä lähiesihenkilöinä. Opinnäytetyöprosessi on antanut näkökulmaa tarkastella työntekijöiden osaamista ja sen päivittämistä esihenkilönä.

Opinnäytetyö on antanut meille myös sosiaalityön kehittämisen näkökulmaa sekä tietoa ja ideoita esihenkilötyöskentelyyn. Sosionomin osaamiselle on sosiaalialalla kysyntää.

Sosionomin koulutus tuottaa mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden osallistamiseen ja hyvinvoinnin tukemiseen hyvän tietopohjan, jota voi hyödyntää kotihoidossa ja siihen sisältyvässä kotikuntoutuksessa. Sosionomi pystyy hyödyntämään palvelujärjestelmää ja etsimään sitä kautta tarpeellisia tukimuotoja- tai palveluja kohdennetusti asiakkaalle.

Opinnäytetyömme tuotti tietoa siitä, millaista osaamista kotihoidossa tarvitaan ja myös kotihoidon resursseista. Sosionomin tehtävänä saattaa olla etsiä tilanteisiin ratkaisuja, joiden avulla asiakkaan kuntoutuminen etenee mahdollisimman hyvin. Opinnäytetyön tekeminen on lisäksi lisännyt tietämystämme ja osaamistamme sekä tutkivan että kuntouttavan työotteen käyttämisessä. Yllätyimme lakia tutkiessamme muun massa siitä, että se velvoittavaa työnantajaa järjestämään täydennyskoulutusta ja työntekijää ylläpitämään ammattitaitoaan. Olemme aiemmin ajatelleet ammattitaidon ylläpitämisen olevan enemmänkin toive kuin lain vaatima velvollisuus.

Opinnäytetyön tutkimustulosten avulla voidaan kotihoidon työntekijöille kohdentaa koulutusta mielenterveys- ja päihdetyöstä, lisätä asiakkaan kohtaamisen taitoja sekä tarjota väkivaltaisen asiakkaan kohtaamiseen koulutusta. Jatkotutkimuksena voisi kartoittaa, mitä asiakkaat kokevat tarvitsevansa ja saavansa kotihoidossa. Lisäksi voisi tutkia, miten tarvittava tietotaito saataisiin työntekijöille parhaiten, jotta lisäkoulutus olisi mahdollisimman tehokasta. Olisi myös hyvä selvittää, palveleeko kohdennettu tiimi paremmin asiakkaita kuin tavallinen kotihoito. Kohdennettuun tiimiin valittaisiin työntekijöitä, jotka ovat kiinnostuneita mielenterveys- ja päihdetyöskentelystä. Koulutus räätälöitäisiin heidän lisäosaamistarpeisiinsa. Tiimin asiakkaat olisivat mielenterveys- ja päihdekuntoutujia, he hyötyisivät motivoituneista, osaavista työntekijöistä.

Opinnäytetyöprosessi on opettanut, ettei kaikki ole aina selvää eikä helppoa sosiaalialan tehtäväkentällä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kotihoito ja -kuntoutus sekä näihin liittyvä osaaminen ovat asioita, joihin kannattaa panostaa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskentelevien osaamista lisäämällä saadaan työhön lisää vaikuttavuutta. Kun työntekijöillä on enemmän osaamista asiakasryhmästä, he pystyvät



tukemaan paremmin asiakkaita osallisuuteen ja tulemaan paremmin osaksi yhteiskuntaa sekä mahdollistamaan heidän kuntoutumisensa ja selviämisensä arjessa.

## Lähteet

- Alastalo, H., Kehusmaa, S., Hammar, T. & Marjeta, N. (2018). *Kotihoidossa lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa: osaamista muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisessa myös vahvistettava*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-231-4>
- Badger, F. & Mullan, B. (2004). Aggressive and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 526—533. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00912.x>
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2014). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen* (10. p.). Vastapaino.
- Hasson, H. & Arnetz, J. (2008). Nursing staff competence, work strain, stress, and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), ss. 468—481. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x>
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. (2010). *Mieli ja terveys* (1.–3. p.). Edita Prima.
- Himanen, S. & Nikkola, R. (2021). Hoitotyöntekijöiden osaamisen kehittämistarpeet lähijohtajien ja hoitohenkilökunnan arvioimana. *Gerontologia*, 35(1), 63–71. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.92102>
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2018). *Tutki ja kirjoita* (22. p.). Tammi.
- Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä* (1 p.). Otavan kirjapaino Oy.
- Hämeenlinnan kaupunki. (2019a). *Akuutti kotihoito*. Haettu 3.3.2021 osoitteesta <https://www.hameenlinna.fi/wp-content/uploads/2019/08/2019-Akuutti-kotihoito-omavalvontasuunnitelma.pdf>

Hämeenlinnan kaupunki. (2019b). [kuva]. *Akuutti kotihoito*. Haettu 3.3.2021 osoitteesta <https://www.hameenlinna.fi/wp-content/uploads/2019/08/2019-Akuutti-kotihoito-omavalvontasuunnitelma.pdf>

Hämeenlinnan kaupunki. (2020). *Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut -esite*. Haettu 3.3.2021 <https://www.hameenlinna.fi/wp-content/uploads/2020/02/Mt-asumispalvelut-esite-2020.pdf>

Ikonen, E.-R. (2013). *Kehittyvä kotihoito*. Bookwell Oy.

Juhila, K. (n.d.). Koodaaminen. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/koodaaminen/>

Karjalainen, L. (2015). *Tilastotieteen perusteet*. Otavan kirjapaino Oy.

Keyriläinen, M. (2020). *Työolobarometri 2019*. Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-541-6>

Laine, H. (2019). *Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittäminen kotihoidossa*. [Opinnäytetyö, Satakunnan ammattikorkeakoulu]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201904104833>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Liukkonen, S. (2015). *Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotikuntoutus*. [pro gradu - tutkielma, Jyväskylän yliopisto]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201609184141>

Lyhty, T. & Nietola, V. (2015). Dialoginen moniammatillisuus asiakastyössä. Teoksessa P. Näkki & T. Sayed (toim.), *Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla* (1 p., ss. 142–158). Otavan kirjapaino.

Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L. & Himberg, T. (2015). *Menetelmäpolkuja humanisteille*. Jyväskylän yliopisto. Haettu 15.8.2021 osoitteesta <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo.fi. (n.d.). *Monenlaista kuntoutusta*. Haettu 17.7.2021 osoitteesta [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa\\_kuntoutuksesta/Pages/monenlaista\\_kuntoutusta.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa_kuntoutuksesta/Pages/monenlaista_kuntoutusta.aspx)

Mönkkönen, K. (2018). *Vuorovaikutus asiakastyössä- Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Gaudeamus Oy.

Niskanen, S., Forma, L., Salminen, A.-L. & Aho, A. L. (2021). Kartoittava kirjallisuuskatsaus ikääntyneiden arkikuntoutuksen ominaispiirteistä. *Gerontologia*, 35(1), 13–31. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.90116>

Nivala, E. & Ryyänen, S. (2019). *Sosiaalipedagogiikka. Kohti inhimillisempää yhteiskuntaa*. Gaudeamus.

Piispanen, P. (2012). *Kodinhoitajan työn oppimisympäristönä ikäihmisten päihde- ja mielenterveystyö – vaikka se on mulle työpaikka, mut se on toisen koti*. [pro gradu - tutkielma, Tampereen yliopisto]. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23048>

Päihdehuoltolaki 41/1986. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Raatikainen, E., Rahikka, A., Saarnio, T. & Vepsä, P. (2020). *Ammattina sosionomi* (3.–4. p.). Sanoma Pro Oy.

Raivio, H. (2018). *Enemmän sosiaalista toimintakykyä, lisää osallisuutta! Yhteiskehittäen vaikuttavampaa sosiaalista kuntoutusta. SOSKU-hankkeen 2015–2018 loppuraportti*.  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-070-9>

Saarinen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
[https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_3.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_3.html)

Salo, P., Ervasti, J. & Kivimäki, M. (2019). *Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt*. Työterveyslaitos.  
<https://www.ttl.fi/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt/>

Simberg, S. & Nevala, S. (2016). *Ammatti vaatii ammattitaitoa, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPerin jäsenten näkemyksiä lähihoitajakoulutuksen haasteista ja mahdollisuuksista nyt ja tulevaisuudessa*. SuPer ry.  
[https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super\\_koulutusselvitys\\_2016\\_web.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super_koulutusselvitys_2016_web.pdf)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

SuPer ry kehittämisyksikkö. (2013). *Hoitoa mielen mukaan, selvitys mielenterveys- ja päihdetyöstä superilaisten silmin*. SuPer ry.  
[https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super\\_hoitoa\\_mielen\\_mukaan\\_selvitys\\_low.pdf](https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/super_hoitoa_mielen_mukaan_selvitys_low.pdf)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. (2016). *Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
Haettu 10.7.2021 osoitteesta [https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon\\_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus\\_ammattilaisen\\_ja\\_perheen\\_valilla](https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla)

THL. (2020a). *Mielenterveyspalvelut* [kuva]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 9.5.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL. (2020b). *Päihderiippuvuuden hoito, kuntoutus ja arjen tuki*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 9.5.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihderiippuvuuden-hoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>

THL. (2020c). *Mielenterveyspalvelut*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 9.5.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL. (2020d). *Asuminen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 9.5.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/asuminen>

Tietosuojalaki 1050/2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/HTK-ohje-2012>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa*. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

Vainio, E. & Tiainen, S. (2013). *Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta*. [opinnäytetyö, Mikkelin ammattikorkeakoulu]. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013102116232>

Vuori, J. (n.d.). Laadullinen sisällönanalyysi. Teoksessa Jaana Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. (2010). *Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta*. WSOYpro Oy.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. (n.d.a). Kyselylomakkeen laatiminen. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/>

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. (n.d.b). Posti- ja verkkokyselyn aineiston kokoaminen. Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/postikysely/postikysely/>

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. (n.d.c). Graafinen esitys (Kuviot). Teoksessa *Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja*.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kuviot/kuviot/>

## **Liite 1: Aineistonhallinnan suunnitelma**

**Opinnäytetyön nimi;** Mielensterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidon osaamistarpeet-  
Hämeenlinnan kaupungin kotihoidossa

**Opinnäytetyön tekijät;** Heidi Mattsson ja Johanna Koivula

### **AINEISTON HANKINNAN MENETELMÄT JA AINEISTON MUOTO**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä selvitys Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon lisäosaamistarpeista. Työntekijöinä työskentelevät lähihoitajat ovat tähän asti työskennelleet vanhusten kanssa. Hämeenlinnan kaupungin kotihoidon työntekijöille tehdään sähköinen kysely. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa kyselyn avulla, mitä lisäosaamista he tarvitsevat, kun asiakkaisiksi on alkanut tulla myös mielensterveys- ja päihdekuntoutujia.

Vastauksia tutkitaan kvantifioinnin ja laadullisen sisällönanalyysin avulla. Tämän jälkeen tehdään johtopäätökset kotihoidon osaamistarpeista esiin nousseiden aiheiden avulla. Tarkoituksena on tehdä kvalitatiivinen tutkimus sekä hyödyntää myös kvantitatiivista tutkimusta.

Kotihoidon työntekijöille tehdään verkkokysely, jossa on sekä avoimia- että monivalintakysymyksiä (Hirsjärvi, ym., 2018, ss. 196–199). Kyselylomake tehdään käyttäen sähköistä kyselyä, joka lähetetään työntekijöille sähköpostin välityksellä. Kysely on kontrolloitu kysely, jossa kyselylomakkeen linkki toimitetaan suoraan tietylle vastaajajoukolle (Hirsjärvi, ym., 2018, ss. 196–197). Kyselyn laatimisessa on tärkeää, että se on ulkoasultaan selkeä, kohtuullisen pituinen ja kysymysasettelu on helppotajuinen ja yksinkertainen. Kysymykset laaditaan niin, että niihin on mahdollisimman helppo vastata ja vastauksista ei mitenkään saada selville vastaajan henkilöllisyyttä. (Kyselylomakkeen laatiminen, n.d.)

Opinnäytetyön tutkimuslupa haetaan Hämeenlinnan kaupungilta. Tutkimuskyselyn (Liite 3) alussa osallistujia informoidaan kirjallisesti saatekirjeellä (Liite 2) siitä, mihin aineistoa käytetään ja haastateltavien sekä kyselyyn vastaavien henkilötiedot salataan. Kyselyssä informoidaan vastaajia, että vastaamalla kyselyyn he antavat samalla luvan käyttää vastauksia tutkimuksen tekemiseen ja hyväksyvät sen, että vastauksia käytetään opinnäytetyön tekemiseen. Tutkimuksessa käytetään



eettisesti kestäviä tiedonhankinnan ja tutkimuksen menetelmiä. Opinnäytetyössä ei julkaista työntekijöiden nimiä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019, ss. 7–13)

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja jos joku jättäisi kyselyyn vastaamatta, nimettömyyden ansiosta ei tiedetä, kuka tämä henkilö on ollut. Nimettömänä vastaaminen takaa jokaisen vastaajan yksityisyydensuojan eikä tutkimuksesta kerry henkilötietoja vastaajista, jolloin tutkimus toteutetaan myös tietosuojalain (Tietosuojalaki 1050/2018) asettamien vaatimusten mukaisesti.

### **AINEISTOJEN SÄILYTYS OPINNÄYTETYÖPROSESSIN AIKANA**

Aineistoa säilytetään HAMK:n OneDrivessä ja varmuuskopioita ulkoisella kiintolevyllä. Kysely tehdään verkkokyselynä käyttäen Microsoft Formsia. Formsista saadaan ladattua kyselyn vastaukset Excel muodossa sekä myös PDF-tiedostona että paperiversiona.

### **AINEISTOJEN KÄSITTELY OPINNÄYTETYÖN VALMISTUTTUA**

Kyselylomake poistetaan netistä opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyössä kerättyä aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja tutkimuksessa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto tuhoetaan 1 vuoden kuluttua opinnäytetyön hyväksymispäivästä. Tähän asti aineistoa säilytetään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen ja niin, että aineisto on vain tutkijan/opiskelijan saavutettavissa.

## Lähteet

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2018). Tutki ja kirjoita (22. p.). Helsinki:

Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. (n.d.). *Kyselylomakkeen laatiminen*.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/kyselylomake/laatiminen/>

Tietosuojalaki 1050/2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa.

[https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2019.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf)

## Liite 2: Kyselyn saatekirje

Olemme sosionomiopiskelijoita Hämeen ammattikorkeakoulusta (HAMK). Hämeenlinnan kaupungin mielenterveysasumispalvelut tilasivat opinnäytetyönä selvityksen osaamistarpeista mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen kotihoidossa. Heillä on tavoitteena saada tietoa siitä, millaista osaamista kotihoidossa tarvitaan, jotta pystytään maksimoimaan kotihoidon hyödyt asiakkaiden siirtyessä laitoksesta kotiin.

Tällä kyselyllä haluamme selvittää, millaista osaamista jo olemassa olevan osaamisen lisäksi työntekijät mielestään tarvitsevat mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa.

Kyselyssä ei kerätä eikä tallenneta henkilötietoja. Kerättyä aineistoa käsitellään kunnioituksella ja luottamuksellisesti. Opinnäytetyössä kerättyä aineistoa käytetään vain tässä opinnäytetyössä ja tutkimuksessa. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen aineisto tuhoetaan 1 vuoden kuluttua opinnäytetyön hyväksymispäivästä. Tähän asti aineistoa säilytetään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen ja niin, että aineisto on vain tutkijan/opiskelijan saavutettavissa sekä tarvittaessa ohjaavan opettajan tarkasteltavissa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaamalla kyselyyn annat suostumuksen vastaustesi käytölle opinnäytetyössämme. Kyselyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 30 min.

### Kyselyyn pääset vastamaan oheisesta linkistä

<https://link.webropolsurveys.com/S/9B613E61BF65F199>

Lisätietoja kyselystä voit tarvittaessa kysyä seuraavilta henkilöiltä:

Opiskelijat; Heidi Mattsson, [heidi.mattsson@student.hamk.fi](mailto:heidi.mattsson@student.hamk.fi) ja Johanna Koivula, [johanna.ma.koivula@student.hamk.fi](mailto:johanna.ma.koivula@student.hamk.fi)

Opinnäytetyön ohjaava opettaja; Yliopettaja (HAMK) Paula Rantamaa, [paula.rantamaa@hamk.fi](mailto:paula.rantamaa@hamk.fi)

Pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan kyselyyn 30.6.2021 mennessä. Kiitos

**Liite 3: Tutkimuskyselyn kysymykset**

- 1. Oletko suorittanut mielenterveys- ja päihdetyön opintoja? Jos olet, niin mitä opintoja?**  
(TAUSTAKARTOITUSTA, pakollinen)
- 2. Millaista aiempaa kokemusta sinulla on työstä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa?** (TAUSTAKARTOITUSTA, pakollinen)
- 3. Mikä mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa on mielestäsi vaikeaa?**  
(pakollinen)
- 4. Koetko, että sinulla on riittävästi osaamista mielenterveys- ja päihdetyön kotihoitoon?**  
(RIITTÄVÄSTI-MELKO RIITTÄVÄSTI- MELKO VÄHÄN- EI OLLENKAAN) (pakollinen)
- 5. Mitä osaamista sinulla on mielenterveys- ja päihdetyön kotihoitoon?** (Jos vastaa edelliseen kysymykseen ei ollenkaan, siirtyy kysymykseen 6, pakollinen)
- 6. Mihin seuraavista koet tarvitsevasi lisäosaamista mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kotihoidossa?** (monivalintakysymys, pakollinen)

1.Vuorovaikutustaidot

6.Tietoa erilaisista mielenterveysongelmista

2.Puheeksi ottamisen taito

7.Tietoa päihdeongelmista

3.Lääkehoito tämän asiakasryhmän kanssa

8.Tietoa mielenterveyskuntoutuksesta

4.Asiakkaan neuvonta ja tukeminen arjen askareissa

9.Tietoa päihdekuntoutuksesta

5.Haastavan ja väkivaltaisen asiakkaan kohtaaminen

10.Moniammatillinen työskentely tiimissä

11.Muu, mikä

- 7. Tuleeko mieleesi vielä jotain lisäosaamistarpeita, mitä mielestäsi tarvitset tässä työssä? Kuvaile omin sanoin.** (ei pakollinen)