

PSYKOSOSIAALINEN TUKI KOTIHOIDOSSA
TYÖNTEKIJÖIDEN JA ESIMIESTEN NÄKÖKULMASTA

Miita Puska

Mari Ryyänen

Opinnäytetyö, kevät 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Puska, Miita & Ryyänen, Mari. Psykososiaalinen tuki ikääntyneiden kotihoitossa työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta. Helsinki, kevät 2017, 61s., 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialankoulutusohjelma, sosionomi (AMK).

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää psykososiaalisen tuen tilaa vanhusten kotihoitossa erään savolaisen kunnan työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kanssa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa psykososiaalisesta tuesta organisaation käyttöön ja nostaa esille tuen tärkeyttä ikääntyneiden arvokkaan elämän tukemisessa. Tutkimuksen tulosten avulla voidaan pohtia työntekijöiden työnkuvaa ja mahdollisesti käyttää tuloksia työn kehittämiseen.

Opinnäytetyö on pääosin kvantitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin webropol- ja postikyselyllä syksyllä 2016. Kyselyyn vastasi ikääntyneiden kotihoiton työntekijöitä (N=15) ja esimiehiä (N=2). Aineisto tuotti numeerista ja sanallista tietoa, jota analysoimme graafisin, tilastollisin ja sanallisin keinoin.

Tulosten perusteella psykososiaalisen tuen määritelmä on moninainen. Työntekijät tunnistavat asiakkailta psykososiaalisen tuen tarpeita ja tärkeimmiksi nostettiin kuuntelu, keskustelu ja henkinen tuki. Työntekijät kokevat pystyvänsä tarjoamaan tukea ikääntyneille hyvin, mutta eivät riittävästi. Tuen esteenä työntekijöiden mielestä koetaan kiire, esimiesten mielestä syynä on erimerkiksi koulutuksen puute. Opinnäytetyön tulokset myötäilevät aiempia saman aihepiirin tutkimusten tuloksia.

Avainsanat: Psykososiaalinen tuki, kotihoito, ikääntyneet, vanhustyöntekijät, esimiehet

ABSTRACT

Puska, Miita & Ryyänen, Mari

Psychosocial support in home care for elderly people from employee's and managerial point of view.

61p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2017.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services. Degree: Bachelor of Social services.

The aim of the study was to gather information about psychosocial support in home care for elderly people particularly in Northern Savo area. The partner in this study was Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority. The purpose was to research how employees and managers experience psychosocial support in their everyday work. This study can be used as a tool when developing home care for elderly.

The study was mainly quantitative research but it also had features of qualitative research. As for methods, a questionnaire was sent to the partner via webropol and mail in Autumn 2016. There were employees (N=15) and managers (N=2) who answered the questionnaire. The results were analyzed using graphical, numerical and descriptive methods.

The results show that there are multiple ways to subscribe the term psychosocial support. The employees understand that the customers need this kind of support. The main needs are listening, having conversations and psychical support. The employees think that they can provide psychosocial support for elderly quite well but not enough. One of the reasons is their busy schedule. Managers do not see hurry as a reason for not to give this kind of support. The results were mainly the same as in other studies with the same subject.

Key words: Psychosocial support, home care, elderly, employee, manager.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PSYKOSOSIAALINEN TUKI.....	8
2.1 Psykososiaalisuuden määritelmä	8
2.2 Psykososiaalinen työote	9
2.3 Tuen merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnissa	10
3 KOTIHOITO IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN TUKENA.....	13
3.1 Kunnallinen kotihoito	13
3.2 Kotihoidon lait ja linjaukset	14
3.3 Esimiestyö kotihoidossa	15
3.4 Kotihoidon työntekijät	16
3.5 Kotihoidon asiakkaat	17
4 AIEMMAT TUTKIMUKSET	19
5 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	22
5.1 Tarkoitus ja tavoitteet	22
5.2 Tutkimuskysymykset	22
5.3 Teoreettisen tiedon hankinta	23
6 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ.....	24
6.1 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä.....	24
6.2 Ylä-Savon SOTE:n kotihoito.....	25
6.3 Tulevaisuuden haasteet kuntayhtymässä	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
7.1 Tutkimusmenetelmä	28
7.2 Aineistonkeruu.....	29
7.3 Aineiston analyysimenetelmä	30
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
8.1 Taustatietoa kyselyyn vastanneista.....	32

8.2 Psykososiaalisen tuen määrittely työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta	32
8.3 Työntekijöiden näkemykset psykososiaalisesta tuesta	35
8.4 Esimiesten näkemykset psykososiaalisesta tuesta	38
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	43
10.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	43
10.2 Tutkimuksen eettisyys	45
11 POHDINTA.....	47
LÄHTEET	50
LIITE 1.....	57
LIITE 2.....	58
LIITE 3.....	60

1 JOHDANTO

Ikääntyneen väestön osuus Suomessa kasvaa ja kotihoidon palvelutarve lisääntyy, koska lait ja säädökset painottavat kotona asumista mahdollisimman pitkään. Koko sosiaali- ja terveydenhuoltokenttä on murroksessa valtakunnallisen palvelu- ja maakuntarakenteiden uudistusten myötä. Nyt jos koskaan on erityisen tärkeää kuulla sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä, miten he työtehtävänsä kokevat.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer:n verrattaen tuoreen selvityksen mukaan kotihoito on yhä pahenevassa kriisissä. Työntekijät kantavat huolta niin hoidon laadusta, asiakkaiden turvallisuudesta kuin työn kuormittavuudestakin (SuPer 2015). Kotihoidossa asiakkaina on yhä enemmän sairaita, huonokuntoisia ja iäkkäitä vanhuksia, jotka tarvitsevat paljon apua päivittäisissä toiminnoissa. Usein palvelu keskittyy ensisijaisesti hoitamaan asiakkaan fyysisiä tarpeita. Koska kotihoidon työntekijöillä on usein kiire, saattaa henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät asiat jäädä hoitamatta ja käsittelemättä. Psykososiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen jää usein läheisten ja omaisten tehtäväksi. (Tenkanen 2007, 181–182.) Mutta mitä jos vanhuksella ei ole omaisia, tai omainen ei osaa vastata vanhuksen psykososiaalisiin tarpeisiin? Onko kotihoidon työntekijöillä valmiuksia vastata heidän tarpeisiinsa?

Media nostaa vihdoin kotihoidon työntekijöidenkin ääntä kuuluviin. Saamme lukea uutisia kotihoidon tilasta heidän näkökulmastaan ja huolesta käyntiaikojen lyhydestä, riittämättömyyden tunteesta (Auvinen 2017), alan houkuttelemattomuudesta (Tolpo 2015), työntekijöiden vaihtuvuudesta ja kiireestä (Sieppi 2017). Joukko kansanedustajia tutustui vuonna 2016 vanhustyön arkeen, ja myös he puivat kokemuksiaan mediassa. Esille nostettiin muun muassa huoli vanhusten pärjäämisestä kotona (Simola 2017), vanhusten kokemasta turvattomuudesta, sekä laadun ja valvonnan kehittämistarpeesta. Näiden perusteella eduskuntaan tehtiin myös kirjallinen kysymys. (Suorlahti 2016.)

Teimme opinnäytetyömme koskien psykososiaalista tukea ikääntyneiden kotihoidossa työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta. Teetimme kyselytutkimuksen yhteistyössä Ylä-Savon Sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kanssa, toteutuuko psykososiaalinen tuki alueen yhdessä kotihoidon yksikössä ja miten näkemykset eroavat työntekijöiden ja esimiesten välillä. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa työntekijöiden käsityksiä asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeesta ja laadusta. Pohdimme työssämme, onko kotihoito liian medikalisoitunut, ja tarvitaanko kotihoidon palvelukentälle uusia työnkuvia ja toimijoita turvaamaan ikääntyneiden tasapainoista elämää.

Tutkimuksen tavoitteena oli antaa tärkeää informaatiota niin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle organisaationa kuin alueen kotihoidon työntekijöille ja esimiehille. Toivomme myös, että opinnäytetyömme aihe nostaa esille psykososiaalisen tuen tärkeyttä ikääntyneiden arvokkaan elämän tukemisessa. Toivomme tulosten nostavan esille myös mahdollisia hyviä käytäntöjä, hiljaista tietoa sekä mahdollisia kehittämiskohteita kotihoidon kentälle.

Opinnäytetyömme teimme kvantitatiivisena tutkimuksena. Lähtökohtana opinnäytetyömme tutkimukselle käsittelemme psykososiaalisen tuen määritelmää ja kotihoidon tämän hetkistä tilaa. Lisäksi tutustuimme aiempiin tutkimuksiin aiheesta useammasta näkökulmasta. Teetimme kyselyt työntekijöille ja esimiehillekin Webropolin kautta sekä täydensimme vastauksia postikyselyllä. Analysoimme vastaukset ja teimme niiden perusteella johtopäätöksiä tutkimuksen kohteena olevasta kotihoidon yksiköstä.

2 PSYKOSOSIAALINEN TUKI

2.1 Psykososiaalisuuden määritelmä

Käsitteet psykososiaalinen tuki, psykososiaalinen työ ja psykososiaalinen hoito ovat esiintyneet sosiaali- ja terveydenhoitoalaa koskevissa julkaisuissa, oppikirjoissa ja keskusteluissa jo vuosikymmeniä, mutta sanojen merkitys on jäänyt epämääräiseksi. Käsite ilmaantui Suomessa sosiaalialan käyttöön 1980–90-luvuilla ja on näkynyt erityisesti päihdehoidon piirissä. (Weckroth 2007, 426–427; Granfelt 1993, 177.) Vaikka teoriapohja psykososiaaliselle tuelle on vielä määrittelemätöntä, voidaan psykososiaalisen työn piirteitä nähdä jo 1900-luvun alussa kehitetyssä Case work -työtavassa, jossa keskeistä on ihmisen yhteisöllisyyden ja persoonan tukeminen. Psykososiaalisen työn teoriaperusteita voidaan nähdä psykodynaamisessa, humanistisessa psykologiassa sekä sosiaali-tieteellisessä suuntauksissa. Teoreettiset perusteet nähdään kuitenkin varsin heikkoina ja häilyvinä (Granfelt 1993, 179, 186–187.)

Psykososiaalinen tuki ja työ määritellään eri julkaisuissa eri tavoin. Sitä käytetään kuvaamaan niin ennaltaehkäisevää kuin hoidollistakin työtä (Weckroth 2007, 426; Granfelt 1993, 196). Sanaa käsitellään joko laajasti kokoavana nimikkeenä ihmisten kanssa tehtävälle, kokonaisvaltaiselle työlle, tai kapeammin sosiaalialan erikoisalueena. Keskeisiä termejä määrittelyille ovat kuitenkin ymmärtäminen ja toiminta. Käsitteen taustalla on ajatusmalli ihmisen inhimillisen kehityksen tukemisesta, joka sisältää biologisen, psyykkisen, sosiaalisen ja materiaalisuuden huomioimisen. Myös ihmisen elämänhistorialle annetaan käsitteessä paljon painoarvoa (Granfelt 1993, 186, 193.)

Yksi tapa määritellä psykososiaalinen tuki on tarkoittaa sillä henkilön psyykkisten tarpeiden huomioimista, kuten sosiaalisia tarpeita, vuorovaikutusta toisten ihmisten kanssa, henkilön mielialan ja tunteiden huomioimista. Hyvällä psykososiaalisella tuella parannetaan näin ikäihmisen psyykkistä toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua ja vahvistetaan ikäihmisen omia voimavaroja. (Eloranta ym. 2012).

2.2 Psykososiaalinen työote

Psykososiaalinen työ voidaan määritellä perustyöksi suurimmassa osassa sosi-
aali- ja terveysalan työkenttää. Työ painottuu tavoitteellisesti asiakkaan nykyi-
seen elämäntilanteeseen, huomioimalla hänen historiansa ja sosiaalisen ver-
kostonsa. Psykososiaalisessa työssä menetelmiä voidaan käyttää laajasti asia-
kasta osallistaen ja aktivoiden. (Granfelt 1993, 200–201.) Psykososiaalisina
työmenetelminä voidaan nähdä eri verkostoissa, kuten eri alojen ammattilais-
ten, omaisten ja ammattilaisten välillä tehtävä työ. Myös motivoiva haastattelu,
keskustelut ja vertaistoiminta voidaan nähdä psykososiaalisena työmenetelmä-
nä siinä missä palveluohjauskin. (Weckroth 2007, 430–431). Nämä menetelmät
vaativat paljon aikaa ja keskusteluja ikääntyneen ja hänen omaistensakin kans-
sa.

Jo 1970-luvulta lähtien lääketieteessä on keskusteltu, kuinka ihmisen psykolo-
giset ja sosiaaliset voimavarat pitäisi aina ottaa huomioon, eikä nähdä ihmistä
vain biologisena olentona. Sosiaalisilla tilanteilla on merkitystä esimerkiksi ihmi-
sen mielenterveyteen. Kuntoutumisessa ja toipumisessa on myös työntekijän ja
asiakkaan suhteella merkittävä rooli (Weckroth 2007, 428). Tällaista kokonais-
valtaista ja osallistavaa, psykososiaalista työtettä pitäisi tuoda ja määritellä
näkyvämmäksi myös vanhusten kotihoidossa. Siellä asiakkaan fyysisten ja vält-
tämättömimpien tarpeiden rutiininomainen suorittaminen on lisääntynyt (Enge-
ström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 14–15).

Psykososiaalisessa sosiaalityössä työntekijä kuuntelee ja rauhoittelee asiakasta
sekä myötäelää hänen kanssaan. Työntekijä nostaa esille asiakkaan voimava-
roja ja kannattelee asiakasta vaikeissa elämäntilanteissa, esimerkiksi avioeros-
sa, syrjäytymisessä, päihdeongelmissa tai uusien tilanteiden sopeutumisessa.
Työntekijältä vaaditaan kuuntelukykyä sekä taitoa rauhoitella ja lohduttaa asia-
kasta. (Antikainen-Juntunen 2014, 110–116.) Työntekijällä pitää olla käytettä-
vissään tarpeeksi sosiaalisia resursseja, jotta hän voi antaa asiakkaalle oikein
kohdennettua tukea. Lisäksi työntekijällä pitää olla psykologista taitoa analysoi-
da asiakkaan ongelmia ja tilannetta, sekä hyvä itsetuntemus jaksaa käsitellä
haastaviakin asioita. (Granfelt 1993, 180–181.) Työntekijän rooli on monella

tapaa haastava, koska psykososiaalinen työote vaatii tukijan, puolestapuhujan ja kokonaiselämäntilanteen hallitsijan roolin omaksumisen (Antikainen-Juntunen 2014, 113). Psykososiaalisessa työssä työntekijöitä voikin usein uhata voimattomuuden ja riittämättömyyden tunne (Granfelt 1993, 203). Työ edellyttääkin näin ollen ammatillisuutta, työnohjausta ja vahvaa tukea työyhteisöltä.

2.3 Tuen merkitys ikääntyneiden hyvinvoinnissa

Erikssonin teorian mukaan vanhuus on vaihe, missä elettyä elämää arvioidaan ja merkityksiä punnitaan. Onnistuessaan ikääntyneen minä koetaan eheytyneeksi, mutta haasteina on välttää katkeruuden ja epätoivon tunteet. (Lehtovirta & Peltola 2012, 116.) Asiakasryhmänä ikääntyneet ovat tilanteessa, missä monet muutokset elämän eri osa-alueilla tulevat osaksi arkea. Fyysiset muutokset ja sairaudet muuttavat kehoa, ja muutoksiin sopeutuminen on oma haasteensa. Sosiaaliset verkostot muuttuvat, ja ikääntynyt voi joutua oppimaan uusia rooleja. Esimerkiksi leskeksi jääminen ja omien lasten kaukana asuminen asettavat uusia tarpeita. Myös elämän rajallisuus ja itsetuntemuksen pohtiminen ovat ikääntyneen arjessa eritavalla läsnä.

Psykososiaalisen tuen tarpeet ovat hyvin yksilöllisiä. Toisille hyvinvoinnin tukemiseksi riittää keskustelu, kuuntelu ja läsnäolo. Toisilla on tarve syvempään ja pitkäjänteisempään tukeen, esimerkiksi mielenterveydellisten ongelmien tukemisessa. Puhuttaessa iäkkäiden ihmisten terveydestä on otettava huomioon myöskin mielenterveys, joka perustuu henkilön elettyyn elämään ja niihin ihmisiin sekä tapahtumiin, joita he ovat elämässään kohdanneet. Iäkkäillä mielenterveys- sekä psykososiaalisille ongelmille altistavia tekijöitä ovat muun muassa yksinäistyminen, menetykset, sosiaalisen tuen väheneminen, omaisten puute ja ristiriidat heidän kanssaan sekä turvattomuus. (Antikainen-Juntunen 2014, 110; Rissanen & Pietilä 2001, 8.)

Ikäihmisen yksi tärkeimmistä voimavaroista on elämänhalu. Ikäihmisen psykososiaaliseen hyvinvointiin vaikuttaa etenkin tyytyväisyys tähän hetkeen, arvokkuuden ja turvallisuuden tunne. (Lyyra 2006a, 206.) Sosiaalinen tuki antaa

ikäihmiselle kokemuksen, että häntä tarvitaan. Elämään tyytyväisyys ja positiivinen elämänasenne ylläpitää aktiivista elämäntyyliä. (Rissanen & Pietilä 2001, 8). Iäkkäät ovat myös omatoimisempia hoitamaan omaa terveyttään silloin, kun he saavat omaisiltaan tai muulta lähiympäristöltä siihen tukea (Rissanen & Pietilä 2001, 8). Psykkisten ongelmien sekä kognitiivisten toimintojen alenemiset, kuten muistisairaudet, voivat olla hyvinkin häpeällisiä ikääntyneelle ja vaikeita asioita käsitellä varsinkin omaisten kanssa (Lehtovirta & Peltola 2012, 179). On harmillista, ettei ikääntyneiden mielenterveysongelmia juurikaan nosteta esille verrattuna aikuisten ja nuorten ongelmiin. Myös omaisille suunnattu tärkeä tuki on surullisen olematonta ikääntyneiden palveluissa.

Ikääntyneen fyysinen heikentyminen synnyttää hoito- ja hoivatarpeen, mutta aiheuttaa itsenäisyyden ja itsemääräämisoikeuden vähenemistä (Lehtovirta & Peltola 2012, 179). Vanhustenhoidossa puhutaan medikalisoitumisesta eli hoitoa lähestytään lääketieteellisestä näkökulmasta. Tällöin vaarana on, että vanhuusikä nähdään sairauskeskeisenä, jolloin esimerkiksi kulttuuriset ja sosiaaliset aspektit sivuutetaan. (Tilvis 2016, 426.) On kuitenkin tärkeä muistaa, että lääkityksestä huolehtiminen on osa terveyden hoitamista ja vaikuttaa myös mieleen, kun henkilöllä ei ole kipuja (Rissanen & Pietilä 2001, 9).

Läheiset suhteet lapsiin ja lastenlapsiin sekä heille siirretyt kokemukset ja traditiot edistävät osaltaan ikääntyneen tärkeyden tunnetta (Lehtovirta & Peltola 2012, 177). Iäkkäät, niin miehet kuin naiset, ovat kertoneet sosiaalisten suhteiden tuottavan hyvää oloa. Keskustelut läheisten kanssa, luonto ja siellä liikkuminen ovat iäkkäille hyvän mielen lähde. (Rissanen & Pietilä 2001, 9.) Liikunta niin sisällä kuin ulkona on vanhuksen fyysisen terveyden kannalta tärkeää. Liikunnalla on myös vahvoja psykososiaalisia vaikutuksia esimerkiksi unenlaatuun ja mielen virkeyteen. Yhdessä ulkoilu tukee myös sosiaalista vuorovaikutusta. Vaikka liikuntakyky olisi heikentynyt, ylipäättään ulos pääseminen kohentaa mielialaa: Luonto tarjoaa monipuolisesti virikkeitä kaikille aisteille. (Kivelä & Vaapio 2011, 87–89.) Ulkoilun monipuoliset hyödyt ovat nähtävissä esimerkiksi etsivän vanhustyön työskentelytavassa, missä muun muassa yhteiset ulkoiluhetket parantavat yksinäisten ikääntyneiden toimintakykyä ja psykososiaalista hyvinvointia.

Ikääntyneen kokonaisvaltaisessa tukemisessa tärkeää on huomioida asiakkaan toimijuus, koska se lisää tunnetta omasta pystyvyydestä ja täten vahvistaa voimavaroja myös tulevia esteitä varten. Ikääntyneellä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky luonnollisesti heikentyy, ja varsinkin muistisairauden myötä kyky tehdä ja kontrolloida valintoja vähenee. Tarvittavalla tuella voidaan kuitenkin vaikuttaa ikääntyneen kokemukseen pystyvyydestä vaikuttaa omiin asioihin ja tekemisiin. Erityisesti yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen tukee ikääntyneen toimijuutta. (Autio & Soukiala 2016, 14–16.) Käytännössä tämä voi tarkoittaa aktivoimista, toimintakyvyn tukemista ja kannustamista sekä ikääntyneen osallistamista arkisissa toiminnoissa.

3 KOTIHOITO IKÄÄNTYNEIDEN HYVINVOINNIN TUKENA

3.1 Kunnallinen kotihoito

Kasvavaa ikääntynyttä väestönosaa ohjataan yhä enemmän kotihoidon piiriin, kun trendi laitoshuollon purkamisesta Suomessa jatkuu. Kotihoito tarkoittaa kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Kotihoidon muodostavat siis kaksi palveluosaa, kotipalvelu ja kotisairaanhoido, joita kotihoidon tukipalvelut täydentävät. Kotisairaanhoido ja kotipalvelu ovat kehittyneet toisistaan erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkuun asti eri hallintokuntiin: kotipalvelu sosiaalitoimeen ja kotisairaanhoido terveystoimeen. 2005 aloitettiin kokeilu useassa kunnassa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisestä. Muun muassa erilaiset hankkeet edesauttoivat tätä kokeilua. Aluksi kokeilu toteutui noin puolessa Suomen kunnissa. (Tepponen 2009, 17.) Hallitus on sittemmin esittänyt kokeilun jatkamista ainakin 2018 loppuun asti (Edilex i.a.). Yhdistämistä puoltavat kuntien hyvät kokemukset, kuten parantunut asiakkaiden palvelutarpeiden arviointi, palveluiden laatu ja saatavuus. Jatkoa puoltaa myös se huomio, että palveluiden yhteinen toteuttaja on sallinut muun muassa yhteisen asiakasrekisterin. (Surakka 2014.) Aiemmin kotisairaanhoidajien ja kotipalvelun hoitajien toimiessa eri rekistereissä, on hallinta ja yhteisten tavoitteiden löytäminen ymmärrettävästi ollut hankalampaa.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen lisäksi ikääntyneitä tuetaan erilaisilla tukipalveluilla, kuten ateria-, turva-, pesu-, kuljetus- ja siivouspalveluilla. Kunnan kotihoito ei välttämättä itse toteuta kyseisiä palveluita, mutta jokaisen niitä tarvitsevan kuntalaisen on kuitenkin niitä mahdollista saada (Nyman 2009, 49.)

Kotihoidon palveluiden tarve on kasvanut Suomessa tasaisesti, mutta kotihoidon palvelujen kattavuus laski 2000-luvun vaihteen jälkeen. Kotihoito on kuitenkin vieläkin ikääntyneiden käyttämistä palveluista keskeisin. (Heinola 2007, 9–10).

3.2 Kotihoidon lait ja linjaukset

Suomen nykyisiä lakeja ja säädöksiä, kuten myös monia hankkeita, yhdistävät vahvat linjaukset ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamisesta pitkään. Lait määrittävät ikääntyneiden palveluja ja oikeuksia, joita kunta sitten toteuttaa yhdessä muiden sektorien toimijoiden kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö, joka vastaa ikääntyneitä koskevien lakien valmistelusta, antaa kunnille säädöksiä ja ohjeita, sekä valvoo palvelujen kehittämistä. Vanhusten saamat palvelut eivät ole lain mukaan subjektiivisia oikeuksia, vaan ne perustuvat kuntien määrärahoihin. (Kivelä & Vaapio 2011, 12.) Palveluiden puitteita määritellään ns. Vanhuspalvelulaissa, joka viralliselta nimeltään on laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Lain mukaan kunnan tai kuntayhtymän on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi, sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Tässä suunnitelmassa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.

Ikääntyneiden kotihoidon kotipalveluun vaikuttavat monet lait vanhuspalvelulain lisäksi. Kotipalvelua määritetään sosiaalihuoltolaissa ja vastaavasti kotisairaanhoidon terveydenhuoltolaissa. Sosiaalihuoltolaissa käsitellään kotihoidon määrittelyn lisäksi myös palvelutarpeen arviointia. Se on tehtävä lain mukaan yli 75-vuotiaille (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301). Lisäksi palvelukokonaisuuteen vaikuttavat muun muassa laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812), joka määrittää kotihoidossakin tärkeän palvelu- ja hoitosuunnitelman tekemistä.

Valtakunnallisia linjauksia ja suosituksia on tehty paljon lakien tueksi. Viimeisin on Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Sekin linjaa vahvasti ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kotona asumisen tukemisen argumentteina käytetään muuallakin ikääntyneiden oman aktiivisuuden, autonomian ja osallisuuden säilyttämistä. Näkemykset ken-

tältä kuitenkin viestivät liian huonokuntoisten ja oman onnensa nojassa elävistä vanhuksista, joiden olisi parempi olla laitoshoidossa (Ylinen 2008, 92.)

Lakien ja linjausten lisäksi erilaisissa valtion hankkeissa on kehitetty kotihoitoa 2000-luvun aikana. Esimerkiksi ennen kuin vanhuspalvelulaki tuli voimaan 2013, sitä pilotoitiin valtakunnallisessa kehittämishankkeessa, osana Kaste-ohjelmaa. (Moisio, Heikkinen, Honkakoski, Nurmio & Pakanen 2013, 5.)

3.3 Esimiestyö kotihoidossa

Johtajuutta voidaan määritellä usein eri tavoin, mutta perinteisesti johtajuuteen katsotaan kuuluvan työn suunnittelu, organisointi, toimeenpano ja valvonta. Johtamista voidaan myös kuvailla vuorovaikutusprosessiksi. Sen tarkoituksena on vaikuttaa toimintaan, jotta saavutetaan yhteiset päämäärät. Ihmisiä johdettaessa näytetään työntekijöille suuntaa ja siinä korostuu avoin keskustelu, osallistaminen, kannustaminen, innostaminen ja visioiminen. Esimiesten oletetaan antavan ohjeita, asettavan tavoitteita, sekä määrittelevän ongelmia, rooleja ja tehtäviä. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien johtajien tyylit painottuvat opastajan ja koordinoijan rooleihin. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että esimiehet kehittävät työntekijöitä sekä ymmärtävät itseään ja toisiaan. Näissä rooleissa korostuu myös tehokas viestintä, suunnittelu sekä toimiminen yli hallintorajojen. (Aarva 2009, 52–65.)

Hyvän esimiehen voidaan sanoa olevan oman henkilökuntansa palveluksessa. Hän näyttää työntekijöille suunnan, on läsnä ja rakentaa parempaa tulevaisuutta yhdessä henkilökunnan kanssa. Lähiesimiehen vastuulla on muun muassa työtehtävien jako, työntekijöiden sijoittaminen, työn seuranta, ohjaus ja päätöksenteko. (Aarva 2009, 90–91.) Kun puhutaan hoitotyön johtamisesta on sillä tiettyjä erityispiirteitä. Hoitotyön johtajan on ymmärrettävä hoitotyötä eikä sitä pysty johtamaan ellei tiedä mitä hoitotyön kentällä tapahtuu. Hoivatyöstä pitää ymmärtää, että siihen tarvitaan aikaa. Jos työntekijällä on kiire, voi työnlaatu kärsiä, eikä hoivalle jää aikaa. Esimiehen tehtävänä on siis varmistaa että työn-

tekijällä on riittävästi resursseja työnsä suorittamiseen. Työskentelyn pitäisi olla järjestetty niin että työn päämäärät saavutettaisiin. (Aarva 2009, 126–127.)

Sosiaali- ja terveysalan johtajat ovat alansa asiantuntijoita, jotka ovat hankkineet osaamisensa kokemuksella ja systemaattisella koulutuksella. Heillä on oman alan koulutuksen lisäksi johtajakoulutusta ja halu ymmärtää johtamisen kenttää laajemmin. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007, 32.) Sosiaalialan lähiesimiehet ovat tyypillisesti ajautuneet esimiesasemaan omasta perustehtävästään. Lähiesimieheksi voidaan myös ajautua esimerkiksi sijaisuuksien tai työkierron kautta, mutta myös oman vahvan asiantuntijuuden avulla. (Löf 2012, 21–22.) Sosiaalialan johtotehtävissä voi toimia esimerkiksi sosiaalityöntekijä, sosionomi, geronomi tai ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut sosionomi. Tehtävinä voi olla esimerkiksi yksityisen tai julkisen sektorin palveluyksiköiden esimies- tai johtotehtävät. (Talentia i.a.)

3.4 Kotihoidon työntekijät

Kotihoidon työntekijät ovat pääsääntöisesti koulutukseltaan lähi- ja sairaanhoitajia. Kuten muissakin vanhusten parissa tehtävässä työssä, kotihoidon ammattitaito rakentuu pitkälti kokemuksellisen tiedon varaan, mutta samalla tarvitaan tietoutta vanhusasiakkuudesta, geriatriasta, palvelujärjestelmästä, lainsäädännöstä, paikallisista ja yleisistä toiminta- ja menettelytavoista sekä ammattietikasta. Lisäksi yhteiskunnan tapahtumien ja päätösten seuraaminen on tärkeä osa työtä. (Ylinen 2008, 52.)

Kotihoidontyöntekijät ilmaisevat kokevansa usein riittämättömyyttä ja etteivät pysty tarjoamaan asiakkaille heidän tarpeisiinsa vastaavia palveluja. Ikäänntyneiden avun tarpeet nousevat joskus huono-osaisuudesta ja syrjäytymisestä, eikä näiden kohtaamiseen työntekijöillä ole aina annettuja työvälineitä. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 7.) Työ on resurssiperäistä ja sen lisäksi asiakkaiden tarpeiden ohittaminen asettaa vahvoja eettisiä kysymyksiä työntekijöiden arkipäiviin (Ylinen 2008, 71).

Työntekijät ovat usein myös huolissaan omasta jaksamisestaan ja työnsä laadusta. Liian lyhyiksi koetut käyntiajat ja töiden priorisointi näkyy työntekijöiden jaksamisessa ja vaihtuvuudessa. (SuPer 2015.) Tämä on ristiriidassa sen tosiasian kanssa, että vanhustyössä olisi tärkeää tehdä pitkäjänteistä työtä. Erilaiset kokemuksemme työelämästä ovat osoittaneet sen, miten varsinkin muistisairaiden kohdalla työntekijöiden pysyvyys samoilla asiakkailta olisi erityisen tärkeää.

3.5 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon asiakkaita tilastoidaan eri kategorioiden, esimerkiksi iän ja palvelun määrän mukaan. Valtakunnallisesti viimeisimmät tiedot tällä hetkellä ovat vuodelta 2014. Tällöin säännöllisen kotihoidon asiakkaina yli 75-vuotiaita oli 56 066. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Suurin kotihoidon asiakasryhmä on 75–84 -vuotiaat. Heistä vajaa puolet tarvitsee apua toistuvasti. Yleisimpiä syitä kotihoidon palveluille ovat fyysiset syyt, sairauden tutkimus ja hoito, dementoivat sairaudet, sekä psyykkis-sosiaaliset syyt. Psyykkis-sosiaaliset syyt tuovat n. 10% asiakkaista kotihoidon piiriin. Näistä esimerkiksi yksinäisyyden ja turvattomuuden kokeminen muodostavat tärkeimmät kotihoidon työn kohteet. (Luoma & Kattainen 2007, 18,20.)

Arkikielessä, mediassa ja kirjallisuudessa vanhemmista henkilöistä puhuttaessa käytetään paljon eri nimityksiä. Puhutaan esimerkiksi vanhuksista, senioreista, ikäihmisistä, iäkkäistä tai kolmannen iän ihmisistä. Saatetaan myös puhua suurista ikäluokista, joilla tarkoitetaan 1940–1950-luvuilla syntyneitä. (Karisto 2008, 77). Heidän määrittelystään on myöskin useita eri versioita. Yleisesti vanhuksiksi saatetaan mieltää eläkkeellä olevat henkilöt, eli yli 65-vuotiaat. Vanhan ihmisen määritelmä on erilainen eri kulttuureissa. Ikäihmisten arvostus ja asema perheessä, sekä yhteiskunnassa on siis kulttuurisidonnaista (Sarvimäki 2008, 88). Vanhenemiseen liitetään kuitenkin muutamia yhtenäisiä ominaisuuksia: Vanheneminen on progressiivisesti ajan mukana etevää, universaalista, se heikentää elimistön elintoimintoja ja lisää kuoleman todennäköisyyttä (Rantanen 2008, 331). Nykyään vanheneminen ymmärretään kokonaisvaltaisena proses-

sina, johon kuuluu psyykkinen, fyysinen, biologinen ja sosiaalinen kokonaisuus (Koskinen 2008, 440). Onkin tärkeä kuunnella ja huomioida ihmisen oma kokemus itsestään. Monelle on kunnia-asia tulla kohdatuksi vanhuksena, kun taas joillekin on tärkeää pysyä ikinuorena.

Ikäihmisiä voidaan luokitella viitteellisesti kolmanteen, neljänteen ja viidenteen ikään. Kolmas ikä 60–74-vuotiaat, neljäs ikä 75–85-vuotiaat ja viides ikä yli 86-vuotiaat. Kolmannessa iässä henkilö irtaantuu työelämästä ja hänen oletetaan olevan vielä toimintakykyinen ja hyväkuntoinen. Neljännessä iässä terveys ja toimintakyky heikkenee ja palveluntarve kasvaa. Viidennessä iässä henkilön ei oleteta edes tuettuna pärjäävän omassa kodissaan. Mitä vanhemmaksi ihminen elää, kasvaa todennäköisyys, että hän tarvitsee palveluita selvitäkseen arjesta. Ikäihmisten yleisimpiä ongelmia ovat muistisairaudet, liikuntaongelmat, yksinäisyys ja masennus. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17–18). Ihmisten geneettisenä maksimi-ikänä pidetään 120 vuotta (Portin 2008, 318).

Toimintakykyyn vaikuttaa ikään katsomatta psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaa muun muassa psyykkinen hyvinvointi, kognitiiviset toiminnot, depressio ja yksinäisyyden kokemus. (Lyyra 2007, 21.) Henkilön psyykkistä toimintakykyä edistää esimerkiksi kanssakäyminen ystävien ja sukulaisten kanssa. Ikäihmisillä tapahtuu aistitoimintojen muutoksia ja krooniset sairaudet lisääntyvät (Suutama & Ruoppila 2007, 117–123.) Nykyään 65–74-vuotiaat ovat kuitenkin yhä terveempiä ja toimintakykyisempiä (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 5).

4 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Vanhusten psykososiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen löytyy jonkin verran tutkimustietoa. Opinnäytetyötämme varten perehdyimme aiempiin tutkimuksiin eri näkökulmista. Oli tutkimus sitten tehty kotihoidon työntekijöiden, sosiaalityöntekijöiden tai asiakkaiden näkökulmasta, on selvää, että vanhusten psykososiaalinen tukeminen saattaa olla vaikeaa työntekijälle, eivätkä asiakkaan ja työntekijän näkemykset välttämättä kohtaa.

Lindqvist (2016) on Pro gradu-tutkielmassaan selvittänyt vanhusten kotihoidon sosiaalista ulottuvuutta. Tutkimuksessa oli haastateltu kotihoidon vanhussosiaalityöntekijöitä ja -esimiehiä. Tutkimuksen tuloksissa nousi esille, että kuntien kotihoidossa sosiaalinen puoli on vähäistä ja terveydenhoidolla on keskeinen asema. Tutkimuksessa havaittiin, että kotihoidossa asiakkaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista kannetaan suurta huolta. Lindqvistin (2016) tutkimuksessa painottuu sosiaalityöntekijöiden osuus vanhustyössä. Hänen mukaansa sosionomit ja geronomit vastaavat vanhustyön sosiaalisiin tarpeisiin, eikä erityiselle vanhussosiaalityölle ole löytynyt jalansijaa. (Lindqvist 2016.)

Paljärven (2012) tekemässä väitöskirjassa on tutkittu vuosina 1994–2009 kotihoidon muutoksia sisällön, laadun sekä organisoinnin näkökulmasta. Seurannan aikana kotihoidon palvelu on painottunut hygieniasta ja päivittäisten askareiden toiminnoissa auttamiseen. Kotisairaanhoidossa työn painopiste on pysynyt hoitotoimenpiteissä, lääkehoidossa, kirjallisissa töissä sekä keskusteluissa asiakkaiden kanssa. Seurannan aikana kotihoidon laatu ei ole juurikaan muuttunut, mutta esiin nostetaan työntekijöiden kiire. (Paljärvi 2012.)

Antikainen-Juntusen (2014) tutkimuksessa oli vastaajina Helsingin eteläisen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijät. Tutkimuksessa nousi esille, että sosiaalitoimen gerontologisen sosiaalityön työntekijöiden oli ollut vaikea auttaa asiakkaitaan psykososiaalisten ongelmien kanssa. Erityisesti puuttuminen asiakkaiden kaltoin kohteluun ja mielenterveysongelmiin oli koettu haastavaksi. Tuloksissa todetaan myös, että psykososiaalinen työote sisältää

tukijan roolin kannatellen asiakasta vaikeassa elämäntilanteessa. Työntekijältä vaaditaan kuuntelu- ja myötäelämiskykyä. (Antikainen-Juntunen 2014, 110–116).

Tiina-Mari Lyyran (2006b) väitöskirjassa ”Predictors of mortality in old age”, nostetaan esille kuinka tärkeää psykososiaalinen tuki on vanhuksille ja kuinka se vaikuttaa heidän elinikäänsä. Tutkimuksen keskeisiä tuloksia ovat psykososiaalisen hyvinvoinnin tärkeys fyysisen hyvinvoinnin rinnalla. Vanhuksen tyytyväisyys omaan elämään ja koettu sosiaalinen tuki ovat tärkeitä vanhusten terveydelle ja se on yhteydessä heidän elinikäänsä. (Lyyra 2006b.)

Elorannan, Arven, Viitaseen Isoahon ja Routasalon (2012) tutkimuksessa tutkittiin psykososiaalisen tuen toteutumista kotihoidossa ja ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia. Tutkimuksen aineisto on kerätty vuonna 2007 länsisuomalaisessa kunnassa. Tuloksissa käy ilmi, miten kotihoidon asiakkaat ovat tyytymättömiä tuen toteutumiseen, kun taas työntekijät kokevat pystyvänsä vastaamaan tuen tarpeeseen. Tutkimuksen mukaan asiakkaista 79% oli tyytyväisiä elämäänsä. Kuitenkin yli puolet (65%) vastaajista koki itsensä samaan aikaan masentuneeksi ja hieman yli puolet (54%) vastaajista kärsi vähintään joskus yksinäisyydestä. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 15–17.)

Psykososiaalisen tuen saaminen asiakkaiden näkökulmasta oli tutkimustulosten mukaan puutteellista. Esimerkiksi 85% vastaajista koki hengellisiin tarpeisiin vastaamisen huonoksi. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että yli puolet vastaajista koki, ettei työntekijä anna riittävästi myönteistä palautetta, eikä asiakkaita kannusteta itse tekemiseen. Työntekijöiden vastauksista käy kuitenkin ilmi, että suurin osa (90%) kokee antavansa asiakkaille myönteistä palautetta. Työntekijöiden näkemys poikkeaa asiakkaiden vastausten kanssa myös siinä, että he kokevat kannustavansa omatoimisuuteen. Työntekijät olivat tutkimuksen tulosten mukaan samaa mieltä asiakkaan hengellisten tarpeiden riittämättömästä tukemisesta ja toteutumisesta. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 19-21.)

Näiden tulosten perusteella kotihoitoa tulisi kehittää niin, että asiakkaan tarpeet ja odotukset tulisivat enemmän huomioiduiksi. Tutkimuksen tuloksiin saattaa olla syynä työntekijöiden oletukset hyvästä ikäihmisen hoidosta. Työntekijän toiminta perustuu oletukseen, eikä ikäihmisen antamaan tietoon. Tuloksiin saattaa tutkimuksen mukaan myös vaikuttaa työntekijöiden kiire ja työn pirstaleisuus. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 22.)

Myös Muurisen & Raatikaisen (2005) tutkimuksessa käy ilmi, miten asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset eroavat toisistaan psykososiaalisen tuen tarpeen ja saamisen osalta. Tuloksista selviää, että psyykkisen avun antamisessa on vajetta ja asiakkaat kaipasivat työntekijöiltä enemmän keskustelua ja kuuntelua. Tulosten perusteella asiakkaiden avun tarve ja saatu tuki eivät kohtaa mahdollisesti siitä syystä, ettei työntekijä tunnista ongelmia. (Muurinen & Raatikainen 2005, 13–22.)

5 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

5.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksemme tarkoitus on selvittää, miten psykososiaalinen tuki näkyy ikään-tyneiden kotihoidossa hoitajien ja kotihoidon esimiesten näkökulmasta, ja miten näkemykset eroavat toisistaan. Kartoitamme työntekijöiden käsityksiä asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeesta ja laadusta sekä resursseista antaa sitä asiakkaille. Tutkimuksen tulosten yhtenä tarkoituksena on selventää kotihoidon parissa työskentelevien työntekijöiden asiantuntijuutta ja työnkuvaa ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa.

Tutkimuksen tavoitteena on tehdä näkyväksi kotihoidon työntekijöille ja esimiehille psykososiaalisen tuen tärkeyttä ikääntyneiden arvokkaan elämän tukemisessa ja auttaa psykososiaalisen tuen määrittelyssä. Tavoitteena on myös siirtää arvokasta tietoa kentältä esimiehille, sekä koko Ylä-Savon SOTE kuntayhtymälle, jotta tutkimus voi toimia kehittämisen apuvälineenä. Toivomme tulosten nostavan esille mahdollisia hyviä käytäntöjä ja hiljaista tietoa, joita myös muut vanhuspalveluiden tuottajat voivat hyödyntää.

5.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset asettavat opinnäytetyömme tutkimukselle lähtökohdan ja sen suunnan.

- 1.Miten psykososiaalinen tuki toteutuu ikääntyneiden kotihoidossa?
- 2.Miten työntekijät kokevat pystyvänsä tarjoamaan psykososiaalista tukea ikääntyneille?
- 3.Miten kotihoidon työntekijöiden ja esimiesten käsitykset psykososiaalisen tuen tilasta eroavat toisistaan?

5.3 Teoreettisen tiedon hankinta

Aloitimme opinnäytetyöprosessin keväällä 2016 keräämällä teoriatietoa aiheista psykososiaalinen tuki, kotihoito ja ikääntyneet. Lisäksi tutustuimme aikaisempiin tutkimuksiin aiheen tiimoilta. Olemme käyttäneet useita eri hakusanoja ja niiden yhdistelmiä tiedonhaussa. Pääsääntöisesti olemme tehneet hakuja sanoilla psykososiaalinen tuki, kotihoito ja ikääntyneet. Muita keskeisiä hakusanoja ovat olleet työntekijä ja esimies. Olemme myös yhdistäneet edellä mainittuja sanoja keskenään.

Lähteinä olemme tutkimuksessamme käyttäneet aiheeseemme liittyviä väitöskirjoja, artikkeleita, kirjallisuutta ja lakeja. Kotimaisia artikkeleita etsimme Artoviitetietokannasta, kirjallisuutta ja väitöskirjoja etsimme suomalaisten kirjastojen yhteistietokanta Melindasta. EBSCO-tietokannasta etsimme ulkomaalaisia sosiaalialan lähteitä. Hyödynsimme myös Diakin oman kirjaston tietokantaa Dianaa ja kirjastossa tutustuimme sosiaalialan lehtiin.

6 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ

6.1 Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä aloitti toimintansa vuonna 2010. Yhtymän muodostavat Iisalmen, Kiuruveden, Sonkajärven ja Vieremän kunnat, joiden sosiaali- ja terveystalvuuista se keskitetysti vastaa. Lisäksi kuntayhtymä tuottaa ympäristönsuojelun ja ympäristöterveydenhuollon palvelut kunnille. Kuntayhtymän palveluita, toiminnan suunnittelua, tavoitteita ja päätöksen tekoa ohjaa vahvistettu strategia, joka on linjassa valtakunnallisten tavoitteiden ja tulevien sote-uudistusten kanssa. (Ylä-Savon SOTE 2011.) Kuntayhtymän strategia on tehty vuosille 2011–2014, eikä sitä ole päivitetty tulevien valtakunnallisten sote-linjausten vuoksi (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 30).

Ylä-Savon SOTE:n tuottamat palvelut on jaoteltu viiteen osa-alueeseen; Terveystalvuuhiin, hoito- ja hoivapalveluihin, hyvinvointipalveluihin, ympäristö ja terveystalvontapalveluihin, sekä hallinto- ja tukipalveluihin (Ylä-Savon SOTE i.a. a).

Pyysimme keväällä 2016 yhteistyökumppaniksemme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymää, jolle ehdotimme tutkimusta kotihoidosta ja vanhusten psykososiaalisesta tuesta. Yhteistyökumppani oli meille luonteva valinta, koska halusimme erityisesti tutkia pientä paikkakuntaa aiheemme tiimoilta. Alueena Savo on meille tekijöille läheinen, ja toinen meistä suoritti yhden opintoihin kuuluvan työharjoittelun Ylä-Savon SOTE:lla. Näin ollen tutkimusympäristö ja sen toimintatavat eivät olleet meille täysin tuntemattomia, ja meidän oli helpompaa syventyä tutkimusaiheeseemme.

Saimme tutkimusluvan kuntayhtymältä kesällä 2016, perusteena kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisen tuen kehittäminen. Tutkimuksen kohderyhmä rajautui yhteistyökumppanimme pyynnöstä yhden alueen kunnan kotihoidon työntekijöitä koskevaksi. Kuntayhtymään kuulumisen, työyhteisön pienuus ja kotihoidon työntekijöiden perinteet loivat mielekkään ja erityisen pohjan työllemme.

Pienten kuntien osalta tällaisia tutkimuksia ei juurikaan ole tehty, joten ympäristö luo mielenkiintoisen raamin siitakin näkökulmasta.

6.2 Ylä-Savon SOTE:n kotihoito

Ylä-Savon SOTE toteuttaa tavoitteitaan ikääntyneiden hyvän elämänlaadun ylläpitämisestä yhteistyössä toisen ja kolmannen sektorin kanssa. Palvelut tuotetaan tarvittaessa moniammatillisesti, esimerkiksi yhteistyössä terveydenhuollon kanssa. Kuten valtakunnallisestikin, myös kuntayhtymän tavoitteena on tukea ensisijaisesti ikääntyneiden selviytymistä ja hyvinvointia heidän omissa kodeissaan erilaisten kuntoutus- ja tukipalveluiden avulla. (Ylä-Savon SOTE i.a. b.) Vanhuspalveluista suurimman osan muodostaakin kotihoito, joka sijoittuu hoito- ja hoivapalveluiden alle. Nämä palvelut muodostavat suurimman kustannusryhmän kuntayhtymän palveluista, 33%. (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 11.)

Kotihoidon organisaatio muodostuu kuntayhtymässä seuraavanlaisesti: Kotihoidon päällikkö vastaa toiminnan johtamisesta, taloudesta ja henkilöhallinnosta. Kotona asumisen tuen esimies on samalla tasolla kuntien kotihoidon esimiesten kanssa. Kiuruvedellä, Iisalmessa ja Vieremällä toimii lisäksi palveluesimies. Enää kotihoidon yksiköissä ei toimi vastaavaa sairaanhoitajaa, eikä vastaavaa lähihoitajaa, vaan tiimien hoitotyöstä vastaa alueensa sairaanhoitaja. (Lappalainen 2017.)

Kotihoidon piiriin tullaan pääsääntöisesti alueellisen Kotona asumisen tuen asiakasneuvonnan, Ohjurin kautta. Seudullinen asiakasohjaaja tekee palvelutarpeen arvioinnin, jonka mukaan kotihoito käynnistää palvelut. Asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan, Ohjurin asiakasohjaajan, kotihoidon ja asiakkaan omaisten kanssa. Tämän suunnitelman mukaan kotihoito tuottaa asiakkaalle suunnitellusti kotihoidon palveluita. Kotihoidon palveluiden ja kotihoidon sairaanhoidon lisäksi asiakas voi saada kotihoidon tukipalveluita tukemaan kotona asumista. (Ylä-Savon SOTE i.a. c.)

Kotihoidon kohdentumista on mitattu kuntayhtymän alueella RAVA-indeksillä vertailemalla pisteitä muihin kuntiin. RAVA-mittarilla mitataan henkilön päivittäisistä perustoimista selviytymistä. Vertailu on osoittanut, että kotihoito kohdentuu oikein ja toimintakykyyn nähden säännöllinen kotihoito on keskitasoa. Kotihoidossa olevien toimintakykyä mittaavat RAVA-pisteet ovat välillä 1,9–2,7, eli asiakkaiden tarpeet vaihtelevat satunnaisesta valvottuun avuntarpeeseen. (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 14.)

Ylä-Savon SOTE:n hyvinvointikertomuksen mukaan alueen palvelurakenne vanhusten palveluissa pyritään saamaan valtakunnallisia vanhustenhuollon laatusuosituksia vastaavaksi vuoteen 2020 mennessä. (Ylä-Savon SOTE 2015 c, 6). Järjestämissuunnitelmassa nostetaan esille vanhuspalveluiden osalta muun muassa se, että ikääntyneiden psyykkisen, sosiaalisen ja toimintakyvyn alenemisen tunnistamista vahvistetaan. Suunnitelmassa nähdään myös mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisen tärkeys ikääntyneen fyysisenkin toimintakyvyn kannalta. (Ylä-Savon SOTE 2015 b, 30.)

Kuntayhtymän alueella kotona asuvien, yli 75-vuotiaiden osuus on tällä hetkellä pienempi kuin koko maassa (Ylä-Savon SOTE 2015 c, 6). Kotona asuvien yli 75-vuotiaiden suhteellista osuutta halutaankin järjestämissuunnitelmassa kasvattaa: 91–92% yli 75-vuotiaista asuisi kotonaan, tarvittaessa sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. Myös toimintakyvyn ylläpitävää ja edistävää toimintamallia korostetaan. Palvelutarpeen arvioinnissa eritellään fyysisen-, psyykkisen-, sosiaalisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn huomioiminen. Päivätoiminta nähdään kotihoitoa tukevana, juuri kaikkia näitä toimintakyvyn osa-alueita huomioivana toimintana (Ylä-Savon SOTE 2015 b, 44–45.) Kotona asumisen vahvistamisessa nähdään tärkeänä osana yhteistyö muiden toimijoiden, kuten yksityisen sektorin ja järjestöjen kanssa, sekä kuntayhtymän kuntien välillä (Ylä-Savon SOTE 2015 c, 6).

Ylä-Savon SOTE osallistui Kotihoito 2020 -hankkeeseen vuosina 2012–2014. Hankkeen tavoitteena oli tunnistaa erilaisia hyviä käytäntöjä joita olisi mahdollista monistaa muidenkin kuntien kotihoitopalveluiden käyttöön. Tämän hankkeen myötä kotihoito koki muutoksia ja Ohjurin toiminta palvelutarpeen arvioijana ja

päätösten tekijänä aloitti toimintansa kuntayhtymän alueella. (Tekes i.a.) Kotihoidon hankkeiden osalta Ylä-Savon SOTE oli mukana KODA –Teknologia-alustan kehittämishankkeessa. Tämän alustan tarkoituksena on yhdistää asiakkaan kotona asumista tukevien laitteiden rekisteröimät tiedot yhteen. (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 34).

6.3 Tulevaisuuden haasteet kuntayhtymässä

Kuntayhtymän uusimmassa talousarviossa ja toimintasuunnitelmassa käy ilmi, miten taloustilanne näyttäytyy edelleen haastavana, vaikka kustannusten kasvu onkin saatu kuntayhtymän toiminnalla pidettyä hallinnassa. Sosiaali- ja terveyspalvelut vaativatkin tulevaisuudessa lisää uusia toimintamalleja, kustannustehokkuutta, sekä säästöjä. Kuntayhtymälle luo haasteita myös tulevat valtakunnalliset sote-linjaukset ja varsinkin niiden linjausten tämänhetkinen epätietoisuus. (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 4.) Kuntayhtymä näyttää kuitenkin aktiivisesti kehittävän palveluita ja alueellista yhteistyötä tehokkaasti, tämänhetkisiä valtakunnallisia linjauksia ja haasteita mukailleen.

Väestön ikääntyminen on valtakunnallinen ja paikallinen haaste, mitä vanhuspalvelut joutuvat aktiivisesti pohtimaan. Vuonna 2014 koko Suomen väestöstä 19,9% oli yli 65-vuotiaita. Ylä-Savon SOTE:n alueella luku oli keskiarvoa suurempi, sen ollessa 24%. Kasvuennusteet osoittavat ikääntyneiden osuuden vain kasvavan, joten kuntayhtymän alueella jokaisen kunnan on valmistauduttava ikääntyneiden palvelujen tarpeen kasvuun. (Ylä-Savon SOTE 2015 a, 7, 24.) Alueen kunnissa on ollut jo pitkään negatiivista väestömuutosta ja vuonna 2030 yli 65-vuotiaita ennustetaan olevan alueella 11 796, mikä on 32,3% väestöstä (Tilastokeskus 2015). Tämä väestörakenteen muutos aiheuttaa väistämättä vanhuspalveluille kehityspaineita ja menojen kasvua. Ikääntynyt väestö on myös pienituloista ja runsaasti sairastavaa, mikä aiheuttaa haasteita palvelujen kustannuksia mietittäessä (Ylä-Savon SOTE 2015 c, 6).

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kohderyhmän ja tutkimusmenetelmän valinta on erityisen tärkeää onnistuneen tutkimuksen lopputuloksen kannalta. Empiirisessä, eli havainnoivassa tutkimuksessa hankitaan tutkimusaineistoa joko primaarisesti tai sekundaarisesti. Tutkimus voi olla joko määrällinen tai laadullinen. Määrällisessä, eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tavoitellaan yleiskäsitystä tutkittavasta aiheesta ja vastauksia etsitään lukumäärien ja prosenttiosuuksien avulla. Määrällinen tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, minkälainen, kuinka paljon ja miksi. (Heikkilä 2014, 12–15.) Opinnäytetyömme on empiirinen, pääosin kvantitatiivinen tutkimus, jonka avulla pystyimme parhaiten vastaamaan tutkimuskysymyksiimme. Heikkilän (2014) mukaan tutkimustamme voisi kuvailla myös kartoittavana ja deskriptiivisenä eli kuvailevana tutkimuksena. Olemme halunneet nostaa esille kotihoidon psykososiaalisen tuen tilaa pyrkien selittämään ilmiötä ja kuvailemaan sitä. Hankkimamme tutkimusaineisto on tutkimuksessamme primaarista eli juuri tätä tutkimusta varten kerättyä.

Tutkimusongelman selvittämiseksi on valittava joukko, jolta tietoa halutaan kerätä (Heikkilä 2014, 12). Meidän opinnäytetyössämme joukko rajautui helposti, kun yhteistyökumppanin kanssa päädyimme kohdistamaan tutkimuksen alueen yhden kunnan kotihoidon työntekijöille ja esimiehille. Tutkimuksen perusjoukko oli lähtökohtaisesti pieni, 23 työntekijää ja kolme esimiestä. Yleensä kvantitatiivinen tutkimus edellyttää suurta numeerista tai tarpeeksi edustavaa otosta (Heikkilä 2014, 15). Opinnäytetyössämme on piirteitä myös laadullisesta tutkimuksesta. Näitä piirteitä ovat muun muassa suppea ja harkinnanvarainen otos ja se, että tutkimuksen avulla voidaan kehittää havaittua ongelmaa (Heikkilä 2014, 15).

Keräsimme tarvittavaa tietoa perusjoukolta puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (LIITE 2 ja LIITE 3). Suunnitelmallisella tiedonkeruulla tehtävää tutkimusta kutsutaan survey-tutkimukseksi. Sen ominaispiirteitä on taloudellisuus ja tehok-

kuus, kun vastaajien on täytettävä vain lomake, eikä näin ollen kasvokkain tapaamista tarvita. (Heikkilä 2014, 17.)

7.2 Aineistonkeruu

Päätimme kerätä tietoa webropol-kyselylomakkeilla ja suunnittelimme lomakkeita kaksi kappaletta. Toinen kotihoidon työntekijöille ja toinen kotihoidon esimiehille. Alkuperäisenä tarkoituksena oli haastatella esimiehiä kasvokkain tai vapaammin sähköpostin välityksellä, mutta aikataulullisista ja käytännön syistä päädyimme tekemään heillekin kyselylomakkeen webropoliin, kuten työntekijöillekin. Halusimme kerätä aineiston verkossa, koska oletuksena se on nopea tapa niin vastaajalle kuin analysoijalle kerätä tietoa. Internetissä vastaaminen on anonyymimpaa kuin esimerkiksi puhelinhaastattelu (Heikkilä 2014, 18). Lomakkeen kysymykset ja rakenteen teimme pääsääntöisesti pohjautuen omiin kokemuksiin ja havaintoihin kotihoidon työstä. Lomakkeita tehdessä tutustuimme muihin sosiaalialan opinnäytetyöissä käytettyihin kyselylomakkeisiin ja perehdyimme yleisiin ohjeistuksiin toimivan kyselylomakkeen rakentamiseksi. Otimme vaikutteita myös saman aihepiirin aiemmista tutkimuksista (Eloranta ym. 2012), mutta koska opinnäytetyömme laajuus ja näkökulma oli eri, hyödyimme eniten luodessa kyselyt pääsääntöisesti itse.

Kyselyssämme oli kymmenen kysymystä, joissa perustietoina selvitimme vastaajien iän, koulutustaustan ja työvuodet kotihoidossa. Lomakkeessa oli sekä monivalinta-, että avoimia kysymyksiä. Webropolissa oli vastattava jokaiseen kysymykseen, kun taas paperisessa versiossa henkilöillä oli mahdollisuus jättää vastaamatta haluamiinsa kohtiin.

Testasimme työntekijöille suunnatun kyselyn toimivuutta ja lähetimme yhden paperisen kyselyn kotihoidon yksikköön. Pyysimme sähköpostissa esimiestä antamaan testikyselyn yhden työntekijän vastattavaksi. Saimme testikyselystä muutaman muutosidean, ja muokkasimme hieman lomaketta ennen lähettämistä sitä jakoon. Testikyselylomaketta emme ole ottaneet tulosten analysoinnissa huomioon. Varsinaiseen kyselyyn (LIITE2) pääsi vastaamaan linkin kautta, jon-

ka lähetimme kotihoidon esimiehelle saatekirjeen (LIITE1) kera. Aikaa kyselyyn vastaamiselle annoimme kaksi viikkoa. Esimies jakoi linkin sovitusti työntekijöille, joten emme ole joutuneet käsittelemään työntekijöiden nimiä taikka yhteystietoja missään vaiheessa tutkimusta. Tämä vahvistaa tutkimuksemme anonyymiutta.

Kyselyn vastausmäärät jäivät niin pieneksi, että jatkoimme vastausaikaa reilulla viikolla. Kun tämä ei tuottanut toivottua tulosta, sovimme yhteistyökumppanin ja ohjaavan opettajan kanssa paperisen kyselyn lähettamisestä. Kyselyt postitettiin kotihoidon esimiehelle, joka välitti paperisia kyselyitä työntekijöille. Kyselyssä kysyimme perustietoja, joiden avulla tarkistimme, etteivät samat henkilöt vastanneet kyselyyn kahdesti. Paperinen kysely osoittautui paremmaksi tavaksi kerätä kohderyhmältä tietoa, sillä saimme suurimman osan vastauksista tätä kautta. Paperisessa kyselylomakkeessa toistuivat samat kysymykset kuin webropol-alustalla olevassa kyselyssä. Näin ollen mittaristo pysyi samana, vaikka vastaukset on kerätty sekä sähköisesti että paperisena.

Koko aineistossamme tyhjiä vastauskohtia oli yhteensä seitsemän. Pystyimme kuitenkin ottamaan jokaisen vastauslomakkeen huomioon analyysissämme. Näitä puuttuvia vastauskohtia, että vastaamatta jättämistä ylipäätään saattaa selittää käsitteen haasteellisuus. Saimme viestiä työyhteisöltä, että kysymys psykososiaalisen tuen määrittelystä saattoi olla monelle este vastata koko kyselyyn.

7.3 Aineiston analyysimenetelmä

Empiiriset ja numeerisissa muodoissa olevat aineistot käsitellään yleensä tilastollisesti. Tarkoitus on saada kokonaiskuva aineistosta. Aineistosta etsitään frekvenssit, eli lukumäärät, jotka muodostavat luokitteluasteikot. Näiden avulla on helppo tarkastella vastauksia. Tuloksia ilmaistaan usein myös prosentteina. Tilastollisessa analyysissä voidaan nostaa aineistosta riippuen esille keskilukuja, kuten keskiarvoja, moodeja ja mediaaneja. Tilastollista aineistoa usein myös

käsitellään ristiintaulukoimalla tuloksia. Se tuottaa monipuolisempaa tietoa esimerkiksi vaikutussuhteista kuin pelkät lukumäärät. (Anttila 2005, 236–248.)

Kyselyymme vastasi 15 kotihoidontyöntekijää 23:sta, joten vastausprosenttimme työntekijöiden osalta on 65,3%. Webropolin kautta saimme vastauksia viisi kappaletta, ja paperisina kyselylomakkeilla kymmenen. Teetimme kyselyn kolmelle esimiehelle, joista kaksi vastasi.

Aloitimme aineiston analyysin kokoamalla sekä webropol-, että paperiset vastaukset yhteen havaintomatriisiin. Matriisin avulla näimme kootusti kaikki vastaukset, mikä helpotti avointen vastausten teemoittelua ja täten tulosten analysointia, sekä frekvenssien laskemista.

Kyselymme tuotti sekä numeerista että sanallista aineistoa analysoitavaksi. Kuvailemme aineistoamme siis tilastollisesti, graafisin, sekä sanallisoin keinoin. Aineiston esittelyssä käytämme vain lukumääriä, koska pienessä otoksessa prosentteina esittäminen voi antaa vääränlaisen kuvan tuloksista. Meidän tutkimuksessa relevantteinta oli laskea keskiarvo vain yhdessä kyselyn osassa eikä muita keskilukuja ollut tarvetta esittää. Ristiintaulukointia teimme ainoastaan työntekijöiden iän ja koulutustaustan suhteesta psykososiaalisen tuen tunnistamiseen. Emme nähneet tarpeelliseksi esittää tulosta graafisena, koska se ei vastannut tutkimuskysymyksiimme. Teimme taulukot vain mielestämme keskeisimmistä tuloksista.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Taustatietoa kyselyyn vastanneista

Kyselyssämme selvitimme perustietoina työntekijän iän, työvuodet sekä koulutustaustan. Pienen otoksen vuoksi ja anonymiteetin suojaamiseksi luokittelimme vain työntekijät, emmekä avanneet esimiesten perustietoja.

Työntekijöiden iät jakaantuvat vastaajissa neljään luokkaan: 20–29-vuotiaat (N=3), 30–39-vuotiaat (N=3), 40–49-vuotiaat (N=5) ja 50–59-vuotiaat (N=4). Näin ollen suurin osa vastaajista oli yli 40-vuotiaita. Pääsääntöisesti vastaajat olivat koulutustaustaltaan lähihoitajia (N=9) ja muita ammatillisen koulutuksen saaneita (N=3). Korkeakoulututkinnon suorittaneita oli kolme kappaletta. Vastaajien työvuodet jaottuivat seuraavasti: 0–4 vuotta (N=6), 5–10 vuotta (N=5) ja yli kymmenen vuotta (N=4).

8.2 Psykososiaalisen tuen määrittely työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta

14 työntekijää määritteli psykososiaalista tukea hyvin laajasti. Yksi vastaajista jätti vastaamatta kysymykseen, koska ei ymmärtänyt sanaa. Vastausten pohjalta termin määritelmä nähdään laajana, mutta vastauksissa oli havaittavissa myös yhtäläisyyksiä.

Vahvimmin vastauksista nousi keskustelu ja kuuntelu. Esille nousi myös asioita, jotka kuvaavat sitä, että työntekijällä täytyisi olla kykyä palveluohjaukseen. Muun palvelun piiriin ohjaaminen edellyttää työntekijältä osaamista huomioida asiakkaan tarpeita ja muutoksia esimerkiksi toimintakyvyssä.

Keskustelua ja kuuntelua. Tarvittaessa ohjataan ammattiavun luo.

Sosiaalisten suhteiden tärkeys nostettiin monessa vastauksessa esille. Vastauksissa puhuttiin asiakkaiden kokonaisvaltaisesta huomioimisesta, johon sosi-

aallinen huomioiminen oli eritelty. Sosiaaliin suhteisiin liitettiin muun muassa turvallisuuden tunne, ystävien ja ikätovereiden merkitys. Eräässä vastauksessa sanan määrittelyn sijaan oli haluttu nostaa esille asiakkaiden yksinäisyys, joka on seurausta sosiaalisten suhteiden puuttumisesta.

Asiakkaan kuulumista jonkin verkoston jäseneksi /tai hänellä on hyvä ystävä joka auttaa ongelmatilanteissa.

Asiakkaiden kotona selviytymisen tukemista kuvattiin monessa vastauksessa psykososiaalisen tuen määreenä. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi moninainen tukeminen elämästä selviytymiseen, auttaminen kriisitilanteissa, päivittäisistä toimista selviämisen tukeminen sekä turvallisuuden tunne. Psykososiaalisen tuen näkökulmasta arjen askareiden tukemisessa pyritään osallistamiseen, mitä työntekijät voivat vastauksillaan juuri tarkoittaa. Ei tehdä puolesta, vaan kannustetaan ja tuetaan asiakasta tekemään itse mahdollisimman paljon arjen toimia, jotta toimintakyky säilyy tai kohenee.

Tuetaan asiakasta selviytymään arjen askareista.

Esimiesten vastauksissa, mitä psykososiaalinen tuki heidän mielestään tarkoittaa, nousi esiin asiakaslähtöisyys sekä luottamuksellinen ja vuorovaikutuksellinen työ. Myös asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä tuotiin esille.

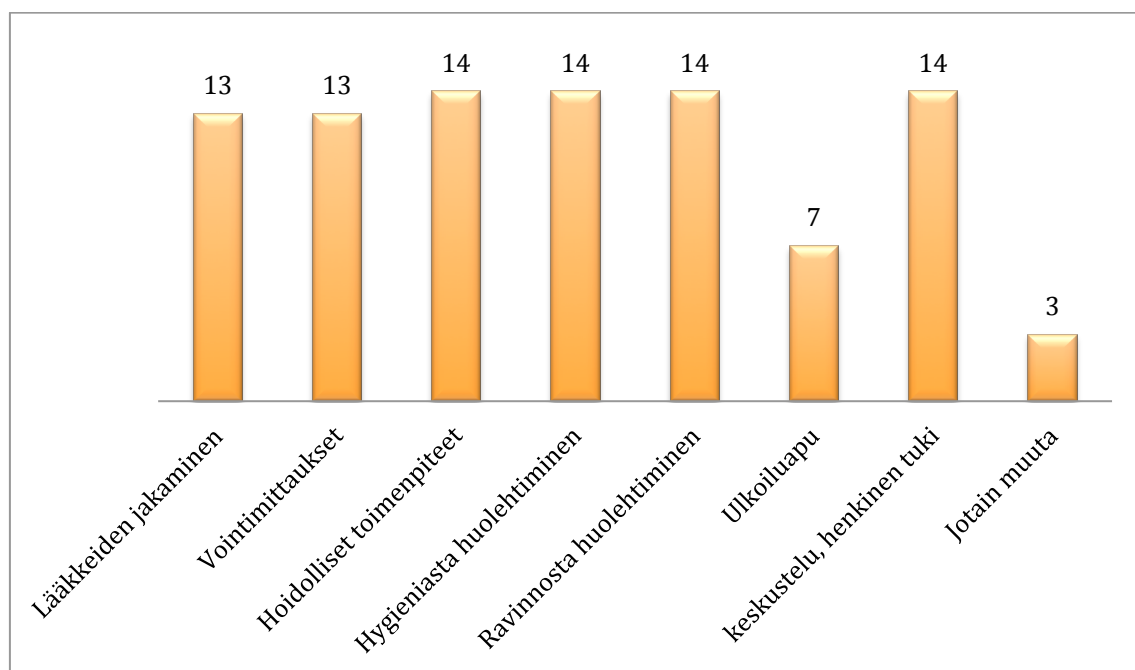
TAULUKKO1. Psykososiaalisen tuen määrittely työntekijöiden ja esimiesten näkökulmasta.

Työntekijät	Esimiehet
Päivittäisistä toimista selviämisen tukeminen	Asiakaslähtöinen ja yksilöllinen hoito/hoiva
Kokonaisvaltainen huomioiminen	Luottamus
Keskustelu	Asiakkaan kunnioitus
Kuuntelu	Kuunnella ja vastaanottaa palautetta
Ohjaus ammattiavun luo tarvittaessa	Henkinen kunto ja mieliala
Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen	Sosiaalinen toimintakyky
Henkinen tukeminen	
Turvallisuuden tunteen luominen	
Sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen	
Yksinäisen tukeminen	
Ystävyyssuhteiden ja verkostoihin kuulumisen tukeminen	
Auttaminen kriisitilanteissa	
?	
Lääkitys	

Teemoittelimme työntekijöiden määritelmät psykososiaalisesta tuesta ja listasimme taulukkoon kaikki erilaiset määritelmät. Taulukossa näkyy myös määritelmiä, mitä ei yleisesti pidetä psykososiaalisena tuen muotona. Tällä viittaamme lääkitykseen. Toisaalta voidaan ajatella, että oikeanlainen lääkitys ja niiden saannista huolehtiminen vaikuttaa ikääntyneen hyvinvointiin, arjessa toimimiseen ja mielialaan.

8.3 Työntekijöiden näkemykset psykososiaalisesta tuesta

Kotihoidon työntekijöillä on paljon erilaisia työtehtäviä, mitä he pääsääntöisesti suorittavat kotikäynneillä. Kyselyssä työntekijät valitsivat antamistamme vaihtoehtoista heille *tyypillisimmät työtehtävät*. Vaihtoehdot muodostuivat kokemusten ja aiempien tietojemme perusteella kotihoitoon kuuluvista tehtävistä. Lisäksi oli mahdollista vastata ”jotain muuta” jonkin tehtävän puuttumisen varalta. Vastaajista kolme vastasi tähän vaihtoehtoon turvapuhelinhälytyksiin vastaamisen.

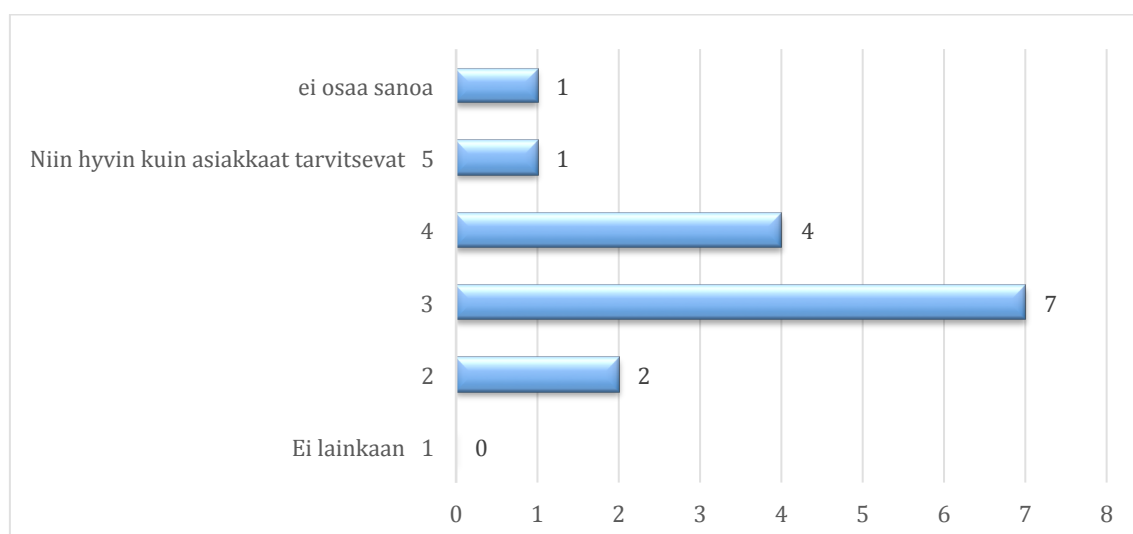


KUVIO 2. Kotihoidon työntekijöiden työtehtävät

Lähes kaikki vastaajista pitivät perustyötehtävinään hoidollisia toimenpiteitä, hygieniasta ja ravinnosta huolehtimista sekä keskustelua ja henkistä tukemista. Myös lääkkeiden jakaminen ja vointimittaukset kuuluvat lähes jokaisen päivittäisiin työtehtäviin. Seitsemän vastaajaa piti ulkoiluapua työtehtäviinsä kuuluvana. Antamistamme vaihtoehtoista ulkoiluapua ja keskustelua/henkistä tukemista edustavat psykososiaalista tukea. Vastausten perusteella nämä sisältyvät kotihoidon työntekijöiden työtehtäviin. Työhön sisältyy siis psykososiaalinen tuki, vaikka työntekijät eivät koe osaavansa määritellä kyseistä termiä tyhjentävästi.

Työntekijät nostivat esiin erilaisia *asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeita*. Kysyimme työntekijöiltä millaista psykososiaalista tukea heidän mielestään asiakkaat tarvitsevat. He saivat vastata kysymykseen vapaasti ja nostivat esille kolme tärkeintä. Luokiteltuamme vastaukset, keskustelun, kuuntelun ja henkisen tuen tarve nousi 13:sta vastaajalla esiin. Vastauksista kuusi liittyi vahvasti sosiaalialan ammattilaisen tehtäviin. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi palveluohjaus, raha-asioiden selvittely ja verkostojen löytäminen sekä ylläpitäminen. Vastausten pohjalta on havaittavissa, että termin määrittely ja tarpeen tunnistaminen kohtaavat.

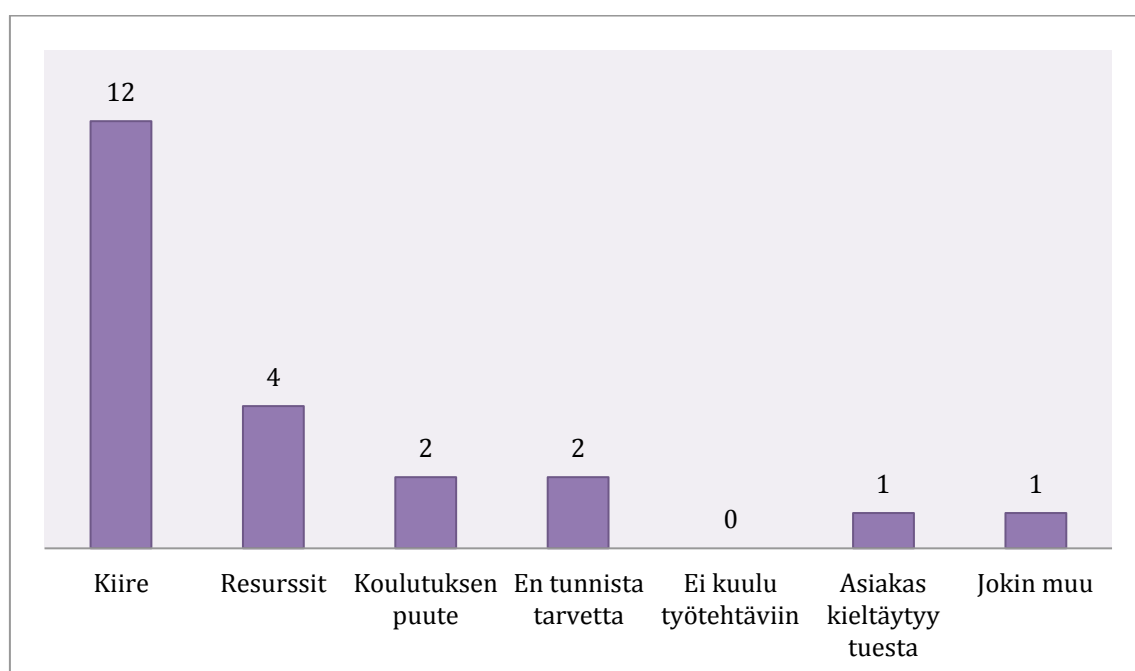
Työntekijät kokevat että he pystyvät tarjoamaan psykososiaalista tukea, mutta tunnistavat asiakkaiden tarvitsevan sitä vielä enemmän. Kysyimme ”Kuinka hyvin pystyt työssäsi tarjoamaan psykososiaalista tukea”. Vastausvaihtoehdot olivat asteikolla 1–5, jossa 1 tarkoittaa ettei kykene lainkaan tarjoamaan psykososiaalista tukea ja 5 tarkoittaa, että pystyy vastaamaan asiakkaan tarpeisiin niin hyvin kuin he sitä tarvitsevat. Kun työntekijä valitsi vastausvaihtoehdon 1, 2 tai 3, se tarkoittaa, että hän pystyy antamaan asiakkaille tukea muttei riittävästi. Vaihtoehdot 5 tai 4 tarkoittavat, että vastaaja kokee pystyvänsä tarjoamaan riittävää psykososiaalista tukea ikääntyneelle. Yksi vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen kokonaan, koska ei ymmärtänyt mitä psykososiaalinen tuki ylipäätään tarkoittaa. Vastausten keskiarvoksi muodostui 3,2.



KUVIO 1. Kuinka hyvin työntekijät pystyvät tarjoamaan tarvittavaa psykososiaalista tukea ikääntyneille

Kukaan vastaajista ei kokenut, ettei pystyisi lainkaan tarjoamaan psykososiaalista tukea asiakkaille. Viisi vastaajaa viidestätoista työntekijästä pitää tuen antamista hyvänä tai jopa erinomaisena. Vastaajista suurin osa, seitsemän henkilöä, valitsi vastausvaihtoehdoksi vaihtoehdon kolme. Tämä tarkoittaa, että työntekijä pystyy tarjoamaan tukea, mutta tunnistaa asiakkaan tarvitsevan sitä vielä enemmän.

Työntekijät vastasivat kyselyssä, mitkä ovat heidän mielestään suurimpia esteitä psykososiaalisen tuen antamiselle kotihoitossa. Luokittelimme esteet seuraaviin kategorioihin: kiire, resurssit, koulutuksen puute, ei tunnista tarvetta, ei kuulu työtehtäviin, asiakas kieltäytyy tuesta ja jokin muu.



KUVIO 3. Esteitä psykososiaalisen tuen antamiselle

Vastaukset olivat hyvin yksimielisiä ja kiire suurin este tuen antamiselle. Resurssien ja koulutuksen puute vaikuttaa myös työntekijöiden kykyyn antaa tarvittavaa tukea. Kaksi vastaajaa piti syynä sitä, ettei tunnista tuen tarvetta asiakkaissa. On myös mahdollista, että asiakas kieltäytyy psykososiaalisesta tuesta. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille se, että työntekijällä ei aina ole riittävästi tietoa asiakkaasta ja hänen psykososiaalista tarpeistaan, joka voi olla esteenä

tuen antamiselle. Positiivista on, että kukaan vastaajista ei koe esteenä sitä, ettei psykososiaalinen tuki kuuluisi heidän työtehtäviinsä.

Kyselymme tuotti meille myös ennalta odottamatonta tietoa. Kun kysyimme, saavatko työntekijät tukea työyhteisöltä psykososiaalisen tuen antamisessa, tarkoitimme työntekijän saamaa tukea. Moni kuitenkin vastasi, millaisia muita toimijoita heillä on tiedossa asiakkaiden psykososiaalisen hyvinvoinnin takaamiseksi itsensä lisäksi. Näitä tahoja olivat muun muassa virikeohjaaja, päivätoiminta ja vapaaehtoiset. Kolmasosa työntekijöistä jätti vastaamatta kysymykseen tai he vastasivat, etteivät saa riittävästi tukea työyhteisöltä psykososiaalisen tuen antamisessa. Myönteiset vastaukset pitivät sisällään tärkeitä keskustelut kollegojen kanssa, mahdollisuuden kysyä neuvoja ja tehdä yhteistyötä muun kotihoidon ja verkostojen kanssa. Pienen yksikön koettiin tukevan työntekijöitä.

Tuloksissa käy ilmi, että *työntekijän iällä tai työvuosilla ei ole suoranaista vaikutusta psykososiaalisen tuen tunnistamiseen tai antamiseen*. Korkeakoulutustaisten työntekijöiden käsitteen määrittely on luontevaa ja heidän kokemus tuen antamisen riittävydestä on keskiarvoa parempaa. Pääsääntöisesti vastaajat kokevat koulutustaustansa tukevan psykososiaalista työtettä, oli se minkä tahainen tahansa.

8.4 Esimiesten näkemykset psykososiaalisesta tuesta

Esimiehet näkevät kotihoidon asiakkailta seuraavia *psykososiaalisen tuen tarpeita*: sosiaalinen verkosto, osallistumisen mahdollistaminen mielekkääseen toimintaan (viriketoiminta), turvallisuuden tunteen vahvistaminen kotona, asiakkaan kannustaminen toiveiden ja tarpeiden esiin tuomisessa, sekä omien voimavarojen huomioon ottaminen. Työntekijät eivät nostaneet esille omista vastauksistaan voimavarojen huomioon ottamista, mutta heidän vastauksensa asiakkaan tukemisesta voidaan ajatella tarkoittavan samaa. Lisäksi esimiehillä nousi työntekijöiden tapaan erilaisten henkisten tarpeiden tunnistaminen asiakkaissa.

Esimiehet vastasivat myös kysymykseen, kenellä heidän mielestään on *vastuu psykososiaalisen tuen antamisessa* ja kuka sitä tekee käytännössä. Annoimme heille seuraavat vastausvaihtoehdot: kunnan kotihoito, kunnan muut palvelut, kolmas sektori, kirkko ja seurakunta, asiakkaan perhe ja läheiset, yksityinen sektori sekä jokin muu. Vastausten perusteella esimiehet käsittävät tuen antamisen vastuun laajasti, jokaiselle toimijalle. He myös kokevat, että edellä mainitut tahot tukevat asiakkaiden psykososiaalista hyvinvointia käytännössä.

Esimiehet kokevat, että kotihoidon *työntekijät pystyvät tukemaan ikääntyneiden psykososiaalisia tarpeita melko hyvin*. Vastausten keskiarvo on 3,5 asteikolla 1–5 kuinka hyvin työntekijät pystyvät tarjoamaan tarvittavaa psykososiaalista tukea ikääntyneille. *Esimiehet eivät näe kiirettä ollenkaan syyksi psykososiaalisen tuen antamattomuudelle*, vaan vastaavasti nostivat esille työntekijöiden kyvyttömyyden tunnistaa tuen tarvetta. Muiksi esteiksi nousi koulutuksen puute, resurssit ja se, ettei työntekijä koe tukea työtehtäviin kuuluvaksi.

Esimiehet kokevat tukevansa työntekijöitä psykososiaalisen tuen antamisessa asiakkaille. Nykyisiä käyttämiään keinoja he nostavat esille hyvin suppeasti, esimerkkinä työn sisällön kehittämisen. Vastauksissa nousee kuitenkin esille tarve työntekijöiden lisäkoulutukselle, jotta kyky tunnistaa asiakkaiden psykososiaalisia tarpeita olisi helpompaa. Kysyttäessä tulevaisuuden haasteita ja kehittämiskohteita psykososiaalisen tuen antamisessa kunnallisessa kotihoitossa, esimiehet nostavat esille teknologian hyödyntämisen, kirjaamisen ja tunnistamisen tarpeen.

TAULUKKO 2. Näkemykset psykososiaalisen tuen antamisesta.

	Esimiehet	Työntekijät
Miten hyvin työntekijät pystyvät tarjoamaan psyk.sosiaalista tukea (asteikolla 1–5)	3,5	3,2
Suurimmat esteet psykososiaalisen tuen antamiselle	<i>Työntekijä ei tunnista tarvetta asiakkailla Resurssien puute Koulutuksen puute Työntekijä ei koe tukea tehtäviin kuuluvaksi</i>	<i>Kiire Resurssien puute</i>

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Esimiehet ja työntekijät määrittivät eri termein psykososiaalista tukea. Työntekijöiden vastaukset olivat käytännönläheisempiä ja konkreettisempia. Kuuntelu, keskustelu ja päivittäisistä toimista selviämisen tukeminen nostettiin vahvimmin esiin. Molemmissa vastaajaryhmissä käsitteen määrittely oli laajaa, mikä on suoraan verrannollista sen kanssa, yleisesti psykososiaalisen tuen käsitteen määrittely on hajanaista.

Kyselyjen tuloksista on nähtävissä, että *työntekijät ja esimiehet tunnistavat psykososiaalisen tuen tarpeen asiakkailta.* Kotihoidon asiakkailta tarpeen ei nähdä olevan vain hoidolliselle eli fyysisille toimenpiteille, vaan kokonaisvaltaisemmalle tuelle. Tunnistaminen on tärkeää, koska aiemmissa tutkimuksissa muun muassa Lyyra (2006) on todennut, että ikääntyneiden hyvinvointiin ja terveyteen on psykososiaalisella tuella suuri merkitys. Kokonaisvaltaisella tuella on suora yhteys ikääntyneiden elinikään. *Psykososiaalinen tuki toteutuu kotihoidossa työntekijöiden ja esimiesten mukaan melko hyvin, kuitenkin riittämättömästi.* Tämä tulos on samassa linjassa aiempien tutkimusten kanssa, kotihoidon riittämättömästä tuesta ikääntyneiden psykososiaalisesta tuesta. (Paljärvi 2012, 100).

Esimiesten käsitykset psykososiaalisen tuen antamisen esteistä eroavat jonkin verran työntekijöiden kokemuksista. Esimiesten mukaan kiire ei ole syy tuen antamattomuudelle, mutta suurin osa työntekijöistä on sitä mieltä. Useat aiemmat tutkimukset tukevat työntekijöiden kokemusta kiireestä, esimerkiksi Superin (2015) teettämä tutkimus kotihoidon työntekijöille. Kiirettä voidaan selittää kuntien taloudellisella tilanteella, kotihoidon asiakasmäärien lisääntymisellä ja työntekijöiden vaihtuvuudella. (Lindqvist 2006, 21.) Kiire ei ainoastaan vaikuta negatiivisesti asiakkaan hoidon laatuun, vaan myös työntekijöiden hyvinvointiin. Tämä voi ilmeitä työntekijöiden riittämättömyyden tunteina sekä aiheuttaa eettisiä ongelmia. (Paljärvi 2012, 100-101.) Kun työntekijä tunnistaa ongelmakohtia, joihin hän ei pysty vaikuttamaan, on selvää, että se vaikuttaa se työn tekemiseen. Muurisen ja Raatikaisen (2005) tutkimus puoltaa yhtä esimiesten nostamaa syytä tuen antamattomuudelle. Myös heidän mielestään työntekijän kyvyt-

tömyys tunnistaa asiakkaan psykososiaalisia tarpeita voi olla syynä tuen toteutumattomuudelle.

Johtopäätöksenä voimme todeta, että työntekijöillä on taitoa ja hiljaista tietoa psykososiaalisen tuen antamisessa ikääntyneille. Työntekijöiden perustyöhön kuuluu jo nyt paljon psykososiaalisen tuen piirteitä, mutta työnkuvaa olisi syytä terävöittää, jotta jokainen työntekijä osaa sitä painottaa. Lisätietous psykososiaalisen tuen tärkeydestä ikäihmiselle, voisi kannustaa ja rohkaista työntekijää hyödyntämään näitä elementtejä enemmänkin. Hiljaisen tiedon jakaminen työyhteisössä lisäisi yhtenäistä ja tasaista työn laatua.

On kuitenkin nähtävä, ettei *kotihoito yksin pysty tarjoamaan tarvittavaa psykososiaalista tukea*, vaan tarvitaan selkeä kuva muista toimijoista ja heidän mahdollisuuksistaan antaa tukea. Muita toimijoita voisi olla esimerkiksi läheiset, kunnan päivätöiminta ja järjestöt. Esimiehet nostivatkin näitä toimijoita vastauksissaan, ja osa työntekijöistäkin mainitsi muita toimijoita psykososiaalisen tuen tarjoajina. Kiristyneen kuntatalouden ja palvelurakennemuutosten myötä kunnat ovatkin täydentäneet palveluitaan muun muassa ostopalveluilla yksityisiltä tuottajilta (Paljärvi 2012, 86). Työntekijöillä pitäisi olla kuitenkin enemmän tietoa näistä toimijoista, jotka tähän tarpeeseen pystyvät vastaamaan. Tieto erilaisista alueella toimivista virikeohjaajista ja vapaaehtoisjärjestöistä olisi oltava kaikilla työntekijöillä, jotta he voivat ohjata asiakkaan oikeanlaisen palvelun piiriin. On kuitenkin huomioitava, että pienellä paikkakunnalla muita toimijoita kunnallisten palveluiden lisäksi on verrattain vähän.

Kun vertailimme saamiamme tuloksia Elorannan ym. (2012) tutkimukseen, voimme todeta, että molemmissa työntekijät kokevat pystyvänsä psykososiaaliseen tukeen työssään ikääntyneiden parissa. Elorannan ym. tuloksissa työntekijöillä on tuen antamisesta kuitenkin positiivisempi kuva. On huomioitavaa, että määritelmät psykososiaalisesta tuesta meidän ja Elorannan ym. tutkimuksessa eroavat toisistaan. Heidän tutkimuksessaan tutkijat ovat itse määritelleet psykososiaalisen tuen. Esimerkiksi kuljetuspalvelut, sosiaalietuudet ja väsymyksen tunne ovat määrittelyssä mukana. Meidän tutkimuksessamme annoimme työntekijöiden määritellä termiä.

Muissa tutkimuksissa (esim. Eloranta ym. 2012) hengellisyys nousi vahvana teemana psykososiaalisesta tuesta puhuttaessa. Hengellisten tarpeiden huomiointi ei tullut suoranaisesti meidän kyselymme vastauksissa esiin. Voidaan kuitenkin ajatella, että osa vastaajista kokee hengellisyyden olevan osa henkistä tukemista. Sekä esimiehet että työntekijät käyttivät tätä termiä vastauksissa.

Kaiken kaikkiaan aihe on esimiesten ja työntekijöiden mielestä tärkeä ja osa kotihoidon työnkuvaa. Esimiesten mielestä on tärkeää lisätä työntekijöiden koulutusta ja tietämystä asian osalta, jotta psykososiaalisen tuen tarve voidaan tunnistaa. *Koulutus ja työyhteisön tuki* nostettiin tärkeiksi psykososiaalisen tuen antamista mahdollistaviksi tekijöiksi myös työntekijöiden vastauksissa. Pieni työyhteisö nähtiin voimavarana ja ihailtavana tukena verrattain vaikeidenkin asioiden käsittelyssä.

Tutkimuksella halusimme kerätä tietoa, miten työntekijät ja esimiehet kokevat psykososiaalisen tuen kotihoidossa. Saimme asettamiimme tutkimuskysymyksiin vastaukset ja pystyimme peilaamaan kahden vastaajajoukon vastauksia jonkin verran keskenään. Olisimme toki toivoneet enemmän vastauksia, mutta emme koe vastausprosentin vaikuttavan ratkaisevasti tulokseen, kun vertaamme tuloksia aiempiin saman aihepiirin tutkimuksiin. Onnistuimme tuottamaan tärkeää tietoa työyhteisölle joka kuului alkuperäiseen suunnitelmaankin. Lisäksi toivomme, että opinnäytetyömme antaa pohdittavaa ja auttaa psykososiaalisen tuen määrittelyssä laajemminkin.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyössä itse aineiston keruun, analysoinnin ja tulosten johtopäätösten lisäksi on hyvin tärkeää pohtia tehdyn tutkimuksen onnistumista ja luotettavuutta. Reliabiliteetti ja validiteetti käsitteillä voidaan kuvata luotettavuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (Heikkilä 2014, 176). Myös erilaiset virheet tai muut häiriötekijät on nostettava esille, jos niitä on ilmennyt missään tutkimusprosessin vaiheissa.

Tutkimuksemme vahvuus on siinä, että se keskittyi pieneen joukkoon ja vastajina olivat työntekijät. Kysymyksillä annoimme työntekijöille mahdollisuuden kertoa omalla äänellään psykososiaalisen tuen tilasta kotihoidossa avoimilla sekä vaihtoehtokysymyksillä. Lisäarvoa ja vertailumahdollisuutta saimme esimiehille suunnatulla kyselyllä, jossa niin ikään selvitimme psykososiaalisen tuen tilaa kotihoidossa. Tutkimuksemme koostui siis kahdesta osasta, joita analysointivaiheissa vertailimme myös ristiin. Vaikka vastausjoukkomme on molemmissa kyselyissä pieni, kattavat ne tarpeeksi hyvin tutkimusympäristömme jotta voimme tehdä johtopäätöksiä juuri tämän alueen kotihoidon tilanteesta psykososiaalisen tuen kannalta. Vastausprosenttimme on työntekijöiden kohdalla 65,3% ja esimiehistä vastasi kaksi kolmesta. Tulokset eivät ole yleistettävissä kotihoidon yleiseen tilaan Suomessa, mutta niistä voidaan vetää johtopäätöksiä juuri kyseisen kunnan tilasta.

Yhdeksi luotettavuuteen vaikuttavaksi häiriötekijäksi voidaan kuitenkin nostaa vääristymä vastauksissa, koska kaikki kyselyyn valitusta perusjoukosta eivät vastanneet kyselyyn (Heikkilä 2014,177). On syytä olettaa, että ne työntekijät, jotka kokivat kyselyn vaikeaksi, jättivät vastaamatta. Heidän vastauksensa olisivat voineet vaikuttaa kyselyn tuloksiin. Saimmekin palautetta työyhteisöltä, että psykososiaalisuus sanana koettiin vaikeaksi, ja siksi vastausprosentti ei noussut suuremmaksi. Meidän olisi kenties pitänyt enemmän kannustaa työntekijöitä vastaamaan aiheeseen, vaikka he saattoivatkin olla epävarmoja mitä termillä

tarkoitetaan. Haastatteleamalla työntekijöitä kasvotusten, olisimme voineet saada vastauksia myös vastaamatta jättäneiltä, mutta se ei olisi ollut mahdollista kummankaan osapuolen resursseihin nähden. Netissä tehtävän kyselyn lisäksi paperisen kyselylomakkeen täyttömahdollisuus antoi vastausmahdollisuuden myös niille, jotka eivät koe tietotekniikkaa luontevaksi väyläksi vastata. Koemme, että käytimme mahdolliset vaihtoehdot ja vastausprosentti kohosi tarpeeksi suureksi, jotta pystyimme tuloksia analysoimaan. Erillistä katoanalyysiä emme kokeneet tarpeelliseksi tehdä.

Tutkimuksessa validiteetti kuvaa sitä, miten hyvin tutkimus vastaa sen alkupe-
räistä tarkoitusta (Heikkilä 2014, 177). Käytännössä tätä voi tarkastella siten, miten hyvin tulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin. Oliko kyselylomakkeeseen sijoitetut kysymykset tarpeeksi tarkkoja ja ymmärrettäviä, jotta niiden vastausten perusteella pystymme ratkaisemaan tutkimuskysymyksemme psykososiaalisesta tuesta? Mielestämme saimme vastaukset kysymyksiimme, mutta joillakin kysymyksillä olisimme voineet tarkentaa vastauksia ja kenties helpottaa lomakkeen vaikeaksi kokeneita vastaamaan. Joitakin kysymyksiä olisi voinut jättää kenties kokonaan poisikin. Otimme kuitenkin vastausten analyysiin ja johtopäätöksiin vain tutkimuskysymysten kannalta validit tulokset.

Koska kysely tehtiin netissä ja postin kautta lähetettyjen lomakkeiden avulla, vastauksiin valehtelu tai kysymyksiin yhdessä vastaaminen on otettava huomioon. Vastauksia käsitellessämme näiden virheiden olemassaolo ei tunnu suurelta, koska vastauksien ulkoasussa ei ollut yhteneväisyyksiä. Reliabiliteettia tarkasteltaessa otetaan selvälle, miten hyvin tutkimus on toistettavissa. Jotta tutkimus olisi luotettava, olisi se pystyttävä toistamaan samalla tavalla, samalla joukolla ja samoilla tuloksilla uudestaan (Heikkilä 2014, 178.) Mielestämme tutkimuksemme on toistettavissa ja voimme olettaa, että vastaukset olisivat samankaltaisia, koska saamamme tulokset linjaavat aiempia aiheita sivuavia tutkimuksia.

Pidämme kaiken kaikkiaan tutkimusprosessiamme luotettavana, kun katsomme kyselyjen vastausprosentteja. Myös testikyselylomakkeen tekeminen ja varsinaisen kyselylomakkeen vastausten johdonmukaisuus tukevat ajatusta luotetta-

vasta tutkimuksesta (Heikkilä 2014, 180). Muotoilimme kysymykset kokemuksiin, aiempiin tutkimuksiin ja teoriaan pohjaten sekä muokkasimme niitä testikyselyn jälkeen helpommin vastattavaksi, esimerkiksi vaihtoehtokysymyksen lisäämisellä. Vastausten käsittelyssä virheiden mahdollisuus on kohdallamme verrattain pieni. Teimme havaintomatriisin ja sen pohjalta tulosten koonnin kahdestaan, joten meitä oli kaksi tarkistamassa mahdollisia virheitä. Myös vastausjoukon pieni määrä madaltaa vastausten käsittelyssä tulevia erheitä.

10.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen toteutus sujui lähes suunnitelman mukaisesti. Teimme taustatyötä ja tutustimme aiheeseen laajemminkin ennen varsinaisen kyselyn toteuttamista valitulle joukolle. Pidimme mielenkiintoisena pohjatutkimuksen jälkeen kysyä psykososiaalisen tuen käsitystä työntekijöiltä, koska havaitsimme määritelmän olevan ylipäätään vaikeaa sosiaalialan aiemmissä tutkimuksissa ja teorioissa.

Tutkimuksessa olemme ottaneet pitkin matkaa huomioon sen eettisyyden. Meitä opiskelijoita, jotka olemme myös tutkijan roolissa, sitoo vaitiolovelvollisuus. Tämä tarkoittaa meille sitä, että tutkimusaineisto on salassapidettävää, eikä aineistoa luovuteta ulkopuolisille tutkimuksen aikana eikä tutkimuksen jälkeen. (Mäkinen 2006, 148). Pidimme huolen, että tutkimusaineisto pysyy vain meidän hallussamme ja se tuhoetaan raportin valmistumisen jälkeen. Olemme varmistaneet tämän sillä, että tiedostot ovat salasanojen takana omilla tietokoneillamme.

Informoimme kyselyyn vastaajia huolellisesti siitä, että kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista eikä vastaajaa pysty tunnistamaan tuloksista. Jotta kysymyksiin vastaaminen olisi helppoa, vältimme tavallisia virheitä kysymyksen asettelussa. Näitä ovat johdattelevat kysymykset tai kysymykset, jotka eivät ole yksiselitteisiä (Mäkinen 2006, 93). Kyselylomakkeessa selvitimme vastaajan perustietoja vain sen verran, että meidän oli selkeää tarkistaa ettei kukaan vastannut kahteen kertaan kyselyyn.

Sovimme yhteistyökumppanimme kanssa, että emme tuo ilmi opinnäytetyösämme kunnan nimeä missä tutkimus toteutettiin. Puhumme yleisesti Ylä-Savon SOTE alueen kunnasta. Näin ollen vastaajien anonymiteetti säilyy.

Eettinen näkökulma on vahvasti esillä Diakonia-ammattikorkeakoulussa ja sen arvopohjassa. Tasa-arvoinen vuorovaikutus on osa eettistä toimintaa ja tärkeää koko prosessin ajan. Kiinnitimme tutkimuksessamme huomiota siihen, että kyselylomakkeen kysymykset ovat eettisesti aseteltuja. Noudatimme rehellisyyttä koko opinnäytetyöprosessin ajan ja toimintamme on koko ajan ollut läpinäkyvää ja yhteistyökumppanimme kunnioittavaa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.) Meille on ollut tärkeää sopimuksen, aikataulujen ja sovittujen sisältöjen noudattaminen. Näitä asioita pyrimme toteuttamaan sillä, että olimme yhteydessä aina tarvittaessa yhteishenkilöömme.

11 POHDINTA

Ihmisen kokonaisvaltaista huomioimista korostetaan yhä enemmän sosiaali- ja terveysalalla. Myös meidän opinnoissamme kokonaisvaltaista, psykososiaalista tukea on nostettu esiin. Vanhusten hoidossa kuitenkin korostuu edelleen fyysisten tarpeiden huomioiminen. Tämä näkyy eritoten kotihoidossa, missä työnkuva on vahvasti medikalisoitunut, eikä sosiaalisella vanhustyöllä ole vakiintunutta paikkaa. Kotihoito onkin suurin ja yhä kasvava palvelumuoto ikääntyneille. Tätä tukevat linjaukset siitä, että ikääntyneiden halutaan asuvan kotona yhä pidempään. Aina se ei ole kuitenkaan vanhusten oman edun mukaista. Asiakaskuntana ikääntyneet ovat haavoittuvaisia kohtaamaan erilaisia elämänmuutoksia. Ei vain fyysinen heikentyminen, vaan myös kognitiiviset muutokset ja sosiaalisten suhteiden väheneminen ovat vahvasti läsnä ikääntyneiden arjessa, vahvemmin kuin muissa asiakasryhmissä.

Kotihoitoa on tehostettu ja kehitetty muun muassa kuntien kiristyneen taloustilanteen takia. Kotisairaanhoidon yhdistettiin kotipalvelun kanssa tehokkuuden lisäämiseksi, mutta painopiste on selvästi jäänyt hoidollisiin työtehtäviin psyykkisen ja sosiaalisen tuen kustannuksella. Kokonaisvaltaisemman hyvinvoinnin tukeminen on jäänyt erilaisten hankkeiden ja projektien vastuulle, mitkä ovatkin saaneet paljon hyviä käytäntöjä aikaan vanhusten hyvinvoinnin edistämiseksi. Lisäksi vastuuta on jaettu kunnista kolmannelle sektorille, seurakunnille ja yksityiselle sektorille.

Meillä on kokemusta projekti- ja järjestötyöstä ikääntyneiden psykososiaalisen tuen parissa. Meidän kokemuksellamme yhteistoiminnallisella työllä eri palvelun tuottajien välillä on tulevaisuudessa kasvava merkitys ikääntyneiden tukemisessa. Tämän kaltainen työ vastaa sellaiseen tarpeeseen, johon kotihoito ei valitettavasti pysty täysin vastaamaan. Esimerkiksi Helsingissä toimiva etsivän vanhustyön projekti Seniori-Vamos ja eri järjestöjen avustaja/ystävä-palvelut täydentävät kotihoidon palveluja. Mielestämme palvelutarjonnasta puuttuu vahva koordinaatio, joka olisi tärkeää hoitaa kunnan puolesta yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutumiseksi. Tämä tuottaa haasteen pienillä paikkakunnilla, jossa vapaaehtoisia ei ole tai heitä on vaikea saada toimintaan mukaan pitkäjänteisesti.

sesti. Paikkakunnilla, joissa väestöstä suurin osa on ikääntyneitä, vapaaehtoisten saaminen saattaa olla jopa mahdotonta. Näissä kunnissa kunnan kotihoidon vastuu on suurempi kuin isoissa kaupungeissa, jossa vapaaehtoistoimintaa on paljon ja sitä on saatavilla enemmän. On hyvä huomioida, että kaikista ei ole tämän kaltaiseen vapaaehtoistyöhön, jossa saattaa kohdata henkilöitä vakavissakin elämänkriiseissä. Psykososiaalista tukea antavalta henkilöltä vaaditaan eettistä herkkyyttä.

Vastuun jakaminen muille toimijoille ei kuitenkaan poista sitä faktaa, että kotihoidon työntekijät kohtaavat ja joutuvat vastaamaan psykososiaalisiin tuen tarpeisiin työssään. Työntekijöillä on suuri vastuu, että näihin tarpeisiin vastattaisiin. Psykososiaalisten tarpeiden huomioiminen vaatii aikaa ja pitkäjänteisyyttä, jotta työntekijä voisi ohjata asiakkaan oikeanlaisen avun piiriin. Kiire kuuluu kuitenkin kotihoidon arkeen, ja täten vaikuttaa työntekijöiden ja asiakkaiden hyvinvointiin ja hoidon laatuun.

Pitkittyneet psykososiaaliset ongelmat aiheuttavat fyysisiäkin ongelmia. Esimerkiksi yksinäisyyden tiedetään aiheuttavan syrjäytymistä, millä on suora yhteys heikentyneeseen hyvinvointiin ja täten laitoshoitoon päätymiseen. Kokonaisvaltaisen huomioimisen huomiotta jättämisellä on siis pitkäkantoisia seurauksia. Tehokkuus ei aina tarkoita taloudellisinta vaihtoehtoa, eettisyydestä ja inhimillisyydestä puhumattakaan.

Tutkimuksemme aihepiirin valintaan vaikutti aiemmat keskustelumme alan ammattilaisten kanssa. Moni ikääntyneiden parissa työskentelevä on ilmaissut aiheen olevan tärkeä ja selvityksen arvoinen varsinkin nykyisten muutosten alla sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä. Oli mielekästä ja motivoivaa lähteä tekemään tutkimusta aiheesta, jolle oli selkeästi tilausta. Myös mediassa on esillä paljon kotihoitoon liittyviä epäkohtia, mutta monessa on taustalla vain asiakkaiden tai omaisten näkemykset. Pidimme siis erityisen tärkeänä, että yhteistyökumppanimme kanssa päädyimme tekemään kyselyn juuri työntekijöille saaden heidän äänensä kuuluviin.

Opinnäytetyötämme voitaisiin hyödyntää jatkotutkimuksissa, joissa työntekijöiden otanta olisi laajempi. Olisi myös mielenkiintoista vertailla kotihoidon psykososiaalisen tuen tilaa erikokoisissa kunnissa. Olisi kiinnostavaa tutkia yhteistyön vaikutuksia; kunnissa, jossa käytetään eri toimijoita vanhusten psykososiaaliseen tukemiseen ja kunnissa, joissa toimii ainoastaan kotihoito.

Opinnäytetyöprosessi edisti ammatillista kasvuamme. Tieteellisen tutkimuksen tekeminen oli meille uutta, ja se tarjosi meille mielekkäitä haasteita. Olimme tasavertainen työpari koko prosessin ajan. Tuotimme kirjallista tietoa itsenäisesti, kummankin vahvuuksia hyödyntäen. Erityisesti koimme tekstin tuottamisen yhdessä mielekkääksi ja opettavaiseksi. Työn aikana saimme pohtimaan asioita niin yhteiskunnan, kuin yksilönkin kannalta. Aihepiiri sivusi niin eettisiä, taloudellisia kuin ammatillisiakin kysymyksiä. Vaikka käsittelemämme aihe pyöri vahvasti hoitotyön parissa, koemme että se vahvasti sosionomin ammatissa tarvittavia valmiuksia. Vanhustyössä sosionomin erityiselle ammattitaidolle on tilausta. Palvelukentän laaja-alainen hallinta, palveluohjaustaidot ja ennen kaikkea asiakaslähtöinen kohtaaminen ovat sosionomin kompetenssien keskiössä. Työskentelyn aikana aihe tuli meille hyvin läheiseksi ja toivomme, että voimme tulevaisuudessa työskennellä ikääntyneiden psykososiaalisen hyvinvoinnin parissa sosionomeina.

Toivomme työmme herättävän ajatuksia alan ammattilaisissa monelta kantilta. Oman työn tärkeyden arvostaminen ja ammatillinen kehittyminen on tärkeää jaksamisenkin vuoksi. Asiakaskuntana ikääntyneet ovat hyvin erityinen ryhmä, joiden parissa tehtävän työn on pysyttävä ihmisläheisenä ja vuorovaikutuksellisenä haasteista huolimatta. Ajan antaminen ja yksilöllinen kohtaaminen tukevat ikääntyneen psykososiaalista hyvinvointia ja mielekästä elämää – joskus kuumisten kysyminen riittää, ja on alku hyvinvoinnille.

LÄHTEET

- Aarva, Kim 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopistopaino oy.
- Antikainen-Juntunen, Eija 2014. Psykososiaalinen työ osana gerontologista sosiaalityötä. Gerontologia 2014, 2. 110–116.
- Anttila, Pirkko 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi oy.
- Autio, Tiina & Soukiala, Tiina 2016. GeroMetron kyydissä. Ensimmäisen kehittämiskauden tulokset ja oppeja matkan varrella. Socca – Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus.
- Auvinen, Henni 2017. Hoitajien hätähuuto: Vanhustenhoito on epäinhimillisellä tasolla, 2/3 harkinnut alanvaihtoa. Iltalehti. Viitattu 18.3.2017. http://www.iltalehti.fi/uutiset/201702212200074214_uu.shtml
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauksia ja aineistoja 17. Verkkojulkaisuna: <http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkivaa%20ammattikäytäntöä.pdf>.
- Edilex i.a. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaiksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Viitattu 19.4.2017. <https://www.edilex.fi/he/20170015?>
- Eloranta, Sini; Arve, Seija; Viitanen, Matti; Isoaho, Hannu & Routasalo, Pirkko 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoitotiede 2012, 24. 14–26.
- Engeström, Yrjö; Niemelä, Anna-Liisa; Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha 2009. Kotihoito murroksessa. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummijoki & Juha Nyman (toim.) Lupaava kotihoito: Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus. 11–24.

- Granfelt, Riitta 1993. Psykososiaalinen orientaatio sosiaalityössä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matties & Anneli Pohjonen (toim.) Monisärmäinen sosiaalityö. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 177–206.
- Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Edita
- Heinola, Reija 2007. Johdanto. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES.
- Karisto, Antti 2008. Suuret ikäluokat eläkeiässä - esimerkki siitä, kuinka väestö vanhenee sukupolvittain. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (Toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 76–78.
- Kivelä, Sirkka-Liisa & Vaapio, Sari 2011. Vanhana tänään. Suomen Senioriliikery.
- Koskinen, Simo 2008. Vanhusasiakkuuden erityisyys ja sen haasteet sosiaalityölle. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (Toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 440-443.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Viitattu 14.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ik%C3%A4%C3%A4ntyneen>
- Lappalainen, Kirsi 2017. Kotona asumisen tuen esimies. Sähköpostikeskustelu 15.3.2017. Viitattu 18.3.2017.
- Lehtovirta, Marjatta & Peltola, Leena 2012. Ihminen mielessä. Psykologian perusteet lähihoitajalle. Helsinki: Edita.
- Lindqvist, Anniina 2016. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa. Turun yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 5.2.2017. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125361/gradu2016Anniina_Lindqvist.pdf?sequence=2
- Luoma, Minna-Liisa & Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES.

- Lyyra, Tiina-Mari 2006 a. Sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys pidentävät iäkkäiden ihmisten elinikää. *Gerontologia* 2006, 4. 206–207.
- Lyyra, Tiina-Mari 2006 b. Predictors of mortality in old age: contribution of self-rated health, physical functions, life satisfaction and social support on survival among older people. Jyväskylän yliopisto. Liikunnan- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 7.12.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13510/9513926567.pdf?sequence=1>
- Lyyra, Tiina-Mari 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Edita, 15–28.
- Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo 2007. Johdanto. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Edita, 5–8.
- Löf, Kaisa 2012. Sosiaalialan johtaminen lähiesimiesten näkökulmasta. Viitattu 1.2.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84072/gradu06292.pdf?sequence=1>
- Moisio, Päivi; Heikkinen, Sari; Honkakoski, Arja; Nurmio, Kirsi & Pakanen, Mira 2013. Väli-Suomen Ikäkaste, ikälain pilotointi - osahankkeen raportti. Vanhuspalvelulain pilotointi. Viitattu 3.3.2016. http://www.socca.fi/files/4302/raportti_web.pdf
- Muurinen, Seija & Raatikainen, Ritva 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 2005, 1. 13–22.
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Nyman, Juha 2009. Tukityöllä ehkäistään vanhusten syrjäytymistä. Teoksessa Yrjö Engeström, Anna-Liisa Niemelä, Jaana Nummujoki & Juha Nyman (toim.) *Lupaava kotihoito: uusia toimintamalleja vanhustyöhön*. PS-kustannus.
- Paljärvi, Soili 2012. Muuttuva kotihoito: 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Viitattu 5.2.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf

- Portin, Petter 2008. Ihmisten vanheneminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (Toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 318-320.
- Rantanen, Taina 2008. Geneettiset tekijät ja toimintakyky. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (Toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 331-333.
- Rissanen, Lea & Pietilä, Anna-Maija 2001. ikääntyvien ihmisten psykososiaalinen terveys ja hyvä olo. Sairaanhoitaja 2:2001. 8–10.
- Sarvimäki, Anneli & Heimonen, Sirkkaliisa 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Anneli Sarvimäki, Sirkkaliisa Heimonen & Anna Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita, 14-32.
- Sarvimäki, Anneli 2008. Kulttuurit ja ikääntyminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (Toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 88-89.
- Sieppi, Julia 2017. Kotihoidossa vanhusta voi hoitaa päivässä kuusi eri hoitajaa – "Siihen yritetään kyllä keksiä parannusta". Viitattu 6.3.2017. <http://yle.fi/uutiset/3-9415156>
- Simola, Anita 2017. Kansanedustaja lehdessä: "Oma koti on vanhukselle aina paras paikka –hokemasta pitäisi luopua". Aamulehti. Viitattu 18.3.2017. <http://www.aamulehti.fi/kotimaa/kansanedustaja-lehdessa-oma-koti-on-vanhukselle-aina-paras-paikka-hokemasta-pitaisi-luopua-24273859/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 13.3.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Viitattu 14.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>
- Suorlahti, Eeva 2016. Vanhusten kotihoidossa turvattomuutta ”puhutaan jopa heitteillejätöstä”. Kansan Uutiset. Viitattu 18.3.2017. <http://www.kansanuutiset.fi/artikkeli/3507712-vanhusten-kotihoidossa-turvattomuutta-puhutaan-jopa-heitteillejatosta>

- SuPer 2015. "Asiakkaat ovat ihmisiä – eivät prosentteja" Selvitys superilaisten työstä kotihoidossa ja kotihoitotyön kehittämisestä. Viitattu 3.3.2016.
https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/kotihoitoselvitys_netтин.pdf
- Surakka, Jani 2014. Edilex toimitus. Kotihoidon kokeilua aiotaan jatkaa vuoden 2016 loppuun. Viitattu 27.2.2016. <https://www-edilex-fi.anna.diak.fi/uutiset/41860>
- Suutama, Timo & Ruoppila, Isto 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Tiina-Mari Lyyra, Aila Pikkarainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Edita, 115–128.
- Talentia i.a. Ammatit ja kelpoisudet. Viitattu 1.2.2017.
http://www.talentia.fi/tyoelama/ammattit_ja_kelpoisuudet
- Tekes i.a. Kotihoito 2020 – 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Viitattu 31.1.2017.
<https://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali--ja-terveyspalveluissa/kotihoito-2020---10-askeleen-ohjelma-kotihoitoon.pdf>
- Tenkanen, Raija 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Seppänen, Marjatta, Karisto, Antti & Kröger, Teppo. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: WSOY
- Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Viitattu 3.3.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet. Viitattu 1.4.2016.
<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3avAgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBQA=&gender=m;f;t&abs=f&color=f>
- Tilastokeskus 2015. Väestöennuste. Viitattu 31.1.2017.
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaenn/020_vaenn_tau_102.px/table/tableViewLayout1/?rxid=ce0b7a6e-9060-4fef-ae14-06b4168d27a1 &
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaenn/

020_vaenn_tau_102.px/table/tableViewLayout1/?rxid=ce0b7a6e-9060-4fef-ae14-06b4168d27a1

- Tilvis, Reijo 2016. Vanhuuden medikalisaatio. Teoksessa Reijo Tilvis, Kaisu Pitkälä, Timo Strandberg, Raimo Sulkava & Matti Viitanen (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. 425–428.
- Tolpo, Antje 2015. ”Se työ, jota vanhusten kotihoidossa tein, ei ollut minulle itselleni palkitsevaa”. Yle. Viitattu 6.3.2017. <http://yle.fi/uutiset/3-7831143>
- Viitanen, Elina; Kokkinen, Lauri; Konu, Anne; Simonen, Outi; Virtanen, Juha V & Lehto, Juhani 2007. Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 1.2.2017. <http://www.kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2059.pdf>
- Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa?. Yhteiskuntapolitiikka 4:2007. 427–436.
- Ylinen, Satu 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kopijyvä. Kuopio.
- Ylä-Savon SOTE 2011. Strategia 2011–2014. Viitattu 5.2.2017. <http://www.ylasavonsote.fi/documents/10192/15830/Kuntayhtym%C3%A4n+strategia.pdf/ffe71e44-23f4-42da-9dc4-96ab929c400f>
- Ylä-Savon SOTE 2015 a. Talousarvio 2016 ja toimintasuunnitelma 2017-2018. Viitattu 31.1.2017. <http://www.ylasavonsote.fi/documents/10192/15830/Talousarvio+2016+ja+toimintasuunnitelma+v+2017-2018.pdf/7a65483c-7292-472c-88e4-7b0a58bf4d54>
- Ylä-Savon SOTE 2015 b. Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon ja ympäristönsuojelun järjestämissuunnitelma vuosille 2016 – 2018. Viitattu 5.2.2017. <http://www.ylasavonsote.fi/documents/10192/15830/palvelujen+j%C3%A4rjest%C3%A4missuunnitelma.pdf/c902476b-2f28-4d7b-a0aa-287e86196686>
- Ylä-Savon SOTE 2015 c. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Laaja Hyvinvointikertomus 2015–2016. Viitattu 5.2.2017. <http://www.ylasavonsote.fi/documents/10192/15830/Hyvinvointikertomus+2015-2016/d5960695-9e48-4e15-910d-93ba6bb23ce7>

Ylä-Savon SOTE i.a. a. Ylä-Savon SOTE:n kuntayhtymä. Viitattu 31.1.2017.

<http://www.ylasavonsote.fi/kuntayhtyma>

Ylä-Savon SOTE i.a. b. Ikäihmisten palvelut. Viitattu 24.2.2016.

<http://www.ylasavonsote.fi/ikaihminen-palvelut>

Ylä-Savon SOTE i.a. c. Toimintaohje kotihoidon henkilöstölle.

LIITE 1

Saatekirje

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Olemme kaksi sosionomi-opiskelijaa Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Koulutukseemme liittyy opinnäytetyön tekeminen. Työ ikääntyneiden parissa on lähellä sydäntämme, ja tahdomme käsitellä työssämme meille tärkeää ja ajankohtaisestikin kiinnostavaa aihetta. *Työmme käsittelee psykososiaalista tukea ikääntyneiden kotihoidossa, työntekijöiden näkökulmasta.*

Ikääntynyt väestönosa kasvaa Suomessa. Lait linjauksineen painottavat laitoshuollon purkamista ja ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Viimeisin laatusuositus korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaisia ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, tarkoituksenmukaista henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. Samaan aikaan työntekijöillä on asiakkaina yhä huonokuntoisempia vanhuksia.

Opinnäytetyön aineiston keräämme kyselylomakkeen muodossa, webropolin kautta. Vastausten perusteella saamme arvokasta tietoa siitä, **miten työntekijät kokevat psykososiaalisen tuen antamisen työssään ikääntyneiden kotihoidossa.**

Vastaukset käsittelemme täysin luottamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyyttä tule ilmi missään vaiheessa. Tutkimukselle olemme saaneet luvan Ylä-Savon SOTE:lta. Ohjaava opettajamme koulun taholta on Pirjo Näkki.

Olemme kiitollisia vastausajastanne!

Miita Puska ja Mari Ryyänen

LIITE 2

Psykososiaalinen tuki kotihoidossa

Opinnäytetyö-kysely

1. Ikäsi? _____
2. Mikä _____ on _____ koulutustaustasi?

3. Kauanko olet työskennellyt kotihoidossa? _____
4. Mitä työtehtäviisi sisältyy? (Valitse seuraavista vaihtoehdoista kaikki koti-
käynnillä suorittamasi työtehtävät joita pääsääntöisesti teet)
 - Lääkkeiden jakaminen
 - Vointimittaukset
 - Hoidolliset toimenpiteet (esim. haavahoito)
 - Hygieniasta huolehtiminen
 - Ravinnosta huolehtiminen
 - Ulkoiluapu
 - Keskustelu, henkinen tuki
 - Jotain _____ muuta, _____ mitä?_____
5. Mitä psykososiaalinen tuki mielestäsi tarkoittaa?

6. Millaista psykososiaalista tukea kotihoidon asiakkaat mielestäsi tarvitse-
vat? (Luettele mielestäsi kolme tärkeintä)

7. Kuinka hyvin pystyt työssäsi tarjoamaan tarvittavaa psykososiaalista tu-
kea ikääntyneille? 1= en lainkaan 5= niin hyvin kuin asiakkaat tarvitsevat
1 2 3 4 5

8. Mitkä ovat suurimmat esteet tarvittavan tuen antamiselle?

9. Tukeeko työyhteisösi psykososiaalisen tuen antamista? Jos kyllä, niin miten?

Ei

Kyllä, Miten?

10. Onko koulutustaustasi antanut sinulle valmiuksia psykososiaalisen tuen antamiseen työssäsi?

Ei

Kyllä

11. Mitä vielä haluaisit tuoda esille aiheesta?

Kiitos paljon vastauksistasi ja ajastasi!

LIITE 3

Psykososiaalinen tuki kotihoidossa esimiehen näkökulmasta

Webropol-kysely

1. Mikä on koulutustaustasi?

 2. Mitä psykososiaalinen tuki mielestäsi tarkoittaa?

 3. Millaista psykososiaalista tukea kotihoidon asiakkaat mielestäsi tarvitsevat?
(Luettele mielestäsi kolme tärkeintä)

 4. Kenellä on mielestäsi vastuu ikääntyneen ihmisen psykososiaalisesta hyvinvoinnista? Voit valita useita vaihtoehtoja.
 - Kunnan kotihoito
 - Kunnan muut palvelut
 - Yksityinen sektori
 - Kolmas sektori (järjestöt, vapaaehtoiset yms.)
 - Kirkko ja seurakunta
 - Ikääntyneen perhe ja läheiset

 5. Mikä edellä mainituista tahoista käytännössä tukee ikääntyneiden psykososiaalista hyvinvointia?

 6. Kuinka hyvin mielestäsi kotihoidon työntekijät pystyvät tarjoamaan tarvittavaa psykososiaalista tukea ikääntyneille? 1=ei lainkaan 5=niin hyvin kuin asiakkaat tarvitsevat
- 1 2 3 4 5

7. Mitkä arvioit olevan suurimmat esteet tarvittavan tuen antamiselle?

- Kiire
- Resurssit
- Koulutuksen puute
- Työntekijä ei tunnista tuen tarvetta
- Työntekijä ei koe työtehtäviin kuuluvaksi
- Asiakas kieltäytyy tuesta
- Jokin muu, mikä?

8. Tuetko esimiehenä työntekijöitä psykososiaalisen tuen antamisessa? Jos kyllä, niin miten?

En

Kyllä

9. Mitä haasteita ja/tai kehittämiskohteita kunnallisella kotihoidolla on tulevaisuudessa psykososiaalisen tuen tarjoajana?

10. Mitä vielä haluaisit tuoda esille aiheesta?

KIITOS AJASTASI! VASTAUKSESI ON MEILLE TÄRKEÄ