MUHOKSEN KUNNAN KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖIDEN KÄSITYKSIÄ YHTEISTYÖSTÄ SEURAKUNNAN DIAKONIATYÖN KANSSA

Leena Leskelä

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK) +
diakonissan virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Leskelä, Leena. Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Oulu, syksy 2009, 74s., 1 liite.
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Pohjoinen, Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan virkakelpoisuus.

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten yhteistyötä kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä voidaan kehittää. Tavoitteena oli lisäksi kuvata seurakunnan diakoniatyön merkitystä kotihoidon asiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden käsitysten perusteella.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin avoimia kysymyksiä sisältävillä kyselylomakkeilla kolmeltatoista Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijältä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan kotihoidon työntekijät käsittivät nykyisen yhteistyön kotihoidon ja diakoniatyön välillä olevan satunnaista. Yhteistyön kehittämiseksi toivottiin yhteisiä toimintaperiaatteita, moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämistä sekä yhteistyön lisäämistä. Kotihoitoasiakkaan hoitotyössä diakoniatyön merkitys nähtiin erityisesti emotionaalis-hengellisenä tukemisena ja kiireettömänä läsnäolona.

Jatkotutkimushaasteena on selvittää mitä kotihoidon työntekijät ymmärtävät diakonisen hoitotyön käsitteellä. Tärkeää on myös lisätutkimus diakonisen hoitotyön merkityksestä kotihoitoasiakkaan hoitotyössä. Yhteistyön kehittämiseksi paikallisesti ehdotetaan osaamiskartoituksen tekemistä, jonka avulla kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voidaan mallintaa.

Asiasanat: kotihoito, diakonia, yhteistyö, moniammatillisuus, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Leskelä, Leena. The insights of Muhos homecare personnel about the co-operation between homecare and diaconal work. 74p., 1 appendix. Language: Finnish. Oulu, Autumn 2009.
Diaconia University of Applied Sciences, Diak North, Oulu. Degree programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse + Deaconess.

The subject of this thesis came from the working life. The purpose was to describe co-operation between home care and diaconal work in the municipality of Muhos, Finland. The main aim of the thesis was to produce information which can be used in developing co-operation between homecare and diaconal work. There was also an ambition to describe what homecare personnel think about the purpose of diaconal work in homecare.

This thesis was carried out as a qualitative study. The data were collected by questionnaires with open-ended questions from thirteen homecare staff members. The data were analysed with inductive content analysis.

According to the findings the homecare workers realized that co-operation between home care and diaconal work was incidental. To improve co-operation the homecare personnel hoped for common operational principles, utilization of multiprofessional expertise and more co-operation. The role of diaconal work in homecare clients´ nursing was especially perceived as emotional and spiritual support and a peaceful presence.

A future challenge is to clarify what the homecare personnel´s understanding about the notion of diaconal nursing is. It is also important to do further research on the role of diaconal nursing among homecare clients. To improve co-operation locally, it is suggested that a skills survey could be done. That could be used to model the co-operation between home care and diaconal work.

Keywords: home care, diaconia, co-operation, multidisciplinary work, qualitative research

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ 2

ABSTRACT 3

1 JOHDANTO 6

2 DIAKONIATYÖ JA KOTIHOITO KOTONA ASUVAN TUKENA 8

2.1 Diakoniatyö kotona asuvan tukena 8

2.1.1 Diakoniatyön perustehtävät 10

2.1.2 Diakoniatyö ja terveyden kysymykset 11

2.2 Kotona asuvan asiakkaan hoitotyö 13

2.2.1 Hoitotyö 13

2.2.2 Diakoninen hoitotyö 15

2.2.3 Koti hoitoympäristönä 18

2.3 Kotihoito 19

2.4 Seurakunnan ja kunnan välinen moniammatillinen yhteistyö 22

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT 27

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN LAADULLISENA TUTKIMUKSENA 28

4.1 Laadullinen lähestymistapa 28

4.2 Opinnäytetyöhön osallistujat ja aineiston kerääminen 29

4.3 Aineiston analysointi 31

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET 35

5.1 Kotihoidon työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä diakoniatyön kanssa 35

5.2 Kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen 38

5.2.1 Yhteistyön toimintaperiaatteet 38

5.2.2 Moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen yhteistyössä 38

5.2.3 Diakoniatyöltä toivottavat vastuualueet 40

5.2.4 Olemassa olevan yhteistyön ylläpitäminen ja kehittäminen 41

5.2.5 Kotihoidon ja diakoniatyön välisen yhteistyön esteet 43

5.3 Diakoniatyön merkitys kotihoitoasiakkaan hoitotyössä 46

6 POHDINTA 49
6.1 Opinnäytetyön eettisyys 49
6.2 Opinnäytetyön luotettavuus 50
6.3 Tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin 53
6.4 Johtopäätökset 58
6.5 Jatkotutkimushaasteet 59
LÄHTEET 60
LIITE 1 Kyselylomake Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöille 72

1 JOHDANTO

Kunnallinen kotihoito ja seurakunnan diakoniatyö toimivat molemmat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä tukemiseksi. Molempien tahojen asiakaskunta koostuu eri ikäryhmiin kuuluvista asiakkaista, mutta pääasiallisesti kotihoidon palvelut kohdentuvat iäkkäimmille ja paljon apua tarvitseville (Hägg 2007, 3).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE) vuosille 2008–2011 päätavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia, parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta sekä kaventaa alueellisia eroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Useissa sosiaali- ja terveyspoliittisissa asiakirjoissa korostetaan ennakoivaa ja turvallista tukea, monitoimijaista yhteistyötä palveluiden järjestämisessä ja tuottamisessa sekä asetetaan kotihoidolle laatutavoitteita (Terveys 2015- kansanterveysohjelma; Hyvinvointi 2015- ohjelma; Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007; Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011; Voutilainen 2007, 14–15). Yhteiskunnallisten muutosten myötä myös kirkko on painottanut strategioissaan ja visioissaan yhteistyön ja verkostoitumisen merkitystä (Kallunki, Pesonen & Yeung 2006, 451; Kirkkohallitus 2009, 3; Kirkon vanhustyön strategia 2015, 4).

Moniammatillisen yhteistyön haasteina ovat aiemmat, sektoroituneet toimintatavat sekä uudenlaisen, monitoimijaisen työskentelymallin löytäminen, jossa yhteistyöosapuolten ammatillinen erityisosaaminen tulisi yhteiseen käyttöön. Yhteistyön kehittämiseksi tarvitaan tärkeiksi koettujen sisällöllisten teemojen esille tuomista. (Arnkil, Eriksson & Arnkil 2006, 30, 63.)

Tämän työelämälähtöisen opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä tämän hetkisestä yhteistyöstä ja yhteistyön kehittämismahdollisuuksista seurakunnan diakoniatyön kanssa. Muhoksen kunnan kotihoidossa työskentelee 17–21 henkilöä (henkilölukumäärään sisältyy käytettävissä oleva sijaistyövoima) muodostaen neljä työtiimiä. Työtiimiin kuuluu kotisairaanhoitaja (terveydenhoitaja, sairaanhoitaja tai perushoitaja) sekä lähihoitajia tai kodinhoitajia. Koti-

hoitoyksikön esimiehenä toimii vanhustyön johtaja. (Tuula Niska, henkilökohtainen tiedonanto 17.2.2009.) Muhoksen seurakunnan diakoniatiimiin kuuluu diakonissa, diakoni ja diakoniatyöstä vastaava teologi.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten yhteistyötä kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä voidaan kehittää Muhoksella. Tavoitteena on myös kuvata seurakunnan diakoniatyön merkitystä kotihoidon asiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden käsitysten perusteella. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää näin myös diakoniatyön kehittämisessä.

Ajankohtaisia kehittämistarpeita paikalliselle yhteistyölle asettaa kunnan väestörakenteen muutos. Vuoteen 2020 mennessä Muhoksen kunnan yli 65-vuotiaiden määrä nousee prosentuaalisesti nykyisestä 13,8 prosentista 16,6 prosenttiin. Palvelujärjestelmälle tämä on merkittävä haaste ja etenkin ennaltaehkäisevän työn merkitys korostuu. (Muhoksen kunta 2009, 3.) Käytännön haasteellinen tilanne on todettu kunnan ja seurakunnan toimintastrategioissa ja – suunnitelmissa, joissa vanhustyö ja yhteistyö ovat yhtenä painopistealueena (Muhoksen kunta 2009, 4, 22, 25; Muhoksen seurakunta 2008, 2–4, 27–28). Oma mielenkiintoni seurakunnan diakoniatyön ja kunnan kotihoidon yhteistyön kehittämiseen perustuu pitkäaikaiseen työskentelyyni seurakunnassa, diakonissana.

2 DIAKONIATYÖ JA KOTIHOITO KOTONA ASUVAN TUKENA

Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jonka tarkoituksena on auttaa eri-ikäisiä avuntarvitsijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Tavoitteena on palvelujen avulla mahdollistaa asiakkaan hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissa toimintakyvyn heikkenemisestä tai sairaudesta huolimatta. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Kotihoito on moniammatillista yhteistyötä, jota toteuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset (Ikonen & Julkunen 2007, 20). Parhaimmillaan kotihoito on laajasti verkostoitunut toimintamuoto (Lappalainen & Turpeinen 1998, 8). Seurakunnan diakoniatyöllä ja kunnan kotihoidolla on osin samankaltaisia työtehtäviä ja ajoittain työskennellään samojen asiakkaiden kanssa (Weissenfelt, Läksy, Ruotsalainen & Haapalainen 2008, 5–7).

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa diakonisen hoitotyön käsite määritellään hoitotyön yhteydessä. Toisaalta diakonisen hoitotyön käsite olisi voitu määritellä osana diakoniatyötä. Pohjolaisen (2005,126) mukaan diakoniatyö on käsitteenä laajempi kuin diakoninen hoitotyö. Myllylän mukaan diakoninen hoitotyö on lisäarvo hoitotyölle, joka avaa uuden näkökulman ihmisen kohtaamiseen sekä hänen auttamiseensa ja palvelemiseensa hoitotyössä. Diakonian ja hoitotyön käsitteitä sekä niihin liittyviä lähikäsitteitä ei voida asettaa hierarkkiseen järjestykseen. (Myllylä 2004, 44, 81.)

2.1 Diakoniatyö kotona asuvan tukena

Diakonia-käsitteen määrittely ei ole helppoa. Se on monialainen ja monitieteinen ilmiö. (Latvus & Elenius 2007, 29.) Tässä opinnäytetyössä diakonia ja diakoniatyö käsitteitä käytetään synonyymeinä toisilleen. Diakonia tarkoittaa palvelua, jonka lähtökohtana on kristillinen elämänkatsomus. Se pohjautuu Raamattuun ja Jeesuksen toimintaan sairaiden, köyhien, vammaisten, orpojen ja syrjittyjen auttajana. Kristuksen rakkaus on diakonisen palvelun lähde; Jeesus tuli palvelemaan ei palveltavaksi. (Suomen evankelislu-

terilainen kirkko i.a., a.) Usein määriteltäessä diakoniaa viitataan rakkauden kaksoiskäskyyn: ”Rakasta Jumalaa yli kaiken ja lähimmäistäsi niin kuin itseäsi” (Matt. 22:37–39) (Ahonen 2002, 77; Kotisalo 2002, 12; Rättyä 2004, 3; Veikkola 2002, 107–108). Raamatun kertomuksessa laupiaasta samarialaisesta (Luuk. 10: 25–37) Jeesus osoitti, että jokainen ihminen on lähimmäisemme riippumatta kansallisuudesta, rodusta, uskonnosta tai muista erottavista tekijöistä (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., a). Jolkkonen määrittelee kristillisen diakonian yhdeksi teologiseksi perusteeksi jumalallisen rakkauden vastaanottamisen, kierrättämisen ja jakamisen (Jolkkonen 2006, 118).

Suomalaiseen seurakuntadiakoniaan on alusta saakka (1800-luvun loppupuolelta) kuulunut kotikäyntityö (Juntunen & Saarela 2009, 36). Gothóni (2009) määrittelee Anna & Arvo-hankkeen tutkimusraportissa diakonisen kotikäyntityön kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ihmisten kotona tapahtuvaksi työksi. Kotikäyntityössä pyritään etsimään niitä ihmisiä, jotka eivät itse pääse seurakunnan tilaisuuksiin tai diakoniatyöntekijän vastaanotolle. Kotona tapahtuvan työn merkittävyyttä tutkimuksessa perusteltiin sillä, että koti on turvallinen paikka, jossa voi rauhassa keskustella vaikeistakin asioista. (Gothóni 2009, 26, 28.)

Kotikäyntityön kehittämiseksi haluttiin Anna & Arvo-hankkeessa yhtenä osa-alueena selkiyttää diakonisen kotikäyntityön tehtävää ja tavoitteita. Diakonisen kotikäyntityön tavoitteita voivat olla asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen, asiakkaan tukeminen käyttämään omia voimavarojaan ja saamaan apua ongelmien ratkaisemiseksi. Tulosten perusteella diakoniatyöntekijät käyttivät joustavasti eri auttamismenetelmiä kotikäynneillä. Tarpeen mukaan auttamismenetelmäksi valittiin sielunhoidollinen keskustelu, ratkaisukeskeinen menetelmä, huolen puheeksi otto, verkostokarttatyöskentely, rukous, Raamattu tai virret. Tutkimuksen mukaan kokonaisvaltainen kohtaaminen kuvasi parhaiten hyvää kotikäyntiä. Kotikäyntityö sopii Gothónin mukaan vanhusten, nuorten, yksinäisten ja perheiden kanssa tehtävään työhön. Erityisesti kotikäyntityön tarpeessa olivat muistisairauksista kärsivät, päihteitä käyttävät, mielenterveysongelmaiset, masentuneet ja yksinäiset vanhukset. (Gothóni 2009, 26, 39–40.)

Sairas köyhyys-tutkimuksen mukaan terveysongelmia ja terveyteen liittyvää avun tarvetta päästään käsittelemään nopeammin ja syvällisemmin kotikäynneillä kuin dia-

koniatyöntekijöiden vastaanotoilla. Kotikäynnit olivat avainasemassa erityisesti huonokuntoisten vanhusten ja koteihinsa eristäytyneiden mielenterveyskuntoutujien avuntarpeen huomaamisen kannalta. (Kinnunen 2009 b, 71–72.)

2.1.1 Diakoniatyön perustehtävät

Diakonia on yksi kirkon perustehtävistä. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkkolaissa (KL 1:2) luetellaan tehtäväalueet, joilla kirkko toimii yhteiskunnassa:

> Tunnustuksensa mukaisesti kirkko julistaa Jumalan sanaa ja jakaa sakramentteja sekä toimii muutenkin kristillisen sanoman levittämiseksi ja lähimmäisenrakkauden toteuttamiseksi (Kirkkolaki 1054/1993).

Suomessa järjestäytynyt seurakuntadiakonia sai alkunsa 1800-luvun loppupuolella (Juntunen & Saarela 2009, 36). Kirkkojärjestyksen (KJ 4:3) mukaan seurakuntadiakonia määritellään seuraavasti:

> Seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta (Kirkkojärjestys 1055/1993).

Kyseisen Kirkkojärjestyksen kohdan mukaan diakoniatyö seurakunnissa kuuluu koko seurakunnalle ja kaikille sen jäsenille. Seurakunnassa tulee olla vähintään yksi diakonian virka (KJ 6:9), jonka kelpoisuusehtona on piispainkokouksen hyväksymä tutkinto (KJ 6:49). (Kirkkojärjestys 1055/1993.) Diakoniatyön mallijohtosäännössä diakonian virkaan vaadittavaksi tutkinnoksi määritellään diakonissan tai diakonin tutkinto (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.,c).

Diakonialla on useita perustehtäviä, joista tärkeimmät ovat karitatiivinen (hoito ja huolenpito, sosiaalinen diakonia), pastoraalinen (sielunhoidollinen), katekeettinen (kasvatus ja opetus) ja liturginen (jumalanpalvelukseen liittyvä palvelu) (Lappalainen 2002, 130; Veikkola 2002, 115). Diakoniatyö toteutuu laaja-alaisena ja monimuotoisena avun ja tuen antamisena lähimmäiselle elämän kaikilla alueilla. Tuki ja apu on hengellistä, henkistä, fyysistä ja taloudellista. (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., b.) Diakoniatyön tavoitteena on parantaa ja eheyttää ihmistä yksilönä ja yhteisössä ja auttaa selviytymään vaikeuksienkin keskellä (Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., a).

Koska hädässä olevan auttaminen on keskeisin diakoniatyön perustehtävistä, on se tuonut diakoniatyöhön erilaisia painotuksia ja toimintamuotoja riippuen yhteiskunnallisista olosuhteista, kulttuurista, sodista, sairauksista tai onnettomuuksista (Kettunen 2001, 19; Veikkola 2002, 115). 1800-luvun lopussa diakoniatyö suuntautui köyhäin- ja sairaanhoitoon. Kansanterveyslain voimaantulo vuonna 1972 suuntasi diakoniatyötä hengelliseen ja henkiseen tukemiseen. 1980-luvulla diakoniatyö painottui vanhustyöhön ja sielunhoitoon. (Pyykkö 2004, 118, 127–128, 132.) 1990-luvun laman myötä työn painopiste siirtyi vanhuksista työikäisten ja taloudellisissa tai henkisissä vaikeuksissa olevien parissa tehtävään työhön (Grönlund & Hiilamo 2006, 12). 2000-luvulla diakoniatyö on muuttunut aiempaa kirjavammaksi. Työn perustehtäväksi diakoniatyöntekijät näkevät ihmisen kokonaisvaltaisen auttamisen. (Juntunen & Saarela 2009, 42–43; Yeung 2007, 12–20.) Historiallisesti tarkasteltaessa seurakuntadiakoniassa ovat yhdistyneet ammatillinen terveydenhuolto, sosiaalityö sekä kristillinen sielunhoito (Pyykkö 2004, 138).

2.1.2 Diakoniatyö ja terveyden kysymykset

Terveydenhoito on liittynyt diakoniatyöhön aina Raamatun ajoista lähtien, Jeesuksen itsensä toimiessa sairaiden parantajana (Kinnunen 2009 c, 128). Seurakuntadiakonian alkuvaiheessa, 1800-luvun lopulta lähtien, diakonissat toimivat aluksi sairaaloissa ja vähitellen heitä lähetettiin työskentelemään myös seurakuntiin, pääasiassa kiertäviksi sairaanhoitajiksi (Juntunen & Saarela 2009, 36). Nykyään seurakuntien toimintatilastoissa terveyteen liittyvät kysymykset ja taloudelliset kysymykset aiheuttavat lähes yhtä paljon yhteydenottoja diakoniatyöntekijöihin (Kinnunen 2009 a, 10).

Tervonen-Goncalves (2006) analysoi kirkkojen ohjelmallisissa asiakirjoissa esiintyviä tapoja puhua terveydestä ja terveyden edistämisestä. Suomessa terveyttä ja terveyspolitiikkaa koskevat evankelisluterilaisen kirkon kannanotot määrittelee Kirkkohallituksen toimielin, Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön keskus (KDY). Tervonen-Goncalves´n mukaan Suomessa kirkolla on vähän suoranaisesti terveyden edistämiseen liittyviä kannanottoja. Kansanterveydellisesti merkittävät seikat tulevat esille laajempaa hyvinvointia käsittelevien kannanottojen kautta. Kirkon ajaton tehtävä vähempiosaisten ja syrjäy-

tyneiden auttamiseksi kannanotoissa mainitaan, mutta sitä ei perustella terveyssyin. Osallisuuden- ja jakamisen yhteisö-asiakirjassa (1995) kokonaisvaltaista terveyttä edistävä toiminta on yksi yleistavoite, mutta asiakirjassa ei terveydellisillä syillä perustella yhtään toimintaehdotusta. Kirkon ja diakoniatyön tehtäväksi ja hyvinvointia lisääväksi keinoksi nähdään sairaiden ja vanhusten sielunhoito. Tervonen-Concalves tulkitsee kirkon painottavan hyvinvoinnin ja terveyden spirituaalista ulottuvuutta. Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön strategiassa 2010, Vastuun ja osallisuuden yhteisö (2003), osallisuuden vahvistamisella viitataan yhteisöllisyyden tukemiseen ja kehittämiseen. Kirkon tehtäväksi nähdään syrjäytymisen ehkäisy vahvistamalla lähiyhteisöjä ja niiden luontevaa huolenpitoa jäsenistään. (Tervonen-Goncalves 2006, 8–11, 20–27.)

Syksyllä 2007 Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön toimikunta perusti työryhmän selvittämään seurakunnissa tapahtuvaa terveydenedistämistä ja diakonista hoitotyötä. Keskeisenä kysymyksenä oli, kuinka seurakuntadiakonian avulla voitaisiin lievittää sairaudesta aiheutuvaa hätää. Kirkkohallituksen työryhmä esitti seuraavat toimenpide-ehdotukset: diakonisen hoitotyön kehittäminen seurakunnissa, yhteyksien vahvistaminen terveydenhuoltoon, diakonisen hoitotyön osaamisen vahvistaminen koulutuksen avulla, hoitotyön osaamisen arvostaminen kirkossa, järjestelmän luominen hoitotyön osaamisen päivittämiseen, lääkehoitosuunnitelman laatiminen seurakuntiin sekä diakoniatyöntekijän roolin selkeyttäminen sairaalasielunhoidossa. (Kirkkohallitus 2009, 3, 8, 29–33.)

Sairas köyhyys-tutkimuksen mukaan diakoniatyöstä on tullut asiakkaille ”viimeinen luukku” sekä haettaessa apua terveysongelmiin että taloudellisiin ongelmiin (Kinnunen 2009 a, 10). Etenkin kaikkein huono-osaisimpien auttamisessa tarvitaan kokonaisvaltaista auttamista, etsivää työotetta, asiakkaan elämäntilanteeseen perehtymistä, hoitosuhteen jatkuvuutta, yhteistyötä viranomaisten ja kolmannen sektorin välillä sekä luottamuksellisuutta autettavan ja auttajatahojen välillä (Kinnunen 2009 d, 167). Terveyteen liittyvässä auttamisessa on tärkeää tukea asiakasta siten, että hän pääsee avun saamista ehkäisevien esteiden yli. Näitä esteitä ovat rahan, tiedon tai itseluottamuksen puute, jaksamattomuus, kyvyttömyys tai taitamattomuus hakea apua. Diakoniatyöntekijä toimii asiakkaan rinnalla tukena, kumppanina, oppaana ja linkkinä varmistaen avun hankkimisen ja sen saamisen. Sielunhoidon sisältyminen diakoniatyöhön tekee ihmisen

auttamisesta erityistä verrattaessa sitä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tarjoamaan auttamiseen. (Kinnunen 2009 c, 120–121.)

2.2 Kotona asuvan asiakkaan hoitotyö

2.2.1 Hoitotyö

Hoitotyö toteutuu terveysalan ammattilaisten antamana hoitona, jossa toiminnot perustuvat tutkittuun tietoon, ammatilliseen kokemukseen tai hyväksi koettuihin käytänteisiin. Hoitamisen tavoite on auttaa ihmistä kohti mahdollisimman hyvää elämää. (Eriksson ym. 2007, 81–84; Haho 2006, 24–25; Kalkas 2002, 76–80.) Asiakasta autetaan selviytymään jokapäiväisistä toiminnoista, terveyteen liittyvissä kysymyksissä tai kuolemaan arvokkaasti sekä tuetaan myös hänen läheisiään (Janhonen & Pyykkö 1996, 30).

Sivosen (2003, 127) mukaan hoitotyöllä voidaan myös tarkoittaa vapaaehtoista auttamistyötä tai perheen sisällä tapahtuvaa hoitamista eli luonnollista hoitamista. Hahon (2006, 23) määrittelemänä luonnollista hoitamista on ihmisten huolehtiminen itsestään ja toisistaan, rakastaminen, kasvattaminen, ruokkiminen, ohjaaminen ja neuvominen elämään liittyvissä kysymyksissä. Koti on perinteisesti paikka, jossa perheet ja suvut ovat hoitaneet lapsia, sairaita ja iäkkäitä (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff 2007, 8). Ammatillinen hoitaminen perustuu luonnolliseen hoitamiseen (Haho 2006,23).

Hoitotyön toiminnan lähtökohtana on ihmisen ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen. Näin ollen hoitotyön tulisi olla terveyslähtöistä ja vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja. Asiakkaalla on tarvittaessa oltava oikeus myös tulla hoidetuksi ja saada ammatillista apua silloin, kun hän ei itse jaksa tai osaa toimia. Hoitotyön toiminnot toteutuvat asiakkaan ja hoitajan välisissä auttamis- ja ohjaustilanteissa. Toiminnan perustana ovat hoitajan tiedot ja taidot, kuten esimerkiksi kädentaidot, kyky ohjata ja neuvoa, vuorovaikutustaidot sekä kyky antaa psyko-sosiaalista tukea. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 13–14.)

Eettisten ohjeiden tavoitteena on antaa ohjeet eettisesti hyvästä hoidosta ja samalla suojella haavoittuvassa asemassa olevaa asiakasta (Välimäki 2004, 149). Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE on laatinut terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet. Terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001.) Sairaanhoitajan eettiset ohjeet ovat yhteneväiset terveydenhuollon yhteisten eettisten periaatteiden kanssa. Eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tehtävä määritellään seuraavasti:

> Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen.
>
> Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua. (Sairaanhoitajaliitto 2009.)

Ammatillista hoitotyötä on pidetty kutsumusammattina hoitotyön historiassa ja hoitaminen on perustunut kristilliseen rakkauteen tai yleisinhimilliseen lähimmäisenrakkauteen sekä yleiseen ajatukseen, että toisesta ihmisestä pitää huolehtia (Eriksson 1989, 37–39, 43–44, 85; Eriksson 2004; Kalkas 2002, 78–79). Pohjalaisen mukaan nykyaikaisen hoitotyön ”kehto” on Kaiserswerthin Diakonissalaitos Saksassa, missä vuonna 1836 aloitettiin lastenhuolto- ja sairaanhoitodiakonissojen koulutus. Florence Nightingale, jota pidetään nykyaikaisen sairaanhoidon ja hoitotieteen perustajana, kävi perehtymässä Kaiserswerthin koulutukseen. (Pohjalainen 2005, 123.) Nightingale toi hoitotyöhön ja hoitotieteeseen hengellisyyden ja uskon ulottuvuudet. Hänen mukaansa sairaanhoito oli Jumalan tahdon täyttämistä ja hoitotyö perustui hengelliseen kutsumukseen. (de Graaf, Marriner-Tomey, Mossman & Slebodnik 1994, 77.) Myöhemmin sairaanhoitajakoulutus erkani alkuperäisestä kristilliseen rakkauteen nojaavasta perustastaan ja sen arvopohjaksi muodostuivat humanistiset arvot (Pohjalainen 2005, 123).

Hoitotyö pohjautuu tutkittuun tietoon. Tutkitun tiedon avulla hoitotyön turvallisuus, tehokkuus ja vaikuttavuus paranevat. (Eriksson ym. 2007, 41.) Hoitotieteen ihmistutkimuksen kohteina ovat hoidettava ihminen, perhe, yhteisö ja hoitava ihminen. Ihmistä tarkastellaan suhteessa ympäristöön, kulttuuriin ja hoitotyöhön. (Eriksson ym. 2007,

76.) Hoitotieteessä korostetaan ihmisen kehon ja mielen erottelemattomuutta eli ihmisen kokonaisuutta ja kokonaisvaltaista hoitotyötä. Käytännön hoitotilanteissa ei voida erottaa ruumista, sielua tai henkeä. (Aleksander ym. 1994, 415; Eriksson 1989, 59; Eriksson ym. 2007, 74–77; Kuuppelomäki 2001, 28.) Hoitotieteen tuottaman tiedon avulla hoitotyöntekijä voi jäsentää hoitotodellisuutta ja saada tukea hoitamisen päätöksenteossa (Eriksson ym. 2007, 45). Osa tarvittavasta tiedosta saadaan eri tieteenaloilta, kuten esimerkiksi lääketieteen, psykologian ja sosiologian tuottamasta tiedosta (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 10–11).

2.2.2 Diakoninen hoitotyö

Saksassa, Kaiserswerthin Diakonissalaitoksella, vuonna 1836 aloitettu diakonissojen koulutus oli mallina Suomen diakonissakoulutukselle, joka aloitettiin Helsingin Diakonissalaitoksella vuonna 1867 (Pohjalainen 2005, 122, 124; Sivonen 2003, 129; Vuoti 2005, 8). Alusta asti diakonissakoulutus antoi kaksoispätevyyden sekä sairaanhoitajan että diakonissan tehtävään (Kotisalo 2002, 7–9). Aluksi diakonissat toimivat sairaaloissa ja vuodesta 1893 heitä lähetettiin seurakuntiin (Pohjalainen 2005, 124), joissa he toimivat pääasiassa kiertävinä sairaanhoitajina (Juntunen & Saarela 2009, 36). Diakonissat hoitivat nälänhädästä ja kulkutaudeista kärsiviä sairaaloissa ja kodeissa sekä huolehtivat köyhistä ja turvattomista lapsista (Pyykkö 2004, 115).

Diakonissojen kotisairaanhoitotyöllä oli 1900-luvun alkupuolella yhteiskunnallisesti ja kansanterveydellisesti suuri merkitys. Kunta ja seurakunta saattoivat yhdessä palkata diakonissan. (Juntunen & Saarela 2009, 36; Malkavaara 2007, 30.) Diakonissan työlaukun keskeiset työvälineet olivat sairaanhoidon välineet, Raamattu ja veisuukirja. Esimiehiä diakonissalla oli kaksi: kirkkoherra ja kunnanlääkäri. (Vuoti 2008, 3.) Vuonna 1943 Kirkkolakiin tehdyn muutoksen myötä diakonian virasta tuli pakollinen seurakunnissa (Malkavaara 2007, 30–31). Lakimuutoksen jälkeen diakonissat työskentelivät paljolti kotisairaanhoidossa (Pyykkö 2004, 123). Kunta ja seurakunta tekivät yhteistyötä sosiaali- ja terveyspuolella varsin tiivisti aina vuoteen 1972, Kansanterveyslain voimaan tuloon saakka. Lain voimaantulon myötä diakonissat eivät voineet enää toimia kotisairaanhoitotyössä kunnanlääkärin alaisina. (Juntunen & Saarela 2009, 38.) Tämän jälkeen

diakonissojen työssä alettiin korostaa kokonaisvaltaista kohtaamista ja sielunhoitoa (Malkavaara 2007, 32; Juntunen & Saarela 2009, 38). Työ ohjautui sielunhoidon lisäksi virkistys-, leiri- ja ryhmätoimintaan. 1980-luvulla sairaanhoidollisten toimenpiteiden sijaan diakoninen hoitotyö muuttui neuvoa antavaksi, tukevaksi ja ohjaavaksi. (Vuoti 2005, 16–17.)

Myllylä (2004, 42) sekä Rättyä (1998, 9) viittaavat Möttöseen (1994) todetessaan diakonisen hoitotyön käsitteen tulleen käyttöön 1980-luvulla. Diakoninen hoitotyö (diaconal caring/diaconal nursing) on oma professionsa, jota toteuttavat sairaanhoitajan koulutuksen sekä kirkon diakonian virkaan vaadittavat opinnot suorittaneet työntekijät, diakonissat. Diakoninen hoitotyö on yksi hoitotyön erikoistumisen alue, jonka ytimeksi Myllylä määrittelee ihmisyyden, ihmisen kohtaamisen ihmisenä ja Jumalan kuvana. Diakoninen hoitotyö on diakonissan toteuttamaa työtä sairaaloissa, hoitolaitoksissa ja seurakunnassa. (Myllylä 2004, 63, 66, 77.) Diakonissa toimii itsenäisesti ja laajaalaisesti terveydenhuollon ammattihenkilönä edistäen terveyttä sekä toimii hengellisen työn tekijänä (Kotisalo 2006, 14).

Diakonisen hoitotyön arvosisältö pohjaa kristilliseen ihmiskäsitykseen ja sen arvoihin (Myllylä 2004, 43–44). Kristillisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on ruumiillinen, henkinen, sielullinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Kokonaisvaltaiseen ihmisen kohtaamiseen kuuluu jakamaton ja yhtäläinen ihmisarvo, jolloin kaikkia on kohdeltava tasaarvoisesti, kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. (Lindqvist 1997, 34–39; Valopaasi 1996, 29.) Diakonisessa hoitotyössä ihmisarvo on pysyvä eikä sitä voi menettää (Puustinen 2003, 146). Vuorovaikutustilanteet diakonisessa hoitotyössä kuvataan kolmiosuhteena: hoitajan, hoidettavan/asiakkaan/ryhmän ja jumalallisen läsnäolon koosteena. Asiakas kohdataan lähimmäisenä, tasavertaisena, Jumalan luomana ja hänen auttamisensa on pyyteetöntä. (Myllylä 2004, 44, 66, 68.) Hoidettavana olevalta ei vaadita erityistä maailmankatsomusta, uskontoa tai aatetta. Diakoniseen hoitotyöhön sisältyy myös tietämys erilaisista kulttuureista ja niissä toteutettavasta hoitamisesta. Myllylän tutkimuksessa tuli esille kuinka nekin ihmiset, jotka eivät tunnustautuneet kristityiksi, kokivat diakonisen hoitotyön heijastavan turvallisuutta, yksilöllisyyttä sekä vilpitöntä ja rehellistä toivoa. (Myllylä 2004, 66–68.)

Diakonisen hoitotyön tietoperusta on monitieteinen. Teoriatietoa hyödynnetään hoitotieteen, teologian ja hoitotyön päätöksentekoa täydentävien muiden tieteiden sovelluksista. (Kotisalo 2002, 19; Myllylä 2004, 43–44.) Tietoperusta antaa diakonissalle valmiuksia luovaan päätöksentekoon, ratkaisujen etsimiseen, kriittiseen ajatteluun ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen (Kotisalo 2002, 19). Diakoniatyössä diakonissa tarvitsee laaja-alaista sosiaali- ja terveysalan osaamista, jossa korostuu kohtaamisosaaminen, yhteistyötaidot, kouluttajan ja hengellisen työn valmiudet, oman persoonan käyttö sielunhoitajana ja toivon mahdollistajana (Kotisalo 2002, 59). Diakoninen hoitotyö käsittää kaikki hoitotyössä edellytettävät osaamisen alueet, mutta niiden lisäksi myös karitatiivisen ja liturgisen osaamisen (Myllylä 2004, 44).

Diakonisen hoitotyön auttamismenetelmiä ovat kokonaisvaltainen palveleminen, pyyteetön auttaminen, tukeminen, opettaminen, ohjaus, sielunhoito, rukous, kuunteleminen, läsnä oleminen, kärsimyksen lievittäminen, toivon lisääminen, koskettaminen, lähellä olo, ammatillisen rakkauden osoittaminen ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen (Myllylä 2004, 53–57, 67). Kotisalon (2002, 2) tutkimuksessa tuli esille myös voimavarojen vahvistaminen, yksinäisyyden kohtaaminen, terveyteen liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä yhteistyö eri ammattikuntien kanssa asiakkaan palvelemisessa.

Käsitteenä diakoninen hoitotyö on laajempi kuin hoitotyö, sillä se merkitsee ihmisen kohtaamista jakamattomana sieluna, henkenä, ruumiina ja iankaikkisena yksilönä (Kotisalo 2006, 10; Myllylä 2000, 37–38; Myllylä 2004, 43–44). Diakonisen hoitotyön käsitteen käyttö kansainvälisissä yhteyksissä on Jauhosen (2006, 8) mukaan ongelmallista johtuen koulutusrakenteiden erilaisuudesta. Englantilaisessa ja amerikkalaisessa kulttuurissa diakonia-käsitettä vastaa lähinnä hengellinen hoito (spiritual care), yhteisöhoito (community care) tai seurakunnassa tehtävä sairaanhoito (parish nursing) (Myllylä 2000, 31). Parish nursing -käsite tarkoittaa USA:ssa 1997 hyväksyttyä ohjelmaa hoitotyön toteuttamiseksi seurakunnissa. Sairaanhoitaja toimii terveydenedistämistyössä seurakunnassa sekä hyväksyttynä yhteistyökumppanina sairaalan henkilökunnan sekä alueen sosiaalityöntekijöiden kanssa. Työ sisältää muun muassa ohjausta, neuvontaa, ennaltaehkäisevää työtä, terveyskasvatusta, hengellistä tukemista, vertaisryhmien tarjoamista sekä perheiden tukemista. Parish nursing korostaa yhteisöllisyyttä, hengellisyyttä ja kokonaisvaltaista hoitamista. (Cassidy 2002, 179–183; Kotisalo 2002, 17; Matteson,

Reilly & Moseley 2000, 144–147; Parish Nurse Institute i.a.; Rättyä 2008; Solari-Twadell 2006, 17–18; van Dover & Pfeiffer 2007, 213–221.)

2.2.3 Koti hoitoympäristönä

Hoitotyötä tehdään erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoitotyön perustoiminnat ovat rakenteellisesti samanlaiset eri toimintaympäristöissä, mutta toiminnan sisällöt vaihtelevat paljon. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 10–11, 16.) Asiakkaan koti on yksityinen, jossa hoitotyöntekijä on vieras. Kotia ei ole tarkoitettu alun perin hoitotyön ympäristöksi. Tämä voi olla haaste kotona tapahtuvalle hoitotyölle ja kotona suoritettaville hoitotoimenpiteille. (Leino-Kilpi 2004 b, 231.) Kotonaan asuva asiakas päättää itse millainen hänen kotinsa on ja kuka hänen kotiinsa voi tulla. Kotona toimitaan asiakkaan ehdoilla niin pitkälle kuin se on mahdollista vaarantamatta hänen hyvinvointiaan, terveyttään ja turvallisuuttaan. Tämä vaatii hoitajalta joustavuutta, luovuutta ja yhteistyökykyä sekä vahvaa osaamista ja ammattitaitoa. Toisaalta hoitotyöntekijällä on usein paremmat mahdollisuudet työskennellä yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa kotona kuin sairaalassa, joka on asiakkaalle ympäristönä vieras. (Hägg ym. 2007, 8, 17.)

Hoitotyö asiakkaan kotona on vaativaa ja itsenäistä ja sitä on jatkuvasti kehitettävä asiakkaiden ja yhteiskunnan muuttuvien tarpeiden mukaan. Hoitotyöntekijä tarvitsee kotiympäristössä työskennellessään vahvaa ja monipuolista osaamista, joka perustuu teoreettiseen osaamiseen. (Hägg ym. 2007, 22–23.) Välittömän toiminnan tason tilanteita ja ongelmia ei voida aina ennakoida, vaan niiden ratkaisemiseen tarvitaan hoitotyön erityistietoa (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 15). Terveyden edistämisen osaaminen auttaa hoitotyöntekijää tunnistamaan asiakkaan elinympäristöön ja elintapoihin liittyviä terveysriskejä sekä auttaa hoitajaa tukemaan asiakasta näiden riskien vähentämisessä. Kliinisten taitojen soveltaminen kotiympäristössä edellyttää hoitotyöntekijältä luovaa ja itsenäistä päätöksentekokykyä sekä konsultointi- ja yhteistyötaitoja. Hoitotyöntekijä tarvitsee tietoa arvioidakseen asiakkaan vointia, elintoimintoja ja toimintakykyä. Tärkeä osa kotona tehtävää hoitotyötä on sekä asiakkaan että hänen läheistensä ohjaus, neuvonta ja opettaminen. (Hägg ym. 2007, 22–23.)

Kotona olevan asiakkaan hoitotyössä hoidon jatkuvuuden turvaaminen korostuu. Tiedon siirtyminen ja luottamuksellisuus ovat keskeisiä huomioitavia tekijöitä. Hoitotyöntekijän on kotiolosuhteissa oltava erityisen huolellinen, että oleellinen tieto siirtyy, mutta samalla varottava tiedon leviämistä muille kuin niille kenelle asiakas sallii tietojensa luovuttamisen. (Leino-Kilpi 2004, 231–232.)

2.3 Kotihoito

Hammar viittaa useisiin lähteisiin tuodessaan esille kotihoidon olevan vaikeasti määriteltävä käsite. Sisällöt ja toimijat vaihtelevat eri tutkimuksissa ja eri maissa. Englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään termejä home care, home health care, home-care nursing, home nursing, home help services ja domiliciary care. (Hammar 2008, 21.) Kotihoidon käsitteen vakiintumattomuus johtuu osittain kotihoidon historiasta. Kotihoidon kaksi osaa, kotisairaanhoito ja kotipalvelu, ovat historiallisesti kehittyneet erillään ja kuuluneet 1990-luvun alkuun saakka kunnissa eri hallintokuntiin. Kotisairaanhoito on kuulunut terveystoimeen ja kotipalvelu sosiaalitoimeen. (Tepponen 2009, 17.) Kotihoito on asiakkaalle kotiin annettava sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. Siihen voi sisältyä kotisairaanhoito, kotipalvelu, lääkärin, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän ja muiden erityisammattiryhmien kotikäynnit, ilta- ja yökotihoito, tuki- ja turvapalvelut, omaishoidontuki ja perhetyö. Kotihoito on ryhmätyötä ja moniammatillista yhteistyötä. (Hägg ym. 2007, 24; Friis 2004, 3.)

Suomessa kotisairaanhoidon juuret yltävät 1800-luvun puolelle, vaikka laki kunnallisista terveyssisarista tuli voimaan 1940-luvulla. 1900-luvun alussa maaseudulla alkoi toimia kiertäviä sairaanhoitajia, jotka tekivät kotikäyntityötä ja osallistuivat terveyden- ja sairaanhoidon sekä yhteiskunnallisten olojen kehittämiseen. He toimivat tuberkuloosihoitajattarina, lastenhuoltajattarina, kouluhoitajattarina ja tehdassairaanhoitajattarina. Heidän rinnallaan työskentelivät seurakuntasisaret, diakonissat. Sairaanhoitajat työskentelivät lähellä ihmisiä, heidän erilaisissa elämäntilanteissaan ja antoivat ohjausta yksilöille, perheille ja yhteisöille. (Hägg ym. 2007, 9.)

1972 voimaantullut Kansanterveyslaki velvoitti kuntia järjestämään kuntalaisten tarvitsemat peruspalvelut, joihin myös kotisairaanhoito kuului. Terveyspoliittista painopistettä siirrettiin sairaalassa tapahtuvasta hoidosta perusterveydenhuoltoon ja avohoitoon. Kotisairaanhoidon tavoitteeksi tuli auttaa toimintakyvyn säilyttämisessä ja terveyden ylläpitämisessä. (Hägg ym. 2007, 9-10; Friis 2004, 15.)

Kotipalvelu on monipuolista henkilökohtaiseen huolenpitoon ja jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toimissa avustamista. Se on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa voidakseen asua kotona. Yleisimpiä perusteita kotipalvelun käytölle ovat alentunut toimintakyky, yksin tai puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuminen sekä tukihenkilöiden vähyys. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100–101.) Alkujaan kotiapua suunnattiin monilapsisille vähävaraisille perheille. 1950-luvulla kotiapu laajeni myös vanhusten auttamiseen. Aluksi kotiapua organisoivat vapaaehtoisjärjestöt, mutta vuonna 1966 säädetty laki kunnallisesta kotihoitoavusta siirsi kotiavun kuntien vastuulle. Lain myötä apua laajennettiin myös muille kuin vähävaraisille. (Hägg ym. 2007, 9.)

1980-luvulla voimaan tuli sosiaalihuoltolaki, joka velvoitti kuntia painottamaan avohuoltoa ja kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteistyötä alettiin korostaa. 1990-luvun alkupuolella osassa kuntia kotipalvelu ja kotisairaanhoito yhdistettiin yhdeksi toiminnaksi, kotihoidon yksiköksi, jonka keskeisin tarkoitus on ollut tiedonkulun ja asiakkaiden hoidon jatkuvuuden parantaminen. Palvelut kohdentuvat pääasiallisesti iäkkäimmille ja paljon apua tarvitseville. 1990-luvun lopulla kotihoidossa pyrittiin monialaiseen yhteistyöhön, asiakaslähtöisyyteen sekä otettiin omaiset ja läheiset mukaan hoitoon. Hoitoajat sairaaloissa lyhenivät ja entistä huonokuntoisempia potilaita hoidettiin kotona. (Hägg ym. 2007, 10–12; Perälä, Grönroos & Sarvi 2006, 7.) Muutokset ovat jatkuneet 2000-luvulla. Kotipalvelu- ja kotisairaanhoitotoimintojen yhdistämistä on edelleen jatkettu. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve on kasvanut ja samalla kuntien taloudellinen tilanne on huonontunut. Asiakkaat joutuvat ostamaan palveluja muilta palveluntuottajilta (esim. siivouspalvelu) ja turvautumaan entistä enemmän omaisten apuun. Paljon apua tarvitsevat asiakkaat vaativat myös työntekijöiltä joustavuutta, yhteistyökykyä ja monipuolisia ammattivalmiuksia. (Hägg ym. 2007, 12; Heinola 2007, 9–11.)

Tässä opinnäytetyössä kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (710/1982, 20§) ja –asetuksen (607/1983, 9§) mukaista kotipalvelua ja kansanterveyslain (66/1972 14§, 15§, 17§) mukaista kotisairaanhoitoa, jotka toimivat yhdistettyinä. Kotihoito voi toimia yhdistettynä niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty organisaatio- tai lautakuntatasolla (Hammar 2008, 23). Yhdentyneessä kotihoidossa kotipalvelu- ja kotisairaanhoitohenkilöstö tekevät asiakastyötä yhdessä, jolloin eri ammattiryhmät tuovat oman osaamisensa niin asiakkaan kuin toisten työntekijöiden avuksi. Ydintehtäviä yhdentyneessä kotihoidossa ovat kotisairaanhoitohenkilöstön suorittama hoitotyö ja kotipalveluhenkilöstön suorittama hoiva- ja huolenpitotyö. (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 12–13, 42.) Kotipalveluhenkilöstöllä on kodinhoitajan, kotiavustajan tai lähihoitajan koulutus ja kotisairaanhoitohenkilöstöllä terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, perushoitajan tai lähihoitajan koulutus (Hammar 2008, 23).

Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään tukemalla hänen toimintakykyään (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1997, 10). Asiakkaiden avuntarve liittyy arkielämän sujumiseen, elämänhallintaan, toimeentuloon, asumiseen tai terveyden ja sairauden hoitoon liittyviin kysymyksiin. Avunpyyntö voi tulla asiakkaalta itseltään, omaiselta, naapurilta tai jostakin hoitoyksiköstä asiakkaan kotiutuessa ja haluttaessa turvata hoidon jatkuvuus. Myös seurakunnan työntekijä voi olla aloitteellinen ja pyytää arvioivaa kotikäyntiä asiakkaalleen. (Larmi ym. 2005, 44.)

Kotihoitoon osallistuvien henkilöiden samansuuntaisten tavoitteiden, toiminnan ja palveluiden arvioinnin turvaamiseksi tulee laatia hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen perustuu Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävään lakiin (812/2000, 7§). Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, josta käy ilmi kaikki asiakkaan tarvitsemat palvelut ja hoito. Asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi ja yksilölliset tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset toimivat suunnitelman lähtökohtina. Hoidon ja palvelun suunnitteluun tulisi osallistua kaikkien asiakkaan auttamiseen osallistuvien tahojen. (Mäkinen ym. 1997, 106–115.) Asiakkaalla on oikeus päättää antamiensa tietojen luovuttamisesta ja oikeus tietojen salassapitoon (Larmi ym. 2005, 48). Kotihoitotyössä on pitkään ollut käytössä tiedonkulun apuvälineenä viestivihkot. Kotihoidon työntekijät ovat kirjanneet niihin suorittamansa

työtehtävät ja seuraava työntekijä sekä omaiset ovat voineet seurata palvelun toteutumista. Tietosuojamääräysten vuoksi viestivihkoihin liittyy nykyisin ongelmia. Esimerkiksi asiakkaan terveydentilaa tai käyttäytymistä kuvaavat tiedot ovat arkaluontoisia eikä niitä saa ilmaista sivullisille ilman asiakkaan lupaa. Viestivihkon käytölle täytyy olla asiakkaan lupa ja tämä lupa tulee kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Larmi ym. 2005, 87.)

2.4 Seurakunnan ja kunnan välinen moniammatillinen yhteistyö

Historiallisesta perspektiivistä katsottuna kuntien ja seurakuntien yhteistyöllä on pitkät perinteet. Kirkollisten tehtävien lisäksi seurakunnille on ajan saatossa kuulunut tiettyjä yhteiskunnallisia tehtäviä. Jo vuodesta 1617 seurakuntia velvoitti sääntö köyhäinhoidosta, jonka myötä alkoi syntyä pieniä hoitoyksiköitä, hospitaaleja. Mikäli avuntarvitsija ei itse kyennyt huolehtimaan hoitokuluistaan, kunta tai kaupunki maksoi kulut. Kansanopetus tapahtui lukkarinkouluissa ja myöhemmin pitäjänkouluissa, kunnes 1860-luvun lopulla kansa- ja oppikouluja koskevat asiat siirtyivät kunnille. Köyhäinhoito siirtyi kuntien vastuulle 1923 köyhäinhoitolain mukaisesti. Maallinen valta alkoi vastata terveydenhuollosta 1800-luvun loppupuolella. Samaan aikaan kuitenkin perustettiin diakonissalaitoksia, ensimmäinen 1867 Helsinkiin, jotka alkoivat kouluttaa sairaanhoitajadiakonissoja seurakuntien palvelukseen. Yhteistyötä sosiaali- ja terveyspuolella tehtiin varsin tiivisti, aina vuoden 1972 Kansanterveyslain voimaan tuloon saakka. (Suomen Kuntaliitto 1998, 5–9; Suomen Kuntaliitto 2002, 9–11.)

Vuotin (2005) tutkimus Sairaanhoidosta eheyttävään kohtaamiseen, kuvaa diakonissan työn sisällön muotoutumista kahden, pitkään diakoniatyössä työskennelleen diakonissan kertomana. Tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat kuinka 1970-luvulla kotisairaanhoitajat ja kotiavustajat olivat diakonissojen tärkeitä työtovereita, joiden rinnalla toteutettiin kotikäyntityötä ja jopa huolehdittiin loma-aikojen lomituksista. Tieto asiakkaista kulki diakonissojen, kotisairaanhoitajien ja kotiavustajien välillä. (Vuoti 2005, 50–51.)

Kuntien ja seurakuntien välisen yhteistyön kehittämistarpeista keskustelu lisääntyi 1990-luvun laman myötä, jotta mahdollisimman monelle kansalaiselle voitaisiin turvata

pääsy palveluprosesseihin. Ensimmäinen suositus kuntien ja luterilaisten seurakuntien yhteistyöstä annettiin 1976, jota ovat seuranneet vuosina 1983 ja 1996 annetut suositukset, joiden tuloksena ovat Suomen kuntaliiton julkaisut Kunnat ja seurakunnat yhdessä (1998) sekä Kunta ja seurakunta – yhteistyössä yhteisön hyväksi (2002). (Suomen kuntaliitto 2002, 7.)

Isoherranen (2008) viittaa Argyleen (1991) määritellessään yhteistyöllä pyrittävän sellaiseen toimintaan, jossa yhteinen tavoite tunnistetaan ja saavutetaan mahdollisimman onnistuneesti ja tehokkaasti. Toiminnan lisäksi yhteistyössä korostuvat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutus. Käsiteltävien asioiden monimutkaistuessa yhteinen kieli ja käsitteet sekä vuorovaikutukseen liittyvät säännöt tulevat tärkeämmiksi. Toteutuakseen yhteistyö vaatii opettelua ja yhteistyön hyväksymistä sosiaalisena käyttäytymismallina. (Isoherranen 2008, 26–28.) Ikäläinen (2008) viittaa Vernisiin ym. (2006) määritellessään yhteistyön olevan muuttuvaa. Yhteistyö kehittyy ajan kuluessa osapuolten oppiessa tuntemaan toisiaan ja kun heidän välilleen syntyy luottamusta. Toiset yhteistyösuhteet luodaan tiettyä, kertaluontoista tavoitetta varten ja toiset rakentuvat pidemmän aikavälin tavoitteille. Toteutuakseen yhteistyö vaatii resursseja, jonka vuoksi sen tulee olla suunniteltua ja tarkoituksenmukaista. (Ikäläinen 2008, 20.)

Isoherranen (2008, 29) määrittelee sellaisen asiakaslähtöisen yhteistyön, jossa on mukana useita asiantuntijoita ja mahdollisesti eri organisaatioita, moniammatilliseksi yhteistyöksi. Käsitteenä moniammatillinen (multiprofessional, interprofessional, trans-/crossprofessional) yhteistyö on esiintynyt eri alojen yhteistyön kuvauksissa jo 1980-luvun lopulta lähtien ja vakiintunut käyttöön Suomessa 1990-luvulla. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia, joita systeemisen kokonaisuuden rakentaminen edellyttää. Asiakaslähtöistä, kokonaisvaltaista tietoa koottaessa, tavoitteena on kaikkien eri asiantuntijoiden mahdollisuus vaikuttaa keskusteluun, dialogiin ja päätöksentekoon, tuoden siihen oman erityisosaamisensa näkökulman. Etenkin sosiaali- ja terveysalalla moniammatillinen yhteistyö ja sen merkitys korostuvat, koska asiakastapauksissa tarvittavaa tietoa voi olla paljon. (Isoherranen 2008, 33–34, 37, 40.)

Moniammatillisessa ryhmässä jokainen ryhmän jäsen tarkastelee asioita oman asiantuntijuusalueensa näkökulmasta muiden asiantuntijoiden kanssa. Luottamus omaan ammatilliseen osaamiseen, kyky omien näkemysten selkeään esittämiseen ja perustelemiseen, selkeys omasta roolista ja tehtävästä työryhmässä, toisten asiantuntijuuden arvostaminen ja siihen luottaminen auttavat yhteistyön toteuttamisessa. Myös organisaatiorakenteen on tuettava yhteistyön toteutumista. Organisaation tulisi arvostaa työntekijöiden osallistumista, autonomiaa, tasa-arvoa ja ilmaisuvapautta. Esteinä moniammatilliselle yhteistyölle ovat olleet jäykät hierarkkiset rakenteet, pitkälle viety työnjako ammattiryhmien kesken ja eriytynyt päätöksentekomenettely, puutteet tiedonvälityksessä ja vuorovaikutuksessa sekä yksittäisten tehtävien korostaminen. (Rekola 2008, 13, 15–17.)

Uusimmissa tutkimuksissa on tullut esille tarve kehittää kunnan ja seurakunnan välistä moniammatillista yhteistyötä. Kotihoidon työntekijöiden tiedonpuute seurakunnan tuottamista palveluista tuli esille Stakesin PALKO- tutkimus- ja kehittämisprojektin osatutkimuksessa Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Eniten puutteita kotihoidon työntekijät kokivat valmiuksissaan vastata iäkkäiden hengellisiin tarpeisiin, mutta toisaalta ottivat harvoin yhteyttä seurakunnan työntekijöihin. (Perälä ym. 2006,18, 20, 27.) PALKO- hankkeen kahdessa osatutkimuksessa tuli esille, että hoitoketjussa tieto asiakkaasta ei kulje saumattomasti hoitopaikkojen välillä (Perälä ym. 2006, 27; Toljamo & Perälä 2008, 28–29). Verkosto arjen työtä tekevien voimavaraksi- hankkeessa (VerVo) todettiin, että yhteistyö seurakunnan ja kunnan sosiaali- ja terveystoimen välillä oli sattumanvaraista ja toteutui työntekijöiden tuttavuuden pohjalta (Weissenfelt ym. 2008, 4, 6, 17, 24).

Syrjäytymisen ehkäisemiseksi on tarvittu laajaa yhteistyötä kirkon, kuntien sekä eri yhteisöjen ja järjestöjen kesken. Yhteistyötä tehdään terveydenedistämisessä, kasvatustyössä, perheiden tukemisessa ja kulttuuritoiminnassa. Kunnat ja seurakunnat tekevät yhteistyötä myös tilojen ja välineiden käytössä sekä eri tapahtumien järjestelyissä. (Suomen Kuntaliitto 1998, 22–27.) Grönlundin ja Juntusen tutkimuksessa viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista, yhtenä tutkimuskohteena oli viranomaisten yhteistyö ja nimenomaan diakoniatyön rooli julkisen sosiaalityön rinnalla. Tutkimuksessa tuodaan esille kirkon, kolmannen sektorin ja järjestöjen tuottavan osan hyvinvointipalveluista ja paikkaavan julkisen turvan aukkoja. (Grönlund & Juntunen 2006, 185.) Sairas köyhyys-

tutkimuksen mukaan viranomaisyhteistyöllä diakoniatyöntekijät pyrkivät vaikuttamaan yhteiskunnallisesti. Heikompiosaisten terveydenhoitoon liittyviin ongelmiin pyrittiin vaikuttamaan paikallistasolla ja arkipäivän politiikan kautta. (Kinnunen 2009 c, 114.)

Rättyän (2004) tutkimuksessa Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan, vastaajat korostivat yhteistyön ja toiminnan suunnittelemisen merkitystä osana ammattitaitoista auttamista. Yhteistyötä tehtiin runsaasti ja laaja-alaisesti eri verkostojen, kirkollisten toimijoiden, organisaatioiden, järjestöjen ja yhdistysten kanssa. Kunnan sosiaali- ja terveystoimi, mielenterveystoimisto, kotisairaanhoito, terveyskeskus ja muut kuntien viranhaltijat olivat merkittäviä yhteistyötahoja. Verkostotyöllä voitiin lisätä ihmisten hyvinvointia. Eri auttajatahojen yhteistyö esti päällekkäisyyksiä ja vapautti resursseja. (Rättyä 2004, 39–41, 93.)

Tepponen (2007) tuo esille kotihoidon monipuolisen toteuttamisen edellyttävän useiden eri toimijoiden yhteistyötä. Näihin toimijoihin kuuluvat asiakkaat, omaiset, vapaaehtoiset, eri ammattilaiset ja eri organisaatiot. Toteutuksen onnistumiseen tarvitaan palveluiden hyvää koordinointia. Tepposen kuvaamassa kotihoitoasiakkaan palveluverkostossa seurakunta on mainittu yhtenä toimijana ja diakoniatyöntekijät merkittävinä kotihoidon yhteistyökumppaneina. (Tepponen 2007, 61–63, 70.)

Sairas köyhyys- tutkimuksessa (2009) tuli esille, että sosiaalitoimi on diakoniatyössä tärkein yhteistyökumppani, toiseksi tärkein on kotihoito ja kolmantena on terveyskeskus ja sen monien eri työalojen edustajat. Yhteistyö oli usein asiakaskohtaista ja kahdenvälistä, mutta myös laajempia verkostopalavereja mainittiin. Tutkimuksen mukaan pienillä paikkakunnilla yhteistyö oli tiiviimpää. Merkille pantavaa on, että haastatellut diakoniatyöntekijät ilmoittivat säännöllisen yhteistyön sosiaali- ja terveysalan viranomaisten kanssa vähentyneen viime vuosina. Tähän olivat syynä organisaatiomuutokset, sosiaalityöntekijöiden suuri vaihtuvuus sekä paikkakunnalla käytössä oleva aluejako. Myös yhteistyö kotihoidon kanssa oli muuttunut epäsäännöllisemmäksi ja asiakaskohtaiseksi. Syyksi ilmoitettiin kiireinen työtahti, henkilökunnan suuri vaihtuvuus, vaitiolovelvollisuuteen liittyvät rajoitukset, vaitiolovelvollisuuden puutteellinen pohdinta sekä kotihoidon työntekijöiden väärät käsitykset diakoniatyöntekijöiden työstä. (Kinnunen 2009 c, 111–113.)

Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa tuodaan esille heikoimmassa asemassa olevien oikeus terveydelliseen tasa-arvoon. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut kansallisiksi tavoitteiksi eri väestöryhmien välisten terveyserojen kaventumisen ja kaikkien asiakkaiden ulottuvilla olevan kokonaisvaltaisen hoidon sekä palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 13–15.) Kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) korostaa saumattomia hoito- ja palveluketjuja. Keskeistä on eri sektorien ja ammattiryhmien sekä yksityisen, julkisen sektorin ja järjestöjen yhteistyö. Kehittämisohjelman tavoitteina on osallisuuden lisääntyminen ja syrjäytymisen väheneminen, hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen, palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saannin paraneminen sekä alueellisten erojen kapeneminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Seurakuntaa yhteistyökumppanina ei kehittämisohjelmassa yksilöidysti mainita.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä Muhoksen seurakunnan diakoniatyön kanssa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaista yhteistyötä kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä on nykyisin kotihoidon työntekijöiden käsityksien mukaan?
2. Miten kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää kotihoidon työntekijöiden käsityksien mukaan?
3. Mikä on seurakunnan diakoniatyön merkitys kotihoidon asiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden käsityksien mukaan?

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten yhteistyötä kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä Muhoksella voidaan kehittää. Tavoitteena oli lisäksi kuvata seurakunnan diakoniatyön merkitystä kotihoidon asiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden käsitysten perusteella.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN LAADULLISENA TUTKIMUKSENA

4.1 Laadullinen lähestymistapa

Tässä opinnäytetyössä tarkoitukseni oli tutkia Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä, joten oli luontevaa käyttää kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa (qualitative research). Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on kuvata todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 152, 170) ja tarkastella tutkittavaa ilmiötä luonnollisessa yhteydessä ja tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 23; Tuomi & Sarajärvi 2004, 74; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 20). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole tilastollinen yleistys, vaan pyrkimyksenä on kuvata jotakin ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtää tiettyä toimintaa tai antaa tutkittavalle ilmiölle teoreettisesti mielekäs tulkinta. Tämä edellyttää sitä, että tietoa kerätään ja kysytään heiltä, joilla on tietoa tai henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. (Kylmä 2008, 111; Tuomi & Sarajärvi 2004, 87–88.) Tässä opinnäytetyössä lähtökohtana oli ymmärtää Muhoksen kotihoidon työntekijöiden näkökulmia ja kokemustodellisuutta. Tutkimuskontekstina oli kunnan kotihoitotyössä toteutettava yhteistyö seurakunnan diakoniatyön kanssa.

Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja pyrkimyksenä on tuoda esille odottamattomia seikkoja. Tämän vuoksi lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen. (Hirsjärvi ym. 2004, 152,155.) Tutkijalla ei ole etukäteen lukkoon lyötyjä ennakko-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista. Sen sijaan tutkija voi yllättyä ja oppia uutta tutkimuksensa edetessä. (Eskola & Suoranta 2003, 19–20.) Opinnäytetyön prosessin edetessä tutkimussuunnitelman alustavista tutkimustehtävistä kaksi liittyi yhteen ja lisäksi syntyi yksi uusi tutkimustehtävä. Laadullisessa tutkimuksessa on prosessin edetessä mahdollista, että tutkimustehtävät tarkentuvat (Kylmä 2008, 111; Hirsjärvi ym. 2004, 152,155; Eskola & Suoranta 2003, 15) tai voi myös syntyä uusia tutkimustehtäviä. Lopullisessa muodossaan ne ilmaistaan tutkimusraportissa. Mikäli alustavat tutkimustehtävät eivät asetu mielekkäästi tutkimusasetelmaan, opinnäytetyöntekijän on joustettava ja muutettava

tutkimustehtäviä, jottei tutkimukseen osallistuvien näkökulman esilletulo vaarannu tutkimuksessa. (Kylmä 2008, 111.)

4.2 Opinnäytetyöhön osallistujat ja aineiston kerääminen

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää useita eri aineistonkeruumenetelmiä. Yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 73.) Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä oli kysely. Valitsin kyselyn aineistonkeruumenetelmäksi siksi, että työskentelen samalla paikkakunnalla missä tein kyselyn. Kyselylomakkeen käyttö varmistaa Vallin (2001, 101) mukaan sen, ettei opinnäytetyöntekijän läsnäolo vaikuta vastauksiin. Esimerkiksi haastattelutilanteessa tutkijan läsnäolo voi vaikuttaa osallistujien vastauksiin siten, että he pyrkivät miellyttämään opinnäytetyöntekijää (Nieminen 1997, 217). Hirsjärvi ym. (2004, 182–183) tuovat esille, ettei kvalitatiivinen tutkimus välttämättä vaadi läheistä kontaktia tutkittaviin, joten myös kysely aineistonkeruumenetelmänä on mahdollinen.

Opinnäytetyön kyselylomake (Liite 1, sivuilla 72–74) koostui lähinnä avoimista kysymyksistä. Avoimilla kysymyksillä on mahdollista saada vastaukseksi mahdollisimman aitoja, manipuloimattomia ja uusia näkökulmia esille tuovia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2004, 188–190; Nieminen 1997, 217; Vehviläinen-Julkunen 1997, 32). Avoimien kysymysten lisäksi kyselylomakkeessa oli kaksi taustatietoihin liittyvää strukturoitua kysymystä, joiden avulla oli mahdollista kontekstualisoida opinnäytetyön tulokset eli kertoa minkälaiset ihmiset tuottivat tämän kuvauksen tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2007, 76). Kyselylomakkeeseen liittyi saatekirje (Liite 1, sivulla 72), jossa kerroin opinnäytetyöni tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta sekä käytännön ohjeet liittyen kyselylomakkeiden palauttamiseen. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen testasi kaksi kotihoidon työntekijää. Kysely tulisi testata etukäteen, jotta kyselylomaketta voidaan tarpeen mukaan korjata ennen varsinaisen kyselyn suorittamista (Mäkinen 2006, 93). Esitestauksen perusteella tämän opinnäytetyön kyselylomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen osallistujina olivat Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijät. Muhoksen kunnan kotihoidossa työskentelee 17–21 henkilöä (henkilölukumäärään on sisällytetty käytettävissä oleva sijaistyövoima). Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin 30.1.–16.2.2009. Jaoin kyselylomakkeet osalle tutkimuksen osallistujista henkilökohtaisesti kotihoidon palaverissa 30.1.2009. Tuolloin oli mahdollista informoida kotihoidon henkilökuntaa opinnäytetyön tarkoituksesta sekä vastata mahdollisiin kysymyksiin. Tällaisesta kyselyn muodosta käytetään nimitystä kontrolloitu informoitu kysely. (Hirsjärvi ym. 2004, 185–186.) Paikalla olleet työntekijät lupasivat toimittaa kyselylomakkeet myös heille, jotka eivät vuorotyön luonteesta johtuen päässeet palaveriin. Osan lomakkeista vein kotisairaanhoidon toimistoon samana päivänä, jättäen ne yhdelle kotisairaanhoitajalle edelleen jaettavaksi. Kotihoidon tiimien esimies, vanhustyön johtaja, informoi kyselystä vielä toistamiseen kotihoidon yhteistyöpalaverissa viikon kuluttua kyselylomakkeiden jakamisesta. Tutkimuksen osallistujat täyttivät lomakkeet ja palauttivat ne suljetuissa kirjekuorissa kahden viikon sisällä kunnan sisäisen postin välityksellä kunnan päiväkeskukseen, mistä hain ne henkilökohtaisesti.

Kyselylomakkeita sain takaisin täytettyinä 13, joten vastausprosentti oli 76 %. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan laatu, sillä tutkimuksella ei tavoitella tilastollista yleistettävyyttä vaan rikasta kontekstisidonnaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä 2008, 115). Tutkimusaineistossa pyritään saavuttamaan kylläänytymispiste eli saturaatio, joka tarkoittaa sitä, että tutkimusaineisto toistaa itseään eikä lisäaineisto tuo tutkimusongelmaan uutta tietoa. Tämä edellyttää sitä, että tutkimusongelma on määritelty täsmällisesti. (Eskola & Suoranta 2003, 62–63; Vilkka 2005, 127.) Luin palautuneet kyselylomakkeet alustavasti läpi heti ne saatuani ja huomasin saturaatiota tulevan esille.

Kyselyyn vastanneiden kotihoidon työntekijöiden ikäjakauma vaihteli 20–60 vuoden välillä (Taulukko 1, sivulla 31). Kaksi vastaajista ei ilmoittanut ikäänsä. Vastaajista 20–40-vuotiaita oli viisi ja 41–60-vuotiaita oli kuusi. Yli 60-vuotiaita ei vastanneiden joukossa ollut yhtään.

TAULUKKO 1. Kotihoidon työntekijöiden ikäjakauma

Ikä	Henkilöiden määrä
20–40 v	5
41–60 v	6
ei vastausta	2
Yhteensä	13

Osallistujat olivat työskennelleet Muhoksen kunnan kotihoidossa alle vuodesta 23 vuoteen (Taulukko 2). Tähänkin kysymykseen jätti kaksi osallistujista vastaamatta. He olivat samat henkilöt, jotka eivät ilmoittaneet ikäänsä. Seitsemän vastaajaa oli ollut kotihoitotyössä alle vuodesta yhdeksään vuotta. Neljä vastaajista oli työskennellyt kotihoidossa 12–23 vuotta.

TAULUKKO 2. Vastaajien kotihoidossa työskentelyaika

Työskentelyaika	Henkilöiden määrä
0–9 v	7
12–23 v	4
ei vastausta	2
Yhteensä	13

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysillä pyritään luomaan hajanaisesta aineistosta selkeää, mielekästä ja tiivistettyä uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Eskola & Suoranta 2003,137). Opinnäytetyöntekijältä vaaditaan kykyä abstraktiin, käsitteelliseen ajatteluun, luovuutta sekä kykyä huomioida useita eri näkökulmia (Nieminen 1997, 219). Sisällönanalyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla kerätty tietoaineisto pyritään tiivistämään siten, että tutkittavana oleva ilmiö voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–23).

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineistona oli 13 kyselylomaketta. Aineiston analysoinnissa käytin induktiivista sisällönanalyysiä, jota kutsutaan myös aineistolähtöiseksi analyysiksi. Siinä konkreettisesta, kyselystä saadusta aineistosta, siirrytään kuvaamaan aineistoa käsitteellisesti. Lähtökohtana on kyseinen aineisto ja lopputuloksena on kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 8, 29.)

Prosessina aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee pääperiaatteiltaan seuraavasti: analyysiyksikön valinta (sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä), aineistoon tutustuminen ja yleiskuvan hahmottaminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21–25).

Aloitin opinnäytetyön aineiston analysoinnin vastauksien lukemisella ja kirjoittamalla ne sana sanalta auki. Seuraavaksi luin aineiston läpi useita kertoja tarkoituksenani hahmottaa yleiskuva aineistosta. Analyysiyksiköksi valitsin lausuman, jolla tarkoitetaan useammasta sanasta koostuvaa ajatusta tai ajatusteemaa. Lausuma voi olla myös koko virke tai useamman virkkeen tekstikappale. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.)

Analysoin aineiston kysymys kerrallaan. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa, pelkistämisessä, esitin saadulle aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Alleviivasin löydetyt vastaukset, eli alkuperäiset ilmaisut, eri väreillä. Seuraavaksi pelkistin alkuperäiset ilmaisut aineiston termein ja kirjoitin alkuperäiset ilmaisut ja pelkistetyt ilmaisut rinnakkain. Koodasin pelkistetyt ilmaisut voidakseni prosessin edetessä palata vaivattomasti alkuperäiseen aineistoon. Koodasin pelkistetyt ilmaisut seuraavaa logiikkaa käyttäen: vastaaja nro 1:n vastaus kysymykseen 5 ja hänen lausuma numero 5 on koodattu v.1.5.5. Pelkistämisen jälkeen ryhmittelin aineiston, etsien ilmaisujen erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Yhdistin samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut samaksi luokaksi, jotka nimesin sisältöä kuvaavaksi. Seuraavaksi prosessi jatkui yhdistelemällä samansisältöisiä luokkia eli pyrin abstrahoimaan aineistoa yläluokiksi. Lopuksi pyrin löytämään yläluokkia yhdistävän pääluokan. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26–29; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29.) Analyysin etenemistä olen kuvannut kuviossa 1, sivulla 33.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”Antaa kiireetöntä aikaa ikäihmiselle”	Kiireettömän ajan antaminen ikäihmiselle	Kiireetöntä läsnäoloa		
”Se on ammattitaitoa antaa asiakkaalle henkistä tukea erilaisissa elämäntilanteissa.”	Ammattitaitoa antaa henkistä tukea	Ammattitaitoista henkistä ja hengellistä tukea	Emotionaalishengellisen tuen antaja	Diakoniatyö osana kotihoitoasiakkaan kokonaisvaltaista hoitotyötä
”…pystyy paremmin huomioimaan asiakkaan hengellisen puolen	paremmat mahdollisuudet huomioida hengellisyys	Ammattitaitoista henkistä ja hengellistä tukea		

KUVIO 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

Pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla aineistossa pyritään synteesiin. Kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida, vaan vastauksia haetaan tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin, jolloin lopulta aineisto kertoo oman tarinansa tutkittavasta ilmiöstä siihen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 28, 112–113.)

Opinnäytetyön analyysiprosessi vei runsaasti aikaa. Tein useita eri versioita aineistoa luokitellessani. Välillä analyysiprosessi ei edennyt vaan juuttui paikoilleen. Pyrin olemaan alkuperäiselle aineistolle uskollinen pelkistyksiä tehdessäni. Analyysiprosessin aikana minun piti usein palata alkuperäisiin vastauksiin, jotta saatoin tarkistaa mikä alkuperäisilmaus oli pidemmälle edenneen analyysin taustalla. Erityistä huomiota kiinnitin tähän siitä syystä, että työskentelen samalla paikkakunnalla, missä toteutin kyselyn ja näin halusin mahdollisimman tarkoin varmistaa objektiivisuuden aineistoa kohtaan. Opinnäytetyön seminaareissa esittelin ohjaajalleni sekä opiskelutovereilleni ongelma-

kohtia, joita pohdittiin yhdessä. Etsin ohjeita metodikirjallisuudesta, mutta sain huomata, että opinnäytetyöntekijänä minun oli itse löydettävä aineistoni kertoma kuvaus kotihoidon ja diakoniatyön välisestä yhteistyöstä ja sen kehittämismahdollisuuksista. Kylmä tuo esille kuinka analyysiprosessiin tulee varata riittävästi aikaa, ettei tutkimusaineisto hahmotu jo olemassa olevan tiedon näkökulmasta. Riittävä aika ja saatu ohjaus auttavat löytämään tutkimukseen osallistujien näkökulman tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä 2008, 113.)

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Kotihoidon työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä diakoniatyön kanssa

Opinnäytetyöhön osallistuneet kotihoidon työntekijät kuvasivat nykyisen yhteistyön kotihoidon ja diakoniatyön välillä olevan satunnaista. Vastaukset olivat lyhyitä, niukkasanaisia ja osin ristiriitaisia. Satunnainen yhteistyö kotihoitoasiakkaan hoitotyössä sisälsi asiakkaiden hengellisten tarpeiden huomioimisen, ryhmätoimintaan liittyvän yhteistyön, yhteiset asiakkaat, vähäisen yhteistyön ja erillään työskentelyn (Kuvio 2, sivulla 37).

Jotkut vastaajista toivat esille asiakkaiden hengelliseen elämään liittyvää yhteistyötä. Yhteistyö asiakkaan hengellisten tarpeiden huomioimisessa sisälsi avun pyytämistä diakoniatyöntekijöiltä silloin, kun asiakkaalla oli tarve hengelliseen keskusteluun tai kotihoidontyöntekijät havaitsivat asiakkaan olevan ahdistunut ja kokevan sisäistä hätää. Sisäisen hädän kokemusta ei vastauksissa tarkemmin määritelty.

> Joitakin kotikäyntejä pyydetty seurakunnalta kun esim. asiakkaallamme sisäinen hätä ja ahdistus tai muuten tarvetta hengelliseen keskusteluun. (v.7.3.)

Hartaustilaisuuksien järjestäminen yhteistyönä tuotiin esille muutamissa vastauksissa. Vastaajat mainitsivat hartaudet palveluasunnoissa tai vanhusten rivitaloasuntojen kerhohuoneissa. Osan asiakkaista tiedettiin käyvän viikoittain seurakunnan tarjoamissa tilaisuuksissa päiväkeskuksessa tai seurakunnan ikäihmisten kerhoissa. Yksikään vastaajista ei kertonut, millaista yhteistyötä hartauksien järjestämiseen sisältyi.

Ryhmätoimintaan liittyvää yhteistyötä oli kerhotoiminta vanhusten rivitaloyhteisöissä. Vastaajat kertoivat kerhoja olevan osalle asiakkaista kerran kuukaudessa ja niiden lisäksi joskus oli pieniä yhteisiä tilaisuuksia. Yhteistyön sisältöä kukaan vastaajista ei tarkemmin kuvannut.

Vastauksista kävi ilmi, että kotihoidolla ja diakoniatyöllä on jonkin verran yhteisiä asiakkaita. Asiakkaiden asioita hoidettiin yhteistyössä. Se, mitä nämä hoidettavat asiat olivat, ei vastauksista selvinnyt.

> Yhteisiä asiakkuuksia on jonkin verran ja sitä kautta yhteistä asioiden hoitoa asiakkaan hyväksi. (v.8.3.1; v.8.3.2.)

Kotihoidon työntekijät ottivat yhteyttä diakoniatyöntekijöihin tarvittaessa ja yleensä asiakkaiden pyynnöstä. Osalla vastaajista oli kokemus siitä, että diakoniatyöntekijöiltä on mahdollisuus pyytää keskusteluapua asiakkaille. Eräs vastaaja ei nähnyt keskusteluavun pyytämistä hoidollisena yhteistyönä, vaan kuvasi yhteyttä otettavan diakoniatyöntekijään silloin, kun asiakas tarvitsee keskustelukumppania.

> …jos avun tarvis ei ole hoidollista, esimerkiksi keskustelukumppani. (v.5.3.4)

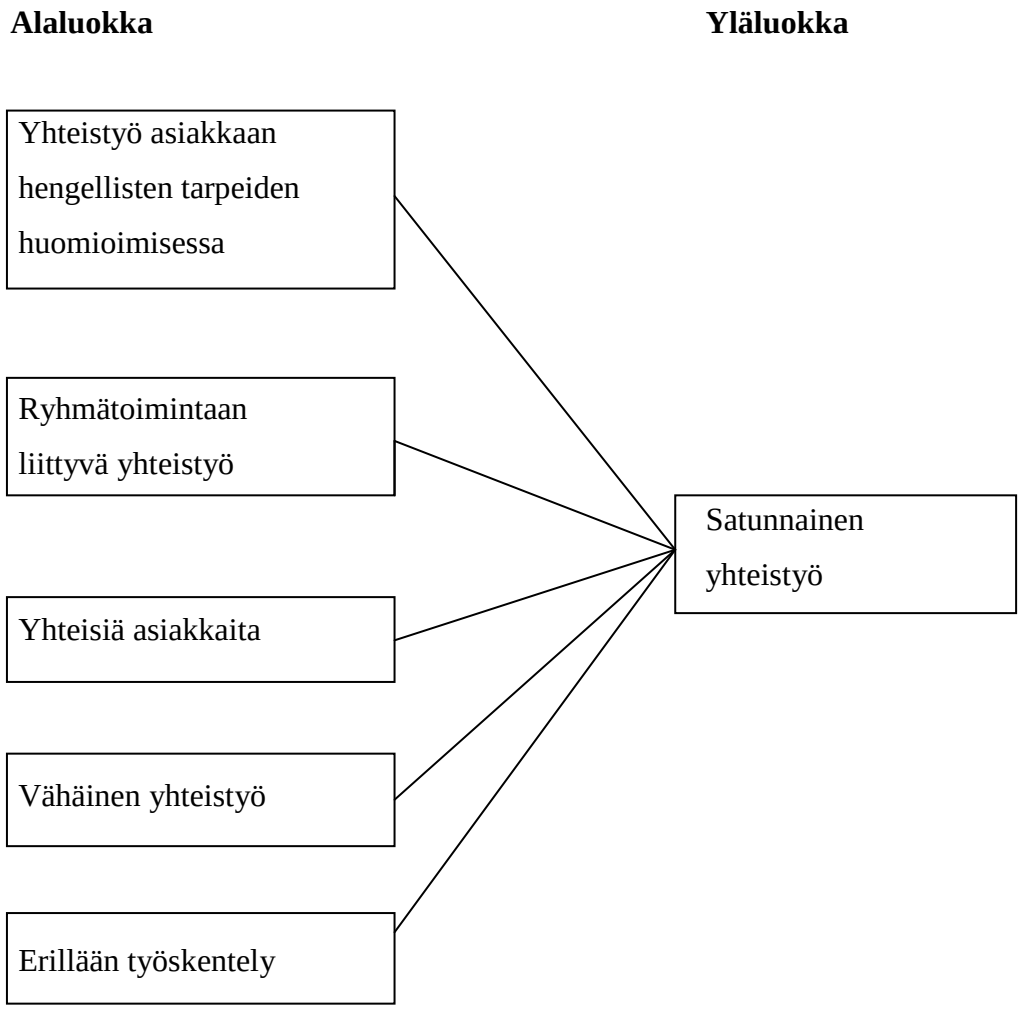
On mahdollista, että vastaaja koki hoidolliseksi yhteistyöksi konkreettisiin hoitotoimiin liittyvän yhteistyön, kuten esimerkiksi asiakkaan verenpaineen seurantaan liittyvän yhteistyön.

Useissa vastauksissa yhteistyötä kuvattiin vähäiseksi tai vastaajat kokivat, ettei sitä ollut juuri ollenkaan. Vastauksissa tuli esille ristiriitaisuuksia. Osa heistä, jotka vastasivat yhteistyötä olevan vähän, hyvin vähän tai ei juuri ollenkaan, ilmoittivat kuitenkin, että seurakunnan diakoniatyöntekijöiltä pyydetään tarvittaessa kotikäyntejä tai yhteyttä otetaan tarpeen tullen asiakkaiden asioissa. Vastauksista ei käynyt ilmi vastattiinko näihin yhteydenottoihin diakoniatyön puolelta myönteisesti vai kielteisesti. Vastauksista voisi päätellä, että osa kotihoidon työntekijöistä ei koe tällaista yhteydenpitoa varsinaiseksi yhteistyön tekemiseksi.

> Ei juuri mitään. Tarvittaessa ollaan pyydetty diakonissaa vierailemaan yksinäisen vanhuksen luona. (v.6.3.1.; v.6.3.2.)

Jotkut vastaajista kertoivat kotihoidon ja diakoniatyön työskentelevän erillään toisistaan. Erillään työskentely ilmeni tietämättömyytenä yhteistyökumppanin työnsisällöistä

ja työskentelemisenä omilla tahoilla. Eräs vastaajista oli vain kuullut pari kertaa puhuttavan yhteistyöstä, mutta omaa kokemusta hänellä ei yhteistyöstä ollut.



KUVIO 2. Kotihoidon työntekijöiden käsitykset nykyisestä kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyöstä

5.2 Kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen

Kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyön kehittäminen koostui yhteistyön toimintaperiaatteista, moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämisestä, diakoniatyöltä toivottavista vastuualueista sekä olemassa olevan yhteistyön ylläpitämisestä ja kehittämisestä (Kuvio 3, sivulla 42).

5.2.1 Yhteistyön toimintaperiaatteet

Yhteistyön kehittämisen lähtökohdaksi vastaajat mainitsivat yhteisten toimintaperiaatteiden luomisen. Yhteistyön haasteita, tavoitteita ja toimintamalleja haluttiin selvitellä yhdessä seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa. Vastaajat toivoivat selkeyttä työnjakoon sekä osapuolten välisten vastuualueiden määrittelyä.

> Yhteistyön kehittämisen lähtökohtana yhteistyössä luodut toimintamallit asiakas tilanteisiin; selkeät vastuut yms. (=työnjako). (v.8.5.)

Suurin osa vastaajista ehdotti kotihoidon työntekijöiden ja diakoniatyöntekijöiden yhteisiä palavereja. Yhteydenpidon toivottiin olevan säännöllistä. Toiveet palaverien määrästä vuositasolla vaihtelivat yhdestä neljään kertaa vuodessa. Toimintamallien luomisen lisäksi palavereissa haluttiin tutustua yhteistyökumppaniin ja yleensäkin keskustella, suunnitella, sopia yhteistyöstä ja keskustella yhteisistä asiakkaista. Eräs vastaajista toivoi yhteisiä koulutustilaisuuksia, mutta niiden tarkempaa sisältöä hän ei tuonut esille. Eräs vastaajista toi esille epätietoisuutensa yhteistyön käynnistämiseen liittyvistä toimenpiteistä ja siitä kenelle yhteistyön kehittämisen aloitusvastuu kuuluu.

> En tiedä mitä toimenpiteitä yhteistyön käynnistäminen edellyttäisi ja miltä taholta. (v.2.5)

5.2.2 Moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen yhteistyössä

Kotihoidon ja diakoniatyöntekijöiden ammattitaidon hyödyntäminen yhteistyön kehittämiseksi tuli esille useissa vastauksissa. Vastaajien mielestä molempien osapuolten

työntekijöillä on annettavaa toisilleen. Vastauksista saattoi päätellä kotihoidon työntekijöiden pitävän diakoniatyöntekijöitä hyväksyttävinä yhteistyökumppaneina. Voimavarat yhdistämällä voitaisiin saavuttaa paremmin asiakkaan hoidon kokonaisvaltaisuus. Yhdistämällä niukat resurssit sekä karsimalla päällekkäisiä käyntejä hoitotyötä voitaisiin tehostaa ja parantaa. Yhteistyön tuloksena kotikäynnit täydentäisivät toisiaan.

> Hienoahan olisi, jos kotihoidon ja diakoniatyön voimavarat voisi joltain osin yhdistää asiakkaan parhaaksi. Mol. ammattiryhmillä olisi varmasti annettavaa toinen toisilleen. (v.2.4.1.; v.2.4.2.)

> Molempien tahojen osaaminen käyttöön tavoitteena vanhuksen kokonaisvaltainen hoito, mahdolliset päällekkäiskäynnit karsittaisiin. (v.7.5.2.; v.7.5.3.; v.7.5.4.)

Vastaajat toivat esille työparityöskentelyn kehittämisen yhtenä uutena mahdollisena toimintamuotona ja sen toteuttamismahdollisuutta toivottiin selvitettävän. Eräs vastaajista toi ilmi sellaisen näkökulman, että joskus diakoniatyöntekijän käynti voisi korvata kotihoidon työntekijän käynnin. Hän ei kuitenkaan tarkentanut millaisissa tapauksissa tällainen toiminta olisi sopiva käytäntö.

Kolmantena kehittämisalueena moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntämisessä tuotiin esille yhteistyö saattohoidossa, äkillisissä kriiseissä sekä ennaltaehkäisevässä kotihoidossa. Sisällöllisesti vastaajat eivät tarkemmin määritelleet yhteistyötä saattohoidossa ja kriisityössä. Ennaltaehkäisevässä kotihoidossa vastaajien mielestä olisi uudenlaisen yhteistyön paikka. Muhoksen kunnassa on syksyllä 2008 aloitettu ennaltaehkäisevien kotikäyntien tekeminen ja vastaajat toivoivat, että näitä käyntejä tehtäisiin yhdessä tai diakoniatyöntekijät tekisivät ennaltaehkäiseviä käyntejä itsenäisesti.

> Diakoniatyöntekijä voisi olla myös henkilö, joka tekisi näitä ”ehko” käyntejä. (v.13.5.4.)

Ennaltaehkäisevää työtä haluttiin yleensäkin kehittää yhteistyössä. Mitään konkreettisia kehittämisehdotuksia ei vastauksissa tuotu esille.

5.2.3 Diakoniatyöltä toivottavat vastuualueet

Diakoniatyöltä toivottiin erityisesti hengellistä tukea ja kiireetöntä läsnäoloa. Kotihoidon työntekijät odottivat diakoniatyöntekijöiden käyvän etenkin kaikkein yksinäisimpien asiakkaiden luona, joilla ei ole omaisia eikä ystäviä. Ikäryhmänä vanhukset ja heidän tarvitsemansa tuki tuli vastauksissa esille. Diakoniatyöntekijöiden toivottiin yleisesti lisäävän kotikäyntejä ja kotikäyntien toivottiin olevan säännöllisiä. Kotihoidon työntekijät toivoivat, että diakoniatyöntekijät sopivat kotikäynnillä seuraavan käyntinsä ajankohdan. Mikäli sovittuihin kotikäynteihin tulee muutoksia, niistä tulee ilmoittaa asiakkaalle.

> Toivoisin, että seurakunnan diakonityöllä olisi antaa kiireetöntä keskusteluaikaa tms. ainakin yksinäisille vanhuksille, joilla ei ole ollenkaan sukulaisia tai ystäviä lähellä heitä. (v.9.4.)

Kotihoidon työntekijät kokivat, etteivät he pysty vastaamaan asiakkaidensa hengellisiin tarpeisiin. Syyksi ilmoitettiin työajan puute ja seurakunnan diakoniatyön toivottiin ottavan vastuulleen tämä alue asiakkaiden hoitotyössä. Eräs vastaajista koki, ettei kotihoidon työntekijöille kuulu puuttua uskon asioihin.

Vastaajat toivoivat diakoniatyön kehittävän vapaaehtoistoimintaa ja vastaavan vapaaehtoistyöntekijöiden koulutuksesta. Etenkin vanhusten yksinäisyyteen haluttiin helpotusta. Vastaajien mukaan asiakkaat tarvitsevat keskustelukaveria, ystävää, ajatusten jakajaa ja yleensäkin juttuseuraa. Saattajapalvelun tarpeen toi esille yksi vastaajista. Hän kaipasi saattaja-apua lääkärin vastaanotolle ja sairaalakäynneille.

> Voisiko seurakunta panostaa niihin palveluihin, mitä kotihoidossa ei voi tarjota, esim. saattajat oysiin/ lääkärin vastaanotolle. (v.4.5.4.)

Diakoniatyön toivottiin järjestävän kyydityksiä seurakunnan laulu-, rukous- ja keskustelutilaisuuksiin. Yksi vastaajista toi esille toiveen asiakkaiden kyläilyn mahdollistamisesta ja sitä myöten sosiaalisen vuorovaikutuksen helpottamisesta, ilmaisten asian näin:

> Voisi käyttää kylässä omalla autolla?? (v.10.4.6.)

5.2.4 Olemassa olevan yhteistyön ylläpitäminen ja kehittäminen

Lähes kaikki vastaajat halusivat lisää yhteistyötä ja yhteistyötä haluttiin tehostaa ja kehittää. Yksikään vastaajista ei ilmaissut yhteistyötä olevan liikaa eikä kukaan tuonut esille yhteistyön olevan tarpeetonta tai ei toivottavaa.

Viriketoiminnan järjestäminen yhdessä koettiin mielekkääksi ja sen määrää haluttiin lisätä nykyisestä. Esimerkkeinä halutusta toiminnasta tuotiin esille yhteiset tapahtumat, retket sekä palveluasunnoissa järjestettävä toiminta. Eräs vastaaja toi esille talkoohengen herättelyn. Hän ei tarkemmin määritellyt talkootyön sisältöä.

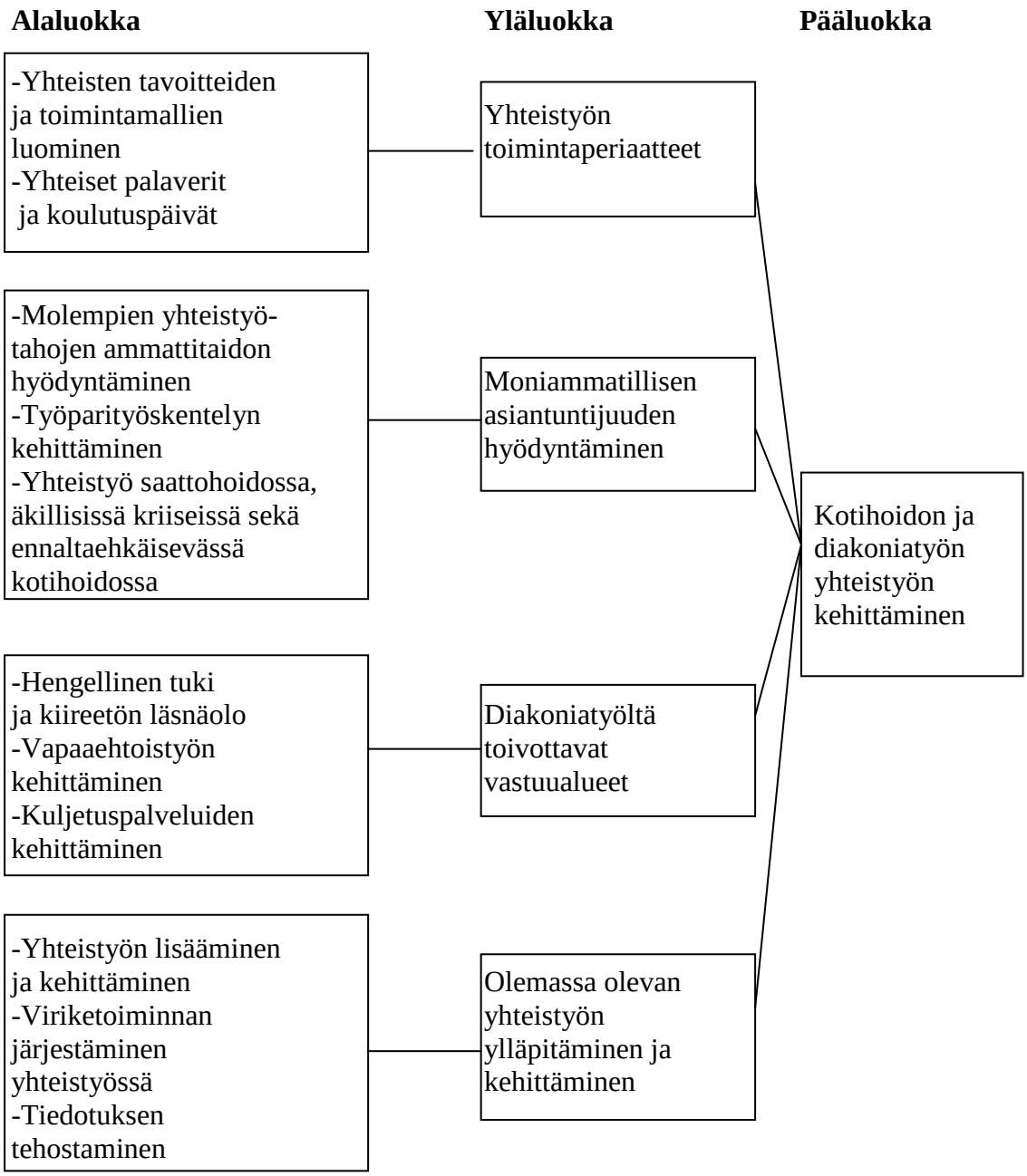
Tiedotuksen tehostaminen nousi selkeäksi kehittämisalueeksi. Diakoniatyöltä toivottiin esitettä toiminnasta ja eri palvelumuodoista. Etenkin tulevista tapahtumista, leireistä ja kerhotoiminnasta toivottiin tiedotettavan, jotta kotihoidon työntekijät voisivat tiedottaa niistä asiakkaille hyvissä ajoin. Vastaajat halusivat myös lisätä yhteydenottoja puhelimitse ja sähköpostin kautta. Yhtään mainintaa muunlaisen yhteistyötä tukevan teknologian hyödyntämisestä ei tullut esille. Tämä kertonee uusien hyvinvointiteknologia sovellutusten olevan vielä käyttämätön mahdollisuus työmenetelmänä tutkimuspaikkakunnalla.

> Yhteydenottoa srk:n järjestämiin leireihin ja piireihin, joihin kh:n asiakkaat voisivat osallistua → esim. tapahtumakalenteri, jolloin työntekijät saisivat tietoa tapahtumista jo hyvissä ajoin ja voitaisiin kertua niistä kiinnostuneille asiakkaille. (V13)

Kotihoidon työntekijät kokivat näkevänsä asiakkaiden avuntarpeen kenttätyössä ja halusivat parantaa keskinäistä tiedottamista tältä osin. Vastaajat näkivät tarpeelliseksi myös tiedonkulun parantamisen yhteisten asiakkaiden hoitotyössä. Tiedon välityksen kehittämiseksi ehdotettiin raportointikäytäntöä.

> Kotihoidon työntekijät voisivat viestiä kentältä kenelle asiakkaalle toivoisivat esim. keskusteluhetkiä. Koska kh-työntekijät mielestäni näkevät tilanteen, kuka kipeimmin tarvitsee apua. (v.9.5.1.)

> .. jos on yhteinen asiakas niin asiakkaan tilanteesta ja ongelmista tulisi keskustella ja tavallaan ”pitää raportti” silloin tällöin. (v.5.5.)



KUVIO 3. Kotihoidon työntekijöiden käsitykset yhteistyön kehittämisestä

5.2.5 Kotihoidon ja diakoniatyön välisen yhteistyön esteet

Yhteistyön esteisiin sisältyi resurssien puute, vuorovaikutukseen liittyvät esteet, asenteelliset esteet sekä esteetön yhteistyö (Kuvio 4, sivulla 45).

Resurssien puute koettiin yhteistyötä estäväksi tekijäksi. Vastaajat kokivat niukat henkilöstöresurssit, kuten työntekijä vajeen ja jatkuvan vajaamiehityksen vaikeuttavan yhteistyön tekemistä. Eräs vastaajista mietti yhdeksi yhteistyön esteeksi luovuuden puutetta, selittämättä kuitenkaan tarkemmin mitä hän sillä tarkoittaa. Vastauksesta voisi päätellä, että työn ylikuormittavuus ja väsymys tukahduttaa luovuuden.

> Työntekijöiden jaksaminen? Onko työntekijöitä jo nyt niin vähän, että voimavarat vähissä? Luovuus? (v.7.7.5.; v.7.7.5.6.; v.7.7.7.)

Henkilöresurssit koettiin liian pieniksi suhteessa asiakkaina olevien ikäihmisten määrään. Kun kotihoitotyötä tehtiin vähäisillä resursseilla, yhteistyölle ei koettu jäävän aikaa. Kotihoitotyön työntekijöille aiheuttama väsymys ja stressi koettiin hankaloittavan yhteistyön tekemistä. Vastauksista voisi päätellä, että väsyneenä ja stressaantuneena ei jää voimavaroja ottaa yhteyttä yhteistyökumppaniin, vaan perustyö vie voimat.

> Työntekijä pula; sairaslomat ym. Kiire työssä, jatkuva vajaamiehitys työyhteisössä, josta seuraa väsymys työuupumus, stressi. (ikäihmisiä) paljon; työntekijöitä vähän. (v.9.7.)

Yhteisen ajan löytyminen ja aikataulujen sovittaminen koettiin yhdeksi esteeksi ja haasteeksi yhteistyössä. Ajankäyttöön liittyvät vastaukset olivat hyvin lyhyitä ja ytimekkäitä. Eräästä vastauksesta voi päätellä konkreettisten hoitotoimien vievän paljon aikaa kotihoidossa ja näin vaikeuttavan yhteistyön tekemistä.

> Kotihoidon hoidollisuus vie aikaa. Yhteiset aikataulut?? (v.11.7.)

Vuorovaikutukseen liittyvinä esteinä olivat tiedon puute sekä salassapitoon liittyvät tekijät. Tiedon puute seurakunnan tarjoamista palveluista sekä tiedon huono kulku hankaloittivat yhteistyötä. Tarkemmin osallistujat eivät perustelleet vastauksiaan. Salassapi-

toon liittyi joitakin yhteistyötä estäviä tekijöitä. Vastaajat olivat epätietoisia vaitiolovelvollisuuteen liittyvistä rajoituksista ja asiakkaalta vaadittavista lupamenettelyistä. Salassapitoon liittyviin kysymyksiin haluttiin selvyyttä. Asiakkaan ja työntekijän välisen hoitosuhteen haluttiin säilyvän luottamuksellisena. Yksi vastaajista piti mahdollisena etteivät asiakkaat aina halua kertoa olevansa asiakkaana myös jollakin muulla auttajataholla.

> Vaitiolovelvollisuus. Millainen lupa asiakkaalta yhteistyön (asiakasta koskevan) mahdollistamiseksi? Asiakkaat voivat haluta pitää erillään nämä kaksi tahoa. (v.2.7)

Asenteelliset esteet tulivat esille muun muassa yhteiskunnallisten asenteiden ja niiden seurauksien pohdintana. Tämän hetkisen taantuman, laman, koettiin sekä mahdollistavan että hankaloittavan yhteistyötä. Taloudellisten resurssien jakamiseen liittyy vastaajien mielestä yhteiskunnallisia arvovalintoja, jotka myötävaikuttavat yhteistyön tekemiseen. Yhteistyö saatetaan kokea pakkona johtuen tiukentuneesta taloudellisesta tilanteesta. Toisaalta tehostettu yhteistyö voi parhaimmillaan johtaa kotona asuvien vanhusten hyvinvoinnin lisääntymiseen ja terveyden edistämiseen.

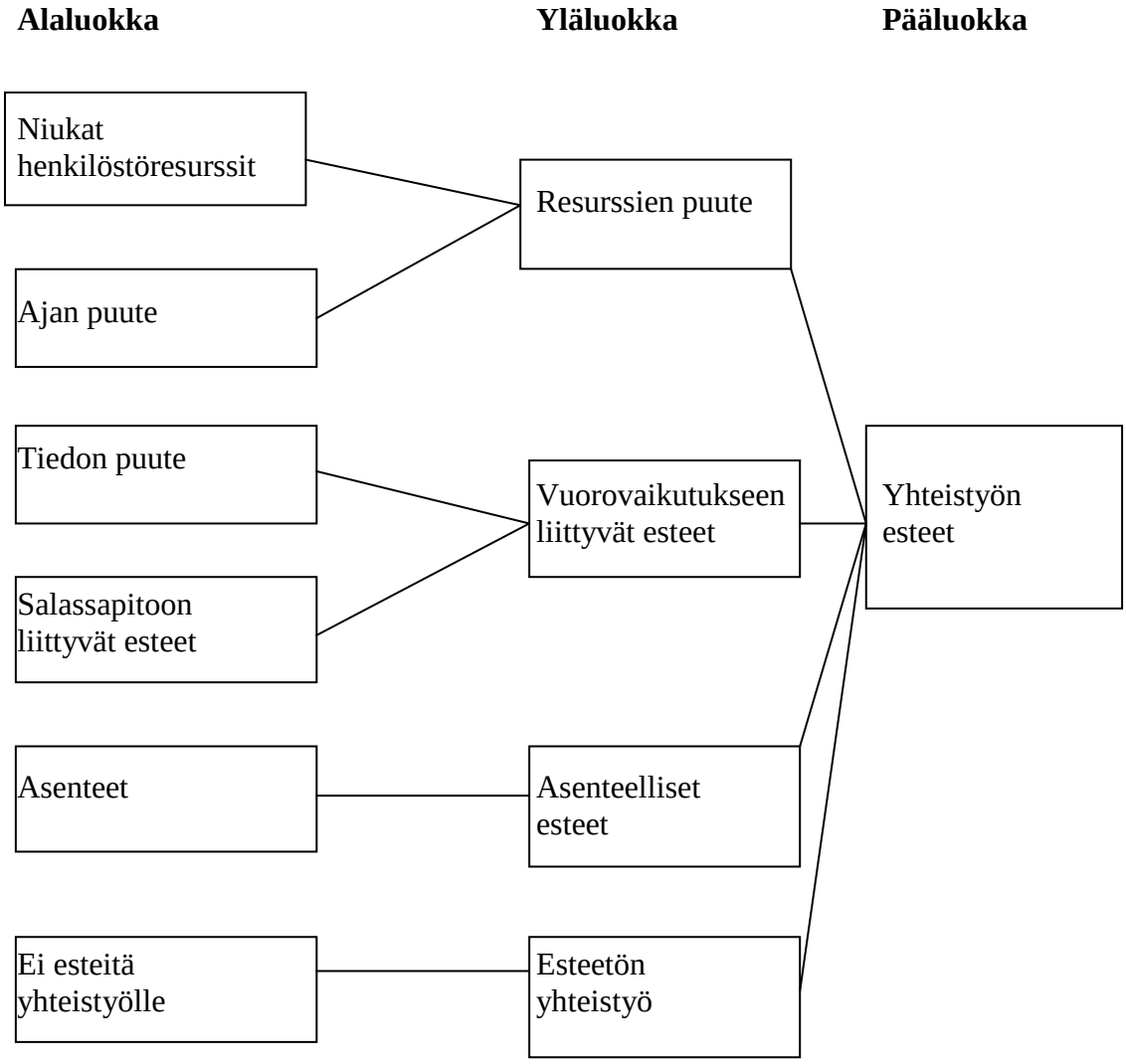
> Mitä arvoja yhteiskunta tällä hetkellä suosii ja pitää tärkeänä – miten taloudelliset varat jaetaan. Koetaanko yhteistyö pakkona ”laman” vuoksi vai otetaanko se mahdollisuutena kehittää vanh. hyvinvointia kotona. (v.7.7.2; v.7.7.3; v.7.7.4.)

Eräiden vastaajien mielestä kaikki asiakkaat eivät ole kiinnostuneita hengellisistä asioista, jolloin he eivät nähneet näiden asiakkaiden kohdalla tarvetta yhteistyölle.

Useat vastaajat kokivat, ettei yhteistyölle ollut mitään esteitä. Vastaukset olivat hyvin niukkoja toteamuksia. Joissakin vastauksissa näkyi ristiriitainen suhtautuminen yhteistyön esteisiin. Vastaajat kertoivat, ettei esteitä yhteistyölle ole ja kuitenkin ilmaisivat yhteistyöesteen. Vastauksien perusteella voisi päätellä, että yhteistyölle ei koettu olevan periaatteellisia esteitä, mutta käytännön arkityössä yhteistyötä hankaloittivat niukat henkilöresurssit.

> Mielestäni esteitä ei ole. Työntekijä vaje. (v.6.7.)

Ei mielestäni mitään, ehkä työntekijä ”pula” aiheuttaa onkelmia toteuttaa yhteistyötä? (v.1.7.)



KUVIO 4. Kotihoidon työntekijöiden käsitykset kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyön esteistä

5.3 Diakoniatyön merkitys kotihoitoasiakkaan hoitotyössä

Kartoitettaessa kotihoidon työntekijöiden käsityksiä diakoniatyön/ diakonisen hoitotyön merkityksestä kotihoitoasiakkaan hoitotyössä, kaikki osallistujat käyttivät vastauksissaan diakoniatyön käsitettä ja pohtivat diakoniatyön merkitystä. Tästä voi päätellä diakoniatyön käsitteen olevan tunnetumpi kuin diakonisen hoitotyön käsite. Vastaajat kuvasivat yleensä diakoniatyön olevan hyvin merkityksellinen ja tärkeä osa asiakkaan hoitotyötä. Merkityksen arviointi koettiin todennäköisesti vaikeaksi, sillä vastaukset olivat pääsääntöisesti suppeita. Yksi vastaajista ei vastannut tähän kysymykseen. Pääluokaksi muodostui diakoniatyö osana kokonaisvaltaista hoitotyötä. Pääluokkaan sisältyi emotionaalis-hengellisen tuen antaja, osa moniammatillista työryhmää sekä tietämättömyys diakonisen hoitotyön merkityksestä. (Kuvio 5, sivulla 48).

Emotionaalis-hengellinen tuki sisälsi vastaajien mukaan kiireettömän läsnäolon, emotionaalisen tuen antamisen sekä ammattitaitoisen henkisen ja hengellisen tuen. Vastaajat kuvasivat kiireettömän läsnäolon tärkeyttä kokonaisvaltaisessa hoitotyössä. He kuvasivat myös tässä yhteydessä kotihoitotyön kiireistä työtahtia. Kotihoidon työntekijät kokivat etenkin vanhusten olevan yksinäisiä ja heidän avuntarpeensa olevan suuremman kuin mihin voitiin kotihoidon puolelta vastata. Tätä tarvittavaa lisätukea vastaajat kokivat diakoniatyön antavan. Diakoniatyöntekijöillä ajateltiin olevan enemmän aikaa kuunnella asiakkaita ja jakaa heidän kokemusmaailmaansa, kuin kotihoidon työntekijöillä.

Emotionaalisen tuen antaminen koettiin diakoniatyön tärkeäksi osatekijäksi. Vastaajat kuvasivat ajatusten, pelkojen ja ahdistuksen tunteiden jakamisen tärkeyttä asiakkaan terveydenedistämisessä. Keskustelut diakoniatyöntekijän kanssa ja kotikäynnit lisäsivät asiakkaiden turvallisuuden tunnetta ja mielenvirkeyttä. Diakoniatyöntekijän säännöllisten kotikäyntien kuvattiin lisäävän asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Säännöllisten käyntien seurauksena kotihoidon asiakas tutustuu diakoniatyöntekijään ja myös se lisää asiakkaiden turvallisuuden tunnetta. Kotikäyntien koettiin myös antavan elämänsisältöä vanhuksille. Eräs vastaajista koki asiakkaiden saavan diakoniatyön kautta kokemuksen siitä, että heistä välitetään ja että he ovat vanhanakin tärkeitä.

> ”minusta välitetään” tunteen lisääntyminen (v.11.6.3.)
> ”olen tärkeä vanhanakin” tunteen lisääntyminen (v.11.6.4.)

Vastaajat kokivat diakoniatyöntekijöillä olevan ammattitaitoa ja kokemusta erityisesti henkisen ja hengellisen tuen antamiseen. Vastaajat näkivät merkityksellisenä sen, että asiakkaat saavat mahdollisuuden keskustella hengellisistä kysymyksistä diakoniatyöntekijän kanssa. Hengellisen tuen antamisen koettiin antavan esimerkiksi voimia, toivoa ja iloa sairauksien, yksinäisyyden ja vanhuuden keskelle. Vastaajat näkivät diakoniatyön osuuden merkittäväksi etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka kokivat uskonnon olevan tärkeä osa elämää. Asiakkaan vakaumuksen huomioiminen ja kunnioittaminen nähtiin tärkeäksi. Vastaajat kuvasivat diakoniatyöntekijän tukevan asiakkaan henkistä hyvinvointia erilaisissa elämäntilanteissa. Henkisen tuen sisältöä ei vastauksissa tarkemmin selvitetty.

> Diakoniatyön merkitys on hoitotyössä hyvinkin tärkeää varsinkin sellaisille asiakkaille joille uskonto on tärkeää. (v.6.6.1.; v.6.6.2.)

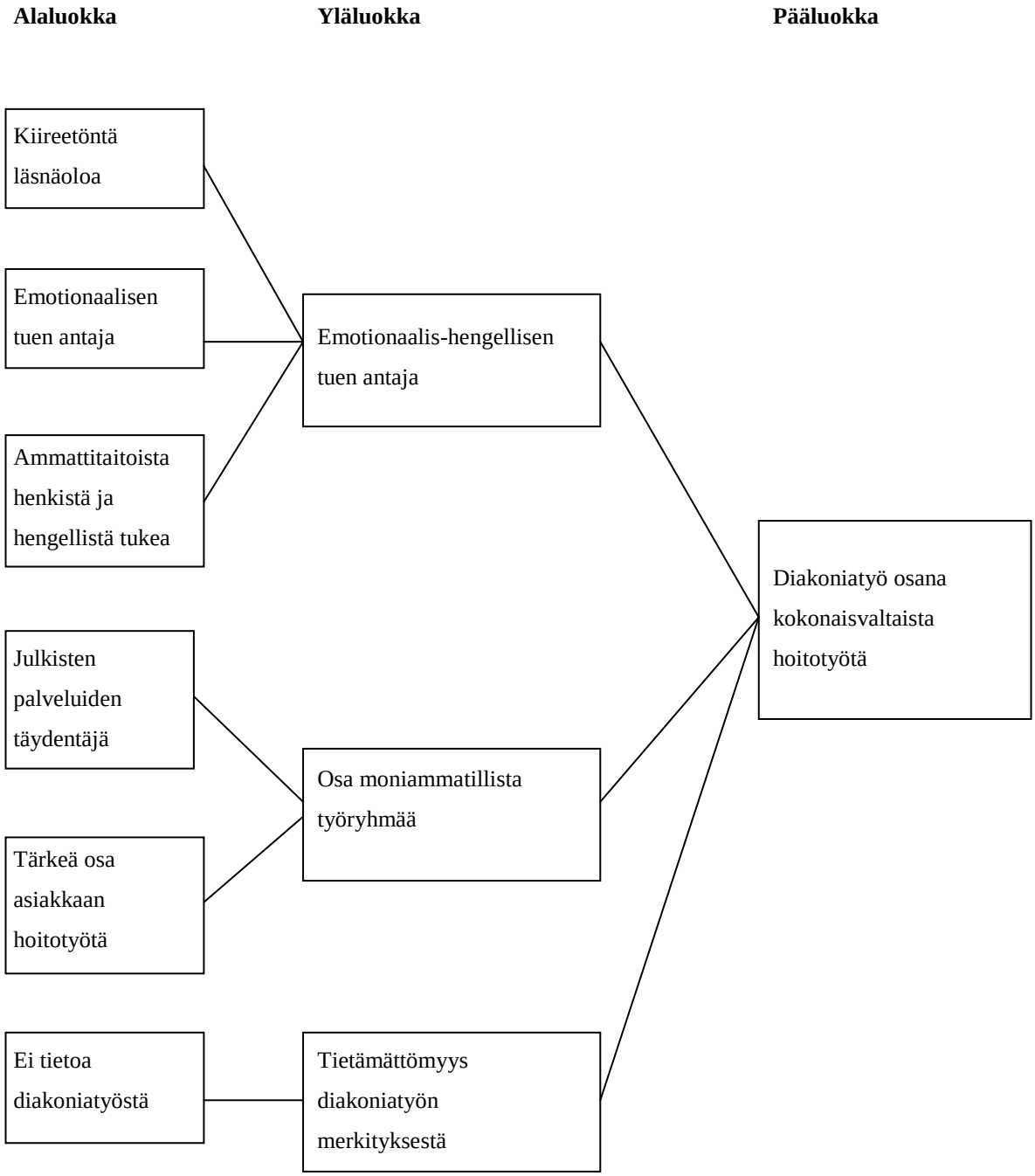
> – Hengelliset ja henkiset asiat ovat yksi osa elämäämme, se antaa voimia, toivoa, ajatuksia, iloa ym. sairauksien, yksinäisyyden, vanhuuden keskelle – monille vanhuus tuo mukanaan hengelliset kysymykset – tuolloin niihin täytyisi vastaus saada (v.7.6.1.)

Diakoniatyö nähtiin osana moniammatillista hoitotyötä. Sen koettiin vahvistavan julkisen sektorin niukkaa palveluntuotantoa. Diakoniatyöntekijän kuuluminen osaksi kotihoidon työtiimiä nähtiin yhtenä uutena yhteistyön mahdollisuutena.

> Diakoniatyö on hyvin merkityksellinen ikäihmisen arjessa, se tukee ja vahvistaa julkisen palvelutuotannon palveluja, jotka usein jäävät resurssien puutteen vuoksi niukoiksi. Tämä näkyy erityisesti kotikäyntien lyhyenä kestona. (v.8.6.1.; v.8.6.2.)

Yhdessä vastauksessa tuli ilmi, ettei vastaaja tiennyt tarpeeksi diakoniatyön sisällöstä, joten hän ei kokenut myöskään voivansa arvioida sen merkitystä asiakkaan hoitotyössä.

> Tähän en osaa vastata, kun en oikein tiedä millaista diakoniatyö on. (v.5.6.)



Kuvio 5. Diakoniatyön merkitys kotihoitoasiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden kokemana

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys

Eettiset näkökulmat läpäisivät koko opinnäytetyöprosessin. Eettinen asenne näkyy siinä, miten työn aihe valitaan, miten prosessista ja tuloksista puhutaan ja miten tuloksia sovelletaan. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 27; Vehviläinen-Julkunen 1997, 28–31.) Erityisesti tutkittaessa inhimillistä toimintaa ja ihmisten ollessa tiedonlähteinä, eettisten ratkaisujen merkitys on keskeistä. Tavoitteena tulee olla eettisesti hyvä ja luotettava tutkimus. (Leino-Kilpi 2004 a, 285.) Opinnäytetyön tekijänä minulta vaadittiin sitoutumista tutkimuseettisiin periaatteisiin, joita ovat hyvän tekeminen, pahan tekemisen välttäminen, oikeudenmukaisuus ja autonomian kunnioittaminen. Tutkittavaa ilmiötä tulee lähestyä osallistujia kunnioittaen. (Kylmä 2008, 111.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa, jonka pohjalta yhteistyötä voidaan kehittää kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä ja siten parantaa kotihoidossa olevien asiakkaiden kokonaisvaltaista hoitoa ja palvelua Muhoksella. Tämä asetelma tähtäsi nimenomaisesti hyvän tekemiseen sekä tasapuolisuuteen palvelutarjonnassa.

Pyrin koko opinnäytetyön prosessin ajan rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä noudattamaan avoimuutta tulosten julkaisemisessa, muistaen kuitenkin tutkittavien tietosuojan (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Suomen Perustuslaki 1999; Henkilötietolaki 1999). Varsinaisen tutkimusluvan anoin tutkimussuunnitelman valmistuttua alkukeväällä 2009. Olin keskustellut Muhoksen kunnan vanhustyön johtajan kanssa opinnäytetyön aihepiiristä jo aiemmin sekä loppuvuodesta 2007 että työntekijän vaihduttua loppukeväällä 2008. Vanhustyön johtajan toiveesta keskustelimme tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen valmistuttua, jonka jälkeen lähetin tutkimuslupahakemuksen sosiaali- ja terveysjohtajalle, joka myönsi tutkimusluvan keväällä 2009.

Tutkimuksen osallistujien intimiteettiä on suojeltava eikä heitä saa vahingoittaa (Eskola & Suoranta 2003, 56–57; Henkilötietolaki 1999; Leino-Kilpi 2004 a, 290; Suomen perustuslaki 1999; Vehviläinen-Julkunen 1997, 29). Pienyhteisöä tutkittaessa tutkimuksen tekijältä vaaditaan erityistä tarkkuutta ja hienotunteisuutta (Kylmä & Juvakka 2007,

152). Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen taustatiedoissa ei esimerkiksi voinut kysyä ammattia, koska tutkimuksen osallistujista yksi oli vanhustyön johtaja ja yksi terveydenhoitaja ja heidän anonymiteettinsä tuli suojata. Myöskään sukupuolta ei voinut kysyä johtuen miestyöntekijöiden vähäisyydestä (1 henkilö). Opinnäytetyön osallistujien kuvauksessa minun oli kuvattava osallistujien ikää ja työskentelyaikaa kotihoidossa tarpeeksi laajalla vaihteluvälillä, jotta yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa.

Kaksi vastaajista jätti vastaamatta taustatietoja kartoittaviin kysymyksiin. Tästä voisi päätellä, että en onnistunut saatekirjeessäni vakuuttamaan kaikkia vastaajia opinnäytetyön luotettavuudesta nimenomaan anonymiteetin säilymisen kohdalla. Tutkimusetiikan mukaan sekä yksityishenkilöille että organisaatioille on heidän halutessaan taattava mahdollisuus säilyä valmiissa tutkimuksessa anonymiteettinä. Julkisen organisaation tulisi kuitenkin edistää yhteistä hyvää ja olla avoin julkiselle tarkastelulle. (Mäkinen 2006, 114,119.) Tässä opinnäytetyössä kohteena ollut julkinen organisaatio ei kokenut tarvetta olla ilmaisematta paikkakunnan nimeä. Kyselylomakkeeseen liittämässäni saatekirjeessä (Liite 1, sivulla 72) kerroin käsitteleväni saamiani vastauksia luottamuksellisesti ja säilyttäväni kyselylomakkeet koko opinnäytetyöprosessin ajan vain itselläni.

Kyselylomakkeiden jakamisen jälkeen kukaan kotihoidon työntekijöistä ei ottanut minuun yhteyttä opinnäytetyöhön liittyvissä kysymyksissä. Tutkimukseen osallistujilla tulee olla oikeus kysyä tarvittaessa selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan, joten liitin yhteystietoni kyselylomakkeen saatekirjeeseen. Tutkimuksen osallistujilla on myös oikeus saada tietoa tutkimustuloksista, joten kerroin vanhustyön johtajalle haluni esitellä valmista opinnäytetyötäni kotihoidon työntekijöille heidän yhteisessä kokoontumisessaan sekä lupasin toimittaa kotihoitoyksikköön yhden kappaleen valmiista opinnäytetyöstäni. (Leino-Kilpi 2004 a, 290–291.).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (Janhonen & Nikkonen 2003, 36). Luotettavuuden arvioinnilla pyritään selvittämään kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella tuotet-

tiin kyseisestä ilmiöstä. Luotettavuuden arviointi kulkee mukana koko tutkimusprosessin ajan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 130–134.)

Ollessani käytännön harjoittelujaksolla kotisairaanhoidossa syksyllä 2008, kysyin kotihoidon työntekijöiltä heidän mielipidettään suunnittelemani opinnäytetyön aiheen tärkeydestä sekä heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Sain heidän hyväksyntänsä aiheelle ja he antoivat alustavan suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Tutkimuksen osallistujien yhteistyöhalu on tutkimusaineiston luotettavuuden perusta. Tutkimuksen osallistujilla pitää olla myös riittävästi tietoa opinnäytetyön luonteesta ja tavoitteesta. Heillä on kuitenkin oltava mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. (Eskola & Suoranta 2003, 56; Kylmä & Juvakka 2007, 149–150; Leino-Kilpi 2004 a, 290; Vehviläinen-Julkunen 1997, 29.) Muhoksen kunnan kotihoidossa työskentelee 17–21 henkilöä. Tähän opinnäytetyöhön kotihoidon työntekijöistä osallistui 13, eikä heistä yksikään ilmoittanut haluavansa keskeyttää tutkimukseen osallistumistaan.

Neutraalisuuden uhkana oli se, että työskentelen samalla paikkakunnalla missä tein opinnäytetyön tutkimuskyselyn. Huomioin tämän siten, että kysely kohdistettiin nimenomaan toiselle yhteistyökumppanille, kotihoidolle. Aineistonkeruumenetelmänä käytin kyselyä, sillä haastattelutilanteessa vastaajat olisivat saattaneet vastata opinnäytetyöntekijää miellyttääkseen (Nieminen 1997, 217). Etenkin laadullisessa haastattelututkimuksessa tutkijan ja tutkittavan vuorovaikutussuhde voi sisältää manipulaation vaaran (Vehviläinen-Julkunen 1997, 32). Mittarin laadinnassa ja tulosten analysoinnissa tuli huomioida subjektiivisuuden ja tarkoituksenhakuisuuden vaara, koska opinnäytetyön aihepiiri oli tuttu työkokemukseni perusteella. Tärkeää onkin tunnistaa ennakkoasenteet, odotukset tai epäilyt tutkittavasta ilmiöstä ja pyrkiä vapautumaan niistä sekä pyrittävä mahdollisimman suureen objektiivisuuteen (Leino-Kilpi 2004, 293; Nieminen 1997, 215; Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Aineiston sisällön analyysia tehdessäni pyrin erityiseen tarkkuuteen ja uskollisuuteen alkuperäiselle aineistolle, jotta omat mahdolliset ennakkoasenteet eivät pääsisi ohjaamaan tuloksia. Tämä toisaalta vaikeutti abstrahointia ja jarrutti oivaltamisprosessia.

Aineiston analysointiin vaikuttaa opinnäytetyöntekijän taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Analyysiprosessi on aikaa vievää ja opinnäytetyöntekijän tulisi antaa ajatteluprosesseille tarpeeksi aikaa eikä pyrkiä liian nopeaan analyysiin. Opinnäytetyössä tulee myös luotettavasti tuoda esille aineiston ja tulosten välinen yhteys. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36; Nieminen 1997, 219.) Analyysiprosessi vei paljon aikaa. Välillä aineiston analysointi täytyi keskeyttää ja jättää se ikään kuin ”hautumaan”. Tällaisten taukojen jälkeen oli mahdollista nähdä aineisto uudesta näkökulmasta ja analyysi saattoi parhaimmillaan edetä hyppäyksen eteenpäin. Tutkimusseminaareissa oli mahdollista pohtia aineiston analysointia ohjaajan ja opiskelutovereiden kanssa yhdessä ja saada ohjeita sekä vertaistukea prosessin etenemiseksi. Kylmän (2008, 113) mukaan riittävä aika ja saatu ohjaus auttavat löytämään tutkimukseen osallistujien näkökulman tutkittavasta ilmiöstä. Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön uskottavuus lisääntyy käytettäessä riittävästi aikaa tutkittavaan ilmiöön (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Vahvistettavuuden lisäämiseksi olen opinnäytetyössäni kuvannut tutkimusprosessin etenemistä ja perustellut tehtyjä ratkaisuja, jotta lukija voisi seurata prosessin kulkua. Opinnäytetyön raportissa käytin analyysin tukena alkuperäisiä vastauksia, jotta lukija voi arvioida luokittelun onnistuneisuutta. Raportissa kuvasin myös esimerkin avulla analyysin etenemistä (Kuvio 1, sivulla 33). Kylmä ja Juvakka toteavat vahvistettavuuden liittyvän koko tutkimusprosessiin ja sen etenemisen selkeään kuvaamiseen. Lukijan pitäisi pystyä seuraamaan sitä, miten tutkimuksen tekijä on päätynyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Opinnäytetyöprosessin edetessä tutkimustehtävät tarkentuivat. Alkuperäisistä tutkimustehtävistä kaksi liittyi yhteen ja lisäksi syntyi yksi uusi tutkimuskysymys. Laadullisessa tutkimuksessa näin on mahdollista tapahtua (Eskola & Suoranta 2003, 15; Hirsjärvi ym. 2004, 152,155; Kylmä 2008, 111). Mikäli alustavat tutkimustehtävät eivät asetu mielekkäästi tutkimusasetelmaan, opinnäytetyöntekijän on joustettava ja muutettava niitä, jotta tutkimukseen osallistuvien näkökulma pääsee esille lopullisessa raportissa (Kylmä 2008, 111).

Pyrin huomioimaan lähdekritiikin tässä opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti koko tutkimusprosessin ajan. Lähdekritiikissä tulee kiinnittää huomio lähteen aitouteen, riip-

pumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen (Mäkinen 2006, 128). Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta lähteet ovat ensikäden lähteitä ja julkaisut ovat mahdollisimman ajankohtaisia. Lähdeviitteet on tehty asianmukaisesti Kuokkanen ym. (2007) ohjeistuksen mukaisesti.

Kylmä ja Juvakka (2007, 129) viittaavat Lincoln ja Cubaan (1985) todetessaan, että tutkimuksen tekijän on kuvailtava tutkimuksen osallistujia sekä tutkimusympäristöä, jotta lukija voisi arvioida tutkimustulosten siirrettävyyttä. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa oli vain kaksi osallistujien taustatietoja kartoittavaa kysymystä. Päädyin tähän ratkaisuun siksi, että osallistujien anonymiteetti säilyisi. Taustatietojen vähäinen määrä hankaloittaa tutkimustulosten siirrettävyyden arvioimista.

6.3 Tulosten vertailua aiempiin tutkimuksiin

Tämän opinnäytetyön perusteella kotihoidon työntekijät suhtautuivat myönteisesti seurakunnan diakoniatyön kanssa toteutettavaan yhteistyöhön. Tulos on yhteneväinen Kallungin (2005) tutkimukseen kuntien ja seurakuntien yhteistyöstä. Kallunki viittaa Yeungiin (2007) sekä Heikkilään ja Karjalaiseen (2000) todetessaan tämän myönteisyyden yhteistyölle johtuvan kuntien hyvistä kokemuksista kirkon ja diakonian yhteiskuntavastuusta etenkin laman aikana. (Kallunki 2007, 181–184, 186.) Kallunki puhuu diakoniatyön limittäisestä työnäystä, jonka kautta diakoniatyö voi kytkeytyä muihin yhteiskunnan toimijoihin menettämättä yhteyttä uskonnolliseen ydintehtävään (Kallunki 2007, 188–190).

Yhteistyötä on tutkittu diakoniatyöntekijöiden kuvaamana useissa tutkimuksissa. Sairas terveys-tutkimuksessa diakoniatyöntekijät halusivat tiivistää yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa (Kinnunen 2009 c, 131). Rättyän (2004) tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät tekivät yhteistyötä runsaasti ja laaja-alaisesti eri verkostojen, kirkollisten toimijoiden, organisaatioiden, järjestöjen ja yhdistysten kanssa. Sosiaali- ja terveystoimi, mielenterveystoimisto, kotisairaanhoito, terveyskeskus ja muut kuntien viranhaltijat olivat merkittäviä yhteistyötahoja. Verkostotyöllä voitiin lisätä ihmisten hyvinvointia. (Rättyä 2004, 39–41, 93.) Kotisalon tutkimuksesta ilmeni, että diakonissoista 65%

teki yhteistyötä eri toimijoiden kanssa ja kukaan vastaajista ei ilmoittanut tekevänsä ”ei lainkaan” yhteistyötä. Ne diakonissat, joiden seurakunnassa oli kolme tai useampia diakonian virkoja, tekivät enemmän yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa asiakkaan palvelemisessa kuin yhden tai kahden diakonian viran seurakunnissa. (Kotisalo 2002, 21, 37, 44.)

Yli puolet opinnäytetyön vastaajista ilmoitti yhteistyötä kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä nykyisin olevan vähän. Vastauksista saattoi päätellä yhteistyön toteutuvan satunnaisesti. Samansuuntaisiin tuloksiin päädyttiin Verkosto arjen työtä tekevien voimavaraksi- hankkessa (VerVo) 2006–2007. VerVo-hanke syntyi työelämän tarpeista, sillä kuntien ja seurakuntien työntekijät tekivät arkityötään samankaltaisten työtehtävien ja aika ajoin samojen asiakkaiden kanssa. Yhteistyön todettiin olevan välillä sattumanvaraista ja se toteutui työntekijöiden tuttavuuden pohjalta. (Weissenfelt ym. 2008, 4, 6, 17,24.) Tässä opinnäytetyössä ei tullut ilmi työntekijöiden tuttavuuden vaikuttavan helpottavasti yhteydenottoihin. Myös Toivaisen (2004) opinnäytetyön tulosten mukaan kunnan vanhustyön ja diakoniatyön välinen yhteistyö toteutui vain yksittäisinä hankkeina tai toimintoina. Eniten yhteistyötä tehtiin palvelutaloissa ja päiväkeskuksissa. Kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta tuli diakoniatyöntekijöille vain muutamia kotikäyntipyyntöjä. (Toivainen 2004, 33–37.)

Kotihoidon työntekijät halusivat yhteistyön kehittämiseksi yhteisiä palavereja ja koulutustilaisuuksia ja ylipäätään tutustua yhteistyökumppaniin. Yhteisten tavoitteiden ja toimintamallien luominen nähtiin keskeisiksi kehittämisalueiksi. Tutkimustulos on yhteneväinen Toivaisen opinnäytetyön tuloksissa esille tulleisiin toiveisiin voimavarojen yhdistämisestä, avoimesta yhteydenottamisesta sekä säännöllisesti kokoontuvista suunnitteluryhmistä. Eniten tarvetta koettiin olevan toisen organisaation henkilöstön ja heidän työnkuvansa tuntemiseen. (Toivainen 2004, 33–37.) Sairas köyhyys-tutkimuksessa haastatellut kertoivat diakoniatyön ja kotihoidon sekä terveystoimen välillä olevan tutustumis-, koulutus- ja virkistystilaisuuksia satunnaisesti sen sijaan diakoniatyön ja sosiaalitoimen välillä koulutus- ja tutustumistilaisuudet olivat vakiintuneita (Kinnunen 2009 c, 114). Rättyän (2004) tutkimuksessa diakoniatyöntekijät korostivat yhteistyön ja toiminnan suunnittelemisen merkitystä osana ammattitaitoista auttamista (Rättyä 2004, 39–41, 93).

Moniammatillisen asiantuntijuuden hyödyntäminen nousi yhdeksi yhteistyön kehittämisalueeksi tässä opinnäytetyössä. Vastaajat kokivat, että molemmilla yhteistyöosapuolilla on annettavaa toisilleen ja voimavaroja yhdistämällä voitaisiin saavuttaa paremmin asiakkaan hoidon kokonaisvaltaisuus. Tulos on osin yhteneväinen Rättyän (1998) tutkimuksen kanssa. Tutkimuksessa diakoniatyön asiakkaat kokivat diakonisella hoitotyöllä olevan annettavaa kunnan sosiaalityöntekijöille, kotisairaanhoitajille ja mielenterveystyön työntekijöille. (Rättyä 1998, 41.) Lukkaroisen tutkimuksessa (2002) todettiin nykyisissä palvelurakenteissa palveluntuottajien puutteellisen yhteistyön ja avun tarjoamisen päällekkäisyyksien vaikuttavan asiakkaan saamien palveluiden määrään. Alueellisesti palvelujen sisältö vaihteli. Asiakkaiden luona kävi liian monia avun antajia, jolloin hoito pirstoutui ja yhteistyön tarve kasvoi. (Lukkaroinen 2002, 74.)

Tässä opinnäytetyössä diakoniatyön merkitys kotihoitoasiakkaan hoitotyössä nähtiin emotionaalis-hengellisen tuen antajana ja siten osana kokonaisvaltaista hoitotyötä Opinnäytetyö on osin yhteneväinen Rättyän (2004, 43) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan diakoniatyön asiakkaan kokonaisvaltainen tukeminen merkitsi hengellisen, henkisen ja emotionaalisen tuen ja käytännön avun antamista. Tässä opinnäytetyössä kotihoidon työntekijät kuvasivat, etteivät he pysty tarpeeksi vastaamaan asiakkaidensa hengellisiin tarpeisiin ja näkivät sen sijaan diakoniatyöntekijöillä olevan ammattitaitoa ja kokemusta tällä alueella. Tulos on osin yhtenevä Sairas köyhyys-tutkimuksen kanssa, jonka mukaan asiakkailla on usein tarve siihen, että joku pysähtyisi ja kuuntelisi heitä. Tutkimuksen mukaan julkinen palvelujärjestelmä ei pystynyt riittävästi vastaamaan tähän tarpeeseen. Sen sijaan diakoniatyössä asiakkaita pystytään tarpeen tullen tukemaan pitkäaikaisella keskusteluavulla. (Kinnunen 2009 c, 117–119.)

Yhdessäkään tämän opinnäytetyön vastauksessa ei tuotu esille diakoniatyöltä odotettavan terveydenhoitopalveluja (haavanhoito, verenpaineenmittaus yms.) eikä kodinhoitoon liittyviä tehtäviä. Kotisalon tutkimuksessa tuli esille, että diakoninen hoitotyö toteutui harvoin sairaanhoidollisina seuranta- tai hoitotoimenpiteinä. Sen sijaan diakonisen hoitotyön auttamismenetelminä käytettiin terveyteen liittyvää ohjaamista ja neuvontaa. (Kotisalo 2002, 38, 55.) Sairas köyhyys- tutkimuksen mukaan diakoniatyön terveydenhoidollisessa avussa on tärkeää ohjata asiakas oikeiden palveluiden piiriin, auttaa ajanvarauksessa lääkärille, tukea sairauden kanssa pärjäämisessä, tulkita lääkärinlausun-

toja tai hoito-ohjeita, antaa terveysneuvontaa, keskustella voinnista, mielialasta, oireista tai lääkityksestä. Varsinaisten hoitotoimenpiteiden osuus diakoniatyössä oli vähäinen. (Kinnunen 2009 c, 103–108.)

Amerikkalaisen seurakuntatyön tutkimuksissa terveydenhoito on sitä vastoin hyvin keskeisellä sijalla. Parish Nursing- ohjelmalla on voitu tarjota terveydenhoitoa niille väestöryhmille, jotka ovat jääneet vaille tarvittavaa apua ja tukea. Näitä väestöryhmiä ovat esimerkiksi maahanmuuttajat ja vanhukset. (Hughes, Trofino, O´Brien, Mack & Marrinan 2001, 46–57.) Amerikkalaisissa seurakunnissa tapahtuvan hoitotyön ydinosaamista on kokonaisvaltainen tietämys ihmisten terveyskäyttäytymisestä. Kustannuksia on saatu vähenemään ja vältetty ennenaikaiseen laitoshoitoon joutuminen, kun esimerkiksi vanhukset, jotka ovat haluttomia hakeutumaan hoitoon, on saatu suostuteltua tarpeeksi ajoissa hoidon ja tuen piiriin. Tutkimuksissa on saatu näyttöä seurakunnissa tapahtuvan hoitotyön auttavan pysyvien elämäntapamuutosten saavuttamisessa. Seurakunnissa työskentelevät hoitajat (parish nurse) toimivat tukihenkilöinä esimerkiksi silloin, kun vanhukset pyrkivät laihduttamaan, liikkumaan enemmän, lopettamaan tupakoinnin, vähentämään alkoholin tai kipulääkkeiden käyttöä. Seurakunnissa tapahtuva hoitotyö on onnistunut olemaan siltana hengellisen työn ja julkisen perusterveydenhuollon välillä. Näiden tulosten perusteella kirkon parissa tapahtuvalla hoitotyöllä tulee olemaan entistä tärkeämpi osa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä ja hallinnassa. (Rydholm ym. 2008, 26–27.)

Tässä opinnäytetyössä tuli esille toive kehittää saattohoitotyötä yhteistyönä kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä. Lehtomäen (2006) opinnäytetyössä muodostettiin kotisaattohoidon palveluohjausmalli julkisen sektorin ja kolmannen sektorin palveluntuottajien kesken. Tuloksena syntyi kotisaattohoidon työn- ja vastuunjakomalli Espoon kotisairaalaan. Eri palveluntuottajien yhteistyöllä potilaan ja hänen läheistensä turvallisuuteen ja selviämiseen kotona vaikutettiin tarjoamalla hoitotarpeen mukaista apua ympäri vuorokauden. Yhteinen koulutus auttoi työntekijöitä kohtaamaan kuolevan ihmisen ja korosti yhteistyön merkitystä sekä toisten palveluntuottajien asiantuntijuuden ymmärtämistä. (Lehtomäki 2006, 50–53.)

Kotihoidon työntekijät kuvasivat viriketoiminnan järjestämisen yhdessä seurakunnan diakoniatyön kanssa olevan mielekästä ja yhteistyötä sillä alueella haluttiin lisätä nykyisestä. Tepposen (2009) tutkimuksessa todettiin kunnallisen kotihoidon riittämättömän työntekijämäärän ja kiireen rajoittavan sosiokulttuuristen työmuotojen käyttöä sekä psyko-sosiaalisen tuen antamista. Tutkimuksessa seurakuntien työntekijät nähtiin tärkeinä yhteistyökumppaneina ja sosiokulttuuristen työmuotojen tarjoajina. Tepponen tuo esille, ettei sosiokulttuuristen toimintojen käyttö kotihoidossa vaadi aina niinkään lisää resursseja kuin uutta asennetta ja uusia työotteita. Kotihoidolta vaaditaan koordinoivaa työotetta, jotta eri palvelut olisivat kaikkien kotihoidon asiakkaiden saatavilla. (Tepponen 2009, 177.) Heikkilän (2002) tutkimuksessa vanhukset itse antoivat eniten kiitosta seurakunnan kerhotoiminnasta. Kerhoihin ja leireille toivottiin hengellisen ohjelman rinnalle mm. laulua, liikuntaa ja käsitöitä. Hengellisen ohjelman ohella korostettiin toiminnan sosiaalista merkitystä. Vanhukset halusivat tilaisuuksia, jossa kaikenikäiset olisivat koolla. (Heikkilä 2002, 54–57) Juntusen ja Kinnusen tutkimuksissa diakoniatyöntekijät näkivät erilaiset vertaisryhmät merkittävinä ja ohjasivat asiakkaita osallistumaan esimerkiksi eläkeläis-, suru-, omaishoitaja- ja mielenterveyskuntoutujien ryhmiin, eri leireille sekä järjestöjen tapahtumiin (Kinnunen 2009 c, 110; Juntunen 2006, 88).

Tässä opinnäytetyössä esitettiin toiveita vapaaehtois- ja ystäväpalvelutoiminnan kehittämiseksi. Diakoniatyön toivottiin myös järjestävän kyydityksiä seurakunnan laulu-, rukous- ja keskustelutilaisuuksiin. Sairas köyhyys-tutkimuksessa tuli esille, että ihmiset eivät voineet käyttää terveyspalveluita esimerkiksi siitä syystä, että lyhyistä matkoista aiheutuneita matkakuluja ei korvattu. Vaikka asiakas olisi oikeutettu käyttämään kunnalta saatuja taksiseteleitä, niitä ei saanut käyttää terveyskeskuskäynteihin. Tällöin oli kuljetusapuna käytetty diakonian vapaaehtoisia. (Kinnunen 2009 d, 149.) Tutkimuksessa todettiin, että maaseutuseurakunnissa hiljaista hätää jää löytymättä etenkin pitäjän reuna-alueilta. Julkiset palvelut, vapaaehtoisjärjestöt ja diakonia eivät edes yhteistoimin ehdi auttamaan kaikkia niitä vanhuksia, jotka tarvitsisivat juttuseuraa ja ulkoilutusapua. Hyväkuntoisista ja autoilevista vapaaehtoisista, jotka voisivat auttaa nimenomaan näitä vanhuksia, on kova pula. (Kinnunen 2009 b, 85–86.) Muhoksen kunnassa on todettu tarve lisätä kuljetuspalveluita vanhustenhuollon tukipalveluina (Muhoksen kunta 2009, 22).

Yhteistyön kehittämisen esteiksi vastaajat kuvasivat resurssien puutteen, kommunikaatioon liittyvät esteet sekä asenteet. Riittämättömät henkilöresurssit aiheuttivat kiirettä, voimavarojen vähyyttä, väsymystä ja stressiä, joiden koettiin vaikeuttavan yhteistyön tekemistä. Yhteistyön ei siis näissä vastauksissa nähty lisäävän hoitotyössä tarvittavia resursseja vaan se päinvastoin koettiin yhtenä aikaa vievänä tekijänä. Vuorovaikutukseen liittyvät yhteistyön esteet muodostuivat salassapitoon liittyvistä tekijöistä ja tiedon puutteesta. Tiedotuksen tehostaminen nousi selkeäksi kehittämisalueeksi. Vaitiolovelvollisuuteen liittyvistä rajoituksista ja asiakkaalta vaadittavista lupamenettelyistä oli epätietoisuutta ja niihin haluttiin selkeyttä. Opinnäytetyön tulokset olivat yhteneväiset Toivasen opinnäytetyön kanssa, jonka tuloksissa kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyön esteiksi koettiin kiire, tiedon puute, vaitiolovelvollisuus ja ennakkoluulot (Toivainen 2004, 33–37). Stakesin PALKO-tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyneissä osatutkimuksissa tuli ilmi kuinka kotihoidon työntekijöistä suurella osalla oli tiedon puutetta mielenterveyspalveluista sekä seurakunnan ja vapaaehtoisjärjestöjen tuottamista palveluista (Perälä ym., 37). Kotihoidon työntekijät kokivat eniten puutteita valmiuksissaan vastata iäkkäiden hengellisiin tarpeisiin (Perälä ym. 2006, 20), mutta toisaalta he ottivat harvoin yhteyttä seurakunnan työntekijöihin (Toljamo & Perälä 2008, 29).

6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyö tuotti uutta tietoa paikallisen yhteistyön kehittämismahdollisuuksista kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä sekä diakoniatyön merkityksestä kotihoitoasiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden kokemana. Opinnäytetyön tulokset myös vahvistivat jo olemassa olevaa tietoa.

Opinnäytetyöni tulosten perusteella olen päätynyt seuraaviin johtopäätöksiin.

1. Kotihoidon työntekijät kokevat seurakunnan diakoniatyön kanssa toteutettavan yhteistyön myönteisenä. Yhteistyö nähdään mahdollisena, tarpeellisena ja toivottuna. Nykyiseltä yhteistyöltä puuttuvat paikalliset rakenteet. Yhteistyö ei ole järjestelmällistä, vaan se toteutuu satunnaisesti. Yhteistyön kehittämisen edellytyksenä on avoin ja säännöllinen vuorovaikutus sekä yhteisten toimintaperiaatteiden luominen.

2. Diakoniatyö on parhaimmillaan osa kokonaisvaltaista kotihoitoasiakkaan moniammatillista hoitotyötä. Etenkin diakoniatyön tarjoama emotionaalis-hengellinen tuki koetaan merkittäväksi osaksi asiakkaan terveydenedistämisessä.

3. Diakoninen hoitotyö on kotihoidon työntekijöille jokseenkin tuntematon käsite. Tiedon puute diakonisesta hoitotyöstä estää osaltaan yhteistyön toteuttamista.

4. Opinnäytetyön kysymysten asettelu ei rajautunut mihinkään tiettyyn kotihoitoasiakkaiden ryhmään. Kotihoidon työntekijät näkivät diakoniatyön vanhustyöhön painottuvana.

6.5 Jatkotutkimushaasteet

Yhteistyötä on tutkittu kotihoidon kentässä useasta näkökulmasta. Kotihoidon ja diakoniatyön yhteistyöstä tehty tutkimus rajoittuu ammattikorkeakoulujen tuottamiin opinnäytetöihin. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön merkityksestä kotihoito asiakkaan hoitotyössä ei löytynyt aiempaa tutkimusta ja tämän opinnäytetyön tutkimusaineistossa sen arviointi jäi suppeaksi. Tästä johtuen diakonisen hoitotyön merkityksen syvällisempi tutkiminen kotihoitoasiakkaan hoitotyössä olisi mielenkiintoinen jatkotutkimushaaste.

Yhtenä jatkotutkimushaasteena olisi kuvata mitä kotihoidon työntekijät ymmärtävät diakonisen hoitotyön käsitteellä. Kartoitettaessa kotihoidon työntekijöiden käsityksiä diakoniatyön/ diakonisen hoitotyön merkityksestä kotihoitoasiakkaan hoitotyössä vastaajat käyttivät yleisesti diakoniatyön käsitettä. Tästä voi päätellä diakoniatyön käsitteen olevan tunnetumpi kuin diakonisen hoitotyön käsite.

Yhteistyön käytännön toteutus on omanlaistaan eri paikkakunnilla ja muualla tehtyjen toimintamallien siirrettävyys on haastavaa. Yhteistyön kehittämiseksi paikallisesti ehdotan osaamiskartoituksen tekemistä, jonka avulla kunnan kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voitaisiin mallintaa.

LÄHTEET

Ahonen, Risto A. 2002. Diakonia ja kirkon virka. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 71–86.

Aleksander, Sr. Judith E.; Beagle, Carolyn J.; Butler, Pam; Dougherty, Deborah A.; Andrews Robards, Karen D.; Solotkin, Kathleen C & Velotta, Catherine 1994. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa Marriner-Tomey, Ann. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 410–428.

Arnkil, Tom Erik; Eriksson Esa & Arnkil, Robert 2006. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Viides painos. Helsinki: Stakes, raportteja 253.

Cassidy, Karen 2002. Partners in Healing: Home care, Hospice and Parish Nurses. Homehealthcare Nurse. The journal for the home care and hospice professional. Volume 20(3), March 2002. Viitattu 2.12.2008. http://anna.diak.fi:2188/spb/ovidweb.cgi?&S=OJNAFPJIPNDDKMNPMCGLAAOKKDOOAA00&Link+Set=S.sh.15%7c3%7csl_10

de Graaf, Karen R.; Marriner-Tomey, Ann; Mossman, Cynthia L. & Slebodnik, Maribeth 1994. Florence Nightingale. Nykyaikainen hoitotyö. Teoksessa Marriner-Tomey, Ann. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 71–78.

Gothóni, Raili 2009. Anna & Arvo. Tutkimus Yhteisvastuuhankkeen toteutumisesta. Helsinki: Kirkkopalvelut.

Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Diakonian resurssit ja alueellinen tarve. Panostetaanko diakoniaan kunnan huono-osaisuuden mukaan? Teoksessa Juntunen, Elina; Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:7, 9–28.

Grönlund, Henrietta & Juntunen, Elina 2006. Diakonia hyvinvointijärjestelmän aukkojen tunnistajana ja paikkaajana. Teoksessa Juntunen, Elina; Grönlund,

Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:7, 177–185.

Eriksson, Katie 1989. Caritas-idea. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Eriksson, Katie 2004. Lähimmäisen rakkauden idea. Lähimmäisenrakkaus hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa Kankare, Hannu; Hautala-Jylhä, Pirjo-Liisa & Munnukka, Terttu (toim). Lähimmäisen rakkauden puolustus – uusvanha näkökulma hoitotyöhön. Helsinki: Tammi, 9–20.

Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindstöm, Unni Å; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen.6.painos. Tampere: Vastapaino.

Friis, Iiris 2004. Työni kotisairaanhoitajana. Narratiivinen tutkimus kotisairaanhoitajan työstä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Haho, Annu 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, humanistinen tiedekunta, historian laitos. Väitöskirja.

Hammar, Teija 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannnus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Stakes. Tutkimuksia 179.

Heikkilä, Mirva 2002. Vanhusten hengellisen tuen tarpeet ja tuen saanti sekä odotukset diakoniselle hoitotyölle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Heinola, Reija(toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon-laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Helsinki: STAKES.

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 3.1.2009. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tietolaki

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hughes, Cynthia; Trofino, Joan; O´Brien, Barbara; Mack, Janet & Marrinan, Marie 2001. Primary Care Parish Nursing: outcomes and implications. Nursing Administration Q. Volume 26(1), Fall 2001, 45–59. Viitattu 21.7.2009. http://www.nelliportaali.fi. Tuloste tekijän hallussa.

Hägg, Tina 2007. Kuntoutumista edistävän työtavan kehittäminen Vantaan kotihoidossa. Sairaanhoitaja-lehti 26.2.2007. http://anna.diak.fi:2078/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=shk

Hägg, Tina; Rantio, Merja; Suikki, Päivi; Vuori, Anne & Ivanoff, Päivi 2007. Hoitotyö kotona.Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Ikäläinen, Jenni 2008. Kansalaisjärjestöt ja yliopistot yhteistyössä. Turun Kauppakorkeakoulu. Liiketaloustiede, johtamisen ja organisoinnin pro gradu- tutkielma. Viitattu 5.10.2009. http://info.tse.fi/julkaisut/Thesis2008/9617.pdf

Isoherranen, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste- moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina; Rekola, Leena & Nurminen, Raija. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26–48.

Janhonen, Sirpa & Pyykkö, Anita 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.

Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jauhonen, Anne 2006. Diakonisen hoitotyön ytimessä. Diakonissat tarkastelevat psykoemotionaalista hoitamistaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Jolkkonen, Jari 2006. Onko köyhyys kohtalo vai valinta? Diakonian teologisia perusteita. Julkaisussa Diakonian tutkimus 2/2006. Diakonian tutkimuksen seura ry, 112–132.

Juntunen, Elina 2006. Diakonian taloudellisen avun muodot ja painotukset asiakkaan auttamisprosessissa. Teoksessa Juntunen, Elina; Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki 2006. Viimeisellä luukulla. Tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2006:7, 78–94.

Juntunen, Elina & Saarela, Tiina 2009. Seurakuntadiakonian perustehtävä ja terveyden kysymykset. Teoksessa Sairas köyhyys. Suomen ev.lut. kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7. Helsinki: Kirkkohallitus, 36–50.

Kalkas, Hertta 2002. Hoitotyö ja arvot. Teoksessa Kalkas, Hertta & Sarvimäki, Anneli. Hoitotyön etiikan perusteet. 5.–7. painos. Helsinki: WSOY, 76–96.

Kallunki, Valdemar; Pesonen, Heikki & Yeung, Anne Birgitta 2006. Kirkon paikka paikkaajana? Diakonian kuntayhteistyö kirkon aseman osoittajana. Teoksessa Teologinen aikakauskirja 5/2006. Helsinki: Teologinen julkaisuseura ry, 449–467.

Kallunki, Valdemar 2007. Diakonian kolmas polku – yhteistyönäkymiä kuntien palvelu rakenteen muuttuessa. Teoksessa Anno Domini 2007. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 179–193.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 14.9.2008. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Kansanterveyslaki

Kettunen, Paavo 2001. Leipää vai läsnäoloa? Asiakkaan tarve ja diakoniatyöntekijän työnäky laman puristuksessa. Kirkon tutkimuskeskus.

Kinnunen, Kaisa 2009 a. Johdanto. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.).Sairas köyhyys.Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.Helsinki: Kirkkohallitus, 10–23.

Kinnunen, Kaisa 2009 b. Sairauden leimaama hätä. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.).Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.Helsinki: Kirkkohallitus, 62–91.

Kinnunen, Kaisa 2009 c. Terveyteen ja sairauteen liittyvän auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen

ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.Helsinki: Kirkkohallitus, 92–131.

Kinnunen, Kaisa 2009 d. Terveyspalvelujen saamisessa havaitut ongelmat. Teoksessa Kinnunen, Kaisa (toim.). Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Suomen ev.lut kirkon kirkkohallituksen julkaisuja 2009:7.Helsinki: Kirkkohallitus,132–170.

Kirkkohallitus 2009. Työryhmän raportti terveyden edistämisestä diakoniatyössä. Viitattu 20.4.2009. http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/terveydenedistaminen.pdf

Kirkkojärjestys (1055/1993). Viitattu 18.10.2009. http://kappeli.evl.fi/Kirkkolainsaadanto.nsf/kkolaki?OpenView&Start=1&Count=300&Expand=2#2

Kirkkolaki (1054/1993). Viitattu 18.10.2009. http://kappeli.evl.fi/Kirkkolainsaadanto.nsf/kkolaki?OpenView&Start=1&Count=300&Expand=1#1

Kirkon vanhustyön strategia 2015. Viitattu 24.9.2009. http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/kirkonvanhustyonstrategia.pdf.

Kotisalo Helena 2002. Diakoniatyön ja diakonisen hoitotyön toteutuminen Kuopion hiippakunnan diakonissojen arvioimana. Kuopion yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu-työ.

Kotisalo, Helena 2006. Diakonisen hoitotyön käsitteen määrittelyä. Studia generalialuontosarjan luentomonisteet.

Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen, Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. 4. uud.laitos. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kuuppelomäki, Merja 2001. Hengellisyys hoitotyössä. Miten tuen anto toteutuu? Sairaanhoitaja vol 74 6/2001, 28–30.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kylmä, Jari 2008. Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija & Länsimies-Antikainen, Helena (toim.). Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja F. Yliopistotiedot 45, 109 – 120.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.Viitattu 31.12.2008. http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=812%2C%20%C2%A717

Lappalainen, Kaarina 2002. Ammatillinen vastuu. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 129–142.

Lappalainen, Tarja & Turpeinen, Aune (toim.) 1998. Auttamistyö kotona. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Larmi, Aini, Tokola, Eeva & Välkkiö, Heleena 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki:Tammi.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki:WSOY, 21–43.

Latvus, Kari & Elenius, Antti 2007. Auttaminen, diakonia ja teologia. Teoksessa Latvus, Kari & Elenius, Antti. Auttamisen teologia. Helsinki: Kirjapaja, 11–33.

Lehtomäki, Susanna 2006. Kotihoidon palveluohjausmalli. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja Sarja C: Opinnäytetyöt 8. Viitattu 1.1.2009. http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/Opinnaytetyot/PDF/Opinnaytetyot_8.pdf

Leino-Kilpi, Helena & Lauri, Sirkko 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, Sirkka (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki WSOY, 7–20.

Leino-Kilpi, Helena 2004 a. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 284–298.

Leino-Kilpi, Helena 2004 b. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 227–250.

Lindqvist, Martti 1997. Kristillinen ihmiskäsitys. Teoksessa Aalto, Kirsti; Esko, Martti & Virtaniemi, Matti-Pekka (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 29–43.

Lukkaroinen, Riitta 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä

palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Malkavaara, Mikko 2007. Diakonian muutos alkoi jo ennen lamaa. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2007. Diakonian tutkimuksen seura ry, 26–49.

Matteson, Mary Ann; Reilly, Maureen & Moseley, Martht 2000. Needs Assessment of Homebound Elders in a Parish Nursing. Geriatric Nursing 2000, Volume 21, Number 3, 144–147. Viitattu 18.1.2009. Saatavissa https://essi.diak.fi/ Elsevier Science Direct-aineisto. Tuloste tekijän hallussa.

Muhoksen kunta 2009. Vanhuspoliittinen ohjelma. www.muhos.fi. Viitattu 10.8.2009. Tuloste tekijän hallussa.

Muhoksen seurakunta 2008. Talousarvio vuodelle 2009. Toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009 – 2011.

Myllylä, Marjatta 2000. Näkökulmia diakoniasta ja hoitotyöstä- kohti diakoninen hoitotyö-käsitettä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lisensiaatintutkimus.

Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Mäkinen, Erkki (toim.); Niinistö, Leena, Salminen, Pirjo & Karjalainen, Pirkko 1997. Kotihoito. Porvoo: WSOY.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nieminen, Heli 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY, 215–221.

Niska, Tuula 2009. Vanhustyön johtaja, Muhoksen kunta. Sähköpostiviesti 17.2. Vastaanottaja Leena Leskelä. Tuloste tekijän hallussa.

Parish Nurse Institute. Viitattu 20.9.2008. http://parishnursing.communityhealth ministry.net/about/roles

Perälä, Marja-Leena; Grönroos, Eija & Sarvi, Anu 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. Stakes raportteja 8/2006.http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut raportit/R8-2006-VERKKO.pdf

Pohjolainen, Terttu 2005. Diakoninen hoitotyö – perinteikäs ja uusi hoitotyön ala. Teoksessa Lahtinen, Mikko & Toikkanen, Tuulikki (toim.) Anno Domini

2005. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 120–143.

Puustinen, Laura 2003. Diakonisen hoitotyön ennakkoehdot ja ominaispiirteet. Teoksessa Anno Domini 2003. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 141–149.

Pyykkö, Raija 2004. Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Helsinki: Gaudeamus, 110–143.

Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007. Viitattu 27.10.2008. http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-0507.pdf

Rekola, Leena 2008. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, Kaarina; Rekola, Leena & Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 9–25.

Ronkainen, Raili; Ahonen, Sari; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Opaita 49. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Sosiaali- ja terveysministeriö, 100–105.

Rydholm, Laura; Moone, Raean; Thornquist, Lisa; Alexander, Wanda; Gustafson, Vicki & Speece, Bethany 2008. Care of community-dwelling older adults by faith community nurses. Journal of Gerontological Nursing Volume 34(4), 18–29. Viitattu 21.7.2009. Saatavissa http://www.nelliportaali.fi. Tuloste tekijän hallussa.

Rättyä, Lea 1998. Diakoniatoimistojen asiakkaiden kokemukset avun ja tuen saamisesta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-työ.

Rättyä, Lea 2004. Diakoniatyöntekijöiden kuvauksia työstään ja siinä jaksamisestaan. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lisensiaatintutkimus.

Rättyä, Lea 2008. Diakonisen hoitotyön asiantuntijuus. Luentomonisteet.

Sairaanhoitajaliitto 2009. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 18.11.2009. Saatavissa http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Sivonen, Kerstin 2003. Diakoninen hoitotyössä. Teoksessa Anno Domini, Diakoniatieteen vuosikirja 2003. Lahti: Lahden Diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 127–140.

Solari-Twadell, Phyllis Ann 2006. Uncovering the Intricacies of the Ministry of Parish Nursing Practice through Research. Teoksessa Solari-Twadell, Phyllis Ann & McDermott, Mary Ann (toim.) Parish Nursing. Development, Education and Administration. USA: Mosby, Inc, 17–35.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983. /607. Viitattu 14.9.2008. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltoasetus

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Viitattu 14.9.2008. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015 kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 27.10.2008. http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Hyvinvointi 2015-ohjelma . Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki:Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.10.2008. http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/ak1171526287050/passthru.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.Viitattu 27.10.2008. http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf

Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., a. Diakonia Suomessa. Viitattu 7.10.2008. http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/diakonia_suomessa.html

Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a.,b. Diakoniatyö seurakunnassa.Viitattu 14.9.2008. http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/dtyosrkssa.html

Suomen evankelisluterilainen kirkko i.a., c. Seurakuntadiakonia. Viitattu 14.11.2009. http://www.evl.fi/keskushallinto/

Suomen kuntaliitto 1998. Kunnat ja seurakunnat yhdessä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen kuntaliitto 2002.Kunta ja seurakunta – yhteistyössä yhteisön hyväksi. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen perustuslaki 731/1999, 2 luku, 10§. Viitattu 3.1.2009. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731

Tepponen, Merja 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, Reija(toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Helsinki: STAKES, 61–73.

Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Yhteiskunta tieteet. Väitöskirja. Viitattu 3.10.2009. http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf

Tervonen-Goncalves, Leena 2006. Kirkollista terveyden edistämisen diskurssia etsimässä. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2006. Diakonian tutkimuksen seura ry, 7–31.

Toivainen, Jaana 2004. Seurakunnan, kunnan ja vapaaehtoistyön välisellä yhteistyöllä toivoa vanhuksen arkiseen elämään. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Pieksämäki.

Toljamo, Maisa & Perälä, Marja-Leena 2008. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyäisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Viitattu 28.10.2008. http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R7-2008-VERKKO.pdf

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.–3.painos. Helsinki: KustannusosakeyhtiöTammi.

Valli, Raine 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine-toim. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I.Jyväskylä:PS-kustannus, 100–112.

Valopaasi, Mirjam (toim.) 1996. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Näkökulma hengelliseen hyvinvointiin ja pahoinvointiin. Helsinki: Kirjayhtymä.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.11.2009. http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf

Van Dover, Leslie & Pfeiffer, Jane Bacon 2007. Spiritual care in Christian parish nursing 2007. Viitattu 22.9.2008. Journal of Advanced Nursing Volume 57 Issue 2, 213–221. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17214757 ?dopt=Abstract

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen – Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY, 14–25.

Veikkola, Juhani 2002. Diakonian perustehtävä, visiot ja tavoitteet. Teoksessa Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 107–128.

Weissenfelt, Kerttu; Läksy,Marja-Liisa; Ruotsalainen, Kari & Haapalainen, Paula 2008. Verkosto arjen työtä tekevien voimavaraksi. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C Katsauksia ja selvityksiä 11. Helsinki : Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Vilkka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Voutilainen, Päivi 2007. Laadun arviointi. Teoksessa Heinola, Reija (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 70. Helsinki: STAKES, 13–17.

Vuoti, Maire 2005. Sairaanhoidosta eheyttävään kohtaamiseen. Elämänkertatutkimus diakonissan työn muotoutumisesta vuonna 1972 voimaan tulleen Kansanterveyslain jälkeen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Vuoti, Maire 2008. Diakonissan asiantuntijuus terveydenhuollon palveluissa ja hoitotyössä – seurakunnan diakoniatyön näkökulmasta. Luentomonisteet 18.1.2008.

Välimäki, Maritta 2004. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2004. Helsinki: WSOY, 148–158.

Yeung, Anne Birgitta 2007. Diakonia ristipaineiden aallokossa? – Diakonian työnäky ja suhde hyvinvointivaltioon. Julkaisussa Diakonian tutkimus 1/2007. Diakonian tutkimuksen seura ry, 5–25.

LIITE 1 Kyselylomake Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöille

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Opiskelen Diakonia-ammattikorkeakoulussa muuntaen aiempaa opistotason sairaanhoitaja-diakonissa- tutkintoani ammattikorkeakoulututkinnoksi. Opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen, jonka tarkoituksena on kuvailla Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyömahdollisuuksista seurakunnan diakoniatyön kanssa. Kiinnostukseni aihepiiriin pohjautuu pitkään työskentelyyni Muhoksen seurakunnassa.

Opinnäytetyön tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää kotihoidon ja seurakunnan välistä moniammatillista yhteistyötä Muhoksella. Tavoitteena on myös saada vastauksia kysymykseen mikä on seurakunnan diakoniatyön/diakonisen hoitotyön merkitys asiakkaan hoitotyössä kotihoidon työntekijöiden mielestä. Opinnäytetyön toivoisin voivan olla alku saumattoman yhteistyön kehittämisessä Muhoksella, jonka tavoitteena olisi kotona asuvien asiakkaiden mahdollisimman hyvä ja kokonaisvaltainen terveydenedistäminen, hoito ja palvelu.

Opinnäytetyöni toteuttamisessa juuri Sinun vastauksesi ovat erittäin tärkeitä, joten toivon Sinun osallistuvan tähän vapaaehtoiseen kyselyyn. Vastauksesi käsittelen luottamuksellisesti ja kyselylomakkeet säilytän koko opinnäytetyöprosessin ajan vain itselläni. Taustakysymyksissä olen tarkoin ottanut huomioon sen, ettei henkilöllisyytesi missään kohden tule ilmi. Niinpä vastaat nimettömästi, vastausvaihtoehtojen ikähaarukka on tarpeeksi laaja, enkä kysy sukupuoltasi tai ammattinimikettäsi.

Toivon opinnäytetyöni valmistuvan loppukeväällä tai alkusyksyllä 2009, joten toivoisin sinun vastaavan _ /_ mennessä. Sulje täyttämäsi kyselylomake palautuskirjekuoreen, jonka voit lähettää sisäisessä postissa Päiväkeskukseen, mistä haen ne henkilökohtaisesti. Tarvittaessa saat lisätietoja minulta.

Ystävällisin terveisin

Leena Leskelä

diakonissa, erikoissairaanhoitaja, sairaanhoitaja (AMK)- diakonissa-opiskelija

p. 040–5470 785; leena.leskela@student.diak.fi.

Kyselylomake Muhoksen kotihoidon työntekijöille

1. Ikä: (rengasta oikea vaihtoehto)

a. 20 - 30 vuotta
b. 31 - 40 vuotta
c. 41 - 50 vuotta
d. 51 - 60 vuotta
e. yli 60 vuotta

2. Kuinka kauan olet työskennellyt Muhoksen kunnan kotihoidossa? _____vuotta

3. Mitä yhteistyötä on nykyisin kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välillä?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

4. Millaisia odotuksia ja toiveita sinulla on yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Miten mielestäsi kotihoidon ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voitaisiin kehittää?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Mikä mielestäsi on seurakunnan diakoniatyön/ diakonisen hoitotyön merkitys asiakkaan hoitotyössä?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Mitä esteitä kotihoidon ja diakoniatyön väliselle yhteistyölle voisi mielestäsi olla?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Kiitos vastauksistasi!