

## **HOIVATYÖN TEKIJÄT JA SISÄLLÖT MAASEUDULLA JA KAUPUNGISSA**

Hilkka Pirinen

Jyväskylän yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Sosiaalityö

Ammatillinen lisensiaatin koulutus

Hyvinvointipalveluiden erikoisala

Joulukuu 2011

## TIIVISTELMÄ

### HOIVATYÖN TEKIJÄT JA SISÄLLÖT MAASEUDULLA JA KAUPUNGISSA

Pirinen, Hilikka

Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Hoivatyön toteuttamisen haasteet erityisesti vanhustyössä nousevat aika ajoin esiin yhteiskuntapoliittiseksi kysymykseksi. Tämän tutkimuksen tavoite oli lisätä ymmärrystä hoivatyön luonteesta ja toteuttamisesta sekä tarkastella hoivatyötä alueellisen tasa-arvon näkökulmasta. Tutkimuksella etsittiin hoivatyöhön liittyviä eroja ja yhtäläisyyksiä maaseudulla ja kaupungeissa. Viitekehyksenä tutkimuksessa oli hoivan ja tasa-arvon käsitteet.

Tutkimusaineisto (n=726), joka on osa pohjoismaista NORDCARE-hankkeen aineistoa, kerättiin suomalaisilta vanhus- tai vammaistyötä tekevilta perushoivatyöntekijöiltä vuonna 2005. Suurin osa vastaajista työskenteli vanhustalveissa. Yleisimmät työpaikat olivat kotihoito tai kotipalvelu, asumispalvelut, vanhainkoti tai terveyskeskuksen vuodeosasto. Aineistoa analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Tutkimus osoitti, että hoivatyö Suomessa eri kuntatyypeissä (suurkaupunki, kaupunki tai taajama, maaseutu) oli pääosin samanlaista. Perushoivatyöntekijöiden yleisimmät asiakasryhmät olivat dementiaoireista, mielen-terveyden häiriöistä ja liikkumisen vaikeuksista kärsivät henkilöt. Hoivatyössä käytettiin eniten aikaa fyysisestä hyvinvoinnista huolehtimiseen kuten hygienian hoidossa ja ruokailussa avustamiseen sekä asiakkaiden nostamiseen ja siirtämiseen. Työhön kuului oleellisena osana tuen ja lohdutuksen antaminen. Sen sijaan sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen oli niukkaa. Tutkimus osoitti aiempien tutkimusten tavoin, että hoivatyön asiakkailta voi jäädä puuttamaan kansalaisille kuuluvia oikeuksia kuten ulkona liikkumisen, kodin ulkopuolella asioimisen tai harrastamisen mahdollisuudet.

Maaseudun ja kaupunkien hoivatyö erosi toisistaan siten, että maaseudun hoivatyöntekijät olivat hieman muita kokeneempia työssään ja työhön kuului enemmän lääkehoitoon liittyviä tehtäviä, erityisesti pistosten antamista. Asiakasmäärät maaseudulla olivat suurimmat useimpien työvuorojen aikana. Vaarana on, että suuret asiakasmäärät ja työpaine aiheuttavat hoivavajetta hoivatyön asiakkaille erityisesti maaseudulla.

Kaupungit ja taajamat hoivatyön ympäristöinä sijoittuivat maaseudun ja suurkaupunkien väliin siten, että esimerkiksi pistosten antamista kuului työhön enemmän kuin suurkaupungeissa, mutta vähemmän kuin maaseudulla. Asiakasmäärät työvuoroissa olivat pienemmät kuin maaseudulla, mutta suuremmat kuin suurkaupungeissa. Suurissa kaupungeissa hoivatyö painottui muita kuntamuotoja enemmän kotihoitoon ja mielen-terveys- ja päihdeongelmaisten auttamiseen. Suurkaupungissa työpaine asiakasmäärillä mitattuna erityisesti kotihoidossa oli pienempi kuin muissa kuntatyypeissä. Tasa-arvoisten palveluiden turvaamiseksi hoivatyöhön tarvitaan lisäpanostusta ja innovaatioita.

Yleinen suomalainen asiasanasto: hoivatyö; hoivapalvelut; tasa-arvo; alueelliset erot

## ABSTRACT

### FACTORS AND CONTENTS OF CARE WORK IN RURAL AND URBAN LOCALITIES

Pirinen, Hilikka

University of Jyväskylä, Department of Social Sciences and Philosophy

Meeting the challenges of care giving work, particularly with the older people, often comes up as a socio-political issue. The goal of this study is to increase understanding of the nature of care giving work and its realisation and to examine care giving from the standpoint of regional equality. The study looked for differences and commonalities in rural areas and cities. Varying conceptions of care work provided the framework for the study.

The research data (n=726), which includes material from the NORDCARE-project in the Nordic countries, was gathered in 2005 from Finnish basic care workers who work with older or disabled people. The majority of the respondents worked with services for older people. The most common jobs were in home care and home services, service housing, nursing homes and wards in healthcare centres. The data were analysed statistically.

The study indicated that care giving work in various types of communities (major metropolitan areas, cities or population centres and rural areas) was basically similar. Basic care givers' most common client groups were those with dementia symptoms, mental disorders, and persons with mobility problems. The greatest amount of time in care work involved attending to physical well being, for example personal hygiene and assistance with eating, as well as lifting and moving patients. A significant part of the work involved providing support and comfort. In contrast, emphasis on social well being was very limited. The study supported earlier research, showing that care workers' clients can be left without basic rights such as spending time outside, doing errands and having possibilities to pursue hobbies and leisure activities.

Care work in rural areas differed from cities in that care givers in the countryside were somewhat more experienced professionally and their work including more tasks related to medications, particularly administering injections. The number of clients in rural areas was the largest during shifts. The danger is that large numbers of clients and job-related stress will cause a shortage of care workers, particularly for clients in the countryside.

As environments for care giving work, cities and densely populated areas fell between rural areas and large metropolitan areas in that, for example, administering injections was a more common part of the job than it was in metropolitan areas but was less common than in rural areas. The number of clients during shifts was smaller than in the countryside, but larger than in metropolitan areas. In large metropolitan areas care work focused more often on home care, and providing care for mental health and substance abuse problems. In such metropolitan areas, work-related stress as measured against the number of clients was less than in other types of communities, particularly with regard to home care. Extra resources and innovations are needed to the care work to ensure equal services.

General Finnish key words: care work, care services, equality, regional differences

## SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITE	4
2 HOIVATYÖ JA SEN TEKIJÄT	9
2.1 Hoiva ja sen lähikäsitteet	9
2.2 Hoiva ja huolenpito suomalaisessa palvelurakenteessa	18
2.3 Hoivatyö aikaisemman tutkimuksen valossa	21
2.3.1 Hoivatyö rakenteellisessa muutoksessa	22
2.3.2 Hoivatyön tekijät	26
2.3.3 Hoivan sisällöt ja ammattikäytännöt	29
3 ALUEELLINEN TASA-ARVO HOIVAPALVELUISSA	32
3.1 Tasa-arvon periaate ja sen toteutuminen	32
3.2 Kaupunki- ja maaseutu ympäristö hoivaympäristöinä	34
3.3 Hoivapalvelut kaupunki- ja maaseutu ympäristöissä	36
4 TIIVISTETYT PÄÄTELMÄT AIEMMASTA TUTKIMUSTIEDOSTA JA TARKENNETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET	40
5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETEMÄT	43
5.1 Tutkimusote ja aineisto	43
5.2 Aineiston analyysi	44
6 TUTKIMUSTULOKSIA HOIVASTA	46
6.1 Taustatietoja hoivatyön tekijöistä ja heidän asiakkaistaan	46
6.2 Hoivatyön sisällöt	56
6.3 Hoivatyön osaaminen ja työn kokeminen	66
6.4 Erot ja yhtäläisyydet hoivatyössä maaseudulla ja kaupungissa	69
7 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	73
7.1 Tutkimustulosten luotettavuus ja yleistettävyys	73
7.2 Tutkimustulosten yhteenveto	76
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	78
LÄHTEET	85
LIITE	

## TAULUKOT

Taulukko 1.	Vastaajiin liittyviä taustatietoja	47
Taulukko 2.	Vastaajien työpaikkaan ja työhön liittyviä tietoja	48
Taulukko 3.	Asiakkaiden terveydentilaan liittyviä tietoja	50
Taulukko 4.	Muita asiakkaisiin liittyviä tietoja	52
Taulukko 5.	Hoivatyöntekijöiden asiakasmäärät eri työvuorojen aikana	53
Taulukko 6.	Hoivatyöntekijöiden asiakasmäärät arkipäivisin eri työskentelypaikoissa eri kuntatyypeissä	55
Taulukko 7.	Hoivatyön perustehtävien yleisyys	57
Taulukko 8.	Hoivatyön vaativien työtehtävien yleisyys	62
Taulukko 9.	Joidenkin vaativien työtehtävien yleisyys kotihoidossa ja asumis- ja laitospalveluissa eri kuntatyypeissä	65
Taulukko 10.	Hoivatyöntekijän työn vaatimustaso ja työn kokeminen	67
Taulukko 11.	Hoivatyöntekijöiden näkemyksiä vaikutusmahdollisuuksistaan työn sisältöihin	68
Taulukko 12.	Hoivatyöntekijän työskentelypaikan (kuntatyyppin) erottelufunktio ja työntekijöiden taustoihin ja työn sisältöihin liittyvät muuttujat	70

## KUVIOT

Kuvio 1.	Hoiva ja sen lähikäsitteet	10
----------	----------------------------	----

## 1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TAVOITE

Hoivapalvelujen tuottamisen tavat ja sisällöt erityisesti vanhuspalveluissa kiinnostavat niin tiedotusvälineitä ja kansalaisia kuin myös päättäjiä. Aamulehden yleisönosastossa (23.8.2010) nimimerkki Vanhusten ystävä kaipasi kotitalkkaria otsikolla: Kotitalkkari olisi tarpeen monelle iäkkäälle. Kirjoittajan mukaan:

*”Kotisairaanhoidaja piipahtaa vanhuksen luona auttamassa ja lähihoitaja pyörähtää ehkä tiskaamassa, keittämässä puuron ja samalla seuraa asiakkaansa kuntoa. Hyvä näin, mutta moni kaipaa seuraa, pikkupassinkia, siivousapua. Keskusteluhetket, sanomalehtikatsaukset piristävät, lampunvaihtokin olisi joskus tarpeen, kirkko-, teatteri- ja kauppareissut yhdessä toisivat vaihtelua elämään. Tuki olisi hyvä myös lääkärikäynnillä. Jos omaat sympaattisen luonteen, olet käsitäsi kätevä ja ensiaputaitoinen, uskon, että työllistäisit itsesi niin sanottuna kotitalkkarina. Vanhusten määrä kasvaa ja suurten ikäluokkien kasvatit osaavat vaatia enemmän ja käyttää palveluja. Äitini luona kävi pyörähtämässä lähihoitajia neljä kertaa päivässä, ja silti hän koki itsensä hyvin yksinäiseksi. Oli vaikea oppia tuntemaan hoitajia heidän liian suuren vaihtuvuuden vuoksi.”*

Naisten siirtyminen palkkatyöhön, yhteiskunnan tasa-arvoistuminen, kaupungistuminen ja yleinen yksilöllistymiskehitys ovat muuttaneet perheen ja yhteiskunnan työnjakoa hoivan järjestämisessä. Sosiaalipolitiikan kehitys on edesauttanut esimerkiksi iäkkäiden ihmisten itsenäistä elämää, eikä lapsilla ole Suomessa juridisia perhevelvoitteita iäkkäitä vanhempiaan kohtaan. Myös iäkkäät ihmiset itse useimmiten haluavat elää yksilöllisesti eivätkä halua olla lastensa huollettavina. Yksittäisen ihmisen velvoite aikuishoivan antamiseen on lähinnä moraalinen velvoite. (Anttonen 2009, 59–60.)

Suomen perustuslaki (Perustuslaki PL 19 §) turvaa kansalaisille oikeudet muun muassa ihmisarvoiseen elämään, toimeentuloon ja huolenpitoon. Laissa mainitaan, että jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja on edistettävä väestön terveyttä ja hyvinvointia. Näin kunnilla on lain määräämä velvoite järjestää asukkailleen hyvinvointipalveluita, kuten vanhusten tai vammaisten henkilöiden hoivapalveluita.

Perustuslain tarkoittamalle huolenpidolle voidaan esittää suppeampi tulkinta, jolla tarkoitetaan elämän jatkumisen vähimmäisehtoja, kuten ravintoa ja asuntoa. Tätä voidaan nimittää eksistenssiminimiksi. Laajemman tulkinnan mukaan oikeus huolenpitoon tarkoittaa ihmisarvoisen elämän turvaamista. Ihmisarvoinen elämä merkitsee erilaisia toimintamahdollisuuksia eri

aikakausina, on kulttuurisesti määrittynyttä ja sisältää aina muutakin kuin pelkän olemassaolon turvaamisen. (Tuori & Kotkas 2008, 218–219.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin on perinteisesti kuulunut asiantuntijan suorittama tarveharkinta ja palvelun tarjoajan ja vastaanottajan välinen vuorovaikutustilanne. Viime vuosina, kun sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut on alettu uudelleen organisoida ja tuottaa aiempaa monimuotoisemmin, myös yksityisiä palveluja hyväksikäyttäen, on palveluiden tuottamistapa muuttunut. Raija Julkusen (2006a, 247) mukaan ”vanhojen ihmisten julkisista hoivaresursseista on tingitty ja vastuuta siirretty täten vanhuksille itselleen ja heidän perheilleen.” Tämä siirtymä on tapahtunut hiljaisesti ilman lainsäädännön muuttumista.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus* (STM 2008a, 20, 25) esitetään hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja palvelurakenteen kehittämisen strategiset linjaukset. Keskeisiä teemoja linjauksissa ovat muun muassa terveellisten elintapojen edistäminen ja sairauksien ehkäisy, itsenäisen suoriutumisen ja turvallisuuden tukeminen, liikuntamahdollisuuksien lisääminen, varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen, sairauksien tehokas hoito ja kuntoutus ja mahdollisuus saada ohjausta ja neuvontaa. Palvelujärjestelmän kehittämisessä pääpaino on kotona asumista tukevissa palveluissa. Erityisesti kotiin annettavia kuntoutuspalveluja on esitetty kehitettävän ja pitkäaikaishoivaa toteutettavan kodinomaisissa yksiköissä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa KASTE-ohjelma 2008–2011 ei käsitellä kovin laajasti hoivapalveluja. Kehittämiskohteina mainitaan kuitenkin vanhusten kotipalvelun ja laitoshoidon henkilöstölisäykset sekä ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan valvonta lähtökohtana asukkaiden ja potilaiden perusoikeuksien tasa-arvoinen toteutuminen. Palveluasumista ja hoivapalveluja halutaan kehitettävän yhteistyössä. Keskeisinä nähdään asukkaiden ja potilaiden toimintakyvyn, kuntoutuksen ja avun tarpeen arvioiminen. Tästä määräytyy palveluyksikön henkilöstömitoitus. (STM 2008b, 11, 30, 36.)

Suomen vammaispoliittisen ohjelman (STM 2010, 29–31) mukaan vammaispolitiikan haasteena on vammaisten henkilöiden kansalaisoikeuksien toteutuminen käytännössä. Tämä tarkoittaa mahdollisimman itsenäistä elämää, mahdollisuutta yhteiskunnalliseen osallisuuteen ja osallistumiseen. Osallistumisen mahdollistajina ja varmistajina toimivat muun muassa yleiset palvelut ja niitä täydentävät erityispalvelut, esteetön ympäristö, koulutus- ja työmahdollisuudet, liikkumismahdollisuudet ja mahdollisuudet kulttuuri- ja vapaa-ajan palveluihin.

Hoivapalvelut ovat muuttuneet siten, että niiden suunnittelussa käytetään aiempaa enemmän talous- ja hallintotieteen toimintatapoja. Esille on nostettu esimerkiksi kustannustehokkuus, budjettikuri ja

arviointi. Aiempi ammatillinen ja virkamiesmäinen toiminta on muuttunut laskemisen ilmapiiriksi. (Julkunen 2004, 181.) Puhutaan uudesta julkisjohtamisesta (New Public Management, NPM), joka on kansainvälinen ilmiö. NPM-ideologia ja toimintatapa on levinnyt Pohjoismaihinkin, joskaan ei niin voimakkaasti kuin esimerkiksi Englantiin. Hoivatyössä tämä tarkoittaa esimerkiksi hoivan tuotteistamista siten, että hoivapalvelut määritellään ja nimetään tarkasti. Malli on otettu yksityisestä tavara- ja palvelutuotannosta. (Trydegård 2003, 452–453.) Hoivatyöntekijät joutuvat täten tehokkuuden nimissä suuntaamaan työnsä uudella tavalla. Asiakkaidenkin on sopeuduttava työn normitukseen, esimerkiksi kotihoidon asiakkaita ”koulutetaan” ymmärtämään ja hyväksymään palveluiden ehdot ja rajoitukset (Andersson, Haverinen & Malin 2004, 490). Jos töiden sisältöjä luokitellaan tarkkaan, voi kuitenkin olla vaarana, että hyvän hoivan tunnusmerkkinä pidetty tunnetty, kuten empatia, voi kadota (Tedre 2004, 72). Vanhusten ja vammaisten hoivaan voidaan liittää myös laajempi kysymys siitä, toteutuvatko kansalaisille kuuluvat oikeudet. Toteutuvatko ne esimerkiksi silloin, jos henkilö, jolla ei ole auttavia omaisia tai läheisiä, ei pysty itse järjestelemään omaa arkeaan, liikkumaan, lähtemään vaikka ulos. Ulottuvatko hoivatyöntekijöiden palvelut näiden perimmäisten oikeuksien toteuttamiseen? (Kröger 2009a, 413; Tedre 2006, 162.) Yhtenä lähtökohdaksi tälle tutkimukselle on tarve täsmentää hoivatyön kokonaiskuvaa 2000-luvun Suomessa kansalaisten oikeuksien näkökulmasta.

Kunnissa joudutaan ratkaisemaan, mitä hoivatyöhön sisällytetään. Onko se arkiaskareiden tekemistä yhdessä asiakkaan kanssa, onko se perushoitoa, esimerkiksi pääasiassa hygieniasta huolehtimista, onko se kuntoutusta ja ohjaamista, onko se psyykkisistä tarpeista huolehtimista, asioille ja harrastuksiin viemistä vai lääkehoitoa. Kuuluuko vaatehuolto, ostosten tekeminen, ruuan valmistaminen tai tarjoileminen hoivatyöhön? Tuleeko hoivatyöntekijän osata tiedottaa erilaisista palveluista ja palveluiden tarjoajista asiakkaille? Työssäni lähihoitajaopiskelijoiden opettajana joudun miettimään, millaisiin tehtäviin tulevia hoivatyöntekijöitä ohjataan, mitä heidän tulisi osata tehdä, miten he itse ja heidän esimiehensä hoivatyön ymmärtävät ja sitä jäsentävät. Jotkut nuoret opiskelijat sanovat jo opiskeluaikanaan, etteivät aio valmistuttuaan hakeutua lähihoitajan työhön. Kuitenkin hoivatyön tekijöiden tarve kasvaa erityisesti väestön ikääntymisen vuoksi. On tehtävä ratkaisuja hoivatyön tarpeenmukaisista sisällöistä ja pystyttävä lisäämään hoivatyön houkuttelevuutta ammattina. Arjen asiakastyötä tekeviä ei useinkaan kuulla, vaan puhutaan organisaatioiden kieltä. Liisa Rantalaiho (2004, 240) toteaa, että hallinnon puhetapa luo omaa virtuaalitodellisuuttaan, jossa hoivan tarpeet muunnetaan käsitteiksi ja hoivan kohteita kuvaaviksi luvuiksi. Näin todellisuus saattaa verhoutua kauniiseen retoriikkaan. Toisena lähtökohdaksi tutkimukselleni on tuottaa tietoa siitä, millaisille sisältöalueille alan ammatillisen osaamisen tulisi



painottua. Tämä auttaa tiedostamaan hoivatyön arjen nykytilaa. Rajaan tutkimukseni siten, että tarkastelen hoivatyötä työntekijälähtöisesti ja työn konkreettisia sisältöjä analysoiden. Haluan tehdä hoivatyön ammatteja näkyviksi. Työntekijät ovat osa palvelujärjestelmää ja tieto heidän arkikäytännöistään hyödyttää myös päättäjiä ja palveluja järjestävien organisaatioiden edustajia.

Hoivatyötä toteutetaan erilaisissa kuntakonteksteissa ja kuntarakenteet ovat 2000-luvulla olleet kovassa muutoksessa. Suomi on harvaan asuttu maa, jossa on laaja maaseutu, pikkukaupunkeja ja muutamia suurempia kaupunkeja. Maaseudusta puhuttaessa mieleen tulevat asukkaiden ikärakenteen vanhusvoittoisuus ja talousvaikeudet. Maaseudulla kotiin tulevien vanhusten ja vammaisten palveluiden järjestäminen maksaa paljon kaupunkiseudun keskuksiin verrattuna. Harvaan asutulla maaseudulla on korkeimmat perusterveydenhuollon ja vanhuspalveluiden menot muihin kuntatyyppeihin verrattuna. (Huhtanen, Rintala & Karvonen 2005, 136). Vauras kaupunkiympäristö taas tarjonnee monia kehittymismahdollisuuksia ja innovaatioita myös hoivatyön organisointiin ja kehittämiseen (esim. Pietikäinen 1997, 83–85). Maaseudulla hoivatyöntekijöiden pysyvyyden voisi puolestaan olettaa olevan parempi kuin kaupungeissa. Esille nousee kysymys, voiko hoivatyö olla samanlaista eri toimintaympäristöissä ja alueilla, ja saadaanko hoivatyöhön ammattitaitoista väkeä niin maaseudulle kuin kaupunkiin. Kaupunkiympäristö lienee maaseutua houkuttelevampi asuin- ja työskentelypaikka nuorille koulutetuille työntekijöille. Kolmas perustelu tälle työlle liittyy alueelliseen tasa-arvoisuuteen: saavatko niin kaupunkien kuin maaseudunkin asukkaat tarvitessaan samanlaista ja yhtä ammattitaitoisesti toteutettua hoivapalvelua.

Edellä esitettyjen perustelujen pohjalta tutkimukseni yksilöitynä tavoitteena on lisätä ymmärrystä perushoivatyön luonteesta ja toteuttamisesta erilaisissa ympäristöissä. Tutkimukseni on hoivatyön murrostutkimusta – hoivatyö on muuttunut ja muutoksessa. Syvennän analyysiä ottamalla mukaan alueellisen tasa-arvon näkökulman. Tutkimustehtävänä on selvittää hoivatyön tekijöiden ammattitaitoa, työn sisältöjä ja työkäytäntöjä maaseudulla ja kaupungeissa. Hoivatyöntekijöillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vanhusten ja vammaisten parissa fyysiseen hoivatyöhön osallistuvia.

Lähestyn tutkimustavoitettani aiemman hoivatutkimuksen ja tasa-arvoisuuden käsitteen pohjalta. Oma koulutustaustani on sosiaalitieteellinen. Tutkimus on empiirinen ja kvantitatiivinen ja kiinnittyy pääasiassa aiempaan kotimaiseen ja pohjoismaiseen hoivatyön tutkimukseen. Tutkimusaineisto on hankittu lomakekyselyllä perushoivatyötä tekeville työntekijöiltä.

Luvuissa 2 ja 3 käsittelen hoivaa ja sen lähikäsitteitä sekä maaseutu- ja kaupunkiympäristöä hoivaympäristönä kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta. Sen jälkeen kuvaan täsmennetyt tutkimuskysymykset, aineiston ja tutkimusmenetelmät. Luvussa 6 raportoin tutkimustulokset

tutkimuskysymyksittäin. Luvussa 7 tarkastelen keskeisiä tuloksia suhteessa aiempiin tutkimuksiin, nostan esille tuloksista johdettuja päätelmiä ja ehdotuksia, sekä pohdin tulosten yleistettävyyttä, ajankohtaisuutta ja jatkotutkimusaiheita.

## 2 HOIVATYÖ JA SEN TEKIJÄT

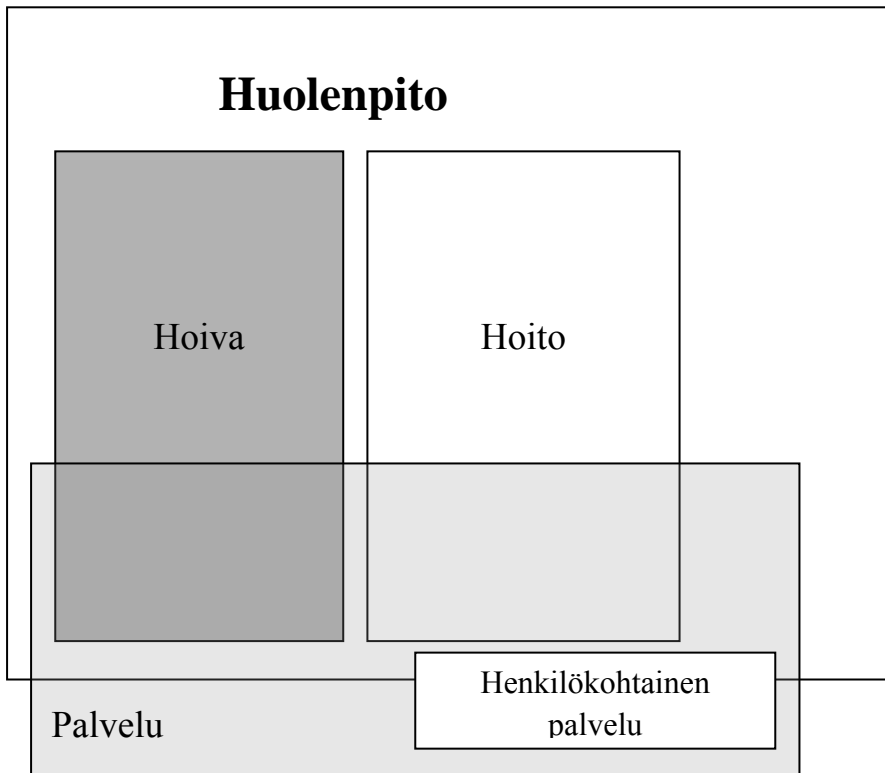
### 2.1 Hoiva ja sen lähikäsitteet

Auttaminen, hoito, hoiva, omaishoito, huolenpito, henkilökohtainen avustaminen ja tukeminen ovat käsitteitä, joita käytetään erityisesti puhuttaessa vanhus- ja vammaistyöstä. Käsitteillä on erilainen historiallinen tausta, ne viittaavat osittain erilaisiin elämäntilanteisiin ja toimialoihin, mutta ovat osittain päällekkäisiä ja limittäisiä. Arkikielessä käsitteitä käytetään rinnakkain ja niiden selkeä määrittely on vaikeaa. Hoivan ja lähikäsitteiden rajat eivät ole selvät – hoivan käsite voi tarkoittaa lasten avustamista ja tukea tarvitsevien aikuisten ja varsinkin ikääntyneiden tarpeista huolehtimista. Hoivan käsitettä voidaan lähestyä avun saajan tai avun antajan näkökulmasta.

Vammaistutkimuksessa pääpaino on ollut avun saajan eli vammaisen henkilön riippumattomuuden ja kansalaisoikeuksien toteutumisessa, hoivatutkimus taas on korostanut ihmisten riippuvuutta toisistaan ja hoivan universaalista tarvetta. Tutkimussuunnat eivät ole kuitenkaan kaukana toisistaan; tasa-arvo on yhteinen tavoite molemmille. (Kröger 2009a, 406–407.)

Hoivan tutkimus edellyttää laaja-alaista tarkastelua, tietoa yhteiskunnallisista olosuhteista ja niiden vaikutuksista ihmisten arkielämään. Siksi tarvitaan myös teoreettista tietoa ja tarkkaa käsitteanalyysiä, joka auttaa näkemään jotakin uutta ja pinnan alla olevaa. (Eliasson 1996a, 16.) Teoriatieto on ikään kuin tutkimuksen silmälasit, se auttaa fokusoimaan tutkimuksessa erityiset kiinnostuksen kohteet.

Määrittelen hoivan käsitettä suhteessa lähikäsitteisiin käsitteiden laajuuden ja sisällön mukaan. Myös käsitteiden käytön historiallinen perspektiivi auttaa ymmärtämään käsitteen sisältöä ja nousee tekstissä jossain määrin esiin. Kuviossa 1 on esitetty hoivan käsite suhteessa lähikäsitteisiin.



**Kuvio 1.** Hoiva ja sen lähikäsitteet

**Huolenpito** on perinteisesti kuvannut samantyyppistä toimintaa kuin mitä hoivalla on viime vuosikymmeninä tarkoitettu. Chris Meyer (1986, 144, 147, 150–151) kirjoitti jo vuosikymmeniä sitten teoksessa ”Miesten tiede, naisten puuhat” naisten huolenpitopotentialista ja huolenpitopotentialisuudesta. Hän totesi naisten kansoittavan työelämässä sellaisia tehtäviä, joita luonnehtivat piirteet ”antaa palvelua, olla toisten käytettävissä”. Hänen mukaansa naisten tarvesuuntautunut toimintatapa näkyy siinä, miten he suhtautuvat työn kohteeseen, miten he ymmärtävät ja tulkitsevat ihmisten vaihtelevia tarpeita ja vastaavat niihin. Tämä on huolenpitoa. Prototyyppi tälle toiminnalle on äiti-lapsi-suhde. Huolenpito ei ole kuitenkaan sidottu naissukupuoleen. Se rakentuu Meyerin mukaan ihmisten välisille siteille, kyse on vastavuoroisuudesta, huolenpidon antamisesta ja jossain toisessa tilanteessa huolenpidon saamisesta.

Samantyyppisesti huolenpidon käsitettä lähestyi toistakymmentä vuotta sitten hoidon etiikan tutkija Marjo Rauhala-Hayes (1998, 62–66). Hän hahmotteli hoitamisen etiikan periaatteita ja näki huolenpidon yhtenä periaatteena muiden periaatteiden, esimerkiksi itsemääräämisoikeuden tai oikeudenmukaisuuden rinnalla. Huolenpito tarkoittaa tässä yhteydessä muiden ihmisten erityistarpeiden huomioon ottamista kaikessa inhimillisessä toiminnassa, tilannekohtaisuutta ja

ihmissuhteiden vaalimista. Huolenpidon periaatteen puolustajat kritisoivat perinteisiä eettisiä periaatteita siitä, että ne eivät ota kylliksi huomioon ihmisten vaihtelevia tarpeita. Huolenpidon periaatetta ammattityössä taas voidaan kritisoida liiallisesta tilannekohtaisuudesta.

Huomattavasti käytännöllisemmin huolenpidon käsitettä lähestyi yli kaksikymmentä vuotta sitten Leila Simonen artikkelissaan ”Naisten huolenpityö ja kodinhoitajan ammatti”, joka julkaistiin vuonna 1986. Hän totesi, että suomalaiset naistutkijat ovat alkaneet käyttää käsitettä hoivaaminen, mutta hän on päätenyt käsitteeseen huolenpito, koska se on laajempi ja yleisempi. Simonen käsitti huolenpidolla suunnilleen samaa kuin 1980-luvulla käytetyllä sosiaalisen reproduktion (uusintamisen) käsitteellä tarkoitettiin. Reproductio nähtiin naisten kotitaloustyönä, viihtyvyyden luomisena perhepiirissä, fyysisenä huolenpitoa esimerkiksi puhtaudesta ja ruuasta sekä sosiaalisen elämän ja hyvän tunneilmaston ylläpitämisenä. Huolenpitoa voidaan Simosen mukaan tuottaa niin perheissä, lähiyhteisöissä kuin palkkatyönäkin. Simonen otti 1980-luvun kodinhoitajan työn esimerkiksi huolenpityöstä, koska sillä oli runsaasti kokonaisvaltaisen, ei-spesialisoituneen ammatin piirteitä. Työllä oli sosiaalipalveluissa matala status, työ vaati joustavuutta, asiakkaan tarpeisiin ja rutiineihin sopeutumista. (Simonen 1986, 208–215.)

Väitöskirjassaan ”Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina?” vuodelta 1999 Sari Rissanen päätyi käyttämään huolenpidon käsitettä tarkoittaessa sitä apua, joka mahdollistaa vanhusten kotona selviytymisen. Hän perusteli huolenpidon käsitteen käyttämistä sillä, että se on lähikäsitteisiin verrattuna laajin ja neutraalein. Hoivan käsitteestä Rissanen luopui tässä yhteydessä siksi, että se on usein yhdistetty naistutkimukseen, ja hän tutki väitöskirjassaan eri sukupuolten halukkuutta auttaa omaisiaan. Lisäksi tutkimuksessa viitataan siihen, että hoivaan on usein liitetty ajatus alisteisesta avunantaja – avunsaaja-suhteesta. (Rissanen 1999, 22–23.)

Huolenpidon käsitettä on lähestytty myös kansalaisten sosiaalisista oikeuksista käsin (Juhila 2006, 151–180). Suomen perustuslaissa turvataan kaikille oikeus sosiaaliturvaan ja huolenpitoon. Huolenpito edellyttää sitä arvostavan ja tukevan yhteiskunnan. Tämä tarkoittaa ihmisten keskinäistä vastuuta ja kykyä samaistua toistensa elämäntilanteisiin. Yhteiskunta kantaa huolta ihmisistä, jotka ovat heikoilla ja joiden omat voimat eivät riitä tilanteensa parantamiseen. Universalismin periaate ulottaa huolenpidon kaikkiin, jotka sitä tarvitsevat jossain elämäntilanteessaan. Juhila korostaa huolenpityön olevan yksi tärkeä sosiaalityön tehtäväalue. Konkreettisesti tämä tarkoittaa siitä huolehtimista, että apu tavoittaa sen tarpeessa olevat ihmiset, esimerkiksi kaltoin kohdellut lapset tai kodeissaan turvattomina yksin asuvat vanhukset. Monimutkainen palvelujärjestelmä ja palveluiden monituottajamallien soveltaminen merkitsee sitä, että kansalaisen voi olla vaikea tavoittaa palvelua,

johon hänellä olisi oikeus. Tämän palveluihin auttamisen ja ohjaamisen lisäksi Juhila näkee huolenpidon olevan heikomman puolelle asettumista: huolehditaan niiden ihmisten oikeuksista, jotka eivät itse saa ääntään kuuluviin. Otetaan vastuuta asioiden sujumisesta. Tämä on yksi keskeinen sosiaalityön periaate.

Nykyisessä arkikielessä huolenpidon käsitettä käytetään yleisluontoisesti tarkoittaen esimerkiksi tilanteita, jolloin vanhemmat huolehtivat lastensa tarpeista ja hyvän kehittymisen edellytyksistä, läheiset pitävät yhteyttä puhelimitse varmistaakseen arjen turvallisen sujumisen tai auttavat toisiaan taloudellisesti. Huolenpito ei siis välttämättä olisi konkreettista työtä. Hoivan tavoin huolenpito sisältää välittämistä ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen arvostamista.

Marta Szebehely (1996, 23) on erotellut **palvelun** käsitettä hoivan tai huolenpidon käsitteestä toteamalla, että henkilön, joka käyttää palvelua, edellytetään kykenevän ratkaisemaan, mitä palvelua hän tarvitsee ja toimimaan tietystä määrin työnjohtajana. Palveluun liitetään myös yksilölliset toiveet tai vaatimukset, jotka ovat lähtökohtana asiakassuhteen syntymiselle. Yksityiset hoivapalvelut ovat tästä esimerkki. Kunnalliset sosiaalipalvelut eivät näin ollen ole varsinaisesti palvelua, koska viranomaiset tai asiantuntijat useimmissa tapauksissa määrittävät palvelun tarvetta. Sosiaalipalvelun saamisen ehtoihin liittyy yleensä jonkinlainen kykenemättömyyden näkökulma (poikkeuksena lasten päivähoido, joka on kaikille kuuluva palvelu).

Norjalainen hoivatutkija Kari Wærness (1984, 70) on erottanut **henkilökohtaiset palvelut** hoivasta tai huolenpidosta toteamalla, että toimintakykyiset henkilöt, esimerkiksi aviopuolisot, muut perheenjäsenet tai ystävät voivat tehdä toisilleen henkilökohtaisia palveluja ”ylimääräisenä hyvänä”, vaikkapa tarjoilla kahvia. Jos taas kahvi tarjoillaan siksi, että toinen ei pysty itse ottamaan sitä, sama teko muuttuu hoivaksi.

**Hoivan** käsite on nykyisin käytössä niin arkikielessä, ammattityössä kuin tieteenkin sanastossa. Englannin kielen *care* ja ruotsin kielen *omsorg* voitaisiin kääntää hoivaksi tai huolenpidoksi. Naistutkijat Suomessa (Leila Simosta lukuun ottamatta) päätyivät 1980-luvulla hoivan käsitteeseen huolenpidon sijaan. Perusteluksi on mainittu, että hoiva on lyhyt ja ytimekäs. Ehkä siksi se on käsitteenä säilynyt ja sen käyttöä on laajennettu uusillekin alueille: puhutaan esimerkiksi hoivayrityksistä ja hoivakodeista. (Anttonen & Zechner 2009, 16–17.) Hoivasuhteeseen joskus liitetty epätasainen valtasuhde hoivan antajan ja hoivan vastaanottajan välillä ei välttämättä päde nimenomaan hoivayritysten kohdalla, koska hoivayritysten palveluiden ostajina voi olla hyvinkin aktiivisia, itsenäisesti toimivia ja vaativia asiakkaita tai heidän omaisiaan. Hoivan käsite ei siis tässä yhteydessä viittaa hoivan vastaanottajan alisteiseen asemaan. (Rissanen & Sinkkonen 2004, 13.)

Anneli Anttonen ja Minna Zechner (2009, 18–23) näkevät hoiva-käsitteen korvanneen huolenpidon käsitteen, mutta toisaalta toteavat ikivanhan huolenpidon maailman perinteisesti korostaneen myös elatusta, joka voi kulttuurisesti kuulua miehisiin tehtäviin. Näin ollen huolenpito olisi heidänkin mielestään laajempi käsite kuin hoiva – hoiva tarkoittaa naisten tekemää konkreettista työtä, jota huolenpito edellyttää. Hoivatyö on naistutkijoiden mukaan luovutettu historian kuluessa naisille osana palkatonta ja näkymätöntä kotityötä. Miehet ovat jääneet hoivan ulkopuolelle, sillä heidät on nähty kodin ulkopuolisina toimijoina. Kuitenkin vaikkapa pienituloisille miehille omaishoitoon osallistuminen on todellinen toiminnan muoto (Rissanen 1999, 154) ja hoivayrittäjyys voi tarjota työmahdollisuuksia myös miehille (Rissanen & Sinkkonen 2005, 66). Omaishoitajana toiminut tutkija Pertti Koistinen (2003, 126) toteaa, että jos mies saa asiantuntevaa tukea, hän ”asettuisi tarpeen tullen Marian paikalle ja alkaisi hoitaa omaisiaan ja läheisiään kunniallisesti ja ilman turhia ristiriitoja”.

Hoivaa ei ole helppo määritellä, koska sen rajat suhteessa lähikäsitteisiin ovat liukuvat ja hoiva käytännön toimintana voi olla hyvinkin laaja-alaista. Usein on käytetty hollantilaisten Trudie Knijnin ja Monique Kremerin (1997, 328–330) määritelmää, jonka mukaan hoiva kohdistuu henkilön elämän kokonaisuuteen, voi olla palkatonta tai palkattua työtä ja sisältää psyykkistä, emotionaalista ja fyysistä päivittäistä huolenpitoa ihmisistä, jotka eivät selviydy arkielämästä omin avuin. Hoiva voi perustua sopimukseen, ammattityöhön, vapaaehtoisuuteen tai moraaliseen velvollisuuteen. Hoiva on usein pitkään kestävä, mutta voi olla myös lyhytkestoista esimerkiksi sairauden yhteydessä.

Kari Wærness (1984, 67–69) korosti hoivaa määritellessään, että se on inhimilliselle elämälle välttämätöntä, monipuolista ja henkilökohtaista reproduktiotyötä. Hoivan tarpeessa ovat henkilöt, jotka eivät selviä omin voimin yleisesti hyväksytyjen normien mukaan. Hoivaan ei kuulu henkilökohtainen palvelu, jota ilmankin ihminen tulisi toimeen (kykenee tekemään itse). Wærness korosti nimenomaan hoivan työluonnetta: hoiva on käytännöllistä työtä, joka sisältää emotionaalisia ja psyykkisiä ulottuvuuksia. Brittitutkijat taas ovat tehneet eron käsitteiden *caring about* ja *caring for* välillä. Clare Ungersonin mukaan (1983, 31) *caring about* liittyy tunnesuhteeseen, joka perustuu hoivan tarpeen näkemiseen ja avun saamisesta huolehtimiseen. Se ei välttämättä tarkoita jatkuvaa läsnäoloa. *Caring for* taas on konkreettista hoivatyötä, joka perustuu jonkinlaiseen velvollisuuteen, sitoumukseen tai hoiva-ammattiin. Hilary Graham (1983, 15–16, 23–25) kuvasi myös *caring for*-käsitettä ”rakkauden työnä”, joka pohjautuu perustavaa laatua oleviin inhimillisiin tunteisiin ja tarpeisiin. Hänen mukaansa kaikki ihmiset tarvitsevat ja odottavat saavansa kokemuksia hoivasta.

Graham korosti kuitenkin, että vaikka hoiva on rakkauden työtä, se ei ole vain naisten luontainen tehtävä tai luonteenpiirre. Se on työtä, jonka tavoitteena on pitää ihmisiä hengissä.

Hoivan käsitettä voidaan lähestyä myös prosessiajattelun avulla. Joan Tronto (1994, 105–108, 127–137) on eritellyt hoivan eri vaiheita. Hänen mukaansa *caring about* merkitsee sen huomaamista, että hoiva on tarpeen jollekin ihmiselle tai ihmisryhmälle. Se on eräänlaista välittämistä tai huolen kantamista. Toisessa vaiheessa (*taking care of*) selvitetään ja koordinoidaan sitä, miten tarpeeseen voidaan vastata, millaisia palveluja esimerkiksi yksin asuvat vanhukset tarvitsevat. Sivulla 11 esitetty Juhilan määrittely huolenpidosta osana sosiaalityötä muistuttaisi näitä kahta ensimmäistä hoivaprosessin vaihetta. Seuraavat vaiheet tarkoittavat käytännön toimintaa: *care giving* tarkoittaa hoivan antamista, usein ruumiillista tai henkistä työtä. Oleellinen kysymys on, kuka hoivaa antaa, onko hänellä tähän työhön riittävä osaaminen ja toteuttaako hän hoivatyön eettisiä periaatteita. *Care receiving* tarkoittaa hoivan vastaanottamista. Hoivan vastaanottaja lopulta kokee ja arvioi koko prosessin asianmukaisuuden omalta kannaltaan.

Wærnessin merkittävä vaikutus kansainväliseen hoivakeskusteluun johtuu hänen luomastaan ja kehittelemästään hoivarationaliteetin käsitteestä. Hoiva- tai vastuurationaliteetin käsite korostaa työskentelytapaa, joka huomioi tilannekohtaiset, muuttuvat tarpeet. Se edellyttää kykyä asettua toisen asemaan ja hyödyntää yhteistä kokemustietoa. Hoivaa tarvitsevat voivat olla kyvyttömiä ilmaisemaan omia toiveitaan; hoivan antajan tulee ymmärtää työn kokonaisuus ja sen hetkiset konkreettiset tarpeet. Vastuurationalisen toiminnan seurauksia ajatellaan muidenkin kuin itsen kannalta. (Wærness 1987, 219–220; 1996, 212–213.) Hoivarationaliseen toimintatapaan on usein liitetty myös syklinen tai prosessinomainen aikakäsite. Se on vastakohta tiukoille kellonajoille. Esimerkkinä voidaan mainita vaikkapa vanhuksen tai vammaisen henkilön ruokailu. Etukäteen ei voi tietää, milloin vanhuksen ruokahalu on parhaimmillaan ja miten pitkään ruokailu vie. Hoivarationalinen toimintatapa ottaa tämän huomioon, ymmärtää ja joustaa ajankäytössä ja kunnioittaa näin henkilön yksilöllisyyttä. (Davies 1996, 43–45.)

Hoivaan liittyvän ammattitiedon ja tunne-elementtien suhdetta voidaan problematisoida. Stina Johanssonin (2002, 30–31) mukaan hoivalle ei ole löydettävissä samanlaista tavoitteellisuutta ja tietopohjaa kuin sairaanhoidolle. Hoiva on tavallaan tuloksetonta – sen tavoite on arkielämän turvaaminen ja hoivaa tarvitsevan hyvä elämänlaatu ilman sen kummempia tavoitteita. Johansson esittää hoivan tietopohjan löytyvän kokemuksesta, joka on hankittu arkisen huolenpidon järjestämisestä. Palkallisena ammattityönä tehtävän hoivan tietoperustaa löytyy muun muassa



hoitotieteestä, arkielämän kokonaisuuteen kohdentuvasta sosiaalitieteestä, kotitaloustieteestä ja käsityötieteestä. (Johansson 2002, Rauhalan 2002, 284 mukaan.)

Pelkästään hoivan tekijään tai hoivaa tarvitsevaan henkilöön keskittyvä tutkimus olisi puutteellista ja epäkorrektia, koska hoiva on ihmisten välistä käytännöllistä ja persoonallista toimintaa. Koneet eivät voi antaa hoivaa. (Twigg & Atkin 1994, 10). Käytännöllisen toiminnan lisäksi hoivan käsite sisältää sen, että työ tehdään huolella ja ajatuksella (järjellä) sekä tunteella. Käsite kertoo siis siitä, mitä tehdään, se kertoo tunnesuhteesta henkilöiden välillä ja se kertoo työn hyvästä laadusta. (Szebehely 1996, 22.)

Jorma Sipilän (2003, 23–34) mukaan hoiva on kokonaisvaltaista huolenpitoa lapsesta, vanhuksesta, sairaasta tai vammaisesta, joka tarvitsee jokapäiväistä apua. Sipilä on nähnyt hoivan laaja-alaisena: “sana ei johdata heti tekemään erotteluja sosiaalisen ja terveyden kesken, ei myöskään kotityön ja palkkatyön välillä”. Hoiva ei ole satunnaista toimintaa, vaan yleensä jatkuvaa ja sisältää ruumiillista työtä. Sipilä ottaa monimerkityksellisesti kantaa myös kiistanalaiseen kysymykseen siitä, onko siivoaminen hoivaa. Hän sanoo, että siivoaminen ei ole hoivaa, mutta hoiva voi edellyttää siivoamista. Koska hoivaa tuotetaan niin perhepiirissä kuin ammattityönäkin, Sipilä näkee, että se ei edellytä erikoistunutta ammattitaitoa. Vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastotkin ottavat nykyisin mielellään omaiset mukaan pitämään huolta läheisistään: monet käyvät laitoksissa seurustelemassa, auttamassa ruokailussa, liikkumisessa tai ulkoilussa. Lisäksi vapaaehtoistyöntekijät osallistuvat hoivatyöhön vanhusten laitoksissa. Vapaaehtoistyön kautta laitosasukkaat saavat sosiaalisia kontakteja, tulevat kuulluiksi ja arvostetuiksi sekä saavat sisältöä elämään. Hoitajille vapaaehtoistyöntekijät ovat konkreettinen apu. (Hartikainen 2009, 132.) Epävirallista hoivaa käytetään jopa hoivatyön laatumittarina, sillä yleensä hyvänä pidetään kodinomaisuutta laitoksissakin.

Hoivatyö on siis suurelta osin ruumiillisten tarpeitten tyydyttämistä. Ruumiillisuus voidaan nähdä kielteisenä tai ruumiillisuutta voidaan yrittää häivyttää puhuttaessa hoivatyön keskeisestä sisällöstä. Peseminen ja siivoaminen katsotaan helposti kuuluvan niin triviaaleihin ja henkilökohtaisiin asioihin, että tiede ja hoitoalan ammattilaiset voivat hyljeksiä tai vähätellä niitä. Ammattilaiset eivät koe nostavansa ammattinsa arvoa tuomalla esille toistuvia arkisia tehtäviä. Viime vuosina hoivatyön tekijät ovat mielellään olleet jopa pudottamassa niitä pois tehtäväkuvastaan ja korostaneet sairaanhoidollisia toimia sekä mieleen ja tunteisiin liittyviä asioita työssään. (Twigg 2000, 389–400; Tedre 2003a, 60–61.)

Kotisiivouksen ja hoivatyön sisältöjä ja keskinäistä suhdetta on pohdittu monissa yhteyksissä. Hoivaa voisikin tarkastella lähemmin erittelemällä hoivaan kuuluvia tehtäviä Tanja Kurosen tapaan. *Välittömällä hoivalla* tarkoitetaan sellaista ruumiinläheistä hoivaamista, jossa on välitön ihokosketus. Tällaisia tehtäviä ovat esimerkiksi syömisessä ja peseytymisessä avustaminen, vaipanvaihto, wc:ssä avustaminen, pukeminen ja liikkumisessa avustaminen. *Välilliseen hoivaan* kuuluvat ruumiin välittömän ympäristön hoivaaminen, kuten vuodevaatteiden vaihtaminen, ja muu vaatehuolto sekä asiakkaan ympäristön siistiminen. *Huolenpito* tarkoittaa tässä määrittelyssä kodinhoitoa, kuten imurointia, pölyjen pyyhintää, tiskaamista sekä asioimista kodin ulkopuolella. Kotona paljon aikaa viettävä vanhus tai vammainen on voimakkaasti läsnä asuntonsa tilassa, myös imuroinnissa ja tiskaamisessa. Näin ymmärrettynä ainakin osa kotisiivouksesta on hoivaa. Jos avun saamisen peruste on asiakkaan kyvyttömyys huolehtia itse kotinsa siisteydestä, on kodista huolehtiminen edellä esitetyn Waernessin määritelmän mukaan hoivaa eikä henkilökohtaista palvelua. (Kuronen 2007, 128–129.) Kotisiivous onkin monen kunnan kotihoidossa kriittinen hoivaan liittyvä kysymys. Koska siivoaminen vaatii melko hyvää fyysistä kuntoa, on siivousavun tarve usein ensimmäinen merkki hoivan tarpeesta (Anttonen & Zechner 2009, 28).

Hoiva on siis luonteeltaan lähellä olemista ja monella tasolla ruumiillista: huolehditaan ruumiin tarpeista ja työtä tekee toinen ihminen käyttäen pään ja sydämen lisäksi ruumistaan. Työ edellyttää läsnäoloa tietyssä tilassa, sitä ei voi ulkoistaa teknisin laittein tehtäväksi tai tehdä etätyönä. Lapsi tarvitsee hoivaa selvitäkseen hengissä. Vanha ihminen tai liikuntavammaisen voi tarvita taluttajaa tai pyörätuolin työntäjää päästäkseen sosiaalisiin kontakteihin tai toteuttamaan itseään vaikkapa kulttuuriharrastuksissa. Näin ollen myös toimivasta ja esteettömästä ympäristöstä huolehtiminen on osa hoivatyötä. Hoivatyö on usein neuvottelua asiakkaan ja ympäristöön kuuluvien kanssa. Se on myös valtasuhde – autettava saattaa tuntea olevansa ilman vaikutusmahdollisuuksia oman arkielämänsä suhteen. (Tedre 2003a, 64–65.)

Hoivan käsitteestä ei ole helppo kirjoittaa, koska politiikkaohjelmat ja palvelujärjestelmien tavoitteet perustuvat ihmisten autonomisuuden ja mahdollisimman hyvän toimintakyvyn säilyttämiseen. Kuitenkin vanhusten ja vammaisten hoivan maailmassa harvoin tapahtuu huomattavaa itsenäistymistä ja toimintakyvyn merkittävää paranemista. Siitä huolimatta hoivasta tulisi puhua niin, että hoivaa saavan kansalaisoikeudet, ihmisarvo ja kunnioitus säilyvät. (Kröger 2009a, 413.) Silva Tedre on korostanut sitä, että vaikka henkilö on avuton ruumiintoiminnoiltaan, voi hän silti olla vahva, osallistuva ihminen ja kansalainen. Ihminen syö, kun häntä autetaan syömään (ei syötetä), ihminen ulkoilee, kun hänet autetaan ulos (ei ulkoiluteta), ihminen nousee sängystä ja liikkuu, kun hän saa apua. Tedre puhuu myös hoivan sanattomista sopimuksista: osa hoivasta

tapahtuu sellaisilla alueilla, joita ei ole kielellistetty, kaikki sopimukset eivät taivu virallisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Tunteista, huomion antamisesta tai muista ”itsestäänselvyyksistä” on vaikea sopia. (Tedre 1999, 26–27; 2003a, 65 ; 2007, 99–100.) Siksi hoiva lienee yksi helposti haavoittuva alue, kun sosiaalipalveluja karsitaan. Karen Davies (1996, 43–50) on todennut, että hoivapalveluja voitaisiin tuottaa vain, jos osattaisiin sopia hoivan kannalta oikeista asioista, kuten turvallisuudesta, hoivasuhteen jatkumisesta sekä riittävästä ja joustavasta ajankäytöstä.

**Hoitotyö** on kehittynyt ammatiksi ja sitä on teoretisoitu ja mallinnettu jo paljon aiemmin kuin hoivasta on puhuttu. Itsenäisen hoitotyön alkuna on pidetty Florence Nightingalen toimintaa 1800-luvun jälkipuoliskolla. Hän toi esille sairaanhoitoa omana alanaan lääketieteen rinnalla, kehitti sairaanhoitajien koulutusta ja nosti sen arvostusta. Seuraava merkittävä edistysaskel hoitotyössä tapahtui toisen maailmansodan jälkeen. Sisar Olivia Gowan tarkasteli hoitotyötä laajemmin sekä hoitona että tieteenä. Taustalla lienee myös muiden tieteiden nopea kehittyminen sotien jälkeen. (Yura & Walsh 1988, 21, 52–53.) Hoivatyöstä kiinnostuttiin tiedemaailmassa vasta 1900-luvun loppuvuosikymmeninä yhteiskunnan muutoksen, feminismin ja tasa-arvopyrkimysten myötä. (Anttonen & Zechner 2009, 19). Sekä hoidosta että hoivasta on länsimaissa tullut yhteiskunnallinen ja poliittinen kysymys erityisesti vanhusväestön määrän kasvun myötä. Terveystieteiden ja sairaanhoidon kustannukset nousevat koko ajan ja hoidon ja hoivan erottelua on alettu tehdä taloudellisista syistä. (Anttonen & Sointu 2006, 13.)

Katie Erikssonin (1987, 22–23) perinteisen määritelmän mukaan hoitaminen kuitenkin juontuu hoivaamisesta, hoivaaminen on hoitamisen alkuperäinen muoto. Hyväntahtoisuus, kokonaistilanteen huomioiminen, kosketus, läheisyys, tuki ja empatia ovat molemmille tunnusomaisia. Hoidossa ja hoivassa yksilöä autetaan tyydyttämään tarpeensa.

Hoitotyön oppikirjoissa hoitotyö nähdään varsin laaja-alaisena. Hoitotyön nähdään sisältävän myös huolenpitoa ja kasvatusta. Lisäksi hoitoon liittyvät sairaanhoidolliset toimenpiteet: englannin kielessä käytetään käsitettä *medical care* eli lääketieteellinen hoito. *Nursing care* sen sijaan viittaa hoitoon, ravitsemukseen ja kasvattamiseen, mikä on lähellä hoivaa. Perinteisiä hoitotyön tavoitteita ovat muun muassa sairauksien ennaltaehkäisy, toimintakykyisyys, hyvä olo, potilaan voimavarojen kehittäminen, kärsimyksien lieventäminen ja lopulta hyvään kuolemaan saattaminen. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 11–15.)

Nykyisissä hoitotyön määritelmissä hoidolla tarkoitetaan ennaltaehkäisevää neuvontaa, potilaiden auttamista ylläpitämään terveyttä ja ihmisen auttamista sairauden kohdatessa. Hoitotyöstä puhuttaessa tarkoitetaan tavallisesti sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden tekemää työtä.

Työssä korostuu ammattimaisuus ja se, että hoitotyön toiminnot perustuvat tutkittuun tietoon, erityisosaamiseen, kokemuksiin ja käytänteisiin kuin myös tuen antamiseen. (Leino-Kilpi 2003, 292–294; Eriksson ym. 2007, 4.)

Arkityössä esimerkiksi kotihoidossa ja sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluissa käytetään hoito- ja hoiva-sanoja rinnakkain ja lomittain. Hoitotyöllä voidaan tarkoittaa konkreettista hoivaa ja huolenpitoa, jota lähihoitajat, kodinhoitajat ja perushoitajat tekevät. Hoivasta taas puhutaan, kun tarkoitetaan sitä toimintaa, jota arkisen elämän ja hyvinvoinnin turvaamiseksi tehdään niin yksityisessä elämänpiirissä, perheissä kuin julkisissa palveluissakin. (Aarva 2009, 45.)

Tässä työssä tarkoitan hoivalla hoivatyön klassikkojen tapaan käytännöllistä konkreettista työtä, joka liittyy auttamiseen ja toisesta huolehtimiseen ja jota ilman toinen ei voi tulla toimeen. Hoivan tuottamisessa on mukana ”käsi, järki ja sydän” (Rose 1983, 83). Rajaan hoivan käsitteen tässä tutkimuksessa koskemaan formaalia hoivaa, ammattilaisten tekemää palkallista hoivatyötä avopalveluissa, asumispalveluissa tai laitoksissa. Formaalia hoivaa voidaan kutsua myös hoivapalvelutyöksi, joka tarkoittaa kokonaisvaltaista huolenpitoa asiakkaasta, joka tarvitsee jokapäiväistä apua yleensä pitkäaikaisesti. Fyysisen työn lisäksi hoiva sisältää henkisiä ja sosiaalisista tarpeista huolehtimista.

## **2.2 Hoiva ja huolenpito suomalaisessa palvelurakenteessa**

Suomessa valtiovalta on luonut puitteita huolenpidolle köyhistä, sairaista ja vaivaisista 1500-luvulta alkaen. Tuolloin seurakunnat pitivät huolta omista köyhistään. 1700-luvulta alkaen pitäjät järjestivät ruotuhoitoa ja kunnallishallinnon syntymisen myötä 1800-luvulla siirryttiin vähitellen kunnalliseen köyhäinhoitoon. (Kröger 1997, 116–118.) Vaivaistalo oli 1800-luvulla länsimaissa yleistynyt laitos ihmisille, jotka eivät saaneet huolenpitoa perheen piirissä. Lääketieteen kehittyminen toi uusia hoitomahdollisuuksia ja ammatillisuutta, ja sairaat siirrettiin vaivaistaloista sairaanhoidon piiriin. Orvoille lapsille rakennettiin lastenkoteja ja vammaisille omia laitoksia. Jäljelle jäivät hoivaa tarvitsevat vanhukset. (Sipilä 2003, 24–26.) Merkittävä turvan antaja teollisuuspaikkakunnilla oli 1800-luvulla ja vielä pitkälle 1900-luvulla tehdastyönantajien monipuolinen sosiaalinen toiminta työntekijöille ja heidän perheilleen. Tämä niin sanottu työväenhuolto saattoi sisältää kättilön palveluja, lastentarhan, koulun, terveydenhuollon, asunnon ja jopa vanhainkodin. (Kröger 1997, 130–132.)

Toisen maailmansodan jälkeen julkisen sosiaalihuollon rakenteita Suomessa alettiin uudistaa. Irtauduttiin köyhäinhoitoajattelusta ja vähitellen, joskin varsin hitaasti, alettiin siirtyä avopalvelupainotteiseen sosiaalihuoltoon. Vapaaehtoisjärjestöt toimivat tuolloin tiiviissä yhteistyössä kuntien kanssa ja järjestivät erityisesti kaupungeissa toimintoja, esimerkiksi lastentarhoja ja kotiapua, joista myöhemmin tuli kunnallisia palveluja. Vasta 1960-luvulla ideologiset, poliittiset ja lainsäädännölliset muutokset alkoivat luoda pohjaa ”julkisia sosiaalipalveluja kaikille” - ajattelulle. (Piirainen 1974, 403; Anttonen 2009, 64-67.)

Hyvinvointivaltion rakentaminen pääsi vauhtiin 1970-1980-luvuilla, jolloin toimeentuloturva uudistettiin ja valtion säättämää ja kuntien toteuttamaa palvelutehtävää laajennettiin. Puhuttiin naisten hyvinvointivaltiosta: naiset siirtyivät entistä enemmän kotoa työelämään ja tätä mahdollistamaan laajennettiin ja kehitettiin voimakkaasti sosiaalipalveluja, kuten lasten päivähoitoa, vammaispalveluja ja kodinhoito- ja vanhuspalveluja. 1990-luvun syvä talouslama pysähdytti hyvinvointivaltioprojektin, julkinen sektori köyhtyi ja esiin nousi paineita tehostaa ja yksityistää palveluja. (Anttonen & Sipilä 2000, 82–91.)

Nykyisin formaali hoiva tarkoittaa virallisten organisaatioiden palkkaamien ammattilaisten hoivatyötä. Tällaisia virallisia organisaatioita voivat olla kaikki julkisen sektorin toimijat kuin myös yksityiset voittoa tuottavat tai ei-voittoa tuottavat organisaatiot. (Kröger 2005a, 243.) Vuonna 2008 oli kunnan palveluksessa olevia työntekijöitä vanhusten laitoksissa noin 13 000, kehitysvammalaitoksissa noin 4 000, asumispalveluissa lähes 9 000, kotipalveluissa yli 13 000 ja päivätoiminnassa 1 800 henkeä. Henkilökohtaisen avustajan palvelua käytti kyseisenä vuonna noin 5 400 vammaista henkilöä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010, 19, 31). Formaalia hoivaa voivat olla myös taloudelliset tuet, esimerkiksi palvelusetelit, jos niihin liittyy jonkinasteista julkista kontrollia tai sääätelyä. (Anttonen & Sointu 2006, 13; Julkunen 2006a, 181) Joskus raja informaalin ja formaalin hoivan välillä voi olla liukuva, kuten omaishoidon tukemisessa tai postinkantajan tai ”sosiaalitalkkarin” antamassa avussa.

Viime vuosien hoivatyön palvelurakenteessa on nähtävissä kaksi muutossuuntaa. Ensinnäkin kunnissa on vähennetty laitoshoidtoa, kuten vanhainkotiasumista ja lisätty asumispalveluja. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010, 92.) Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumista henkilöille, jotka tarvitsevat apua tai tukea asumisensa järjestämiseen (Sosiaalihuoltolaki 22§, 23§). Vanhuspalveluiden arkikielessä puhutaan tällöin esimerkiksi vanhustentaloista, palvelutaloista, ryhmäkodeista ja hoitokodeista, vammaispalveluissa puhutaan asumispalveluista. Tehostettu asumispalvelu sisältää ympärivuorokautisen hoivan ja huolenpidon,

kun taas tavallinen asumispalvelu edellyttää itsenäistä toimintakykyä (Lehto ym. 2003, 134). Vuonna 2000 oli tehostetun palveluasumisen piirissä 75 vuotta täyttäneistä alle kaksi prosenttia, kun vuonna 2008 luku oli yli neljä prosenttia. (Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010, 16.)

Toinen ajankohtainen palvelurakenteen muutoslinja on hoivavastuun jakautuminen markkinoiden, kansalaisten ja julkisten palveluiden välillä. Palveluja siirretään yksityiselle sektorille ja perheiden, kansalaisten ja lähiyhteisöjen vastuuta lisätään. (Rissanen 1999, Kröger 2005a, Julkunen 2006b, Koskiahho 2008.) Yksityiset hoivayritykset, jotka ovat useimmiten kooltaan pieniä perheyrityksiä, toimivat yhteistyössä julkisten palveluiden kanssa (Rissanen, Hujala & Helisten 2010, 333). Kun aiemmin julkisia palvelujärjestelmiä rakennettiin kattaviksi, nyt omaishoivan ja muiden palveluiden ajatellaan olevan ensisijaisia tapoja järjestää hoiva. Julkinen hoivapalvelujärjestelmä on muuttumassa ikään kuin tukipalveluksi. Laitoshoittoa on alettu pitää omaishoittoa tukevana silloin, kun omaisen tarvitsee lomaa. Kotihoito edellyttää esimerkiksi siivouksen ja asioinnin hoituvan omaisten, hoivayritysten tai muiden toimijoiden avustuksella. (Kröger 2009b, 125.)

Vuonna 1995 sai säännöllistä kunnallista kotihoitoa 75 vuotta täyttäneistä lähes 14 prosenttia, kun vastaava luku vuonna 2008 oli hieman yli 11 prosenttia (Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010, 17). Ruotsalaistutkimuksen mukaan omaiset lisäävät ikääntyneiden ihmisten auttamista julkisen kotihoitopalvelun vähentyessä (Szebehely 2005). Tosin epäilystä Suomessa on ollut siitä, että vain harvat omaiset olisivat halukkaita päivittäiseen, sitovaan huolenpitoon (Rissanen 1999, 105, 108.)

Hoivayritysten määrä on 2000-luvulla lisääntynyt. Vuonna 2000 oli 353 yksityistä kotipalvelun tuottajaa, vuonna 2009 niitä oli 667. (Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010, 31; THL 2010.) Yksityiset sosiaalipalveluiden yksiköt painottuvat muuta maata enemmän Etelä-Suomeen (Kauppinen & Niskanen 2005, 49). Yksityisten sosiaalipalveluyksiköiden henkilökuntamäärä vuonna 2009 oli 40 345, siitä Uudenmaan maakunnassa oli 11 213 henkeä ja esimerkiksi Kainuun maakunnassa 768 henkeä (THL 2010). Hoivayrittäjät mainitsevat yrityksen perustamisen syinä halun olla itsenäinen, kehittyä ja tehdä parempaa hoivatyötä. Hoivayrittäjänä ajatellaan voitavan toteuttaa asiakaslähtöisyyttä ja räätälöidä palvelua paremmin kuin julkisen sektorin tehtävissä. (Taskinen, Helisten & Sihvonen 2007, 81–83; Rissanen ym. 2011, 65.)

Vapaaehtoistoiminta on yksi auttamisen muoto – sen juuret ovat talkooperinteessä. Autetaan muita palkatta tavallisen ihmisen taidoin ja tiedoin. Vapaaehtoistyötä on esimerkiksi ystäväpalvelun muodossa tehty pitkään ikääntyneiden ja vammaisten auttamiseksi. Sitä voidaan toteuttaa laitoksissa, asumispalveluissa, kodeissa tai järjestöjen tiloissa. (Ruohonen 2003, 40.) Vapaaehtoistyö

on osittain näkymätöntä, sillä sen laajuudesta ei ole olemassa tarkkoja tietoja. Pohjoismaissa, myös Suomessa poliitikot ovat osoittaneet kasvavaa mielenkiintoa hyödyntää vapaaehtoistyötä taloudellisista syistä. Tämänlaatuinen keskustelu siitä, voisivatko vapaaehtoiset korvata hoivapalveluja, on suhteellisen uusi ilmiö. Painetta lisätä vapaaehtoisten vastuuta hoivasta on myös kritisoitu. (Szebehely 2005, 396.) Ihmisten tarpeet ovat yksilöllisiä eivätkä omaiset ja vapaaehtoiset voi ottaa kokonaisvastuuta hoivan toteuttamisesta. He voivat antaa tukea ja käytännöllistä apua, kuten asiointia ja siivoamista ja parantaa avun tarvitsijan turvallisuudentunnetta. (Kröger 2005a, 261–262.)

### **2.3 Hoivatyö aikaisemman tutkimuksen valossa**

Hoivatyötä koskevat tutkimukset kuuluvat pääosin yhteiskuntatieteiden alaan. Hoivatyö on kiinnostanut naistutkijoita sekä sosiaalipolitiikan, sosiologian ja sosiaalityön tutkijoita. Näkökulma hoivatyöhön voi olla myös työpoliittinen, työolosuhteisiin tai ammatillisuuteen liittyvä. Hallintotieteen, hoitotieteen, johtamisen, kansanterveystieteen ja terveyshallinnon puolella on myös tutkittu hoivatyötä, erityisesti sen organisointia, työnjakoa ja johtamista. Gerontologisessa tutkimuksessa on myös sellaisia ikääntymiseen liittyviä teemoja, jotka sivuavat hoivatyötä. Myös jotkut kasvatustieteen ja kotitaloustieteen tutkijat ovat olleet kiinnostuneita hoivatyön organisoinnin ja käytäntöjen tutkimisesta. Hoivatyö kaupunki- ja maaseutuympäristöissä voi olla kunnallispolitiikan tai aluetieteilijän tutkimuksen kohde. Vammaisliike on suhtautunut kriittisesti hoivatutkimukseen, jota vammaistutkimus on arvostellut vammaisten holhoamisesta (Anttonen ym. 2009, 240). Oma näkökulmani aiheeseen on sosiaalitieteellinen, mutta hyödynnän tutkimuksessani myös muiden tieteenalojen tuottamaa tietoa.

Olen jakanut hoivatutkimuksen kolmeen teemaan. Teemat liittyvät tutkimukseni tavoitteeseen lisätä ymmärrystä nykyisen perushoivatyön luonteesta. Painotan tutkimusten valinnassa erityisesti hoivatyön työntekijöiden näkökulmaa. Ensiksi käsittelen tutkimuksia, jotka antavat tietoa hoivatyössä tapahtuneista ja käynnissä olevista muutoksista. Nämä rakenteelliset muutokset työn organisoinnissa vaikuttavat osaltaan siihen kontekstiin, jossa hoivatyöntekijät tekevät työtään. Rakenteelliseen muutokseen liittyvän laatututkimuksen ja saumattomia palveluketjuja koskevan tutkimuksen olen pääosin rajannut pois, koska tutkimukseni aihe ei varsinaisesti liity organisaatioiden laadun ja toimintatapojen kehittämiseen. Toiseksi analysoin hoivatyön tekijöitä koskevaa tutkimustietoa saadakseni käsityksen siitä, millaisia ovat aiemman tutkimustiedon perusteella ne ammattilaiset, jotka kuuluvat

tutkimusaineistooni ja joiden taustoista ja työstä olen kiinnostunut. Kolmanneksi käsittelen hoivatyön sisältöihin liittyvää aiempaa tutkimusta, jota on tehty niin asiakkaiden tarpeiden kuin työntekijöidenkin näkökulmasta. Työntekijöiden näkökulmaa korostavaa tutkimusta ei ole kovin paljon olemassa ja siksi olen lisätietoa saadakseni ottanut mukaan hoivan sisältöihin liittyvää asiakasnäkökulmasta tulevaa tutkimustietoa. Tässä esiteltävät aiemmat tutkimukset olen valinnut harkintani mukaan sillä perusteella, että ne liittyvät tutkimukseni tavoitteeseen, erityisesti kokonaiskuvan saamiseen hoivan arkityöstä ja työn tekijöistä. Tutkimukset ovat pääosin kotimaisia ja pohjoismaisia. Olen päättänyt tähän rajaukseen siksi, että Pohjoismaissa hoivatyö on suurelta osin julkisen palvelujärjestelmän tuottamaa melko samantyyppistä ammattityötä. Pohjoismaiden ulkopuolella painottuu enemmän informaali hoiva ja avun tarpeisiin voidaan vastata eri tavoin.

### **2.3.1 Hoivatyö rakenteellisessa muutoksessa**

Käsittämäni hoivatyön rakenteelliseen muutokseen liittyvä tutkimus painottuu kahteen teemaan: muutokset työn organisoinnissa ja tehostamisessa sekä muutokset työnjaossa ja työtehtävissä. Ikään-tyneiden ihmisten määrän lisääntyminen ja uudenlaiset hoivapalveluiden tuottamisen tavat liittyvät tähän muutokseen. 2000-luvulla kunnat ovat reagoineet hoivan tarvitsijoiden määrän kasvuun lisäämällä pitkäaikaishoitoa laitoksissa tai tehostetun palveluasumisen piirissä sekä kotihoidossa. Suunta on ollut kotihoitopainotteisuutta kohti, joskaan ei kovin jyrkästi. (Kokko & Valtonen 2008, 21.)

Viime vuosien muutokset hoivatyön organisoinnissa ja tehostamisessa ovat liittyneet uuteen julkisjohtamisen malliin (NPM), jota on selvitetty luvussa 1. Sen myötä ovat korostuneet palvelustandardit ja toistettavuus, kilpailuttaminen ja liikemaailman johtamisopit kuten tulosten raportointi. Palvelut rahoitetaan julkisesti, ja julkisen sektorin toimijat tuottavat niitä itse tai tilaavat niitä tarjouskilpailujen avulla erilaisilta palvelujen tuottajilta. Jotta tarjouksia voidaan vertailla keskenään, on työ pilkottava ja hinnoiteltava. Asiakkaiden tarpeet on arvioitava ennakkoon, jotta tiedetään, paljonko palvelua tarvitaan. Kaikki tämä vaatii ennakkosuunnittelua, kirjallista dokumentointia ja erilaista tiedotusta, siis johtamista ja hallinnointia. Ongelmana on se, että hoivapalvelutyössä asiakkaiden tarpeita ei aina pystytä tarkasti ennakoimaan ja hoivarationaaliin toimintatapaan kuuluisi asiakkaiden muuttuvien tarpeiden huomioon ottaminen. (Sipilä 2003, 33; Vabø 2005, 172–173.)



Tällaiset muutokset työn organisoinnissa liittyvät samaan kehityskaareen, mikä on tapahtunut teollisessa työssä aiemmin. Oleellista tässä muutoksessa on ollut se, miten työn kohde ymmärretään. Aiemmin esimerkiksi kotipalvelutyössä toiminnan kohde oli kokonaisvaltainen kodista ja perheestä huolehtiminen. Kun toimintaa on rationalisoitu modernin yhteiskunnan teollisen mallin mukaisesti, kotihoitotyötä on ositettu: työtehtävät on listattu ja aikataulutettu ja valvontaa on lisätty. Myös asiakasmaksujen muutos aika- tai suoriteperusteiseksi tukee tätä työn tuotteistamista ja asiakkaan suorittamaa työaikaa koskevaa valvontaa. (Niemelä 2006, 86.)

Uuteen julkisjohtamiseen liittyvä työn keskittäminen on otettu käyttöön terveystalouksissa ja sen jälkeen myös sosiaalipalveluissa. Keskittäminen mahdollistaa erityisosaamisen kehittymisen terveydenhuollossa ja säästää aikaa esimerkiksi vanhusten ja vammaisten palvelutalouksissa. Tuotteistaminen tarkoittaa käytännössä sitä, että esimerkiksi ruuan valmistamisesta asiakkaan luona on siirrytty valmiisiin ateriapaketteihin ja kauppa-asioinnista asiakkaan kanssa on siirrytty keskitettyihin tilauksiin. Henkilökohtaisen hygienian hoidossa luetellaan toimet, jotka työntekijä tekee, esimerkiksi ”suihkutus ja hiustenpesu”, ”WC-käynneissä avustaminen, hampaidenpesu ja parranajo”. (Eliasson-Lappalainen & Szebehely 1998, 135, 151.) Tehtävien ajatellaan pysyvän samanlaisina päivästä toiseen. Asiakkaiden tarpeet kuitenkin vaihtelevat ja hyvän palvelun pitäisi joustaa tarpeen mukaan. Sosiaalipalveluiden asiakkaat – vanhukset eritoten – eivät ole varsinaisia kriittisiä palveluiden kuluttajia, jotka vaatisivat ja valitsisivat. Jos työntekijä jättää jotakin oleellista esimerkiksi kotihoidossa tekemättä, saattaa ongelma vain siirtyä toiselle organisaatiolle, vaikkapa terveydenhuollolle. (Sipilä 2003, 30–32.)

Työn keskittämiseen liittyy myös vanhuspalveluissa tapahtunut sosiaali- ja terveystalouksien integrointi, jota on toteutettu laajasti erityisesti kotihoidossa. Tällöin sosiaalitoimen kotipalveluiden ja terveystalouden kotisairaanhoidon organisaatorajat on purettu ja palvelut yhdistetty. (Paljärvi ym. 2011.) Helsingin kaupungissa tällainen organisaatiomuutos toteutettiin 2000-luvun alkupuolella tavoitteena vähentää laitoshoidon tarvetta. Toinen keskeinen tausta-ajatus oli taloudellisuus ja työn tehostaminen. Kuitenkin hallinto ja johtaminen ovat korostuneet, koska kotipalvelun asiakkuuksia pyrittiin lopettamaan ja siirtämään muille toimijoille. Hoivatyön ammattilaisen näkökulmasta yhtenäinen, laitoshoitotyyppinen toimintatapa siirtyi kotihoitoon. (Wrede & Henriksson 2004; 221, 226.) Uudistetussa hallinnon kielenkäytössä tällainen muutos näkyy siten, että puhutaan vuorovaikutuksesta ja verkostoista kun tarkoitetaan uusia hierarkioita tai puhutaan asiakaslähtöisyydestä kun tarkoitetaan taloudesta juontuvia muutoksia. Eri ammattilaiset voivat nostaa asiakkaiden tarpeista esille juuri ne, joita he ”avainryhminä” parhaiten täyttävät. (Rantalaiho 2004, 240–241).

Seurantatutkimuksessa Kuopion integroidusta kotihoidosta todettiin, että integrointi oli vaikuttanut vain vähän kotihoidon laatuun. Perinteisen kotipalvelun henkilökunnalla toimenkuvat olivat muuttuneet enemmän kuin kotisairaanhoidajilla. Lähihoitajille oli siirretty hoitotoimia ja lääkehoidon toteuttamista, siivous- ja asiointiapua oli tietoisesti vähennetty. Kritiikkiä esitettiin lähinnä työntekijöiden kiireen vuoksi. Asiakkaan avun tarpeenmukaisuus oli kuitenkin hyvällä tasolla. (Paljärvi ym. 2007, 99–100.) Merja Tepponen (2009, 194) toteaa väitöskirjassaan, jonka aineisto on kerätty Itä-Suomen kunnista, että sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden yhdistymisen perustelut ovat olleet ainakin osittain oikeita. Perusteluina on mainittu toiminnan tehostuminen päällekkäisyyksien ja palveluaukkojen poistuessa. Myös johtamisen selkeytyminen ja työn kokonaisvaltaisuus on mainittu perusteluina. Maija Laitilan (2010, 111) Pohjois-Suomessa toteuttaman kotihoidon seudullistamiseen liittyvän tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidon palvelujen keskittämisessä ja yhdistämisessä on myös riskinsä: on mahdollista, että palvelut tuotetaan pääasiallisesti sairauslähtöisesti hoitotoimenpiteinä arjessa auttamisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen jäädessä vähemmälle.

Hoivatyön uudelleen organisointi ja keskittäminen niin, että julkisia palveluja saavat vain heikkokuntoisimmat, on tapahtunut kaikissa Pohjoismaissa, tosin eri tahtiin. Yhä harvempi saa kotihoitopalveluja, ja ne, jotka saavat, saavat niitä yhä intensiivisemmin, useita kertoja vuorokaudessa. Vaikka Pohjoismaissa on yhteinen hyvinvointistrategia, erityisesti Suomessa ja Ruotsissa on heikennetty julkista vastuuta hoivapalveluista. (Szebehely 2003a, 34–36; Trydegård 2003, 456–457.) Marja Vaarama, Päivi Voutilainen ja Sari Kauppinen (2004, 55) vahvistavat Suomen osalta, että kotiapua iäkkäille annetaan yhä selektiivisemmin – vain huonokuntoisimmille. Tukipalvelut liittyvät lähinnä perushoitoon ja asiakkaan turvallisuuden tunteeseen. Tämä perustuu ajatukseen, että vähemmän apua tarvitsevat selviävät omin voimin omaisten turvin tai hankkivat yksityisiä palveluja. (VTV 2010, 36–37.) Suomessa kunta on kuitenkin edelleen yleisin kotihoidon tarjoaja, vaikka yksityisen ja kolmannen sektorin osuus on viime vuosina kasvanut. Palvelutarjonta ja palveluiden saamisen kriteerit vaihtelevat kunnittain. (Tepponen 2009, 191.)

Tanskaa on pidetty jonkinlaisena hoivan avopalveluiden uudelleenorganisoinnin mallimaana. Myra Lewinter (2004, 92–95) osoittaa tilastoaineistoon vedoten, että kotihoitoa saavien osuus on lisääntynyt 1980-luvulta alkaen 80 vuotta täyttäneiden vanhusten ryhmässä. Sen sijaan käytännön avun määrä tunteina viikossa asiakasta kohti on vähentynyt. Lewinter toteaa, että Tanskassa ollaan onnistuttu siinä, että iäkkäät ihmiset asuvat omissa kodeissaan palveluiden turvin. Toisaalta kaikkein heikkokuntoisimpien kohdalla hoitopaikalle on vain annettu uusi, asuntoon ja kotiin viittaava nimi.

Hoivatyötä pitkään tutkinut ja käsitteellistänyt norjalainen Kari Wærness (2008, 372–373) vahvistaa edellä kuvattuja kehityskulkuja teoksen ”Care Work in Crisis” yhteenvetoluvussa. Hän toteaa, että Pohjoismaiden hoivaystävällinen eetos on viime vuosikymmenten aikana heikentynyt, hoivatyön organisoinnissa hierarkkiset rakenteet ja tehtäväkeskeinen työ ovat lisääntyneet ja sen myötä hoivatyö on menettänyt oman erityisen luonteensa, hoivarationaalisuuden. Tilalle on tullut tayloristinen työn osittaminen ja tuotteistaminen. Wærness ehdottaa palveluiden järjestämisen uudistamista alhaalta ylöspäin niin, että ”etulinjan” hoivatyöntekijöiden ja hoivan tutkijoiden ääni tulisi kuulluksi.

Muutokset hoivapalvelutyön työtehtävissä ja työnjaossa liittyvät osin edellä kuvattuun työn tuotteistamiseen ja sosiaali- ja terveyspalveluiden integrointiin. Silva Tedre (1999, 89) on analysoinut väitöskirjassaan niitä 1990-luvun hoivatyön sisältöihin liittyviä sanattomia sopimuksia, joita hoivatyön tekijät ovat aiemmin solmineet asiakkaiden kanssa. Tedre tiivisti tuolloin hoivasopimusten vaivihkaisen muuttumisen seuraavasti: kodinhoidosta kotihoitoon, ruumiillisesta työstä abstraktiin auttamiseen, kodista asuntoon ja triviaalista intiimiin (esimerkiksi siivouksesta henkilökohtaiseen avustamiseen). Hoivatyössä pääpaino olisi henkisessä tuessa, psyykkisiin tarpeisiin vastaamisessa, neuvonnassa ja kuntoutuksessa. Rutiininomaisten kodin tehtävien hoitaminen korostaa maallikkoutta – ne eivät tämän ajattelun mukaan kuuluisi julkisen palvelun piiriin. Liina Sointu (2009, 177) korostaa kodin tärkeyttä (asunnon sijaan) arjen ympäristönä sekä hoivaa tarvitsevalle että esimerkiksi omaishoitajalle.

Useissa tutkimuksissa 2000-luvulla on todettu kehityksen ainakin osin kulkeneen Tedren ennustamaan suuntaan. Kotiin annettava apu on muuttunut sairaanhoidollisemmaksi perinteisen kodinhoidon ja sosiaalisen avun jäädessä riittämättömäksi. (Trydegård 2003, 456–457; Lewinter 2004, 94–95; Tepponen 2009, 193; VTV 2010, 80.) Kotihoidosta puhuminen kotipalvelun sijaan myös helposti ohjaa ajatukset kotona asuvien tarpeista hoidon tarpeiksi eikä arkisen avun tarpeiksi (Vaarama 2004, 173). Kuitenkin arjen sujuvuus ja psykososiaalisen tuen saaminen ovat hoivatyön asiakkaiden kannalta oleellisia tekijöitä. (Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 143.) Sosiaali- ja terveydenhuollon integrointipyrkimyksistä huolimatta sektorijako sosiaali- ja terveydenhuollon välillä näyttäytyy edelleen työnjaon käytännöissä: esimerkiksi terveydenhuollon alaisessa kotihoidossa työnjako edelleen tapahtuu tehtävälähtöisesti aiemmista ammattireviireistä kiinni pitäen (Suominen & Henriksson 2008, 630).

Integroidun hoidon ja hoivan johtamista voidaan problematisoida (Aarva 2009, 210–211). Aarvan tutkimuksen tulosten mukaan lähijohtajien käsitykset johtamisesta eivät juuri eronneet toisistaan,

mutta lähijohtajien ja alaisten käsitykset erosivat täysin. Aarva kysyykin, liittyvätkö esimiesten ja alaisten ristiriitaiset käsitykset työn organisoinnista tulosjohtamiseen ja hoivatyön mittaamisen vaikeuteen ja tulisiko hoivaa johtaa eri lähtökohdista kuin käytännössä nyt tapahtuu. Aarva peräänkuuluttaa hoivatyöntekijöille enemmän vapautta asiakastyöhön ja vähemmän hierarkiaa palvelevaa johtamista.

### 2.3.2 Hoivatyön tekijät

Hoivatyön tekijöihin liittyvä tutkimus jakaantuu tässä kolmeen teemaan: hoivatyön osaaminen ja koulutustaso, työn arvostus ja vetovoimaisuus sekä työssä jaksaminen.

Hoivatyön osaaminen ja koulutustasovaatimus on herättänyt aika ajoin keskustelua erityisesti alan ammattilaisten joukossa. Koulutus nähdään Suomessa yleisesti tärkeänä tekijänä ammattiin sosiaalistumisessa ja yhteiskunnallisiin rakennemuutoksiin vastaamisessa. Työvoimapolitiittisissa keskusteluissa lähihoitajan ammattia on usein esitetty ratkaisuksi, jos suuri joukko ihmisiä on joutunut rakennemuutoksen vuoksi työttömiksi. (Laiho & Ruoholinna 2008, 36.)

Hoivatyön osaamista eli ammattitaitovaatimuksia voidaan ryhmitellä Opetushallituksen tapaan seuraavasti: työprosessin hallinta, työmenetelmien, -välineiden ja materiaalin hallinta, työn perustana olevan tiedon hallinta ja elinikäisen oppimisen avaintaidot. Viimeksi mainittuja ovat muun muassa vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot, ammattietiikka, työturvallisuus, aloitteellisuus ja kestävä kehitys. Lähihoitajan keskeistä ammatillista osaamista Opetushallituksen mukaan ovat asiakkaiden ja potilaiden yksilöllisen kohtaamisen taidot, avustaminen, ohjaaminen ja tukeminen. Laaja-alainen sosiaali- ja terveysalan osaaminen mahdollistaa joustavan siirtymisen alan erilaisiin työtehtäviin. (Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010, 8–9, 18, 30–32.) Lähihoitajan perustehtäväksi on koulutuksen kehittämisstrategiassa kuvattu “asiakkaan tai potilaan päivittäisten toimintojen tukeminen elämänkulun eri vaiheissa terveyttä ja hyvinvointia suunnitelmallisesti edistäen” (Hakala ym. 2010, 51). Edellä kuvatut hallinnolliset ammattitaitovaatimukset ja määritelmät antavat kovin yleisluontoisen ja ylevän kuvan hoivatyön vaatimuksista. Alan oppilaitosten ope- tuksessa näitä osaamisvaatimuksia voidaan käytännössä tulkita ja painottaa eri tavoin.

Hoivatyön juuret ovat perhepiirissä tehtävässä työssä ja se on ollut ja on edelleen naisten työtä. (Tedre 1999, 23.) Sipilän (2003, 34) mukaan informaalilla tai formaalilla sektorilla tapahtuva hoivatyö ei edellytä erikoistunutta ammattitaitoa. Kuitenkin erityisesti Suomessa hoivatyö on ammatillistunut ja kansainvälisissä vertailuissa suomalainen erityispiirre on pitkä ammatillinen

koulutus (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 255). Vammaistyössä Suomen vahvuus kansainvälisesti on alalla työskentelevien korkea ammattitaito ja pitkäaikainen sitoutuminen työhön. Tosin nykyistä alan ammatillista koulutusta on kritisoitu siitä, ettei se anna vastavalmistuneille riittäviä valmiuksia vaatimaan vammaistyöhön. (STM 2005, 44, 54.)

Hoivatyöntekijät itse pitävät ammattitaitoaan ja erityisesti palvelualltiuttaan hyvänä (Hyttinen & Kangassalo 2002, 196). Erityisesti vuorovaikutustaidot ja asiakkaan fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen hallitaan hyvin. Heikommin hallitaan palveluprosessin kokonaisuus ja erilaiset tukimuodot. Tietoteknistä osaamista ja tutkimustiedon hyödyntämistä kaivataan lisää. Hoivatyössä tarvitaan ammattitiedon lisäksi niin sanottua hiljaista tietoa, työn tekemisen myötä opittua, jota ei ole helppo nimetä tiettyinä taitoina. Se on kuitenkin ammattitaitoa, jota tulisi arvostaa. (Grönroos & Perälä 2006, 488–494.)

Fiona Williams (2004, 23) nostaa hoivatyöntekijän arvoina ja osaamisvaatimuksina esille Joan Trontoa (1994) mukaellen huomaavaisuuden, vastuuntunnon, kyvykkyyden ja vastaanottavaisuuden, sillä työntekijöiden tulisi osata antaa arvoa myös palveluiden käyttäjien kokemuksille. Samantyyppisiä odotuksia nousi esille kanadalaistutkimuksessa: hoivatyön asiakkaat odottivat työntekijältä ystävällistä ja palvelualltista työtettä, ammattitaitoa ja kykyä antaa myös sosiaalista tukea (Samuelsson & Wister 2000, 223–230). Huono työntekijä taas on teennäinen, holhoava, kiireinen, epäluotettava, etäinen tai poissaoleva (Andersson ym. 2004, 488). Sipilä (2003, 34) näkee ammatillisen hoivatyön riskeinä työntekijöiden sitoutumattomuuden ja vaikeuden toimia vaihtelevissa työtilanteissa. Hän korostaa sitä, että asiakkaan ollessa yksinäinen ja avuton ovat työntekijän arviointikyky, ammattietiikka ja kommunikointitaito erityisen tärkeitä.

Sosiaali- ja terveystalveluja tuottavien organisaatioiden sisällä ammatillisuus saatetaan nähdä pitkälti sairaanhoidollisena osaamisena. Tästä on esitetty huolestuneita kannanottoja (esim. Wrede & Henriksson 2004, 218–219; Vaarama 2004, 173; Kröger 2009b, 105). Hoitoalan työn osaamisvaatimuksia ja vaativuutta ei aina välttämättä liitetä hoivatyöhön – lähihoitajat joutuvat hakemaan paikkaansa erityisesti terveystoimen alaisissa yksiköissä (Andersson ym. 2004, 486; Laiho & Ruoholinna 2008, 46; Suominen & Henriksson 2008, 635). Tämä lieneekin ollut vaikuttamassa siihen, että osa vanhustyössä toimivista lähihoitajista haluaa samaistaa itsensä enemmän terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon ammattilaisiksi. Kuitenkin tarvittaisiin lähihoitajia, jotka osaavat hoitaa myös asiakkaan kotiympäristöä ja toteuttaa sosiaalihuoltolain mukaista kotitalvelua (VTV 2010, 88, 104.) Suomalaiset kyllä edelleen luottavat siihen, että sosiaalitalvelujen henkilöstö on ammattitaitoista ja osaavaa (Muuri 2008, 47).

Yhteiskunnassa arvostetaan professioita ja ammatillista erikoisosaamista. Hoiva on kulttuurisesti määrittynyttä, usein arjen itsestänselvyyksiä, sanattomia sopimuksia, huolenpitoa, jonka ei uskota vaativan erityisosaamista. Hoivan ammattilaisten yhteiskunnallinen painoarvo ja asema jää siksi usein heikoksi. (Tedre 1999, 27; Sipilä 2003, 27) Lähihoitajan ammatti, ”yleisosaaja”, asemoidaan hoitohenkilöstön hierarkian alapäähän, ja heidän taitojaan hoitoalan työyhteisöissä epäillään (Laiho & Ruoholinna 2008, 46–47; Tainio & Wrede 2008, 184–189). Vanhustyön raskaus, säästöt ja kiire vähensivät alan opiskelijoiden kiinnostusta vanhustyötä kohtaan, vaikka opiskelijoiden asenteet vanhuksia kohtaan olivat sinänsä myönteisiä (Hirvonen ym. 2004, 243). Alan vetovoimaisuuden heikentymisestä ollaankin oltu huolestuneita (Wrede & Henriksson 2004, 218–219).

Hoivatyöntekijät itse ovat kuitenkin kokeneet työnsä yleensä tyydyttävänä ja näkevät työn erityisesti sosiaalipalveluissa tarjoavan heille kehittymisen mahdollisuuksia (Rintala & Elovainio 1997, 61–62). Työ näyttäytyy kiinnostavana siitakin huolimatta, että työntekijät pitävät työmääränsä liiallisena, kokevat työssä fyysistä väsymystä ja pitävät työtään myös ajoittain vaarallisenä. Erityisesti laitostyössä ja asumispalveluissa suomalainen hoivatyö näyttäytyykin poikkeuksellisen: muihin Pohjoismaihin verrattuna työntekijöiden asiakasmäärät ovat lähes kaksinkertaiset. Heikot vaikutusmahdollisuudet ja työn henkinen raskaus ovat leimallista suomalaiselle hoivatyölle. (Hyttinen & Kangassalo 2002, 193–195; Kröger & Vuorensyrjä 2008, 254–262.) Pohjoismaisessa vertailussa todettiin, että suomalaisilla hoivatyöntekijöillä on fyysistä ja henkistä väsymistä ja univaikeuksia enemmän kuin hoivatyöntekijöillä muissa Pohjoismaissa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 55–56). Kiire, työpaine ja työntekijävaje aiheuttavat räsitystä, joka voi saada hoivan tekijöitä harkitsemaan työn jättämistä (Vuorensyrjä 2009, 91). Hoivatyöntekijät toivovat lisähenkilöstöä ja enemmän aikaa asiakkailleen voidakseen tehdä työnsä kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti (Szebehely 2003b, 188; Leinonen 2009a, 96) .

Hoivatyön rakenteelliset muutokset kuten eri yksikköjen yhdistäminen voivat aiheuttaa hoivatyöntekijöille pelkoja ja keskinäistä luottamuspulaa (Tepponen 2009, 196). Sosiaali- ja terveystieteiden integroinnista huolimatta sektorijako saattaa olla edelleen voimissaan puhetoissa ja työnjaon käytännöissä. Esimerkiksi lähihoitajan rooli kotihoidossa voi olla hahmoton, jatkuvan neuvottelun kohteena ja voi aiheuttaa epävarmuutta. (Suominen & Henriksson 2008, 635–636.)

### 2.3.3 Hoivan sisällöt ja ammattikäytännöt

Hoivatyön sisältöjä ja ammattikäytäntöjä voidaan lähestyä asiakkaiden tarpeiden sekä työntekijän aktiivisen, kokonaisvaltaisen työotteen näkökulmasta. Viimeksi mainitulla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoivatyöhön liittyviä kuntoutukseen, virkistykseen ja osallistumiseen liittyviä elementtejä kuten liikkumisen, ulos lähtemisen, asioimisen ja harrastamisen mahdollistaminen.

Jo 1990-luvulla arveltiin hoivatyön suuntautuvan yhä enemmän hoidolliseen, abstraktiin ja intiimiin auttamiseen, joka sisältäisi muun muassa henkistä tukea, ohjusta ja kuntoutusta (Tedre 1999, 89). Hoivatyön rajoja palvelujärjestelmässä onkin viime aikoina haettu. Kunnallisissa palveluissa siivoamista on huomattavasti vähennetty ja asiakkaita on ohjattu hankkimaan siivouspalveluita yksityisiltä palveluiden tuottajilta. Palvelujärjestelmien omat toimintakäytännöt ja säännöt asettavat rajoja palveluiden myöntämiselle ja hoivan sisällöille. Asiakkaat toivovat kuitenkin saavansa siivousapua, saattaja-apua, asiointiapua esimerkiksi ruokaostosten tekemiseen ja kuljetusapua. (Vaarama 2004, 158–159; Rajaniemi 2006, 174–175.) Hoivaa tarvitsevan neuvotteluasema on kuitenkin tässä tilanteessa heikko (Zechner & Valokivi 2009, 172–173). Eri avunantajatahojen, kuten sukulaisten, naapurien, hoitohenkilökunnan ja yksityisten palveluiden tarjoaman avun yhteensovittaminen aukottomaksi kokonaisuudeksi voi olla käytännössä vaikeaa (Koistinen 2003, 74). Pääsyä hoidon ja hoivan piiriin rajataan kunnissa asiakkaan toimintakyvyn ja avun tarpeen mittareilla. (Paljärvi ym. 2003, 95). On alettu puhua hoivaköyhyydestä (Kröger 2005a; 2005b) tai hoivan vajeista, viitaten siihen, että toiveista huolimatta jotkut henkilölle tärkeät tarpeet jäävät tyydyttämättä. Hoivatarpeiden suhteellisuus ja yksilöllisyys rajoittaa näiden vajeiden arviointia, mutta esimerkiksi ulkoileminen, sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen, turvallisuuden tunne sekä kodin viihtyisyys ja siisteys saattavat olla sellaisia puuttumaan jääviä asioita. Niistä ei myöskään ole helppo puhua, koska tällaiset hoivavajeet luovat ihmisestä negatiivista kuvaa. (Zechner 2008, 307.)

Tutkimusten mukaan apu hoivatyössä painottuu asiakkaan puolesta tehtäviin toimintoihin eikä Silva Tedren ennakoimaan henkiseen tukeen tai kuntoutukseen (Muurinen & Raatikainen 2005, 20-21). Tällaisia asiakkaan puolesta tehtäviä toimintoja, jotka tulevat useimmiten hyvin hoidetuiksi, ovat lääkehuolto, henkilökohtaiset hoitotoimet ja muut päivittäiset toimet. Fyysisen avun tarve on helpoin tunnistaa ja toteuttaa. Seurantatutkimuksessa Kuopion kotihoidosta todettiin, että ajallisesti suurin tehtäväalue oli ruokailussa auttaminen. Seuranta-aikana oli siivouksen osuus vähentynyt ja asiakkaan hygieniasta huolehtimiseen käytetty aika lisääntynyt. Myös lääkehuollon ja hoitotoimien

osuus oli lisääntynyt. (Paljärvi ym. 2007, 98.) Varsinaista medikalisaatiota ei Tepposen (2009, 195) mukaan kotihoidossa kuitenkaan ole tapahtunut, sillä myös hänen tutkimuksensa tulosten mukaan ruokailussa ja hygienian hoidossa auttamiseen käytetään runsaasti aikaa. Sen sijaan sosiaalinen apu kuten esimerkiksi seurustelu, keskustelu, asiointi, tuki ongelmatilanteissa ja vaikkapa ulos lähtemisen mahdollistaminen on heikentynyt (Trydegård 2003, 456–457; Paljärvi ym. 2003, 95; Muurinen & Raatikainen 2005, 20–21; Tedre 2006, 162–163; Leinonen 2009b, 137). Vanhukset kaipaavat sosiaaliseen tukeen ja arjessa selviämiseen liittyviä palveluja, jotka tuovat elämänlaatua (VTV 2010, 46). Apua toivotaan erityisesti ulkoiluun ja asiointiin kodin ulkopuolella. Kotihoidon työntekijät saattavat vanhuksen pyynnöstä ulkoilla heidän kanssaan ja jättää muut työt tekemättä (Andersson ym. 2004, 487–489).

Kuntoutus, itsenäisen toiminnan tukeminen, yhteistoiminta asiakkaiden ja omaisten kanssa, tiedottaminen ja asiakkaiden henkisten tarpeiden tyydyttäminen vaatii henkilöstöltä aikaa ja osaamista, mutta jää usein vähälle (Paljärvi ym. 2003, 91; Muurinen & Raatikainen 2005, 18; Eloranta ym. 2009, 141–142; VTV 2010, 97–98). Mia Hemming (2009, 222) toteaa vanhuspolitiikan tavoitteena olevan ikääntyneiden toimintakyvyn edistämisen, mutta sitä toteuttaviin käytännön toimiin kunnissa ei ole riittävästi paneuduttu. Yhtenä ratkaisuna esitetään entisajan kodinhoitajia, jotka kykenisivät arvioimaan asiakkaiden tarpeita.

Vammaispalveluissa perhe- ja kotipalveluilla on suuri merkitys. Ne toimivat kotien arjen tukitoimina ja auttavat perheitä jaksamaan vammaisen omaisen hoito- ja kuntoutustyössä. Vammaisten päivätoiminnat edesauttavat omalta osaltaan toimintakyvyn edistämistä, virkistymistä ja kuntoutumista. (STM 2005, 73–74.)

Asiakkaat yleensä toivovat, että he saisivat hoivapalvelua samalta työntekijältä (Paljärvi ym. 2003, 94). Tätä ei aina voida toteuttaa erilaisten työaikojen vuoksi, mutta kunnissa tehdään myös tietoisesti vaikeiden asiakkaiden kierrättämistä työntekijältä toiselle. Henkilökohtainen tuttuus ja luottamus ovat kuitenkin hoivapalveluissa palvelussa tärkeitä ja esimerkiksi yhteistyö ja psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttäminen kärsivät työntekijöiden vaihtuessa. (Sipilä 2003, 34.)

Edellä mainitun siivousavun vähentymisen lisäksi on kotihoidossa vähentynyt liikkumisessa avustaminen, mikä kertonee toimintaperiaatteiden muutoksista. Työ kohdennetaan eniten apua tarvitseville, jotka eivät välttämättä odota liikkumisessa avustamista (Paljärvi ym. 2003, 91). Silva Tedre kirjoittaakin vanhusten huollon avaamattomista kysymyksistä: millaisiin avun tarpeisiin vanhustenhuollon toimijat lopulta vastaavat? Onko osa hoivapalveluiden käyttäjistä ”asunnon vankeja”, joiden elämän tilana on sänky (Tedre 2003b, 101; 2006, 164). Vaarama (2004, 184)



esittää, että olisi päätettävä selkeästi, saavatko ikääntyneet palvelua kotiin vain sairaanhoidollisista vai myös sosiaalisista syistä. Palvelut voidaan arvioida riittäviksi terveystieteiden näkökulmasta, mutta sosiaalihuollon näkökulmasta tarkasteltuna ne saattavat olla riittämättömiä (VTV 2010, 104). Pohjoismaisissa vertailuissa todettiin hoivatyöhön muissa Pohjoismaissa sisältyvän siivoamista, aterioiden valmistamista, asiakkaan kanssa seurustelua ja ostoksilla käyntiä enemmän kuin Suomessa. Sen sijaan Suomessa on hallinnollisia tehtäviä kuten kirjaamista enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 54.)

Liiallinen kiire nousee esille useissa hoivatyötä koskevissa tutkimuksissa (ks. esim. Samuelsson & Wister 2000, 223–230; Paljärvi ym. 2003, 92; Niemelä 2006; Leinonen 2009a, 93; Tepponen 2009, 193; Vuorensyrjä 2009, 91). Kiire on yksi syy siihen, että asiakkaita ei oteta mukaan toimintaan, että heidän voimavarojaan ja aktiivisuuttaan ei hyödynnetä. Näin kuntouttavan työtteen käyttäminen voi olla vähäistä. (Eloranta ym. 2009, 142; VTV 2010, 118). Anna-Liisa Niemelän (2006, 209–214) kotipalvelutyötä koskevassa väitöskirjassa kodinhoitajien käyntejä asiakkaiden luona nimitettiin ”hyppykäynneiksi” ja kuvattiin niitä strategioita, joita kodinhoitajat kehittivät selvitäkseen työstään.

### 3 ALUEELLINEN TASA-ARVO HOIVAPALVELUISSA

#### 3.1 Tasa-arvon periaate ja sen toteutuminen

Sosiaalipolitiikan keskeisimpiä arvoja ovat ihmisten yhdenmukainen kohtelu, tasa-arvo ja ihmisarvon kunnioittaminen (Sipilä 1985, 165, 178; Raunio 1995, 81). Richard Titmussin (1974, 31) mukaan sosiaalipolitiikka tarjoaa kansalaisille kaikille kuuluvia palveluja tarpeiden pohjalta markkinoiden ulkopuolella. Pohjoismaisen sosiaalipolitiikan kulmakivenä on ajatus, että universaali, kaikkia kansalaisia koskeva hyvinvointivaltio turvaa myös huono-osaisten ihmisten intressejä. Kansakunnan jäsenenä oleminen oikeuttaa tiettyihin palveluihin ja etuisuuksiin. Kansalaiset saavat laadukkaita palveluja sosiaalisesta asemasta tai asuinpaikasta riippumatta. Tämä tasa-arvon ajatus lähtee kansalaisten arvon ja oikeuksien tunnustamisesta ja solidaarisuudesta muita kohtaan. (Anttonen & Sipilä 2000, 149; Julkunen 2006a, 39–40, 189.) Tähän on Suomessa yhdistynyt pyrkimys järjestää samantasoisia sosiaalipalveluja maan eri osiin. Näitä tavoitteita on toteutettu valtion ohjauksessa hyvinvointipalvelujen yhtenäistämisen ja valtionosuusjärjestelmien kautta. (Kröger 1997, 12, 57.)

Tasa-arvon käsitteen sisältöä voidaan analysoida monesta näkökulmasta. Tasa-arvoa voidaan ajatella mahdollisuuksien tasa-arvona: jokaisella on mahdollisuus edistää hyvinvointiaan riippumatta esimerkiksi sukupuolesta, asuinpaikasta, varallisuudesta tai etnisestä taustasta. Tasa-arvoa voidaan lähestyä myös lopputuloksesta käsin eli mitata, miten tasa-arvoisesti hyvinvointi on todellisuudessa jakautunut vaikkapa alueellisesti. (Uusitalo 1993, 64.) Pohjoismaissa tasa-arvoa ovat edesauttaneet erityisesti terveys-, sosiaali-, koulutus- ja veropoliittiset keinot ja julkinen palvelujärjestelmä, sillä kansalaiset käyttävät suurelta osin samoja palveluita. Sosiaalipalvelut eivät kuitenkaan ole niin vaaka osa hyvinvointivaltiota kuin terveydenhuolto tai koululaitos. Terveys- ja koulutuspalvelut ovat ilmaisia tai lähes ilmaisia kaikille kansalaisille – niiden yhteiskunnallinen hyöty tunnustetaan. Sen sijaan sosiaalipalveluiden universaalisuuden periaatteesta kiistellään niin Pohjoismaissa kuin muualakin. Esimerkiksi vanhuspalveluiden kattavuus ja painotus vaihtelee Suomessa eri alueilla: joillain alueilla ikääntyneiden palvelut painottuvat avopalveluihin ja sosiaalipalveluihin, toisilla alueilla taas laitospalveluihin ja terveystalouteen (Muuri & Nurmi-Koikkalainen 2006, 70–72). Vammaiset kansalaiset voivat saada eri kunnissa palvelunsa eri perustein ja erilaisin maksuin. Vammaispalveluissa kustannuspaineet kohdistuvat erityisesti pieniin väestötappiokuntiin, joiden palvelutaso uhkaa heikentyä. Näin ollen eivät edes vammaisten lakisääteiset palvelut toteudu joka kunnassa yhdenver-

taisesti. (STM 2005, 72.) Kuntien välillä voi olla suuria eroja sosiaali- ja terveystalouden tehtäväläpän osassa, sillä esimerkiksi integrointia laitostasumisen osalta ei ole toteutettu (Kröger 2009b, 106).

Palvelujärjestelmässä ei ole automaattista mekanismia, joka johtaisi oikeudenmukaiseen lopputulokseen. (Muuri ym. 2008, 447.) Asiakkaan asema ja valintamahdollisuudet palvelujen suhteen ovat Suomessa perinteisesti olleet melko heikot. Julkisen palvelun asiakkuus määräytyy pitkälti tarjonnan tai asuinalueen mukaan. (Rissanen & Sinkkonen 2005, 63.) Päätökset palvelun saamisesta tehdään usein läpinäkymättömissä prosesseissa, joiden lopputulokset saattavat vaihdella juuri asuinpaikasta johtuen (Teperi 2006, 182).

Jos tarpeenmukaisuus ei ole palveluiden lähtökohtana, vaan palveluita järjestetään kysynnän tai tasajakoperiaatteen mukaan, ei oikeudenmukaisuus välttämättä toteudu. Syrjäseudulla tai pienissä kunnissa epäoikeudenmukaisuuden lähde voi olla myös työvoiman saatavuus. Esimerkiksi erikoislääkäripalvelut ovat jo nyt keskittyneet asutuskeskuksiin ja tulevaisuudessa sama voi koskea muitakin sosiaali- ja terveysalan palveluita. Valtaosa sosiaalipalveluista on harkinnanvaraisia ja määrärahasidonnaisia, joten kunnalla on valta tulkita, mikä palvelutaso on riittävä. (Teperi 2006, 182–184.) Sosiaalipolitiikassa onkin jälleen nostettu esille muiden toimijoiden kuten kansalaisyhteiskunnan, järjestöjen ja paikallisyhteisöjen merkitys palvelujen järjestämisen ratkaisuna (Giddens 2000, 96).

Rosmari Eliassonin (1996b, 232, 237) mukaan hoivasta Ruotsissa on alettu puhua kansantaloudellisena kysymyksenä, jossa sivuutetaan työn ominaisuusluonne. Seurauksena on hoivapalvelun kutistuminen. Raija Julkunen (2000, 114; 2006c, 50–51) puhuu hyvinvointivaltion uudelleenjärjestäytymisestä Suomessa, tarveharkinnasta ja universalismin köyhtymisestä. Pelkkä kansalaisuus ei enää tuota kunnollista sosiaaliturvaa tai sosiaalipalveluja. Tämä voi tarkoittaa kansalaisten heikkeneviä oikeuksia, epävarmuutta viranomaisten päätöksistä ja lisääntyviä hallintokuluja (Anttonen & Sipilä 2000, 275). Erityisesti vanhustaloudessa voidaan puhua heikosta universalismista, sillä kunta päättää, millaisia vanhustaloudellisia palveluja se tarjoaa (Kröger 2009b, 103). Käytetään erilaisia palveluihin oikeuttavia kriteerejä, tarveharkintaa ja yksityisten palveluiden tarjontaa. Erityisesti harvaan asutulla maaseudulla kaukana keskustasta asuville vanhuksille ei pystytä tarjoamaan universaaleja hoivapalveluja. (Tedre & Pulkkinen 2010, 14.) Yhä enemmän on alettu puhua myös vastuunjaosta yhteiskunnan, perheiden, omaisten ja yksilöiden kesken. Julkunen (2006a, 251) sanoin vastuun vaihtuvista muodoista: on kunnan vastuu, viranomaisten vastuu, työntekijän vastuu, perheen vastuu, omaisten vastuu, hoivavastuu, terveys- ja elämäntapavastuu, järjestämisvastuu, tilaajavastuu, tuottajavastuu, tuloavastuu, vaikuttavuusvastuu... Vaikka universaalit palvelut ovat muutoksessa, pääosa kansalaisista on sitä mieltä, että julkisella sektorilla tulisi olla kokonaisvastuu sosiaalipalveluiden järjestämisessä

(Muuri 2008, 46). Alueellinen tasa-arvoisuus edellyttäisi sitä, että hoivapalveluja saisi samalla tavalla ja yhtä laadukkaina sekä maaseudulla että kaupungeissa.

### **3.2 Kaupunki- ja maaseutu ympäristö hoivaympäristönä**

Kaupungistuminen on ollut maailmanlaajuinen kehityssuunta jo vuosisatojen ajan erityisesti Keski-Euroopassa. Kaupungistuminen on liittynyt kaupankäynnin lisääntymiseen, taloudellisen toiminnan vapautumiseen, teollistumiseen ja väestön muuttoliikkeeseen maaseudulta kaupunkiin. (Saartenoja 2004, 11–12.)

Nykyisin Eurooppa on maailman kaupungistunein maanosana. Suomessa kaupungistuminen on tapahtunut muuta Eurooppaa hitaampaan tahtiin – kaupunkikehitys voimistui vasta 1950-luvulla. Sen jälkeen Suomi onkin kirinyt kiinni muita länsimaita kaupungistumisessa. Suomessa on kuitenkin eurooppalaisittain katsoen vain vähän suuria, yli 100 000 asukkaan kaupunkeja. (Saartenoja 2004, 11–12, 37.) Maan kaupungistumisastetta on kuitenkin vaikea määrittää yksiselitteisesti. Perinteisesti kaupungistuminen on määritelty hallinnollisin perustein ja asukastiheyden mukaan. Vuoden 2011 alussa Suomessa oli 336 kuntaa, joista kaupunki-nimitystä käytti 108 kuntaa. Suomen suurimmat kaupungit ja niiden asukasmäärät vuonna 2011 olivat: Helsinki 588 549, Espoo 247 970 ja Tampere 213 217. Helsingin asukastiheys oli kyseisenä vuonna 2 753 henkeä neliökilometrillä. Vertailun vuoksi mainittakoon, että Savukosken kunnan asukastiheys oli samana vuonna 0.2 henkeä neliökilometrillä. (Kunnat.net 2011.)

Taloudelliselta ja sosiaaliselta kannalta katsottuna kaupungistumisen edut perustuvat läheisyyden myönteisiin vaikutuksiin. Taloudellinen toiminta tarvitsee muuta taloudellista ja myös sosiaalista toimintaa sekä palveluita. Ihmiset hakeutuvat kaupunkiin työpaikkojen ja palveluiden vuoksi. Kaupungistuminen ja tiheä asutus kasvattavat kansantaloutta – bruttokansantuotteesta suurin osa tuotetaan suurissa kaupungeissa. (Kähkönen 2006, 4.) Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvoinnin erot ja kunnallisiin palveluihin käytettävien verovarojen erot ovat suuret kaupungeissa ja maaseudulla.

Ikääntyneiden ihmisten palveluihin pitäisi taloudellisesti menestyneissä kaupungeissa ja kunnissa olla varaa. Kaupunkiympäristö merkitsee ikääntyneille hyviä kauppalpalveluja, ravintolapalveluja, liikenneyhteyksiä, esteettömiä ympäristöjä, erikoissairaanhoidon, mahdollisuuksia kuntoutukseen, harrastuksiin, omaisten ja ystävien tapaamiseen, kulttuurierientoihin ja opiskeluun (Karisto 1997, 32–38). Toisaalta kaupunkiympäristössä on omat sosiaaliset ongelmansa. Kaupunkilähiöitä on tutkittu niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa, koska on arveltu köyhyyden ja psykososiaalisten

ongelmien keskittyvän lähiöihin. Syrjäytyminen on nähty ennen kaikkea urbaanina ilmiönä. Jotkut kaupunkien asuinalueet voivat leimautua huonoiksi, jopa vaarallisiksi syrjäytyneiden ihmisten alueiksi. (Karjalainen, Karisto & Seppänen 2002, 253–255.) Sakari Karvonen ja Taina Rintala (2005, 12) toteavat, että vaikka psykososiaaliset ongelmat leimaavat kaupunkiseudun keskuksia, on myös muualla runsaasti psykososiaalisia ongelmia, erityisesti Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänin kunnissa. Kaupungit näyttävät sen sijaan selkeästi maaseutua turvattomampina asuinalueina.

Nykyisin maaseudun käsitteeseen liitetään harva asutus, etäisyys suurista asutuskeskuksista ja alkutuotannon (erityisesti metsätalouden) keskimääräistä suurempi osuus elinkeinorakenteesta. OECD määrittelee maaseuduksi alueen, jossa asuu vähemmän kuin 150 asukasta neliökilometrillä. Tällä perusteella Suomi ja Norja olisivat Euroopan maaseutumaisimpia maita. Euroopan Unionin käyttämä määritelmä maaseudusta kattaa kaikki alle 30 000 asukkaan kunnat. Tilastokeskus on 1980-luvulla kehittänyt kuntaryhmittelyn, jossa kunnat luokitellaan kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin. Näin määritellen noin viidennes suomalaisista asuisi maaseudulla. (Saartenoja 2004, 42–43.)

Maaseutua voidaan luokitella eri tavoin. Suomessa on hahmoteltu seuraavanlainen kolmijako: kaupunkien läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja syrjäinen maaseutu. Pääosa kaupunkien läheisestä maaseudusta sijoittuu Etelä- ja Lounais-Suomeen. Nämä kaupunkeja lähellä sijaitsevat maaseutumaiset kunnat ovat hyvä asuinpaikka esimerkiksi hyvin koulutetuille lapsiperheille, joiden vanhemmat käyvät töissä kaupungissa. Näissä kunnissa onkin hyvä elintaso ja vähän sosiaalisia ongelmia. Ydinmaaseudulla on taajamakeskuksia, mutta alkutuotanto, maa- ja metsätalous on vahvaa. Syrjäinen maaseutu on etäällä keskuksista, työpaikkoja on vähän, tuotannon paikallismarkkinat pienet, väestö ikääntynyttä ja väestön poismuutto suurta. Suomessa syrjäinen maaseutu sijaitsee pääosin Itä- ja Pohjois-Suomessa, missä myös ilmasto rajoittaa alkutuotannon kehittymistä ja pitkät etäisyydet muuta toimintaa. Ydinmaaseudun ja harvaan asutun maaseudun kunnista enemmistöä luonnehtii matala elintaso. (Kainulainen, Rintala & Heikkilä 2001, 34–35; Saartenoja 2004, 43–44; Karvonen & Rintala 2005, 5, 16.) Toisaalta nykyisin maaseudun asukkaiden koulutustausta on usein samankaltainen kuin kaupunkilaisten ja esimerkiksi television suositut ohjelmat yhtenäistävät elämää maaseudulla ja kaupungeissa. (Andersson 2007, 62). Muutenkin maaseudun elämäntyylin kaupungistuminen voi tuottaa tulevaisuudessa maaseudulle samanlaisia huono-osaisuusongelmia – köyhyyttä ja yksinäisyyttä – kuin kaupungeissa on. Tämä koskee erityisesti syrjäistä maaseutua. (Karvonen 2008, 33.)

### 3.3 Hoivapalvelut kaupunki- ja maaseutuymäristöissä

Suurin osa hyvinvoivista kunnista Suomessa on joko kaupunkeja tai kaupungin läheistä maaseutua. Hyvinvoinnin lisäksi kaupunkeja kuitenkin leimaa sosiaalinen irrallisuus ja psykososiaaliset ongelmat. (Kauppinen & Karvonen 2009, 477–478.) Kaupunkisuunnittelu ei aina välttämättä tue ihmisen selviytymistä: voi olla sosiaalisia asunto-ongelmia, mielenterveyden ongelmia ja yksinäisyyttä ja turvattomuutta (Karvonen & Rintala 2005, 12). Monet vanhat ihmiset kaupungeissa saattavat kokea, että kaupungeissa ei ole riittävästi heidän ikäisilleen paikkoja, joissa voisi tavata ikätovereita. Turvattomuuden tunne saattaa tyypistää elämänpiiriä ja kaventaa toiminnan areenoita. Kaupunkilaiset ovat esimerkiksi maalla asuvia useammin peloissaan uhriksi joutumisesta. (Karisto 2003, 68–69.)

Myös muutot kaupunkien sisällä rikkovat ihmissuhteita. Perinteisiä talonmiehiä ei juuri enää ole. Suurten kerrostalojen ullakot ja kellarit saattavat olla pelottavia. Vanhan ihmisen ja vammaisen henkilön turva on kuitenkin ympäristön tuttuudessa ja tarvittavan avun saannissa. Parhaimmillaan kaupunki kuitenkin tukee ihmisten mielenterveyttä ja osallistumista. Avoimessa kaupunkikulttuurissa rakennetaan naapuri- ja lähiökulttuuria, kaikenlaisilla ihmisillä on paikkansa yhteisössä. (Lahti 1997, 90–93.) Nämä seikat vaikuttavat taustalla, kun arvioidaan hoivapalveluiden tarvetta ja luonnetta kaupungeissa.

Kaupungeissa tiivis asuminen ja runsaat kaupalliset palvelut tukevat hyvinvointipalveluiden järjestämistä. Esimerkiksi kotipalveluiden tarpeeseen vaikuttaa se, kuinka hyvin kaupppalvelut, julkiset kulkuneuvot, virastot ja terveyspalvelut ovat saavutettavissa. Toisaalta suurkaupunkiympäristössä työnjako voi aiheuttaa sen, että matkat palveluihin esimerkiksi asumislähiöistä voivat olla pitkät. Suuret automarketit eivät välttämättä palvele ikäänntyneitä ihmisiä ja vammaisia niin hyvin kuin lähikaupat. (Karisto 1997, 32–33.) Ammatillisen hoivan tarjonta on kaupunkikunnissa organisoitu yhdenmukaisemmin kuin maaseutukunnissa, joissa on erilaisia variaatioita (VTV 2010, 60).

Pääkaupunkiseudun ja suurehkojen kaupunkien asukkaat ovat maaseudun asukkaita tyytymättömämpiä niin terveydenhuollon palveluihin kuin sosiaalipalveluihinkin. Pääkaupunkiseudun asukkaista 30 prosenttia katsoi sosiaalipalveluiden toimivan hyvin, kun vastaava luku maaseudulla oli 43 prosenttia. (Westman & Muuri 2008, 39.) Vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen (Vaarama & Ylönen 2006, 59) mukaan Espoon vanhushpalveluiden laatu asiakkaiden

näkökulmasta oli kuitenkin hyvä, jopa erittäin hyvä. Kaikissa toiminnoissa oli silti selvää alipalvelua: suurimmat puutteet olivat siivousavun saamisessa sekä ulkona liikkumisen ja harrastusten tukemisessa. Kaupunkiympäristössä hoivaa tarvitsevan väestön elämänlaadun avaintekijöitä ovat fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn lisäksi muun muassa asumisen esteettömyys, osallistumismahdollisuudet ja mielekkään tekemisen tarve huonokuntoisenakin. (Vaarama 2006, 8.)

Suuri osa ikääntyneistä ihmisistä asuu tai on asunut maaseudulla. Koko Suomen yhteiskuntakehitystä leimaa maaseutumaiset, agraarit juuret (Kröger 1990, 2). Muuttoliikkeen vuoksi ja vanhusten määrän kasvaessa huoltosuhde maaseudulla on tullut hyvin epäedulliseksi. Monet harvaan asuttujen alueiden asukkaat asuvat eristyksissä, matkat palveluihin ovat pitkät, julkisia kulkuneuvoja ja liikenneyhteyksiä on vähän ja sosiaaliset verkostot ovat nuorten poismuuton myötä hajonneet. Vanhusten asumispalvelut ja laitospalvelut ovat ylikuormittuneet tai saattavat pienestä kunnasta jopa puuttua kokonaan. (Lindqvist 2009, 58–60; Klemm 2005, 10.)

Erilaisissa politiikkaohjelmissa ja hankkeissa puhe maaseudun ikääntyvistä on pääasiassa huolipuhetta, maaseudun vanhukset nähdään enimmäkseen tarvitsijoina: he tarvitsevat monipuolisia palveluja, turvallisuutta, seuraa, apua ja sosiaalisia kontakteja. Maaseudun vanhukset tarjoavat työmahdollisuuksia työikäisille, sillä he tarvitsevat hoivayrityksiä, kyläavustajia, asioimisapua ja seurusteluapua. Jossain määrin hankkeissa ikääntyneitä voidaan pitää myös resurssina, kuten vapaaehtoistyöntekijöinä, palvelujen kuluttajina ja kulttuuriperinteen siirtäjinä. (Tedre, Ilmarinen & Nuutinen 2010, 36–37.)

Harvaan asutulla maaseudulla vanhukset ja vammaiset saattavat joutua valitsemaan kahden perustuslaillisen oikeutensa välillä: oikeus tarpeidensa mukaisesti hyvinvointipalveluihin tai oikeus valita asuinpaikkansa. Kotihoidon palveluja ei uloteta tiettyjä välimatkoja ylittävien matkojen päähän, esimerkiksi 40–50 kilometriä voi olla tällainen raja. Sivukylällä ei käydä kotihoidon kotikäynnillä useita kertoja vuorokaudessa kuten keskustajamassa voidaan tehdä. Myös työtehtävät harvaan asutulla seudulla voivat olla sellaisia, että niitä ei enää usein kriteerein mielletä kotihoidon työtehtäviksi. Pihapiirin huoltoa, lämmittämistä, ulosliikkumisen tukemista ja tavaroiden kuljettamista ei välttämättä pidetä osana kotihoitoa. Hoivapalvelut tuotetaan mieluiten lähelle eli taajamakotiin. Voidaan puhua palveluiden taajamavaltaisuudesta. Eriarvoisuus palvelujen saatavuudessa ei siis ole yksinomaan kuntien välistä vaan myös kuntien sisäistä. (Laitila 2010, 88; Tedre & Pulkkinen 2010, 11–15; VTV 2010, 39, 81.) Kuitenkin maaseudun ikääntyneet itse

haluaisivat asua omassa kodissaan niin kauan kuin pystyvät – he ovat valmiita tinkimään paljosta, jotta ei tarvitsisi muuttaa ”kirkolle” (Andersson 2007, 126–127).

Merja Tepponen (2009, 194, 197) on todennut, että kotihoidon saatavuus on yhteydessä kunnan kokoon ja sijaintiin siten, että pienissä maaseutukunnissa kotihoitoa on saatavissa vain virka-aikana. Hän pitää tärkeänä kiinnittää huomiota asiakkaiden erilaisiin palvelutarpeisiin, erityisesti muodostettaessa suuria alueellisia palvelujärjestelmiä. Anu Muurin (2008, 63) tutkimuksen mukaan kansalaiset pitävät tärkeänä asiakaslähtöisyytenä arjesta nousevien tarpeiden huomioimista: esimerkiksi välimatkat ja aukioloajat eivät saisi estää tarpeenmukaisten palvelujen saamista.

Maaseudun asukkaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä saamiinsa peruspalveluihin. Varsinkin terveyskeskuksiin ollaan tyytyväisiä, sillä pienissä kunnissa ei useinkaan tarvitse jonottaa terveyskeskukseen. Myös sosiaalipalvelujen saatavuuteen luotetaan. Sosiaalipalveluista haluttaisiin eniten kehittää juuri vanhuspalveluita ja pitkäaikaishoitoa. (Kilpeläinen 2007, 65; Westman & Muuri 2008, 46.) Maaseudun asukkaat nojautuvat pitkälti omaan selviytymiseensä ja lähiyhteisön tukeen arjen perustarpeissa. He eivät juurikaan ole vaatimassa julkista sektoria vastaamaan heidän arkielämän tarpeisiinsa. Siksi kunnan päättäjät saattavat pitää sosiaalipalveluja hyvinä, vaikka esimerkiksi kotipalveluista olisi puutetta. (Laitinen & Pohjola 2005, 76.)

Tarkasteltaessa sosiaali- ja terveystoimen kunnissa voidaan todeta, että korkeiden perusterveydenhuollon ja korkeiden vanhuspalveluiden menojen kunnista enemmistö on harvaan asutun maaseudun kuntia. Maaseutumaisten kuntien, joissa väestö ikääntyy, on ollut pakko panostaa näihin peruspalveluihin ja mahdollisesti jättää muut palvelut vähemmälle. (Huhtanen ym. 2005, 132–142.)

Maaseudun hoivapalveluista puhuttaessa painotetaan usein, kuten edellä, palveluiden järjestämisen vaikeuksia ja korkeita kustannuksia. Tosin jo 1990-luvulla kirjoitettiin yksityisistä hoito- ja hoivapalveluista maaseudun mahdollisuutena (Jussila 1994). Myönteisen ja innovatiivisen näkökulman maaseutu ympäristön hyödyntämiseen hoivapalveluissa tuo niin sanottu Green Care - eli vihreä hoiva -toiminta, joka tarkoittaa luonnon ja maaseutu ympäristön, kuten kasvien, eläinten, arkirutiinien ja hiljaisuuden hyödyntämistä hyvinvoinnin lähteenä. Hoiva-alan palveluissa tämä voisi tarkoittaa vaikkapa viherympäristön ja eläinten hoitamista viihtyisyyden, elämänlaadun ja omatoimisuuden tukemisen parantamiseksi. (Ilmarinen & Yli-Viikari 2011, 18; Viialainen 2011, 16–18.) Green Care on uusi tapa tarkastella esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden organisoimista asiakkaiden tarpeiden ja yksilöllisyyden mukaan. Maaseutu ympäristö tarjoaa luonnollisen mahdollisuuden vaikkapa vanhus- ja vammaispalveluita tuottavan hoivayrityksen



yritysidean kehittelyyn: turvallisuus, luonnon tarkkailu, luonnossa liikkuminen, estetiikka, elämän kiertokulku, hevostoiminta, eläinten hoito, puutarhan ja maatalan työt voisivat olla yritysidean lähtökohtia. Hoiva-alan työntekijöiltä tämä edellyttää uudenlaista suhtautumista työn kohteeseen ja osaamisen laajentamista. (Ks. esim. Soini 2009.)

#### 4 TIIVISTETYT PÄÄTELMÄT AIEMMASTA TUTKIMUSTIEDOSTA JA TARKENNETUT TUTKIMUSKYSYMYKSET

Arvioitaessa hoivatyöhön liittyvää aiempaa tutkimusta voidaan yhtyä Gun-Britt Trydegårdin (2005, 185–189) arvioon pohjoismaisesta hoivatutkimuksesta: kotipalvelua ja kotihoitoa on tutkittu enemmän kuin asumis- ja laitospalveluja, julkisia palveluja on tutkittu enemmän kuin yksityisiä, työympäristöjä on tutkittu enemmän kuin hoivatyön arkea, paikallisia tutkimuksia on enemmän kuin maanlaajuisia. Hoivatyötä vanhuspalveluissa on tutkittu enemmän kuin työtä vammaispalveluissa. Monet tutkimukset sivuavat hoivatyön tehostamiseen ja työn rationalisointiin liittyviä aiheita. Palveluiden käyttäjien mielipiteitä on kysytty ja tutkittu hoivaan liittyviä osaamisvaatimuksia ja työnjaollisia ratkaisuja. On nostettu esille kriittisiä näkökulmia vanhusten ja vammaisten mahdollisuuksista liikkua kodin ulkopuolella ja toimia kansalaisina. Myös hoivatyöntekijöiden työmäärään ja työssä jaksamiseen on tutkimuksissa kiinnitetty huomiota.

Hoivatyön arkea konkreettisine työtehtävineen ei Suomessa ole paljoa tutkittu. Perushoivatyöntekijöiden oma ääni ei ole tullut laajasti esille, vaan usein ammattihierarkiassa heidän yläpuolellaan olevat ovat puhuneet heidän puolestaan (Tedre 2007, 100). Tämä tutkimus pyrkii osaltaan täyttämään tämän aukon.

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella voidaan hoivatyöstä ja hoivan tekijöistä esittää seuraavat tiivistetyt päätelmät:

##### *Hoivatyön muutos*

- Vanhusten pitkäaikaisen hoivan tarpeet ovat lisääntyneet.
- Asiakkaiden tarpeita arvioidaan entistä tarkemmin, palveluja tuoteistetaan ja aikataulutetaan entistä enemmän.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden integrointi on meneillään.
- Pohjoismainen hoivaystävällinen eetos on heikentynyt.

##### *Hoivatyön tekijät*

- Suomessa hoivatyöntekijöillä on pitkä koulutus ja hyvä ammattitaito.
- Hoivatyön ammattitaidon keskeisiä osa-alueita ovat vastuuntunto, kyky antaa tukea ja vuorovaikutustaidot.

- Palveluorganisaatioiden sisällä arvostetaan sairaanhoidollista osaamista.
- Hoivatyöntekijät kokevat työnsä mielekkäänä, vaikka pitävät työtä henkisesti ja fyysisesti raskaana, työmäärää liiallisena ja toivovat lisähenkilöstöä.

#### *Hoivatyön sisällöt*

- Rutiinitehtäviä, kuten siivoamista ja asiointia on vähennetty ja siirretty yksityisille palveluiden tuottajille tai omaisille.
- Päivittäiset toimet ja hoitotoimet tulevat riittävästi hoidetuiksi.
- Sosiaalisen avun saaminen ja itsenäisen toiminnan tukeminen on riittämätöntä.
- Liiallinen kiire on aiheuttanut sen, että asiakkaiden ja potilaiden voimavaroja ei hyödynnetä riittävästi.
- On esitetty huolestumista hoivatyön sairaanhoidollistumisesta.
- On esitetty huolestumista hoivavajeiden lisääntymisestä.

#### *Hoivapalvelut kaupunki- ja maaseutuypärissä*

- Kaupunkiympäristössä tiivis asuminen ja runsaat kaupalliset palvelut tukevat hoivapalveluiden järjestämistä.
- Sosiaalinen irrallisuus ja turvattomuus lisäävät hoivapalveluiden tarvetta kaupunkiympäristössä.
- Ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla väestön ikärakenne on vanhusvoittoinen, mikä lisää hoivapalveluiden tarvetta.
- Pitkät matkat ja vähäiset kaupalliset palvelut maaseudulla lisäävät hoivapalveluiden tarvetta.
- Maaseudun hoivapalvelut tuotetaan mieluiten taajamissa.
- Maaseudun asukkaat ovat kaupunkilaisia tyytyväisempiä peruspalveluihin.

Edellisen tarkastelun pohjalta tämän hyvinvointipalveluiden ammatillisen lisensiaatintutkimuksen tarkennetuiksi tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat:

1. Millaisia eroja tai yhteneväisyyksiä on hoivatyön tehtävissä ja työkäytännöissä maaseudulla ja kaupungeissa?
2. Millaisia eroja ja yhteneväisyyksiä on maaseudulla ja kaupungeissa työskentelevien hoiva-työntekijöiden taustoissa, osaamisessa ja työn kokemisessa?

## 5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Tutkimusote ja aineisto

Tämän tutkimuksen tutkimusote on kuvaileva ja vertaileva. Tutkimusaineisto on osa pohjoismaisessa NORDCARE-hankkeessa (Omsorgsvardag i Norden) kerättyä aineistoa. NORDCARE-hanke on Marta Szebehelyn johtaman tutkimusryhmän suunnittelema tutkimuskokonaisuus. Sen kohteena on vanhus- ja vammaispalveluissa tehtävä perushoivatyö Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Suomessa. (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 252.) Käytän tutkimuksessani vain Suomessa kerättyä aineistoa. Aineisto kerättiin postikyselynä vuonna 2005 perustason hoivatyöntekijöiltä, joilla tarkoitetaan fyysiseen hoivatyöhön osallistuvaa ammattihenkilöstöä. Suomessa perustason hoivatyöntekijöiksi katsottiin perushoitajat, lähihoitajat, kodinhoitajat, hoitajat, kotiavustajat, henkilökohtaiset avustajat sekä hoito- ja laitosapulaiset. Sairaanhoidajat ja terveydenhoitajat eivät kuuluneet tutkimuksen kohderyhmään, koska heidän työhönsä sisältyy perushoivan lisäksi paljon muitakin tehtäviä. Vastaajan työnantaja voi olla julkinen tai yksityinen. Aineisto kattaa vanhus- ja vammaistyön erilaiset palvelumuodot päiväkeskustoiminnasta kotihoitoon, asumispalveluihin, vanhainkoteihin, vuodeosastoihin ja pitkäaikaissairaanhoidon. (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 252–253.)

Kohderyhmän tavoittamiseksi tehtiin yhteistyötä alan ammattijärjestöjen kanssa. Suomessa hoiva-alan työntekijöitä kuuluu seuraaviin ammattiliittoihin: SuPer (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto), KTV (nykyisin Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL) ja Tehy. Näiltä ammattijärjestöiltä pyydettiin jäsentietoja sellaisista jäsenistä, joiden voitiin olettaa ammattinimikkeittensä perusteella sijoittuvan vanhus- ja vammaishoivan perustyöhön. Tästä kolmen ammattijärjestön jäsenjoukosta tehtiin 1200 henkilön suuruinen satunnaisotanta ja kyselylomakkeet lähetettiin helmikuussa 2005. Kokonaisotos jaettiin kolmen ammattijärjestön osaotoksiin siinä suhteessa, kuinka monta vanhus- ja vammaispalvelujen perushoivatyötä tekevää jäsentä järjestöt ilmoittivat itsellään olevan. Otoksesta poistettiin vastaajat, jotka ilmoittivat, etteivät työskentele vanhus- tai vammaispalveluissa. Tämän poistamisen jälkeen lopullinen otos Suomessa oli 1003, vastanneita oli 726 henkeä. Vastausprosentti kyselyssä oli 72 %. Vastanneista vanhuspalveluissa työskenteli 654 henkeä ja vammaispalveluissa 72 henkeä. (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 253–254.) Koska tutkimukseni tavoitteena on lisätä ymmärrystä perushoivatyön luonteesta, käsittelen tässä tutkimuksessa näitä kaikkia vastaajia perushoivatyöntekijöiden ryhmänä erottelematta vanhus- ja vammaistyössä työskenteleviä. Koska

vanhuspalveluissa työskentelevien vastaajien määrä on suuri, painottuu tässä tutkimuksessa vanhustyön ja vanhustyöntekijöiden näkökulma.

## 5.2 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoidaan kvantitatiivisilla menetelmillä. Frekvenssejä ja prosenttijakaumia lasketaan vastaajien taustatiedoista, työtehtävistä ja työn kokemisesta. Ristiintaulukoinnin avulla etsitään eroja tutkimuskysymysten mukaisissa ryhmissä. Ristiintaulukointi on yksinkertainen keino pyrkiä havaitsemaan yhteyttä kahden muuttujan välillä. Ristiintaulukointi sopii hyvin osajoukkojen vertailuun ja toimii hyvänä pohjana jatkoanalyysille. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 189; Metsämuuronen 2007, 347, 352.)

Khiin neliötestillä verrataan mahdollisten erojen tilastollista merkitsevyyttä. Merkitsevyydestin perusteella voidaan päätellä, että otoksesta saatavat tiedot pätevät myös perusjoukossa eivätkä johdu sattumasta. Puhutaan merkitsevyydestä tai riskitasosta: mitä pienempi merkitsevyydestaso (p-arvo), sitä merkitsevämpi tulos. (Heikkilä 2010, 194–195.) Käytän tutkimuksessani seuraavia yleisesti käytettyjä merkitsevyydestasojä: testattu ero tai riippuvuus on

*tilastollisesti erittäin merkitsevä, jos  $p \leq 0,001$*

*tilastollisesti merkitsevä, jos  $0,001 < p \leq 0,01$*

*tilastollisesti melkein merkitsevä, jos  $0,01 < p \leq 0,05$*

*tilastollisesti suuntaa antava, jos  $0,05 < p \leq 0,10$*

Viimeksi mainittua eli tilastollisesti suuntaa antavaa tulosta ei aina pidetä tilastollisesti merkitsevänä tuloksena lainkaan. Olen raportoinut tuloksiin tarkat p-arvot silloin, jos merkitsevyydestaso on jollakin tasolla merkitsevä tai suuntaa antava. Lukija voi itse päätellä, millä riskitasolla tulos on luotettava (Metsämuuronen 2007, 425).

Ristiintaulukointi voidaan toteuttaa myös kolmiulotteisena, jolloin alkuperäistä ristiintaulukkoa tarkastellaan erikseen jonkin kolmannen muuttujan luokissa. Tällöin voidaan nähdä mahdollinen muuttujien yhdysvaikutus. Käytän kolmiulotteista ristiintaulukointia tutkiessani esimerkiksi työtehtäviä eri kuntatyypeissä, kuntatyyppien sisällä erikseen kotihoidossa ja asumis- ja laitospalveluissa.

Hoivatyöntekijöiden asiakasmääristä eri työvuoroissa lasketaan keskiarvoja. Keskiarvojen erojen tilastollista merkitsevyyttä testataan yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla. Varianssianalyysin

avulla voidaan tarkastella useampiluokkaisten riippumattomien muuttujien (tässä: suurkaupungeissa, kaupungeissa tai taajamissa sekä maaseudulla työskentelevät hoivatyöntekijät) vaikutuksia riippuvaan muuttujaan. Verrataan siis samanaikaisesti usean jakauman keskiarvoja. (Nummenmaa 2010, 184).

Käytän erotteluanalyysiä etsiessäni eroja ja yhtäläisyyksiä eri kuntatyypeissä toteutettavan hoivatyön välillä. Erotteluanalyysin tarkoitus on löytää sellainen muuttujien yhdistelmä, jonka perusteella ryhmät pystytään parhaiten tunnistamaan (Heikkilä 2010, 254) eli erottelemaan toisistaan. Kuvaan erotteluanalyysin prosessin ja tulkinnan luvussa 6.4. tulosten raportoinnin yhteydessä.

## 6 TUTKIMUSTULOKSIA HOIVASTA

### 6.1 Taustatietoja hoivatyön tekijöistä ja heidän asiakkaistaan

Taulukossa 1 kuvataan vastaajien taustatietoja. Vastaajia on pyydetty vastaamaan kysymykseen *Työskenteletkö sinä suurkaupunkialueella (pääkaupunkiseudulla, Turun tai Tampereen seudulla), muulla kaupunki- tai taajama-alueella vai maaseudulla?* Taulukoiden luokat ”Suurkaupunki”, ”Kaupunki/Taajama” ja ”Maaseutu” on muodostettu tähän kysymykseen annettujen vastausten perusteella.

Niin informaalia kuin formaaliakin hoivaa on pidetty naisten työnä (esim. Anttonen 1994, 217; Tedre 1999, 23; Anttonen & Zechner 2009, 19). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat, että näin on edelleen. Vastaajista miehiä on kaksi prosenttia. Ruotsissa vastaavan samaan aikaan kerätyn tutkimusaineiston vastaajista on miehiä seitsemän prosenttia (Kröger ym. 2009, 22).

Suurin osa hoivatyöntekijöistä on keski-ikäisiä. Nuorimpaan ryhmään (ikä 20–29 vuotta) kuuluu 11 prosenttia vastaajista, kun 50–59-vuotiaita on 36 prosenttia. Nuorten osuuteen saattaa hieman vaikuttaa se, että vastaajien yhteystiedot on saatu ammattiliittojen kautta. Nuorimmat työntekijät eivät ehkä olleet vielä liittyneet ammattiliittoon. Tutkimustulosten mukaan joka tapauksessa nuorten työntekijöiden osuus perushoivatyössä (vanhus- ja vammaistyössä) on pienempi kuin keski-ikäisten. Yhtenä vanhustyön kehittämishaasteena voidaan nähdä vanhustyön imagon nostaminen alan opiskelijoiden keskuudessa.

Suomalaisilla hoivatyöntekijöillä on pitkä koulutus. Noin puolet vastaajista on saanut yli kahden vuoden koulutuksen. Suurkaupungeissa sekä kaupungeissa ja taajamissa yli kahden vuoden koulutuksen on saanut yli puolet vastaajista, sen sijaan maaseudulla pienempi osa, 44 prosenttia, on saanut niin pitkän koulutuksen. Vastaavan pohjoismaisen aineiston perusteella tehdyn tutkimuksen mukaan yli kahden vuoden koulutus on Ruotsissa 23 prosentilla, Norjassa 29 prosentilla ja Tanskassa 19 prosentilla hoivatyöntekijöistä (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 255). Vähintään vuoden koulutus on Suomessa 87 prosentilla kaikista hoivatyöntekijöistä. Esimerkiksi Kanadassa on vähintään vuoden koulutus 21 prosentilla ja Ruotsissa 76 prosentilla hoivatyöntekijöistä. Kanadassa yleisin hoivatyöntekijän ammattinimike on hoitoapulainen, joita on 75 prosenttia kaikista alan työntekijöistä. (Szebehely & Daly 2009, 6.)



**Taulukko 1.** Vastaajiin liittyviä taustatietoja, % (n=653–717)

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taa- jama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sukupuoli (p= -)								
nainen	116	98	384	99	201	98	701	98
mies	3	2	4	1	4	2	11	2
Ikä (p=-)								
20-29 v.	14	12	38	10	20	10	72	11
30-39 v.	19	17	84	22	31	15	134	19
40-49 v.	29	25	108	28	65	32	202	28
50-59 v.	45	39	128	33	79	39	252	36
yli 60 v.	8	7	26	7	7	4	41	6
Koulutus hoitotyöhön (p=-) *								
ei koul./alle 6 kk:n koulutus	11	9	27	7	19	10	57	8
6-11 kk:n koulutus	9	8	14	4	14	7	37	5
1-2 vuoden koulutus	34	29	140	36	79	39	253	36
yli 2 vuoden koulutus	64	54	208	53	89	44	361	51
Koulutus (p= -)								
Perushoitaja	25	24	133	37	72	38	230	35
Lähihoitaja	42	40	108	30	53	28	203	31
Kodinhoitaja	16	15	53	15	26	14	95	15
Kotiavust./Hoitoapul.	14	14	33	9	24	13	71	11
Muu	7	7	34	9	13	7	54	8
Työkokemus vanhusten tai vammainen parissa (p=-)								
alle 10 v.	45	38	133	34	65	32	243	34
10-19 v.	40	33	131	34	58	28	229	32
20 v. tai yli	34	29	126	32	81	40	241	34

\* vastausvaihtoehdot: ei koulutusta, alle kuukausi, 1–5 kuukautta, 6–11 kuukautta, 1–2 vuotta, yli 2 vuotta

Yleisin koulutus Suomessa on perushoitaja, joka koulutus on päättynyt jo 1990-luvulla. Lähes yhtä yleinen on lähihoitajan koulutus. Kaksi kolmannelta hoivatyöntekijöistä on hankkinut jommankumman koulutuksen. Maaseudulla sekä kaupungeissa ja taajamissa työskentelevistä on 37–38 prosenttia perushoitajia, kun taas suurkaupungeissa työskentelevistä on perushoitajia selvästi vähemmän, 24 prosenttia. Suurkaupungeissa suurin hoivatyöntekijöiden ryhmä on lähihoitajan koulutuksen hankkineet. Avustavia työntekijöitä – kotiavustajia tai hoitoapulaisia – on Suomen hoivatyöntekijöistä yksi kymmenestä.

Hoivatyöntekijät ovat työssään kokeneita, sillä kolmannes on ollut hoivatyössä vähintään 20 vuotta. Eniten työssään kokeneita on maaseudulla, sillä maaseudun hoivatyöntekijöistä 40 prosenttia on ollut työssään 20 vuotta tai enemmän. Alle 10 vuotta työssä olleita on eniten suurkaupungeissa.

Suurkaupungeissahan on hieman enemmän nuoria työntekijöitä kuin muissa kuntatyypeissä. Erot taustatiedoissa niiden vastaajien välillä, jotka työskentelevät erityyppisissä kunnissa (suurkaupunki, kaupunki tai taajama, maaseutu) eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

Vastaajilta kysyttiin, millä nimellä kutsutaan sitä työpaikkaa, missä hän työskentelee (taulukko 2). Tulokset kertovat siitä, mikä palvelumuoto työllistää perushoivatyöntekijöitä eniten ja toiseksi tulokset antavat viitteitä siitä, millaista osaamista työntekijöiltä pääosin odotetaan. Vastaukset jaettiin viiteen luokkaan: 1. kotihoito/kotipalvelu/kotisairaanhoido, 2. palveluasuminen, 3. vanhainkoti, 4. terveyskeskuksen vuodeosasto, 5. luokka ”muu”. Luokka ”muu” muodostui suurimmaksi (28 prosenttia vastaajista), mikä heijastanee palvelujärjestelmän ja nimikkeiden muutosta. Luokkaan ”muu” tuli esimerkiksi sellaisia mainintoja kuin hoitokoti (neljä prosenttia vastaajista), dementia-asumisyksikkö (4%), sairaala (3%), päivätoiminta (2%) ja henkilökohtainen avustajatoiminta (1%).

**Taulukko 2.** Vastaajien työpaikkaan ja työhön liittyviä tietoja, % (n=676–700)

	Suurkaupunki		Kaupunki/Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pääasiallinen työskentelypaikka (p=0.017)								
Kotihoito/-palvelu	35	32	70	19	50	25	155	23
Palveluasuminen	18	17	57	15	36	18	111	16
Vanhainkoti	19	17	55	15	34	17	108	16
Terveyskeskus	9	8	73	20	33	17	115	17
Muu	28	26	115	31	44	22	167	28
Työnantajan juridinen muoto (p=0.014) *								
Julkinen	88	79	314	83	182	91	584	85
Muu	23	21	64	17	19	9	106	15

\* vastausvaihtoehdot: kunta, kuntayhtymä tai valtio, yksityinen suuryritys, yksityinen pienyritys, osuuskunta, säätiö, järjestö tai yhdistys, henkilöstövuokrausta harjoittava yritys, muu

Kotihoito eri muodoissaan on suurin yksittäinen palvelumuoto, kotihoidon piirissä työskentelee lähes neljäsosa kaikista hoivatyöntekijöistä. Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin tutkimuksessa, joka koski Satakunnan vanhustyöntekijöitä. Siellä 28 prosenttia hoivatyöntekijöistä oli sijoittunut kotipalveluun. (Hyttinen & Kangassalo 2002, 193). Pohjoismaista Ruotsissa ja Tanskassa työskentelee suurempi osa hoivatyöntekijöistä asiakkaiden kodeissa kuin Suomessa (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 255). Suomessa hoivatyöntekijöiden työpaikat painottuvat suurkaupungeissa hieman muita enemmän kotihoitoon: suurkaupunkialueella kotihoidossa työskentelee 32 prosenttia, kaupungeissa ja taajamissa joka viides ja maaseudulla joka neljäs hoivatyöntekijä. Vanhainkodeissa

ja palveluasumisessa kummassakin työskentelee 16 prosenttia kaikista vastaajista, eri kuntatyyppien välillä ei ole suuria eroja. Sen sijaan terveyskeskusten vuodeosastoilla työskentelee suurkaupunkialueen hoivatyöntekijöistä pieni osa, kahdeksan prosenttia, kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on 20 ja maaseudulla 17. Ero ryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p=0.017$ ).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa 2005 todetaan, että palveluiden kattavuutta tarkasteltaessa maaseutumaisissa kunnissa on kaupunkeja kattavampi kotihoito, sen sijaan kaupungit ovat laitoskeskeisempiä. Tosin kuntakohtaiset erot ovat suuret. (Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2004, 51.) Tämän tutkimuksen tulos näyttäisi äkkiseltään olevan ristiriidassa Vaaraman tutkijaryhmän saamien tulosten kanssa. Ristiriitaa ei kuitenkaan ole, sillä tämän tutkimuksen tulosten mukaan kaupungissa ja taajamissa on muita kuntatyyppisiä vähemmän kotihoidossa työskenteleviä ja enemmän terveyskeskusten vuodeosastolla työskenteleviä. Suurkaupunki kuntatyyppinä eroaa siis muista kaupungeista ja taajamista erityisesti vuodeosastoilla annettavan hoidon osalta.

Kunnat itse päättävät palveluidensa kohdentamisesta ja kuntien välillä on eroja palvelumuodoissa ja palvelutasossa (Kröger 2009b, 103). Koko valtakunnan tasolla tarkasteltuna vanhusten laitosten henkilökuntamäärässä ei ole tapahtunut suuria muutoksia, sen sijaan kotihoidon henkilöstön määrä on 2000-luvun aikana hieman kasvanut ja asumispalveluiden henkilöstön määrä on selvästi lisääntynyt (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2010, 169). Maaseudulla pitkien etäisyyksien kunnissa ei etäällä asuville tarjota intensiivistä kotihoitoa (Tedre & Pulkkinen 2010, 12) varsinkaan ympärivuorokautisesti (Tepponen 2009, 194), joten laitoshoidon ja sen tarvetta on ehkä sen vuoksi maaseudulla ja taajamissa enemmän kuin suurkaupungeissa. Lisäksi palvelurakennemuutos on edennyt eri tahtiin kaupungeissa ja maaseudulla (Huhtanen ym. 2005, 139).

Valtaosa hoivatyöntekijöistä työskentelee julkisissa palveluissa kunnissa, kuntayhtymissä tai valtiolla (taulukko 2). Suurkaupungeissa tällaisia työntekijöitä on 79 prosenttia, kaupungeissa/taajamissa 83 prosenttia ja maaseudulla eniten, 91 prosenttia. Ero ryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p=0.014$ ). Tulos on sopusoinnussa sen kanssa, että Suomen maakunnista Uudellamaalla, joka on tiheään asuttua ja kaupunkimaista aluetta, on eniten yksityisiä vanhus- ja vammaispalveluyksiköitä. Vuonna 2009 oli yksityisiä sosiaalipalveluyksiköitä Uudellamaalla 1002, kun Kainuussa niitä oli 94 (THL 2010).

Pohjoismaisessa vertailussa todettiin, että Suomessa on muihin Pohjoismaihin verrattuna eniten yksityisten ja yhdistysten palveluksessa olevia hoivatyöntekijöitä. Esimerkiksi Tanskassa julkisen sektorin palveluksessa on 96 prosenttia kaikista hoivatyöntekijöistä. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 49, 135.) Raija Julkunen puhuu tässä yhteydessä Suomesta ”kätkeytyneenä hyvinvointivaltiona”: julkista työtä pyritään korvaamaan yksityisellä työllä. Tosin Suomen julkinen työllisyys on aina ollut muita Pohjoismaita vähäisempi. (Julkunen 2006b, 179, 184.)

Kyselyssä vastaajia pyydettiin kertomaan, millaisia asiakasryhmiä he tavallisesti auttavat. Tämä tieto kertoo siitä, millaisille asiakasryhmille hoivatyötä kohdennetaan. Tätä tietoa voidaan käyttää myös arvioitaessa sitä, millaisia taitoja hoivatyöntekijöillä tulisi olla, jotta he osaisivat toimia ammattitaitoisesti erilaisissa työtilanteissa erilaisten asiakkaiden parissa. Taulukossa 3 on kuvattu vastausten prosenttiosuudet suuruusjärjestyksessä sen mukaan, millaisia terveyteen liittyviä ongelmia vastaajien asiakkailta on.

**Taulukko 3.** Asiakkaiden terveydentilaan liittyviä tietoja, % (n=669–683)

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Asiakkaissa sellaisia, joilla on psyykinen vamma tai sairaus (p=-0.008)*								
Ei	7	6	10	3	10	5	27	4
Muutamalla	60	56	258	69	139	73	457	68
Noin puolella	20	19	44	12	12	6	76	12
Useimmilla tai kaikilla	21	19	59	16	29	15	109	16
Asiakkaissa sellaisia, joilla on dementia (p=-)*								
Ei	8	7	18	5	8	4	34	5
Muutamalla	32	29	106	28	57	28	195	29
Noin puolella	18	16	77	21	39	20	134	20
Useimmilla tai kaikilla	53	48	169	46	95	48	317	46
Asiakkaissa sellaisia, jotka tarvitsevat apua siirtämisessä tai ovat vuodepotilaita (p=0.082)*								
Ei	17	15	26	7	16	8	59	9
Muutamalla	47	41	129	34	75	39	251	37
Noin puolella	10	9	48	13	20	10	78	11
Useimmilla tai kaikilla	36	35	171	46	83	43	295	43

\*Vastausvaihtoehdot kyselyssä: ei kenelläkään, muutamalla, noin puolella, useimmilla, kaikilla

Vastaajista lähes jokaisella on sellaisia asiakkaita tai potilaita, joilla on psyykinen vamma tai sairaus. Vain neljällä prosentilla hoivatyöntekijöistä ei ole lainkaan tällaisia asiakkaita. Yleisin vastaus tähän kysymykseen on, että työntekijällä on muutamia asiakkaita, joilla on psyykinen vamma tai sairaus. Suurkaupungeissa työskentelevillä hoivatyöntekijöillä on määrällisesti eniten tällaisia asiakkaita: yksi viidestä arvioi, että tällaisia asiakkaita on noin puolet kaikista asiakkaista. Kaupungeissa, taajamissa ja maaseudulla on suurkaupunkeja vähemmän näitä asiakkaita. Ero eri

vastaajaryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0.008$ ). Tämä tutkimus tukee käsitystä, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaita hoidetaan yhä enenevästi peruspalveluissa (Hakala ym. 2010, 75). Vaikka hoivatyöntekijöillä olisikin vain muutamia tällaisia asiakkaita kerrallaan, tulee heillä olla riittävä osaaminen mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen ja auttamiseen. Mielenterveystyön osaamisen lisääminen on jo pitkään nähty tärkeänä tulevaisuuden osaamistarpeena sosiaali- ja terveydenhuollossa (Metsämuuronen 1998, 149).

Vain viidellä prosentilla vastaajista ei ole lainkaan asiakkaita, joilla on dementia. Noin viidennes arvioi, että puolet asiakkaista on dementoituneita. Lähes puolet vastaajista katsoo, että useimmat tai kaikki heidän asiakkaansa kärsivät dementiasta. Eri kuntatyyppien välillä ei ole tässä suhteessa juurikaan eroa. Muistisairaiden asiakkaiden määrä on lisääntynyt 2000-luvulla kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla. Vuonna 2009 noin 40 prosenttia tehostetun palveluasumisen piirissä olevista ja lähes puolet vanhainkotien asukkaista oli muistisairaita. Muistisairaiden asiakkaiden määrässä on hieman alueellisia eroja. Lapissa, Pohjois-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä on suhteellisesti hieman enemmän muistisairaita kuin muissa maakunnissa. (Vuorio & Väyrynen 2011, 2.) Tutkimustuloksen perusteella voidaan päätellä, että hoivatyöntekijä tarvitsee hyvät tiedot ja taidot muistisairaana asiakkaan tunnistamiseen ja hoitamiseen, koska hän työssään vääjäämättä kohtaa tällaisia asiakkaita riippumatta siitä, missä työskentelee.

Kolmanneksi yleisintä on, että asiakkaina tai potilaina on henkilöitä, jotka tarvitsevat apua siirtämisessä tai jotka ovat vuodepotilaita. Vastaajista yli 90 prosentilla on tällaisia asiakkaita. Suurkaupunkialueella työskentelevillä on tällaisia asiakkaita hieman vähemmän: 35 prosenttia katsoo, että useimmat tai kaikki asiakkaat tarvitsevat apua siirtämisessä tai ovat vuodepotilaita, kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on 46 prosenttia ja maaseudulla 43 prosenttia. Ero ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevä, mutta kuitenkin suuntaa antava ( $p=0.082$ ). Liikuntarajoitteisten asiakkaiden auttaminen vaatii työntekijältä osaamisen lisäksi hyvää fyysistä kuntoa ja terveyttä, jotta hän jaksaa nostaa tai siirtää ihmistä. Suomalaisista hoivatyöntekijöistä yli kaksi kolmasosaa (69 %) kokee olevansa lähes aina tai useimpien työpäivien jälkeen fyysisesti väsynyt. Pohjoismaisessa vertailussa suomalaiset hoivatyöntekijät raportoivat kaikkein eniten fyysistä väsymystä. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 56.)

**Taulukko 4.** Muita asiakkaisiin liittyviä tietoja, % (n=641–646)

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Asiakkaissa sellaisia, joilla on päihteiden väärinkäyttöongelma (p=0.002)*								
Ei	29	29	133	37	91	49	253	39
Kyllä	71	71	226	63	95	51	393	61
Asiakkaissa sellaisia, joilla on kehitysvamma (p=0.014)*								
Ei	54	54	176	49	74	40	304	47
Kyllä	46	46	182	51	109	60	337	53

\*Vastausvaihtoehdot kyselyssä: ei kenelläkään, muutamalla, noin puolella, useimmilla, kaikilla

Suurkaupungeissa työskentelevistä 71 prosentilla on asiakkaita, joilla on päihteiden väärinkäyttöongelma, kaupungeissa/taajamissa tällaisia hoivatyöntekijöitä on vähemmän, 63 prosenttia kaikista (taulukko 4). Maaseudulla työskentelevien asiakkaina tällaisia henkilöitä on vielä harvemmin, noin puolella hoivatyöntekijöistä. Ero kuntatyyppien välillä on tilastollisesti merkitsevä (p=0.002). Hoivatyöntekijät eivät ole päihdetyöntekijöitä – on hyvin harvinaista, että puolet tai useimmat asiakkaista olisivat päihdeongelmaisia. Kuitenkin varsinkin suurkaupungeissa, usein myös muualla, asiakaskuntaan kuuluu myös päihteiden väärinkäyttäjiä. Juominen on yleistynyt ikääntyneiden parissa, erityisesti “nuorilla iäkkäillä” (alle 70-vuotiailla), joten tulevaisuudessa runsas päihteiden käyttö lienee yleistä myös osalla vanhimman ikäluokan henkilöitä. (Ahlström & Mäkelä 2009, 677.) Tietoa päihteiden väärinkäyttäjien kohtaamisesta ja auttamisesta tulee siis työntekijöillä olla, etenkin jos aikoo työskennellä kaupungeissa.

Yli puolella kaikista hoivatyöntekijöistä on asiakkaita, joilla on kehitysvamma (taulukko 4). Maaseudulla 60 prosentilla hoivatyöntekijöistä on asiakkaina tällaisia henkilöitä. Suurkaupunkialueilla vammaistyö lienee eriytyneimpää, koska yli puolella suurkaupunkien vastaajista ei ole tällaisia asiakkaita lainkaan. Ero eri kuntaryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä (p=0.014). Suurkaupungeissa lähes pelkästään kehitysvammaisten parissa työskentelee 14 prosenttia hoivatyöntekijöistä, kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on kymmenen prosenttia ja maaseudulla seitsemän prosenttia. Tutkimustuloksesta voitaisiin päätellä, että maaseudulla työskentelevien hoivatyöntekijöiden tulee osata kohdata ja auttaa kehitysvammaisia asiakkaita osana asiakaskuntaa, kun taas suurkaupungeissa on eniten mahdollisuuksia eriyttää työtä niin, että työskentelee pelkästään kehitysvammaisten parissa. Tällöin voinee myös kartuttaa vammaistyössä tarvittavaa erityisosaamista. Vammaistyön osaaminen lähihoitajan tutkinnon suorittaneilla ei ole vahvaa, sillä vuonna 2004 oli kaikista lähihoitajista vain kuusi prosenttia suorittanut vammaistyön koulutusohjelman. Vammaistyössä kuitenkin työskentelee huomattava

määrä lähihoitajia, ja niinpä yli puolella vammaistyössä työskentelevistä lähihoitajista oli koulutustaustanaan jokin muu kuin vammaistyön koulutusohjelma. (Vuorensyrjä 2006, 106–107.)

Ruotsalaistutkimuksessa, jossa käytettiin samantyyppistä aineistoa kuin tässä tutkimuksessa, todettiin, että vanhus- ja vammaistyössä on Ruotsissa viime vuosina tapahtunut eriytymistä. Vammaistyössä on työntekijöillä paremmat työolosuhteet ja käytettävissä enemmän resursseja kuin vanhustyössä. Vaikeasti vammaisilla on hyvät mahdollisuudet saada julkisesti tuettua henkilökohtaista apua kotiinsa (Szebehely & Trydegård 2007, 197–219).

Tietoa hoivatyön työkäytännöistä, työn organisoinnista ja mahdollisista työpaineista voidaan saada kuvaamalla työntekijöiden asiakasmääriä eri työvuorojen aikana yleensä (taulukko 5) ja eri työskentelypaikoissa (taulukko 6).

**Taulukko 5.** Hoivatyöntekijöiden asiakasmäärät eri työvuorojen aikana, varianssianalyysi (n=373–674)

Suurkaupunki			Kaupunki/Taajama			Maaseutu			Yhteensä		
n	Keski- arvo	Keski- hajonta	n	Keski- arvo	Keski- hajonta	n	Keski- arvo	Keski- hajonta	n	Keski- arvo	Keski- hajonta
Asiakkaita arkipäivisin päiväaikaan (p<0.001) F-arvo 8,380											
109	9,65	6,06	369	12,87	8,96	196	13,83	9,40	674	12,63	8,79
Asiakkaita arkipäivisin ilta-aikaan (p=0.053) F-arvo 2,957											
93	13,90	6,88	332	16,14	9,32	167	16,61	9,19	592	15,93	8,97
Asiakkaita öisin (p=0.395)											
42	27,62	14,70	215	27,84	13,74	116	30,00	15,57	373	28,49	14,44
Asiakkaita lauantaisin tai sunnuntaisin (p=0.129)											
87	13,80	6,64	339	15,55	8,95	171	15,98	9,29	607	15,39	8,74

Suurkaupungeissa on arkipäivisin päiväaikaan keskimäärin 10 asiakasta, kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on 13 ja maaseudulla 14. Varianssianalyysi osoittaa, että ero ryhmien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0.001), F-arvo 8,380. Suurkaupungeissa työskentelevät hoivatyöntekijät eroavat arkipäivisin hoidettavien asiakkaiden määrän suhteen kaupungeissa ja taajamissa työskentelevistä hoivatyöntekijöistä tilastollisesti merkitsevästi (p=0.002) ja maaseudulla työskentelevistä erittäin merkitsevästi (p<0.001). Tulos kertoo siitä, että erityisesti arkisin päiväaikaan suurkaupunkien työkäytännöt poikkeavat muiden kuntatyyppien

työkäytännöistä. Hoivatyöntekijä työskentelee pienemmän asiakasmäärän kanssa. Tähän voi olla monia syitä. Suurkaupungeissa voi olla yksinkertaisesti vähäisempi työpaine eli työntekijöitä on asiakkaita kohti enemmän kuin muissa kuntatyypeissä. Toisekseen tulos voi selittyä myös sillä, että suurkaupungeissa hoivatyöntekijät työskentelevät muita kuntatyyppejä useammin kotihoidossa ja kotihoidossa asiakasmäärät työvuoron aikana ovat työn luonteen vuoksi pienemmät kuin laitospuolisessa työssä. Kolmantena selityksenä voi olla se, että työskentelypaikat (työyksiköt) ovat suurkaupungeissa rakenteeltaan pienempiä kuin muissa kuntatyypeissä ja tällöin työntekijät työskentelevät intensiivisesti pienemmän asiakasmäärän kanssa.

Myös arkipäivisin ilta-aikaan suurkaupungeissa asiakasmäärät ovat pienempiä kuin kaupungeissa ja taajamissa ja maaseudulla (taulukko 5). Ilta-aikaan autettavia asiakkaita on huomattavasti enemmän kuin päiväaikaan kaikissa kuntatyypeissä, keskimäärin 14–17 asiakasta työvuoron aikana. Varianssianalyysi osoittaa, että ero asiakkaiden määrissä ryhmien välillä on tilastollisesti suuntaa antava ( $p=0.053$ ). Arki-iltaisissa suurkaupungeissa työskentelevät eroavat asiakasmäärien suhteen maaseudulla työskentelevistä suuntaa-antavasti ( $p=0.059$ ) ja kaupungeissa ja taajamissa työskentelevistä lähes suuntaa antavasti ( $p=0.101$ ). Erot asiakasmäärissä arki-iltaisissa eri kuntatyyppien välillä ovat siis samansuuntaiset kuin päiväaikaan, tosin erot ovat pienemmät. Ilta-aika voi asiakkaan kannalta olla harrastamiseen tai virkistäytymiseen käytettävää aikaa. Voidaan kysyä, onko henkilökuntamitoitus näin ollen ilta-aikaan järkevästi suunniteltu. Ilta-aikaan tarjottavien palveluiden niukkuus liittyy tarpeeseen minimoida palkkakustannuksia (Sipilä 2003, 34).

Öiseen aikaan asiakasmäärät yhtä työntekijää kohti ovat suuret, keskimäärin 27–30 asiakasta työvuoron aikana. Eri kuntatyyppien välillä ei ole suurta eroa, joskin maaseudulla asiakkaita on hieman enemmän kuin muissa kuntatyypeissä. Lauantaisin ja sunnuntaisin asiakkaita työvuoron aikana on suunnilleen saman verran kuin arki-iltaisissa, suurkaupungeissa hieman vähemmän kuin muissa kuntatyypeissä. Ero ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Erot asiakasmäärissä eri kuntatyypeissä ovat samansuuntaiset kaikissa työvuoroissa: suurkaupungeissa asiakkaita on vähemmän ja maaseudulla enemmän kuin muissa kuntatyypeissä. Suurkaupungeissa asiakasmäärien keskijointa on myös pienin lukuun ottamatta yövuoroja, joissa keskijointa on pienin kaupungeissa ja taajamissa. Maaseudulla on siis muita kuntatyyppejä enemmän hajontaa asiakasmäärissä – kunnittain tai alueittain vaihtelevia tapoja organisoida työtä.

Taulukossa 6 vertaillaan kolmen muuttujan ristiintaulukoinnin avulla asiakasmääriä eri kuntatyyppien sisällä sen mukaan, onko työskentelypaikka asiakkaan koti vai asumispalveluyksikkö



tai laitos. Näin voidaan arvioida, johtuvatko erot hoivatyöntekijöiden asiakasmäärissä eri kuntatyypeissä siitä, että suurkaupungeissa muita useammin työskennellään kotihoidossa. Suurkaupungeissa on kotihoidossa työskentelevillä arkipäivisin viisi asiakasta työvuoron aikana, kun vastaava luku on kaupungeissa ja taajamissa seitsemän ja maaseudulla kahdeksan. Tulos osoittaa, että suurkaupungeissa kotihoidon työntekijöillä on päiväsaikaan muualla työskenteleviin kollegoihin verrattuna enemmän aikaa käytettävissä asiakasta kohti. Erot asiakkaiden tarpeissa eivät selittäne tätä tulosta, sillä kaupungissa ja taajamissa ja maaseudulla työskentelevillä työntekijöillä on esimerkiksi vuoteeseen hoidettavia tai siirtämisessä apua tarvitsevia ja kehitysvammaisia asiakkaita enemmän kuin suurkaupungeissa työskentelevillä (ks. taulukot 3 ja 4). Lisäksi erityisesti maaseudulla matkat asiakkaiden koteihin vievät aikaa (Tedre & Pulkkinen 2010, 10). Toisaalta voidaan ajatella, että koska suurkaupungeissa työntekijöillä on muita kuntatyyppisiä useammin asiakkaita, joilla on psyykinen vamma tai sairaus tai päihteiden väärinkäyttöongelma (ks. taulukot 3 ja 4), heille on asiakkaiden tarpeiden vuoksi päiväaikaan varattu enemmän aikaa asiakasta kohden.

**Taulukko 6.** Hoivatyöntekijöiden asiakasmäärät arkipäivisin eri työskentelypaikoissa eri kuntatyypeissä, keskiarvot (n=18–266)

Suurkaupunki		Kaupunki/Taajama		Maaseutu	
Asiakkaan koti	Asumispalvelu-yksikkö/laitos	Asiakkaan koti	Asumispalvelu-yksikkö/laitos	Asiakkaan koti	Asumispalvelu-yksikkö/laitos
Asiakkaita arkipäivisin päiväaikaan, keskiarvo (n=31–266)					
5	12	7	15	8	15
Asiakkaita arkipäivisin ilta-aikaan, keskiarvo (n=18-259)					
13	14	12	17	11	18

Arkipäivisin ilta-aikaan kotihoidon asiakasmäärissä ei ole edellisen kaltaisia eroja eri kuntatyyppien välillä. Suurkaupungeissa iltavuorossa on keskimäärin 13 asiakasta, kun kaupungeissa ja taajamissa vastaava luku on 12 ja maaseudulla 11 (taulukko 6). Arki-iltaisina ei suurkaupungeissa ole kotihoitotyössä väljyyttä muihin kuntatyyppisiin verrattuna, vaan asiakkaita on jopa enemmän. Pohjoismaisessa vertailussa todettiin, että Suomessa on kotihoidossa suunnilleen sama määrä asiakkaita työvuoron aikana kuin muissa Pohjoismaissa. Poikkeuksena yövuorot, joiden aikana

Suomessa on enemmän asiakkaita kuin missään muussa Pohjoismaassa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 50.)

Suurkaupungeissa on asumispalveluyksiköissä ja laitoksissa keskimäärin vähemmän asiakkaita arkisin päiväaikaan ja ilta-aikaan kuin kaupungeissa tai taajamissa ja maaseudulla. Maaseudulla on asumis- ja laitospalveluissa arki-iltaisin 18 autettavaa asiakasta, kun suurkaupunkialueella heitä on 14. Tämä kertoo siitä, että erot asiakasmäärissä kuntatyyppien välillä eivät johdu palvelurakenteen eroista, vaan asiakkaita on suurkaupungeissa vähemmän työntekijää kohti sekä kotihoidossa että asumispalveluissa ja laitoksissa. Poikkeuksena kotihoidon arki-iltavuoro, jossa tällaista eroa ei ole. Selitykseksi jäänee se, että suurkaupungeissa on hoivatyöhön käytettävissä enemmän henkilöresursseja asiakkaita kohden tai asumispalveluyksiköt ja laitokset ovat suurkaupungeissa kooltaan pienempiä, jolloin autettavien asiakkaiden määrä työvuoron aikana jää pienemmäksi kuin muissa kuntatyypeissä. Edellä todettiin, että kotihoito toimii Pohjoismaissa suunnilleen samansuuruisilla työntekijäresursseilla. Sen sijaan asumis- ja laitospalveluissa on selvä ero. Suomessa on asumis- ja laitospalveluissa päivävuorossa keskimäärin 14 autettavaa asiakasta, kun vastaava luku Ruotsissa on kahdeksan ja Tanskassa kuusi. Arkisin ilta-aikaan Suomessa on asumispalveluissa ja laitoksissa keskimäärin 17 asiakasta kun vastaava luku Ruotsissa on yhdeksän ja Norjassa kahdeksan. Erot ovat samansuuntaiset muissakin työvuoroissa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 50.) Ruotsissa on hoivatyöntekijöiden määrää lisätty ja hallintohenkilöiden määrää vähennetty, mikä merkitsee aiempaa isompia ja itsenäisempiä työtiimejä (Trydegård 2003, 450).

## **6.2 Hoivatyön sisällöt**

Tämän tutkimuksen yksi keskeinen tutkimuskysymys on, mitä eroja ja yhteneväisyyksiä on hoivatyön työtehtävissä maaseudulla ja kaupungeissa. Tulokset kertovat yhtäältä työntekijöiden osaamistarpeista, toisaalta siitä, miten asiakkaiden tarpeet ja hoivatyö ymmärretään ja miten työ on organisoitu eri toimintaympäristöissä. Vastaajilta tiedusteltiin, miten usein he tavallisesti tekevät tavanomaisia hoivatyön perustehtäviä. Vastaukset luokiteltiin kolmeen luokkaan: 1. joka päivä tai useasti päivässä, 2. joka viikko ja 3. harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan. Tulokset esitetään taulukossa 7 järjestyksessä siten, että ensimmäisenä on tehtävä, jota vastaajat tekevät kaikkein useimmin.

Kaikkien useimmin hoivatyöntekijät työssään auttavat asiakkaita henkilökohtaisen hygienian hoitamisessa. Tämä sisältää peseytymisessä ja WC-käynneissä auttamista, vaipanvaihtoa ja vastaavia tehtäviä. Yhdeksän hoivatyöntekijää kymmenestä tekee näitä tehtäviä päivittäin riippumatta siitä, missä kuntatyyppissä työskentelee.

**Taulukko 7.** Hoivatyön perustehtävien yleisyys, % (n=637–687)

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Henkilökohtaisessa hygieniassa auttaminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	100	88	340	91	178	89	618	90
Joka viikko	9	8	19	5	12	6	40	6
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	4	4	16	4	9	5	29	4
Tuen ja lohdutuksen antaminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	99	86	331	88	172	87	602	88
Joka viikko	13	11	32	9	23	12	68	10
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	3	3	12	3	2	1	17	2
Ihmisen nostaminen tai siirtäminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	83	75	309	83	157	79	549	80
Joka viikko	12	11	24	6	19	9	55	8
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	16	14	41	11	23	12	80	12
Valmisruoan tarjoileminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	79	71	271	75	138	71	488	73
Joka viikko	11	10	18	5	13	7	42	6
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	21	19	73	20	42	22	136	21
Hallinnolliset tehtävät kuten kirjaaminen ja tilaukset (p=0.020 *)								
Joka päivä tai useasti päivässä	76	66	250	67	115	60	441	65
Joka viikko	14	12	40	11	12	6	66	10
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	25	22	84	22	65	34	174	26
Kahvikupillisen juominen asiakkaan kanssa (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	26	24	85	23	50	25	161	24
Joka viikko	17	15	45	12	29	15	91	14
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	66	61	238	65	117	60	421	62
Asiakkaan kanssa kävelyllä lähteminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	17	15	78	21	43	22	138	21
Joka viikko	27	24	84	23	45	24	156	23
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	69	61	203	56	103	54	375	56
Siivoaminen asiakkaan kodissa (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	14	13	53	15	26	13	93	14
Joka viikko	29	28	83	23	55	29	167	25
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	62	59	227	62	113	58	402	61
Lämpimän aterian valmistaminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	16	15	39	11	27	14	82	13
Joka viikko	11	11	20	6	14	8	45	7
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	77	74	297	83	148	78	522	80
Päivittäistavaraostoksilla käyminen (p=-) *								
Joka päivä tai useasti päivässä	5	5	13	4	13	7	31	5
Joka viikko	14	14	45	13	37	20	96	15
Harvemmin kuin joka viikko tai ei koskaan	83	81	291	83	136	73	510	80

\*Vastausvaihtoehdot kyselyssä: useasti päivässä, joka päivä, joka viikko, joka kuukausi, harvemmin tai ei koskaan

Peseytymisessä avustamista ja muuta hygienian hoitoa voidaan pitää oleellisena osana asiakkaan hyvinvoinnin turvaamista. Hoivatyöstä puhuttaessa näitä tehtäviä saatetaan kuitenkin vähätellä, koska niitä ei aina pidetä arvostettuina tehtävinä (Twig 2000, 389–400). Silva Tedre (2004, 71) analysoi kylvettämisen ja hygienian hoidon merkityksellisyyttä: ”puhtaudesta ja hajuttomuudesta on tullut moneen sosiaaliseen yhteisöön kuulumisen edellytys”. Kylvettäminen vaatii mukautumista toisen käyttöön ja on ruumiillisesti raskasta työtä.

Tämän tutkimuksen tulos hygienian hoitamisesta useimmin tehtynä hoivatyön tehtävänä poikkeaa esimerkiksi Kuopiossa 1990-luvulla tehdyn kotihoitoa koskevan tutkimuksen tuloksista. Hygieniasta ja peseytymisestä huolehtiminen ei ollut yleisin avun muoto, vaan asiakkaat saivat eniten apua ruokailuun liittyvissä palveluissa. (Hyvärinen ym. 1995, 52–53.) Kuopion kotihoidon sisältöä ja laatua koskevan seurantatutkimuksen (Paljärvi ym. 2003, 90–91; Paljärvi ym. 2007, 98) mukaan vuosina 1994, 1997, 2000 ja 2003 kotipalvelun painopiste oli siirtynyt asiakkaan ruokailussa auttamiseen ja toiseksi eniten aikaa käytettiin kolmena viimeisenä vuonna hygieniasta huolehtimiseen. Samantapaiseen tulokseen päätyi Merja Tepponen (2009, 151): kotihoidossa käytettiin eniten aikaa ruokailussa avustamiseen ja toiseksi eniten hygienian hoitoon. Kotihoitoa ja tämän tutkimuksen aineistoa ei voi suoraan verrata, koska tämän tutkimuksen aineistoon kuuluu hoivatyöntekijöitä eri toimintaympäristöistä, kuten laitoksista ja asumispalveluista. Voidaan kuitenkin kysyä, onko hygienian hoitamisessa avustamisesta tullut aiempaa keskeisempi hoivatyön tehtävä. Suomi ei poikkeaa tässä suhteessa muista maista, sillä pohjoismaisessa vertailussa hygienian hoitamiseen liittyvät tehtävät osoittautuivat perustehtävistä vähiten erotteleviin, eli niitä tehtiin yhtä paljon joka maassa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 52–53).

Tuen ja lohdutuksen antaminen kuuluu lähes kaikkien hoivatyöntekijöiden päivittäisiin tehtäviin eikä kuntatyyppien välillä ole eroja. Hoivatyö on jo määritelmällisesti psyykkistä, emotionaalista ja fyysistä huolenpitoa ihmisestä (Knijn & Kremer 1997) ja työtä, jossa on mukana ”käsi, järki ja sydän” (Rose 1983). Asiakkaat odottavat hoivatyöntekijältä muun muassa ystävällisyyttä ja kykyä antaa myös sosiaalista tukea (Samuelsson & Wister 2000) sekä huomaavaisuutta ja vastaanottavaisuutta (Williams 2004). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suomalaiset hoivatyöntekijät toimivat tässä mielessä hoivatyön periaatteiden mukaan. Täytyy muistaa, että tämän tutkimuksen aineisto on kerätty hoivatyöntekijöiltä itseltään. Asiakkailta kysyttäessä (esim. Muurinen & Raatikainen 2005, 21) tulokseksi tuli, että kotihoidon asiakkaiden kokema avun saanti ei vastannut heidän kokemaansa psyykkistä, hengellistä ja sosiaalista avun tarvetta. Henkiseen

tukeen voi ajatella kuuluvan keskustelun lisäksi tuki arjen ongelmatilanteissa ja vaikkapa psyykkisistä ongelmista kärsivän asiakkaan ohjaaminen ja auttaminen käytännön asioissa. Näihin hoivatyöntekijät toivovat lisää aikaa. (esim. Notko 2007, 243–246; Leinonen 2009b, 145.)

Neljä viidestä hoivatyöntekijästä nostaa tai siirtää ihmistä päivittäin tai monta kertaa päivässä. Suurkaupungeissa tämä tapahtuu hieman harvemmin kuin muissa kuntatyypeissä, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevää. Tulos on sopusoinnussa asiakasryhmiä koskevan tuloksen kanssa: vain noin kymmenellä prosentilla hoivatyöntekijöistä ei ole lainkaan asiakkaita, jotka tarvitsevat apua siirtämisessä tai ovat vuodepotilaita. Fyysistä rasitusta (raskaita nostoja, hankalia asentoja) pidetäänkin yhtenä hoivatyön suurimmista ongelmista erityisesti laitoshoivatyössä (Vaarama ym. 1999, 58; Kröger 2009c, 31–32). Hoivatyöntekijöiden fyysinen väsymys työpäivän jälkeen on Suomessa muita Pohjoismaita tavallisempaa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 56).

Valmisruoan tarjoaminen asiakkaille on yksi hoivatyön keskeisistä tehtävistä. Lähes kolme neljäsosaa hoivatyöntekijöistä tarjoilee valmisruokaa päivittäin tai monta kertaa päivässä, kuntatyypeissä ei ole eroja. Tepposen mukaan (2009, 151) kotihoidossa käytettiin työvuoron aikana minuuteissa laskettuna eniten aikaa ruokailussa avustamiseen.

Hallinnolliset tehtävät kuten kirjaaminen ja tilaukset ovat osa ammatillista ja suunnitelmallista hoivatyötä. Lähihoitajan työhön kuuluu oman työn suunnittelu ja asiakas- ja potilaskohtaisten suunnitelmien laatimiseen osallistuminen sekä kommunikaatioteknologian käyttö (Hakala ym. 2011, 55, 63). Suurkaupungeissa hallinnollisia tehtäviä tekee päivittäin tai monta kertaa päivässä 66 prosenttia hoivatyöntekijöistä, kaupungeissa ja taajamissa suunnilleen saman verran ja maaseudulla 60 prosenttia. Erot eri kuntatyyppien välillä ovat tilastollisesti melkein merkitsevät. Suomessa ja Ruotsissa hallinnolliset tehtävät korostuvat enemmän kuin muissa Pohjoismaissa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 52). Tämän tutkimuksen vastaajia pyydettiin vastaamaan myös väitteeseen ”Yhä enemmän työajastani kuluu paperitöihin, jotka eivät aina tunnu mielekkäiltä”. Noin 40 prosenttia vastaajista on täysin tai osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Kotihoidossa asiakastietojen kirjaamisen tai kirjaamisen puutteellisen organisoinnin on nähty vievän aikaa muulta asiakastyöltä (Laitila 2010, 65). Uuden julkisjohtamisen mallin kriitikot ovat sanoneet, että aikaa työssä kulutetaan yhä enemmän papereiden pyörittämiseen ja vähemmän varsinaiseen hoivaan (Vabø 2005, 177).

Mahdollisuus kahvikupillisen juomiseen asiakkaan kanssa kertoo hoivatyöntekijän kiireestä tai kiireettömyydestä ja hoivarationaalisesta toimintatavasta eli työtilanteissa joustamisen mahdollisuuksista. Noin neljännes juo asiakkaan kanssa kupillisen kahvia päivittäin tai monta kertaa

päivässä. Eri kuntatyyppien välillä ei ole eroa. Kaikissa muissa Pohjoismaissa hoivatyöntekijät juovat kahvia asiakkaan kanssa useammin kuin Suomessa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 52). Kahvinjuonti voidaan liittää mahdollisuuden keskustella vapaamuotoisesti asiakkaan kanssa. Varsinkin asiakkaiden omaiset ja työntekijät itse ovat katsoneet vapaamuotoisen seurustelun olevan kotihoidossa riittämätöntä (Paljärvi ym. 2003, 91). Voidaan kysyä, kertooko tämä vain työntekijän ajanpuutteesta vai myös hoivatyön voimakkaasta tuotteistamisesta ja ammatillisuudesta Suomessa.

Hoivatyön kuntouttavaa ja virkistystä tuottavaa puolta kuvaa ehkä parhaiten asiakkaan kanssa kävelylle lähteminen. Noin viidennes työntekijöistä tekee tätä joka päivä tai useasti päivässä. Suurkaupungeissa kävelylle lähdetään muita kuntatyyppisiä harvemmin. Ero ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Kotoa pääsemisestä keskustellaan lähinnä kuljetus- ja saattopalveluiden yhteydessä. Kuitenkin kotona asumiseen liittyy myös vapaamuotoinen ja itsenäinen mahdollisuus liikkua kodin ulkopuolella (Haverinen, Muuri & Nurmi-Koikkalainen 2007, 507). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan liikuntamahdollisuuksien lisääminen ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen ovat palvelurakenteen keskeisiä strategisia linjauksia (STM 2008a, 20). On ehkä todettava kuten Mia Hemming (2009, 222) Yhteiskuntapolitiikka-lehdessä: vanhuspolitiikassa periaatteet ovat hyviä, mutta käytäntö ontuu. Asiakkaan aktivointi on työn rationalisoinnin myötä myös Ruotsin kotihoidossa vähentynyt (Eliasson-Lappalainen & Szebehely 1998, 138). Silva Tedre on kirjoittanut kriittisesti: ihminen saattaa olla lähes eristettynä kotiinsa, ”asunnon vangiksi”. Teknologiset laitteet turvaavat elämää, ja voi olla, ettei ihminen pääse juuri lainkaan ulos. Kävelyoikeus koskenee myös niitä, jotka tarvitsevat auttajaa, työntäjää tai taluttajaa (Tedre 2006, 162–168). ”Sosiaalinen” merkitsee kuulumista jonnekin, yhteyttä muihin ihmisiin – vaikka siihen sitten tarvittaisiin toinen avuksi. Fyysisyys, ruumiillisuus on tässä mielessä sosiaalista (Tedre 2007, 119).

Hoivatyöntekijän tulee osata hoitaa myös asiakkaan kotiympäristöä (VTV 2010, 88). Siivoaminen asiakkaan kodissa on perinteinen kodinhoidollinen tehtävä, jonka tarpeellisuudesta ja organisoinnista on 2000-luvulla käyty paljon keskustelua (esim. Kuronen 2007, 121–138). Kunnat ovat alkaneet suhtautua siivoamiseen asiana, josta avun tarvitsijan tulisi vastata itse tai joka ei ainakaan automaattisesti olisi osa hoivatyötä. Kysymys siivoamisesta on kriittinen, koska se on hyvää kuntoa vaativaa toimintaa ja hoivan tarve voi aluksi näkyä juuri siivousavun tarpeena. (Anttonen & Zechner 2009, 28.) Noin 14 prosenttia hoivatyöntekijöistä siivoaa päivittäin tai useita kertoja päivässä, viikoittain siivoaa neljännes vastaajista. Kuntatyypeittäin ei ole eroja. Asiakkaat

kokevat lisäavun tarvetta juuri siivouksessa ja muussa kodin ylläpidossa (Vaarama 2004, 159; Rajaniemi 2006, 174–177). Suomessa hoivatyöntekijät siivoavat vähän muihin Pohjoismaihin verrattuna. Eniten aikaa siivoamiseen käytetään Tanskassa ja Ruotsissa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 52).

Kotihoidon tukipalvelut, kuten ateriapalvelu ja hoivatyön tuotteistaminen ovat yleistyneet ja tarve lämpimän aterian valmistamiseen ja ostoksilla käymiseen osana hoivatyötä on vähentynyt (Sipilä 2003, 31). Hoivatyöntekijöistä 13 prosenttia valmistaa päivittäin tai useasti päivässä lämpimän aterian, kuntatyyppien välillä ei ole suuria eroja. Kuitenkin suurkaupungeissa työntekijät valmistavat lämpimiä aterioita hieman useammin kuin muissa kuntatyypeissä. Edellä todettiin (taulukko 5 ja 6), että suurkaupungeissa on vähemmän asiakkaita työvuoron aikana eli työ on organisoitu eri tavalla kuin muissa kuntatyypeissä. Aterioiden valmistaminen suurkaupungeissa saattaa liittyä tähän. Kaikissa muissa Pohjoismaissa lämpimän aterian valmistaminen on yleisempää kuin Suomessa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 52).

Päivittäistavaraostoksilla osana hoivatyötä käy päivittäin tai useasti päivässä noin viisi prosenttia työntekijöistä. Maaseudun hoivatyöntekijät käyvät ostoksilla hieman useammin kuin muiden kuntatyyppien työntekijät, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevää. Vanhusasiakkaat kuitenkin yleisesti toivovat niin saattaja-apua kuin asiointiapuakin (Rajaniemi 2006, 174–177; Vaarama 2004, 186).

Hoivatyön vaativiksi tehtäviksi katsottiin tässä tutkimuksessa kuntouttavat tehtävät, lääkehoidon toteuttaminen, hiusten, käsien tai jalkojen hoito, asunnon ulkopuolella asiointi asiakkaan kanssa tai harrastustoiminnassa mukana oleminen sekä yhteydenpito viranomaisiin tai omaisiin. Vastaajilta kysyttiin, ovatko he tehneet näitä tehtäviä viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tulokset esitetään taulukossa 8. Tehtävät on järjestetty taulukkoon sen mukaan, missä tehtävissä on eniten kyllä-vastauksia.

Lähes 90 prosenttia vastaajista on laittanut asiakkaan hiuksia tai tehnyt käsi- ja jalkahoitoja viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Nämä tehtävät (esimerkiksi kynsien leikkaaminen ja hiusten laittaminen) liitetään usein pesutilanteisiin ja edellä todettiin, että nämä työtehtävät ovat hoivatyössä yleisimpiä. Suomessa tehdään näitä henkilökohtaiseen perushoitoon liittyviä vaativampia tehtäviä enemmän kuin muissa Pohjoismaissa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 53).

Yhteydenpitoa asiakkaiden omaisiin ja kuntouttavia toimenpiteitä kuten kävelyn tai puheen harjoituksia on tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana 84 prosenttia vastaajista. Maaseudulla kuntouttavia toimenpiteitä tehdään hieman harvemmin kuin muissa kuntatyypeissä. Asiakkaiden

avun tarpeen ja auttamisen vastaavuutta kotihoidossa tutkineet Seija Muurinen ja Ritva Raatikainen (2005, 21) päätyivät analyysissään siihen, että auttamistoiminnalle ei ollut tyypillistä yhteistoiminnallisuus omaisten kanssa eikä kuntoutus asiakkaan voimavarojen vahvistamiseksi. Kun todetaan, että 16 prosenttia hoivatyöntekijöistä ei ole viimeksi kuluneen kuukauden aikana ollut yhtään kertaa yhteydessä asiakkaan omaisiin eikä kuntouttanut yhtään kertaa asiakasta, voidaan tutkimustulosten katsoa ainakin osittain antavan tukea aiemmille tutkimuksille.

**Taulukko 8.** Hoivatyön vaativien työtehtävien yleisyys, % (n=683–696.)

	Suurkaupunki		Kaupunki/Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiusten laitto, käsi- ja jalkahoidot, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=-)								
Kyllä	100	86	335	89	178	87	613	88
Ei	17	14	40	11	26	13	83	12
Yhteydet asiakkaan omaisiin, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=-)								
Kyllä	97	84	310	84	170	84	577	84
Ei	19	16	60	16	32	16	111	16
Kuntouttava toimenpide, esim. kävelyn/puheen harjoittelun ohjaaminen, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=-)								
Kyllä	94	83	322	86	158	79	574	84
Ei	19	17	53	14	41	21	113	16
Lääkkeiden jakaminen dosetista, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=-)								
Kyllä	89	77	314	83	170	84	573	82
Ei	26	23	62	16	33	16	121	18
Yhteydenpito terveydenhuoltoon, toisiin hoitajiin tai viranomaisiin oman työpaikan ulkopuolella, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=-)								
Kyllä	76	66	258	70	146	72	480	70
Ei	40	34	111	30	56	28	207	30
Pistosten antaminen, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p<0.001)								
Kyllä	53	47	222	60	140	70	415	61
Ei	60	53	148	40	60	30	268	39
Asiakkaan kanssa asioiminen asunnon ulkopuolella (esim. lääkärissä, kaupassa, pankissa), tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=0.030)								
Kyllä	46	40	104	28	71	36	221	32
Ei	69	60	266	72	129	64	464	68
Yhden tai useamman asiakkaan mukana hänen/heidän vapaa-ajan toiminnoissaan, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana (p=)								
Kyllä	29	25	85	23	48	24	162	24
Ei	86	75	286	77	153	76	525	76

Lääkkeiden jakaminen dosetista kuuluu hoivatyöntekijän työhön, ja sitä on tehnyt 82 prosenttia kaikista. Suurkaupungeissa lääkkeiden jakaminen dosetteihin kuuluu hieman harvemmin työtehtäviin kuin muissa kuntatyypeissä. Yhteydenpito terveydenhuoltoon, toisiin hoitajiin tai



viranomaisiin kertoo yhteistyöstä ja moniammatillisesta työstä ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana näitä tilanteita on työssä tullut 70 prosentille vastaajista. Suurkaupungeissa tätä yhteydenpitoa on hieman harvemmin kuin muualla. Edellä mainittujen vaativampien työtehtävien yleisyydessä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja eri kuntatyypeissä.

Sen sijaan pistosten antaminen on työtehtävä, jonka suhteen eri kuntatyypeissä työskentelevät eroavat tilastollisesti erittäin merkitsevästi toisistaan. Suurkaupungeissa pistoksia on antanut viimeisen kuukauden aikana 47 prosenttia vastaajista, kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on 60 ja maaseudulla 70. Voidaan kysyä, liittyykö tämä ero työtehtävissä eri kuntatyypeissä ammattirakenteen eroihin (suurkaupungeissa enemmän sairaanhoitajia käytettävissä) vai kenties palvelurakenteen eroihin (maaseudulla enemmän laitoshoittoa). Pohjoismaisessa vertailussa todettiin, että Suomessa hoivatyöntekijät ylipäättänsä antavat pistoksia selvästi useammin kuin missään muussa Pohjoismaassa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 53).

Asiakkaan kanssa asioiminen esimerkiksi lääkärissä, kaupassa tai pankissa eroaa eri kuntatyypeissä: suurkaupungeissa on 40 prosenttia hoivatyöntekijöistä asioinut viimeisen kuukauden aikana asiakkaan asunnon ulkopuolella kun vastaava luku kaupungeissa ja taajamissa on 28 ja maaseudulla 36. Ero kuntatyyppien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä. Aiemmin todettiin (taulukko 2), että kaupungeissa ja taajamissa on muita kuntatyyppisiä enemmän laitoksissa, erityisesti vuodeosastolla työskenteleviä. Heikkokuntoisten asiakkaiden kanssa ei enää asioida esimerkiksi kaupassa tai pankissa, joten ero eri kuntatyyppien välillä selittyy ainakin osittain tästä.

Asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa ollaan mukana vähäisesti, suurkaupungeissa hieman useammin kuin kaupungeissa ja taajamissa tai maaseudulla. Kolme neljäsosaa hoivatyöntekijöistä vastaa, ettei ole ollut viimeisen kuukauden aikana yhtään kertaa mukana asiakkaan tai asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa. Ikääntyvän ihmisen elämänlaatuun kuuluu myös yksilölliset ja sosiaaliset tekijät kuten mielekäs vapaa-ajan toiminta (Koskinen 2004, 40). Myös kansalaisuuden ja osallistumisen oikeuden toteutuminen edellyttää mahdollisuutta päästä ulos asunnostaan ja harrastaa haluamiaan asioita (Tedre 2007, 112). Erityisesti Ruotsissa ja Norjassa asioidaan asiakkaan kanssa kodin ulkopuolella ja ollaan mukana vapaa-ajan toiminnoissa enemmän kuin Suomessa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 53)

Edellä todettiin, että hoivatyöntekijöiden perustehtävät ovat melko samankaltaiset niin suurkaupungeissa, kaupungeissa ja taajamissa kuin maaseudullakin. Vaativien tehtävien osalta merkityksellisiä tilastollisia eroja nähdään vain pistosten antamisessa ja asiakkaan kanssa asioimisessa kodin ulkopuolella. Sen vuoksi on syytä syventää analyysia ja tarkastella sitä, onko

joissain tehtävissä eroja, jos verrataan kotihoidossa ja asumis- ja laitospalveluissa työskentelevien työtehtäviä erikseen suurkaupungeissa, kaupungeissa ja taajamissa ja maaseudulla. Suurkaupungeissahan perushoivatyöntekijät työskentelevät muita kuntatyyppisiä useammin kotihoidossa. Analyysin kohteeksi valittiin kuntouttavat tehtävät, asiointi kodin ulkopuolella ja vapaa-ajan toiminnoissa mukana oleminen sen vuoksi, että nämä työtehtävät sisältävät jossain määrin hoivatyön sosiokulttuurisia elementtejä (esim. Tepponen 2009, 174; Suomi 2003, 107–110) ja näiden tehtävien tarkoitus on osaltaan ylläpitää asiakkaiden fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä (toimintakyvyn käsitteestä Jyrkämä 2003, 94–103). Edellä (taulukko 8) todettiin, että maaseudulla tehdään kuntouttavia tehtäviä hieman vähemmän kuin muualla. Analyysiin otettiin mukaan myös pistosten antaminen siitä syystä, että se on niin yleistä maaseudun hoivatyössä ja pohjoismaisittainkin poikkeuksellisen yleistä Suomessa (taulukko 8). Pistosten antaminen on yleinen ja tyypillinen sairaanhoidollinen hoitotoimi, jonka tekeminen on kuulunut terveydenhuollon ammattilaisten tehtäviin. Selvitän, liittyykö pistosten antaminen perushoivatyön työtehtävänä erityisesti kotihoitoon vai laitostyyppiseen työympäristöön. Saatujen tietojen perusteella analysoin toimenkuvien ja työn painotusten eroja eri kuntatyypeissä.

Taulukossa 9 kuvataan kolmiulotteisella ristiintaulukoinnilla joidenkin vaativien työtehtävien yleisyyttä niin, että verrataan työtehtäviä kotihoidossa ja asumis- ja laitospalveluissa erikseen eri alueilla. Suurkaupungeissa kotihoidossa työskentelevistä perushoivatyöntekijöistä 77 prosenttia on tehnyt kuntouttavia tehtäviä (esimerkiksi kävelyn tai puheen harjoittelua) viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Muissa kuntatyypeissä työskentelevät kotihoidon työntekijät ovat tehneet näitä tehtäviä hieman harvemmin, kaupungeissa ja taajamissa 70 prosenttia ja maaseudulla 66 prosenttia. Kuntouttavat tehtävät kuuluvat asumis- tai laitospalveluissa työskentelevien työhön useammin kuin kotihoitotyöhön, sillä lähes 90 prosenttia asumis- ja laitospalveluissa työskentelevistä perushoivatyöntekijöistä on tehnyt näitä tehtäviä viimeksi kuluneen kuukauden aikana eikä kuntatyyppien välillä ole merkittäviä eroja. Voidaan todeta, että verrattaessa eri toimintaympäristöjä kuntouttavat tehtävät jäävät useimmin puuttumaan maaseudun kotihoidossa, sillä kolmasosa siellä työskentelevistä hoivatyöntekijöistä ei tee niitä lainkaan.

Asiakkaan kanssa asioiminen asunnon ulkopuolella on melkein yhtä yleistä suurkaupunkien ja maaseudun kotihoidossa, sillä yli puolet niissä työskentelevistä työntekijöistä on asioinut asiakkaiden kanssa viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Sen sijaan kaupungeissa tai taajamissa työskentelevistä alle puolet (43 %) on tehnyt tätä. Asioiminen asunnon ulkopuolella ei asumis- tai laitospalveluissa asuville ole samalla tavalla välttämätöntä kuin omassa kodissa asuville. Suurkaupunkien asumis- tai laitospalveluissa työskentelevistä hoivatyöntekijöistä yli kolmannes on

asioinut asukkaiden kanssa, kaupungeissa tai taajamissa ja maaseudulla hieman harvempi, noin joka neljäs. Asioiminen asiakkaan kanssa on yleisintä suurkaupungeissa, yhtä hyvin kotihoidossa kuin asumis- ja laitospalveluissakin.

**Taulukko 9.** Joidenkin vaativien työtehtävien yleisyys kotihoidossa ja asumis- ja laitospalveluissa eri kuntatyypeissä, %.

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu	
	Asiakkaan koti (n=31)	Asumispalvelu/laitos (n=67)	Asiakkaan koti (n=60)	Asumispalvelu/laitos (n=263)	Asiakkaan koti (n=31)	Asumispalvelu/laitos (n=133)
Kuntouttava toimenpide, esim. kävelyn/puheen harjoittelun ohjaaminen, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana						
Kyllä	77	86	70	89	66	87
Ei	23	14	30	11	34	13
Asiakkaana kanssa asioiminen asunnon ulkopuolella (esim. lääkärissä, kaupassa, pankissa), tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana						
Kyllä	56	35	43	23	53	28
Ei	44	65	57	77	47	72
Yhden tai useamman asiakkaan mukana hänen/heidän vapaa-ajan toiminnoissaan, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana						
Kyllä	9	36	8	26	22	23
Ei	91	64	92	74	78	77
Pistoksien antaminen, tehnyt viimeksi kuluneen kuukauden aikana						
Kyllä	48	46	52	64	65	70
Ei	52	54	48	36	35	30

Asiakkaan tai asiakkaiden mukana heidän vapaa-ajan toiminnoissaan on viimeksi kuluneen kuukauden aikana ollut suurkaupunkien sekä kaupunkien ja taajamien kotihoidon työntekijöistä alle kymmenen prosenttia. Maaseudulla vastaava luku on 22 prosenttia. Suurkaupungeissa sekä kaupungeissa ja taajamissa kodeissaan asuvat hoivapalveluja käyttävät joutunevat suurelta osin hankkimaan tarvitsevansa tuen harrastuksiin lähtemiseen muualta kuin hoivatyöntekijältä. Kaupunkiympäristössä on mahdollisesti apuna enemmän omaisia tai vapaaehtoistyöntekijöitä tai vapaa-ajan toimintojen saavutettavuus saattaa olla muuten parempi henkilöille, joilla on toimintakyvyn puutteita. Toinen mahdollinen selitys voi olla se, että suurkaupungeissa ja kaupungeissa tai taajamissa kotihoito on tuotteistettu pidemmälle kuin maaseudulla ja ”tuotepaketteihin” ei sisällytetä vapaa-ajan toimintaa (ks. Eliasson-Lappalainen & Szebehely 1998, 151). Asumis- ja laitospalveluissa työskentelevien toimenkuvaan asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa mukana oleminen kuuluu useammin kuin kotihoidossa, erityisesti suurkaupungeissa.

Maaseudulla hoivatyöntekijät ovat yhtä usein (tai harvoin) mukana vapaa-ajan toiminnoissa kotihoidossa sekä laitos- ja asumispalveluissa.

Suurkaupunkien kotihoidon työntekijöistä alle puolet on antanut pistoksia viimeksi kuluneen kuukauden aikana, kaupunkien ja taajamien työntekijöistä hieman yli puolet. Maaseudun kotihoidon hoivatyöntekijöistä 65 prosenttia on antanut pistoksia. Eri kuntatyyppien asiakaskunnassa ei liene sellaisia eroja (taulukot 3 ja 4), että voisi ajatella tällaisten sairaanhoidollisten toimenpiteiden tarpeen olevan erilaisissa kunnissa erilainen. Suurkaupungeissa, kaupungeissa ja taajamissa sairaanhoidolliset tehtävät, kuten pistosten antaminen saattavat kotihoidossa kuulua sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien toimenkuvaan useammin kuin maaseudulla. Sirpa Wrede ja Lea Henriksson (2004, 218) puhuvat Helsingin kotihoidon henkilökunnasta kahden kerroksen väkenä – lähihoitajien koulutukseen ei monien mielestä sisälly riittävästi sairaanhoitoa ja siksi heidän ammattitaitoaan voidaan väheksyä. Suurkaupunkien asumis- ja laitospalveluissa toimivista hoivatyöntekijöistä on pistoksia antanut 46 prosenttia kun kaupungeissa ja taajamissa vastaava luku on 64 ja maaseudulla 70. Edellä esitetty päätelmä työntekijöiden erilaisista toimenkuvista näyttää pätevän myös asumis- ja laitospalveluissa: maaseudulla hoivatyöntekijät tekevät sairaanhoidollisia toimenpiteitä kuten pistosten antamista useammin kuin muissa kuntatyypeissä. Suurkaupungeissa sairaanhoidolliset tehtävät on kuntatyypeittäin verrattuna useimmin eriytetty.

### **6.3 Hoivatyön osaaminen ja työn kokeminen**

Hoivatyöntekijöistä suurin osa, 87 prosenttia katsoo, että heidän taitonsa ovat sopivat työn vaatimuksiin nähden (taulukko 10). Tämä tutkimustulos on sopusoinnussa aiempien tutkimustulosten kanssa (Hyttinen & Kangassalo 2002, 196; Muuri 2008, 47). Suurkaupungeissa kuitenkin 21 prosenttia pitää työn vaatimuksia liian korkeina tai matalina (liian korkeina 11%, liian matalina 10%). Kaupungeissa, taajamissa ja maaseudulla ollaan työn vaatimuksiin tyytyväisempiä, 12 prosenttia vastaajista pitää työn vaatimuksia itselleen sopimattomina. Ero ryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä. Esimerkiksi Helsingin kotihoitoon luotiin 2000-luvun alussa sairaalahierarkiaa muistuttava työnjako, jossa on paikkansa terveydenhoitajille, sairaanhoitajille, perushoitajille kuin kylvettäjäillekin (Wrede & Henriksson 2004, 223–224). Suurkaupungeissa hoivatyötä tekevien hivenen muita ristiriitaisemmat käsitykset työn vaatimuksista saattavat osittain liittyä tähän työn organisointitapaan. Kuten edellä todettiin (taulukko 1) koulutus

suurkaupunkialueen hoivatyöntekijöillä on yhtä hyvä kuin muuallakin, jopa parempi. Työkokemuksen pituus tuonee varmuutta siihen, miten työn vaatimukset kokee – suurkaupungeissa on vähiten hyvin kokeneita hoivatyöntekijöitä ja maaseudulla taas eniten (taulukko 1).

**Taulukko 10.** Hoivatyöntekijän työn vaatimustaso ja työn kokeminen, % (n=696–708)

	Suurkaupunki		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kokemus työn vaatimuksista (p=0.034)*								
Taidot vastaavat työn vaatimuksia	91	79	334	88	178	88	603	87
Työn vaatimukset liian korkeat tai matalat	24	21	44	12	25	12	93	13
Tuntee kantavansa vastuun asiakkaista liian yksin (p=0.033) **								
Täysin tai osittain samaa mieltä	61	52	150	39	89	44	300	42
Täysin tai osittain eri mieltä	56	48	237	61	114	56	407	58

\* Vastausvaihtoehdot: vaatimukset liian korkeat, vaatimukset sopivat, vaatimukset liian alhaiset

\*\* Vastausvaihtoehdot: täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä, täysin eri mieltä

Osaamiseen ja työn vaatimukseen liittyy osaltaan myös se, millaisena työntekijät kokevat vastuun asiakkaista (taulukko 10). Suurkaupungeissa työskentelevistä yli puolet kokee täysin tai jossain määrin niin, että joutuu kantamaan vastuun asiakkaista liian paljon yksin. Kaupungeissa ja taajamissa näin kokee 39 prosenttia ja maaseudulla 44 prosenttia. Ero ryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä. Tätä tulosta ei ole helppo selittää, sillä kuten edellisessä kappaleessa todettiin, esimerkiksi Helsingissä on kotihoidon organisaatiossa paljon terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia (Wrede & Henriksson 2004, 224), jotka voivat toimia asiantuntijoina ja vastuunkantajina sairaanhoidollisissa kysymyksissä. Yksi mahdollinen selitys voi liittyä erilaisiin asiakasryhmiin. Suurkaupungeissa muita enemmän asiakaskuntaan kuuluu sellaisia, joilla on psyykinen vamma tai sairaus ja sellaisia, joilla on päihteiden väärinkäyttöongelma (taulukko 3 ja 4). Näiden asiakasryhmien auttamisessa perushoivatyöntekijä saattaa tuntea osaamattomuutta ja liian suurta vastuuta. Kuitenkin vastaisuudessakin kotihoidolla pyritään vastaamaan myös päihde- ja mielenterveyspotilaiden laitospaikkojen supistamisesta johtuvaan tarpeeseen (VTV 2010, 112).

Hoivatyön eetokseen on liitetty hoivarationaalisuuden käsite, jolla tarkoitetaan työn tilannekohtaisuutta, empatian kykyä ja halua (Wærness 1987, 219–220) sekä syklistä aikakäsitystä (Davies 1996, 43–45). Jotta voisi toimia hoivarationaalisesti, tulisi työssä olla mahdollista kuulla ja ottaa huomioon asiakkaiden erilaiset vaihtuvat tilanteet ja tarpeet eikä työ saisi olla tiukasti

suunniteltu ja ”kellotettu”. Neljä viidesosaa hoivatyöntekijöistä katsoo, että työtehtävät on useimmiten päätetty hoitosuunnitelmassa tai hoitopäätöksessä (taulukko 11). Maaseudulla näin on hieman harvemmin kuin muissa kuntatyypeissä. Ero ryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevä. Hoitosuunnitelmat ovat yleisesti käytössä, sillä vain kuudella prosentilla hoivatyöntekijöistä on työssään tilanne, että työtehtävät ovat harvoin tai niitä ei ole koskaan päätetty hoitosuunnitelmassa. Tulos poikkeaa hieman Anderssonin ja tutkijaryhmän tuloksesta, jonka mukaan hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö kotihoidossa on puutteellista tai suunnitelma puuttuu kokonaan (Andersson ym. 2004, 485). Yksi selitys näille erilaisille tuloksille hoito- ja palvelusuunnitelman käytöstä voi olla se, että suunnitelmat on kyllä kertaalleen tehty, mutta asiakkaan tilanteen muuttuessa niiden päivittäminen voi olla puutteellista.

**Taulukko 11.** Hoivatyöntekijöiden näkemyksiä vaikutusmahdollisuuksistaan työn sisältöihin, % (n=695–704).

	Suurkaup.		Kaupunki/ Taajama		Maaseutu		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Työtehtävät päätetty hoitosuunnitelmassa/hoitopäätöksessä (p=-) *								
Useimmiten	91	81	310	82	154	76	555	80
Joskus	12	11	47	12	38	19	97	14
Harvoin/ ei koskaan	9	8	24	6	10	5	43	6
Voi vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällään (p=-) *								
Useimmiten	40	34	149	39	81	40	270	38
Joskus	51	44	124	32	74	36	249	36
Harvoin/ ei koskaan	25	22	111	29	49	24	185	26

\* Vastausvaihtoehdot: useimmiten, joskus, harvoin, ei koskaan

Vanhustyössä on kohdistettu kritiikkiä siihen, että työntekijöillä ei ole riittävästi vaikutusmahdollisuuksia työssään. Kaikkien tulisi voida vaikuttaa työhön ja kehittää sitä. (Hyttinen & Kangassalo 2002, 197.) Vaikutusmahdollisuudet arkityössä liittyvät myös hoivarationaaliseen, tilannekohtaiseen tapaan tehdä työtä. Vastaajilta kysyttiin, missä määrin he voivat vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällään. Maaseudulla, kaupungeissa ja taajamissa noin 40 prosenttia hoivatyöntekijöistä voi useimmiten vaikuttaa päivittäisten työtehtävien sisältöön, suurkaupungeissa 34 prosenttia. Ero vaikuttamismahdollisuuksissa ei ryhmien välillä ole tilastollisesti merkitsevä. Yhteenvedona vaikuttamismahdollisuuksista voidaan todeta, että vaikka työtehtävät hoivatyössä on useimmiten päätetty hoitosuunnitelmassa tai hoitopäätöksessä, kokee runsas kolmannes työntekijöistä, että he voivat kuitenkin vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällään.

Neljännes kaikista hoivatyöntekijöistä katsoo, että he voivat vaikuttaa päivittäisiin tehtäviin harvoin tai eivät voi vaikuttaa koskaan. Kim Aarva (2009, 211) peräänkuuluttaa hoivatyön esimiesten ja asiakastyön rajapinnassa työskentelevien työntekijöiden vastavuoroisia keskusteluja niin, että asiakastyöhön tulisi enemmän vapautta. Tavoitteena olisi innovatiivinen asiakastyö, joka on lähes vastakohta tarkasti suunnitellulle ja mitoitettulle hoivatyölle.

#### **6.4 Erot ja yhtäläisyydet hoivatyössä maaseudulla ja kaupungissa**

Suurkaupungeissa, kaupungeissa tai taajamissa ja maaseudulla työskenteleviin hoivatyöntekijöihin ja heidän työhönsä liittyviä eroja tarkasteltiin erotteluanalyysin avulla. Erotteluanalyysi laittaa valitut muuttajat järjestykseen siten, että ensimmäisenä on muuttuja, joka rakentaa eniten kaikkien muuttujien muodostamaa erottelu-ulottuvuutta, toisena muuttuja, joka rakentaa erottelu-ulottuvuutta seuraavaksi eniten jne. Erotteluanalyysin avulla voidaan löytää asioita, jotka ovat luonteenomaisia tarkasteltaville ryhmille. (Jokivuori & Hietala 2007, 120; Hietämäki & Kantola 2010, 104.) Erotteluanalyysiin voi ottaa mukaan dikotomisia muuttujia, järjestysasteikollisia ja jatkuvia muuttujia. Muuttujiksi erotteluanalyysiin valittiin tässä tutkimuksessa käytetyt hoivatyöntekijöihin liittyvät taustamuuttujat ja työn sisältöihin liittyvät muuttujat, jotka sopivat käytettäviksi erotteluanalyysissä. Yö- ja pyhätyötä koskevat muuttujat jätettiin pois, koska kaikki eivät tee sellaisia työvuoroja.

Taulukossa 12 esitetään erotteluanalyysin ensimmäisen erottelufunktion tulos. Ensimmäinen erottelufunktio erotteli ryhmät tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.002$ ). Tämä näkyy Wilksin lambda-arvosta (taulukko 12). Toinen erottelufunktio ei erottellut ryhmiä tilastollisesti merkitsevästi ( $p=.191$ ) ja sen vuoksi toiselle erottelufunktiolle latautuneet muuttujat<sup>1</sup> eivät ole mukana tarkastelussa. Taulukossa 12 näkyvät ensimmäiselle erottelufunktiolle latautuneet muuttujat.

---

<sup>1</sup> Toiselle funktiolle latautuneet muuttujat: lämpimän aterian valmistaminen, kuntouttavat toimenpiteet, päivittäistavaraostoksilla käyminen, asiakkaan kanssa kävelyllä lähteminen, ihmisen nostaminen tai siirtäminen, asiakkaita sellaisia, joilla on dementia, asiakasmäärät arki-iltaisina, siivoaminen asiakkaan kodissa, tekee muuta kuin mitä on etukäteen suunniteltu, lääkkeiden jakaminen dosetista, asiakkaita sellaisia, joilla psyykinen vamma tai sairaus, yhteydenpito omaisiin, työtehtävät suunniteltu etukäteen, kahvikupillisen juominen asiakkaan kanssa, hiusten laitto, käsi- ja jalkahoidot, asiakkaita sellaisia, joilla on kehitysvamma, valmisruoan tarjoileminen.

**Taulukko 12.** Hoivatyöntekijän työskentelypaikan (kuntatyyppin) erottelufunktio ja työntekijöiden taustoihin ja työn sisältöihin liittyvät muuttujat

	Ryhmien painopisteet		
	Suur- kaupunki	Kaupunki/ taajama	Maaseutu
	-.758	-.072	.500
Antanut pistoksia (1=kyllä, 2=ei)	-.424		
Asiakasmäärät arkipäivisin (lo→hi)	.374		
Työkokemuksen pituus (lo→hi)	.360		
Ikä (lo→hi)	.288		
Koulutuksen pituus (lo→hi)	-.233		
Tekee hallinnollisia tehtäviä (1=useasti päivässä, 5=harvemmin tai ei koskaan)	.230		
Asiakkailla päihteiden väärinkäyttöongelma (1=ei kenelläkään, 5=kaikilla)	-.186		
Ollut mukana asiakkaiden kanssa heidän vapaa-ajan toiminnassaan (1= kyllä, 2=ei)	.164		
Auttaa henkilökohtaisessa hygieniassa (1=useasti päivässä, 5=harvemmin tai ei koskaan)	.157		
Ollut yhteydessä terveydenhuoltoon (1=kyllä, 2=ei)	-.097		
Voi vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällään (1=useimmiten, 4=ei koskaan)	.090		
Lähtee asiakkaan kanssa kävelylle (1=useasti päivässä, 5=harvemmin tai ei koskaan)	.082		
Ominaisarvo	.155		
Erottelukyky	64.2 %		
Kanoninen korrelaatio	.366		

**Wilks'Lambda =.797, Chi-square 94.055, df 58, p=.002**

Erotteluanalyysiin valitut ryhmät (suurkaupungeissa, kaupungeissa tai taajamissa ja maaseudulla työskentelevät hoivatyöntekijät) muodostivat lineaarisen erottelufunktion sijoittuen erottelufunktiolle seuraavasti: suurkaupungeissa työskentelevien ryhmä sijoittui erottelufunktion toiseen päähän painokertoimella -.758, kaupungissa tai taajamissa työskentelevien ryhmä sijoittui lähelle keskiarvoa painokertoimella -.072 ja maaseudulla työskentelevien ryhmä sijoittui erottelufunktion toiseen päähän painokertoimella +.500. Ryhmien sijoittumista erottelufunktiolle voi ajatella janaksi, jossa nol-lapiste on ryhmien keskiarvo (Jokivuori 2002, 89; Hietämäki & Kantola 2010, 105). ”Ryhmien pai-



nopeiden poikkeama nolasta kuvaa ryhmien sijoittumista suhteessa muuttujien keskiarvoon” (Hietamäki & Kantola 2010, 105).

Taulukossa 12 ovat ensimmäiseen erottelufunktioon tulleet työntekijöiden taustoihin ja työtehtäviin liittyvät muuttujat siinä järjestyksessä, kun ne eniten rakentavat kaikkien muuttujien muodostamaa erottelu-ulottuvuutta (Hietamäki & Kantola 2010, 105). Taulukossa näkyvät muuttujien arvot ovat muuttujien ja erottelufunktion välisiä kanonisia korrelaatiokertoimia (Jokivuori & Hietala 2007, 128, Hietamäki & Kantola 2010, 105). Ensimmäinen muuttuja ”antanut pistoksia” on ryhmää voimakkaimmin erotteleva muuttuja, toinen muuttuja ”asiakasmäärät arkipäivisin” seuraavaksi voimakkain jne. (Hietamäki & Kantola 2010, 105). Kyseistä erottelufunktiota ei voi nimetä millään yhteisellä käsitteellä, koska siihen sisältyy niin erisisältöisiä muuttujia.

Tarkasteltaessa sitä, mihin suuntaan ryhmät eroavat toisistaan, esimerkiksi missä ryhmässä työtehtäviin kuuluu useimmin pistosten antamista, huomioidaan muuttujan kanoninen korrelaatiokerroin, muuttujan vastausskaala ja ryhmien painokertoimet. Muuttujalla ”antanut pistoksia” on negatiivinen kanoninen korrelaatiokerroin (-.424). Muuttujan vastausskaala on 1=kyllä, 2=ei. Ryhmällä suurkaupungissa työskentelevät on negatiivinen painokerroin, (-.758), kaupungeissa tai taajamissa työskentelevillä on lievästi negatiivinen painokerroin (-.072) ja maaseudulla työskentelevillä on positiivinen painokerroin (+.500).

Tulosta tulkitaan siten, että positiivisen painokertoimen omaavan ryhmän ja positiivisen kanonisen korrelaatiokertoimen omaavan muuttujan riippuvuus on positiivista (tuloksen tulkinnasta, ks. Hietamäki & Kantola 2010, 106-107.) Esimerkiksi maaseudulla työskentelevien asiakasmäärät arkipäivisin ovat korkeat. Negatiivisen painokertoimen omaavan ryhmän riippuvuus ja positiivisen kanonisen korrelaatiokertoimen omaavan muuttujan riippuvuus on negatiivista. Toisin sanoen suurkaupungeissa työskentelevien asiakasmäärät arkipäivisin ovat matalat. Kaupungeissa ja taajamissa työskentelevät sijoittuvat näiden ryhmien väliin.

Muuttujan arvon ollessa negatiivinen, esimerkiksi ”antanut pistoksia”, tulkinta on päinvastainen. Kun sekä ryhmällä että muuttujalla on negatiivinen arvo, miinusmerkit ikään kuin kumoavat toisensa. Suurkaupungeissa työskentelevistä useimmat kuin muiden ryhmien edustajat ovat sitä mieltä, että eivät ole antaneet pistoksia. Maaseudulla työskentelevät taas ovat enemmän sitä mieltä, että olivat antaneet pistoksia (riippuvuus negatiivinen, vastausskaala 1=kyllä, 2=ei)

Tarkastelen seuraavassa erotteluanalyysin tuloksia yhteenvedon omaisesti suurkaupungeissa työskentelevien hoivatyöntekijöiden näkökulmasta. Verrattaessa eri kuntatyypeissä työskenteleviä hoi-

vatyöntekijöitä suurkaupungeissa työskenteleville on tyypillisintä, että heidän työnkuvaansa kuuluu muita harvemmin pistosten antaminen, ja heillä on arkipäivisin pienemmät asiakasmäärät kuin muiden ryhmien edustajilla. Heillä on lyhyempi työkokemus ja he ovat iältään nuorempia kuin työntekijät muissa kuntatyypeissä. Suurkaupungeissa työskentelevillä on pidempi koulutus ja heidän työhönsä kuuluu hallinnollisia tehtäviä useammin kuin muilla. Heidän asiakkailtaan on muita useammin päihteiden väärinkäyttöongelmia. Heidän työtehtäviinsä kuuluu muihin verrattuna hieman enemmän olla mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa (koskee asumis- ja laitospalveluissa työskenteleviä, taulukko 8) ja auttaa henkilökohtaisessa hygieniassa. Taulukossa 12 viimeiseksi mainittujen muuttujien (ollut yhteydessä terveydenhuoltoon, voi vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällään, lähtee asiakkaan kanssa kävelylle) osalta erot ryhmien välillä ovat varsin pienet.

Tulokset maaseudulla työskentelevien hoivatyöntekijöiden näkökulmasta ovat suurkaupungeissa työskenteleviin verrattuna päinvastaiset: he antavat työssään useammin pistoksia, heillä on arkipäivisin enemmän asiakkaita, he ovat työssään kokeneempia, iältään vanhempia ja lyhyemmin koulutettuja kuin muiden ryhmien edustajat. He tekevät vähemmän hallinnollisia tehtäviä ja heillä on asiakkaina vähemmän päihteiden väärinkäyttäjiä kuin muiden ryhmien edustajilla. Heidän työhönsä kuuluu hieman muita harvemmin olla mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa ja auttaa henkilökohtaisessa hygieniassa.

Kaupungeissa ja taajamissa työskentelevät sijoittuvat näiden muuttujien suhteen lähelle kaikkien ryhmien keskiarvoja. Erotteluanalyysin tulos kertoo merkittävimmistä eroista ryhmien välillä – muuta tietoa sen avulla ei saa esimerkiksi keskiarvoista tai muista tunnusluvuista.

Edellä on kuvattu erotteluanalyysin tuottamat tulokset, jotka kertovat suurimmat erot eri kuntatyypeissä työskentelevien hoivatyöntekijöiden välillä. Tämän luvun aiemmissa kappaleissa on kuvattu ristiintaulukoinnin, moniulotteisen ristiintaulukoinnin ja varianssianalyysin avulla saatuja tutkimustuloksia aihepiireittäin. Esille on nostettu sekä eroja että yhtäläisyyksiä eri kuntatyypeissä työskentelevien hoivatyöntekijöiden taustatietojen, työtehtävien, osaamisen ja työn kokemisen välillä. Yhtäläisyyksiä on paljon ja ne kertovat hoivatyöntekijöiksi hakeutuneista, hoivan sisällöistä ja työkäytännöistä maanlaajuisesti. Monet asiat, esimerkiksi suurin osa työtehtävistä toteutuu hyvinkin samanlaisina eri kuntatyypeissä ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Erojen perusteella taas voidaan piirtää ammattiprofiilia, joka on hieman erilainen eri kuntatyypeissä työskentelevillä. Käsittelen tätä asiaa yhteenvetoluvussa.

## 7 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

### 7.1 Tutkimustulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta sen suhteen tutkitaanko sitä, mitä on tarkoituskin tutkia. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, ovatko tutkimuksen tulokset yleistettävissä, ja jos ovat, mihin ryhmiin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimusprosessin omaa luotettavuutta, kuten oikeita käsitteitä, täsmällisiä tavoitteita ja huolellisesti laadittuja mittareita. (Metsämuuronen 2007, 55.) Validius on tulosta tutkijan ajattelusta ja toiminnasta, joka liittyy aiheen tuntemukseen ja aikaisempaan tutkimustietoon perehtymiseen. Hyvä perehtyminen auttaa käsitteiden operationalisoinnissa. (Alkula ym. 1994, 89–90.)

Tutkimuksen luotettavuustarkastelussa reliabiliteetillä tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja toistettavuutta, tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Satunnaisvirheitä voivat olla esimerkiksi pieni otoskoko, vastaajien muistivirheet, virhelyönnit tuloksia tallennettaessa tai tutkijan huono analyysimenetelmien hallinta. (Alkula ym. 1994, 94; Heikkilä 2010, 30.)

Tutkimuksen aineisto on hankittu postikyselynä vuonna 2005 perushoivatyöntekijöiden ammattiliittojen jäsenrekistereiden avulla. Aineisto kattaa koko maan. Vastausprosentti 72 % otoksesta on riittävä. Aineiston hankinta ammattiliittojen kautta saattaa merkitä sitä, että kysely ei ole tavoittanut nuorimpia ja hiljattain alalle tulleita työntekijöitä. Toisaalta voidaan olettaa, että nuoret ja erityisesti kaupungeissa asuvat mahdollisesti näkevät ammattijärjestöön liittymisen itselleen tärkeänä asiana. Hoivayrittäjät ja hoivayrityksissä työskentelevät perheenjäsenet ovat todennäköisesti aliedustettuina aineistossa. Näiltä osin tuloksia ei voi yleistää. Ammattiliittojen jäsenkunta edustaa kuitenkin Suomessa hoivatyöntekijöiden selvää enemmistöä ja siksi kyseinen aineiston hankintatapa on perusteltu. Katoanalyysiä ei ole tehty, koska kyseessä on valmiin tutkimusaineiston osa-aineisto.

Tutkimusaineiston hankkiminen kyselynä suoraan perushoivatyötä tekeville on eettisesti hyvä ratkaisu ja lisää myös tulosten luotettavuutta. Perustyötä tekevien ääni jää usein tutkimuksissa sekä yhteiskunnallisessa toiminnassa ja päätöksenteossa kuulematta. Vaikka aineisto on kerätty kuusi

vuotta sitten, on taloudelliselta ja eettiseltä kannalta katsottuna tärkeää, että laajaa aineistoa hyödynnetään edelleen tutkimuksessa. On perusteltua olettaa, että tutkimusaineisto antaa edelleen oikeata tietoa hoivatyöstä, sillä eivät tutkimuksessa käsitellyt asiat liene perushoivatyön tekijän kannalta muuttuneet kuudessa vuodessa paljontaan. Vanhustyöstä on julkisuudessa keskusteltu ajoittain vilkkaasti ja valvontaviranomaiset ovat puuttuneet joidenkin vanhusten laitosten henkilökuntamitoitukseen, joten siltä osin ei olla arvioni mukaan menty huonompaan suuntaan. Sama koskee vammaistyötä, sillä lainsäädännön velvoittavuus henkilökohtaisen avun saamiseen lienee parantanut vammaisten palveluja.

Tutkimusaineisto on kerätty Suomessa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa samalla lomakkeella toteutetulla postikyselyllä. Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu kansainvälisen tutkijaryhmän yhteistyönä. Useiden kysymysten pohjana on käytetty aiempia ruotsalaisia ja kansainvälisiä kyselyjä. Tutkimusryhmän jäsenet ovat hoivatyön asiantuntijoita, jotka ovat käyttäneet kysymysten laadinnassa aiempaa tutkijan kokemustaan, mikä lisää aineiston luotettavuutta. Toisaalta kysymykset piti muotoilla sopimaan kaikkiin neljään maahan, joten pelkästään Suomen olosuhteita ei kysymysten laadinnassa voitu huomioida. Lomake pilotoitiin kaikissa neljässä maassa ja palautteiden perusteella kysymyksiä muotoiltiin selkeämmiksi. (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 252–254). Asiantuntijuus, tutkijakokemus ja pilotointi kysymysten laadinnassa turvaavat tutkimuksen validiutta.

Tutkimuksen aineisto koostuu strukturoiduilla kysymyksillä hankitusta tiedosta. Tutkimuksen keskeinen kysymys liittyy siihen, millaisessa kuntatyypissä vastaaja työskentelee. Kysymys on lomakkeella muotoiltu seuraavasti:

*Työskenteletkö sinä*

*1. Suurkaupunkialueella (pääkaupunkiseudulla, Turun tai Tampereen seudulla)*

*2. Muulla kaupunki- tai taajama-alueella*

*3. Maaseudulla*

Vastaaja on joutunut arvioimaan, mihin näistä vaihtoehdoista hänen työpaikkansa sijoittuu. Jos työpaikka on esimerkiksi suurkaupungin tai kaupungin läheisellä maaseudulla, hallinnollisesti ehkä kuuluukin kaupunkiin, on vastaaja joutunut tulkitsemaan (ja ottamaan huomioon mahdolliset kunta-liitokset), mihin luokkaan hän työpaikkansa sijoittaa. Vastaajilla on saattanut olla tässä erilaisia tulkintoja, joten siltä osin jako kuntatyyppeihin ei ole aivan täsmällinen. Tämä heikentää tulosten luotettavuutta.

Käytän tutkimuksessani pientä osaa laajasta kyselyaineistosta. Käyttämäni osa sisältää taustamuuttujat, jotka on kysytty tarkasti. Tulokset ovat siltä osin luotettavia. Työtehtäviin liittyvissä kysymyksissä valmiit vastausvaihtoehdot tuovat selkeyttä ja helpottavat vastaamista, mutta on selvää, että ne eivät voi kattaa kaikkia mahdollisia hoivatyön työtehtäviä. Vastausvaihtoehtoja voidaan aina kritisoida siitä, että ne eivät ole kattavia. Näkemykseni mukaan vastausvaihtoehdot kyselylomakkeessa kuitenkin sisältävät tärkeimmät ja perushoivatyöntekijöiltä eniten aikaa vievät työtehtävät. Puhtaasti sairaanhoidollisia tehtäviä ei ole katsottu kuuluviksi perushoivatyöhön ja siksi niitä ei ole otettu mukaan valmiisiin vastausvaihtoehtoihin.

Aineistosta saa niukasti tietoa toiseen tutkimuskysymykseeni, joka koskee hoivatyöntekijöiden osaamista. Pystyn vastaamaan tutkimuskysymykseen vain yleisellä tasolla ja tutkimus jää siltä osin vaillinaiseksi. Täydentääkseni toista tutkimuskysymystä olen ottanut mukaan joitain työn kokemiin ja työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksiin liittyviä elementtejä, jotka valottavat hoivatyön työkäytäntöjä ja hoivatyöntekijöiden työprofiilia.

Valitsin analyysimenetelmät tutkimuskysymysten ohjaamana. Luonnollisesti myös tutkimusinstrumentti eli kyselylomake vaikuttaa menetelmävalintoihin. Analyyseissä käytin SPSS for Windows-tilasto-ohjelman versiota 15.

Tulosten luotettavuutta voidaan arvioida myös tarkastelemalla sitä, ovatko tulokset samansuuntaisia aiempien samaa aihetta käsittelevien tutkimusten kanssa. Hoivatyön toteuttamista kuntatyypeittäin koskevaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty, joten tällaista vertailua ei suoranaisesti voida tehdä. Olen analysoinut valitsemaani aineistoa useilla menetelmillä ja siltä osin kuin on ollut mahdollista, olen tehnyt vertailuja aiempiin tutkimuksiin. Tulokset ovat pääosin sopusoinnussa niiden kanssa. Ikääntyneiden hoivaan liittyvää aiempaa tutkimusta on enemmän kuin vammaistyöhön liittyvää hoivatutkimusta, joten nämä osa-alueet eivät ole pohdinnassa tasapuolisesti esillä.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy myös tutkijan puolueettomuus tutkimusprosessin aikana. Tutkija tekee subjektiivisia valintoja esimerkiksi analyysimenetelmistä ja raportointitavoista. Tutkija ei saa antaa omien mieltymystensä tai vakaumustensa vaikuttaa tutkimustuloksiin tai raportointiin. Kaikki tärkeät tutkimustulokset tulee raportoida avoimesti. (Heikkilä 2010, 31.)

Olen maaseudulla asuva, pitkään työssä ollut sosiaalialan opettaja, joten tutkijajositioni aiheeseen määrittyy sitä kautta. Tutkimustulosten tulkinnassa ja johtopäätöksissä tuon esille huolta niin sosiaalisen hoivan asemasta hoivatyön kokonaisuudessa kuin pienten maaseutukuntien mahdollisuuksista selvittää tulevaisuudessa hoivavelvoitteista. Olen kuitenkin nähdäkseni kyennyt tarkastelemaan

tuloksia objektiivisesti, sillä myös monet muut tahot ovat aiemmin nostaneet esille saman tyyppisiä huolenaiheita.

## 7.2 Tutkimustulosten yhteenveto

Tutkimusaineistoa analysoitiin ristiintaulukoinnin, varianssianalyysin ja erotteluanalyysin keinoin. Eri menetelmillä saatiin toisiaan tukevia ja täydentäviä tuloksia. Erotteluanalyysi monimuuttujamenetelmänä tuotti tuloksia, joita ei ristiintaulukoinnin avulla voida saada. Kuvaan seuraavassa yhteenvetoa eri analyysimenetelmillä saaduista tuloksista. Raportoin ensin hoivatyöntekijöitä ja hoivatyötä koskevat yhteneväisyydet maan eri osissa. Sen jälkeen kokoan yhteenvedon merkittävimmistä eroista hoivatyössä suurkaupungeissa, kaupungeissa ja taajamissa ja maaseudulla. Eroja kuvaamalla muodostan hoivatyöntekijöiden ammattiprofiilit eri kuntatyypeissä.

Kaikille hoivatyöntekijöille yhteinen suuri asiakasryhmä ovat henkilöt, joilla on dementia. Vain viidellä prosentilla hoivatyöntekijöistä ei ole lainkaan tällaisia asiakkaita. Toinen suuri yhteinen asiakasryhmä ovat henkilöt, joilla on psyykinen vamma tai sairaus, vaikkakin heitä on suurkaupungeissa hieman enemmän. Neljällä prosentilla hoivatyöntekijöistä ei ole lainkaan tällaisia asiakkaita. Kolmas suuri asiakasryhmä ovat henkilöt, jotka tarvitsevat apua siirtämisessä tai ovat vuodepotilaita, tosin heitä on suurkaupungeissa hieman vähemmän. Yhdeksällä prosentilla hoivatyöntekijöistä ei ole lainkaan tällaisia asiakkaita.

Yleisimmät hoivatyön työtehtävät ovat pääosin yhtenevät eri kuntatyypeissä. Hygienian hoitamisessa (peseytymisessä, wc-käynneissä, vaipanvaihdossa ja vastaavissa tehtävissä) auttaminen, tuen ja lohdutuksen antaminen, asiakkaan nostaminen ja siirtäminen, valmisruoan tarjoaminen, hiusten laitto ja käsi- ja jalkahoidot sekä yhteydenpito asiakkaan omaisiin ovat yleisimmät työtehtävät kaikissa kuntatyypeissä.

Kaikissa kuntatyypeissä tehdään yhtä vähän perinteisiä kotipalvelun tehtäviä, kuten päivittäistavaraostoksilla käyminen, lämpimän aterian valmistaminen, asiakkaan kodin siivoaminen ja asiakkaan kanssa kävelyllä lähteminen. Hoivatyön työtehtävät on yleensä päätetty hoito- ja palvelusuunnitelmassa tai hoitopäätöksessä kaikissa kuntatyypeissä. Silti kaikista työntekijöistä yli puolet katsoo, että heillä on työssään vapautta, että he useimmiten tai ainakin joskus voivat vaikuttaa työpäivänsä sisältöön.

**Suurkaupungeissa työskenteleviä hoivatyöntekijöitä voidaan kuvata seuraavanlaisen ammattiprofiilin avulla:**

Suurkaupungeissa työskentelevät ovat muita nuorempia, heillä on vähemmän työkokemusta ja heidän joukossaan on eniten lähihoitajan tutkinnon suorittaneita. Muihin kuntatyyppeihin verrattuna he työskentelevät useammin kotihoidossa ja harvemmin terveyskeskusten vuodeosastoilla. Asiakkaina on eniten sellaisia henkilöitä, joilla on psyykinen vamma tai sairaus tai päihteiden väärinkäyttöongelma. Sen sijaan muihin verrattuna on vähiten asiakkaita, jotka tarvitsevat apua siirtämisessä tai ovat vuodepotilaita. Suurkaupungissa työskentelevien työtehtäviin kuuluu selvästi vähiten pistosten antamista ja lääkkeitten jakamista dosetista. Toinen selvä ero eri kuntatyypeissä työskentelevien välillä liittyy asiakasmääriin. Suurkaupungeissa on pienimmät asiakasmäärät työvuorossa arkisin ja arki-iltaisina. Työnkuvaan suurkaupungeissa kuuluu muita enemmän asiointia asiakkaan kanssa kodin ulkopuolella ja hallinnollisia tehtäviä. Suurkaupunkien kotihoidossa työskentelevät kuntouttavat asiakkaita eniten, asumis- ja laitospalveluissa työskentelevien kohdalla eroa ei ole. Sen sijaan asumis- ja laitospalveluissa ollaan eniten mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa. Suurkaupunkien hoivatyöntekijöillä on eniten ristiriitaisia näkemyksiä työn vaatimuksista. Liiallisen vastuun kokeminen asiakkaista on heille leimallista.

**Kaupungeissa ja taajamissa työskenteleviä hoivatyöntekijöitä voidaan kuvata seuraavanlaisen ammattiprofiilin avulla:**

Kaupungeissa ja taajamissa hoivatyöntekijöiden työskentelypaikat ovat muihin kuntatyyppeihin verrattuna useimmin terveyskeskusten vuodeosastoilla ja vähiten kotihoidossa. Työhön kuuluu pistosten antamista ja lääkkeiden jakoa dosetista enemmän kuin suurkaupungeissa mutta hieman vähemmän kuin maaseudulla. Asiakasmäärät useimmissa työvuoroissa on suuremmat kuin suurkaupungeissa, mutta pienemmät kuin maaseudulla. Asumis- ja laitospalveluissa työskentelevät ovat mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa enemmän kuin maaseudulla, mutta vähemmän kuin suurkaupungeissa. Sen sijaan kotihoidossa työskentelevät ovat vähiten mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa. Työnkuvaan kuuluu myös vähiten asiointia asiakkaan kanssa kodin ulkopuolella.

### **Maaseudulla työskenteleviä hoivatyöntekijöitä voidaan kuvata seuraavanlaisen ammattiprofiilin avulla:**

Maaseudulla työskentelevät hoivatyöntekijät ovat työssään kokeneimpia ja heidän joukossaan on eniten perushoitajan koulutuksen saaneita. (Perushoitajia on kaupungeissa ja taajamissa lähes yhtä paljon kuin maaseudulla.) Maaseudulla työskentelevät ovat muihin verrattuna useimmin julkisen työnantajan palveluksessa. Asiakasryhmät maaseudulla poikkeavat hieman muista, sillä maaseudulla on muissa kuntatyypeissä työskenteleviin verrattuna vähiten asiakkaita, joilla on psyykkinen vamma tai sairaus tai päihteiden väärinkäyttöongelma. Sen sijaan maaseudun hoivatyöntekijöillä on eniten asiakkaita, joilla on kehitysvamma. Asiakasmäärät ovat maaseudulla suurimmat useimmissa työvuoroissa. Työtehtäviin kuuluu selvästi eniten sairaanhoidollisia toimia kuten pistosten antamista ja lääkkeiden jakoa, vähiten hallinnollisia tehtäviä kuten kirjaamista. Maaseudulla kotihoito eroaa muiden kuntatyyppien kotihoidosta siten, että paitsi asiakasmäärät työvuorossa ovat suuret, kuntoutusta kuuluu työhön vähiten. Toisaalta maaseudun kotihoidossa ollaan eniten mukana asiakkaiden vapaa-ajan toiminnoissa.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Tämän tutkimuksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä perushoivatyön luonteesta. Tutkimuksen tulosten mukaan hoivatyön pääasiallinen sisältö on fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja lisäksi hoiva sisältää myös henkistä tukea. Sen sijaan asiakkaiden sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtiminen on niukkaa. Tämä tarkoittaa sitä, että ellei vanhuksella tai vammaisella ole sellaista lähipiiriä tai sosiaalista verkostoa, joka voisi auttaa esimerkiksi ulos, asioille, virkistäytymään tai harrastuksiin lähtemisessä, jäävät nämä hyvinvointiin liittyvät osa-alueet toteutumatta tai vähälle. Ne kuitenkin tuovat elämään osallisuutta, mielekkyyttä ja arvokkuutta (Tedre 2007, 114). Aihepiiriä koskeneissa aiemmissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. (Esim. Kröger 2005a, Zechner 2008, 307; VTV 2010, 46, 104; Laitila 2010, 111.)

Sosiaalisen hyvinvoinnin käsitettä ja merkitystä tulisikin kirkastaa. Tässä voisi olla apuna sekä asiakasnäkökulman kuuleminen että ”sosiaalisen” selkeä määrittely. Ongelmana on se, että sosiaa-



lipalveluiden tietopohja ei anna selkeitä osoittimia palveluiden tarpeiden keskinäiseksi arvottamiseksi (Teperi 2006, 184). Ruoan ja lääkkeitten saaminen on välttämätöntä, mutta onko ulkona liikuminen ja harrastaminen välttämätöntä? Ihmisarvoiseen elämään kuuluu muutakin kuin olemassaolon turvaaminen, eksistenssiminimi (Tuori & Kotkas 2008, 218–219). Tässä tutkimuksessa on hoivatyön tehtävien kautta nostettu esille sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä elementtejä. Sosiaaligerontologialta ja vammaistutkimukselta voisi odottaa sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvää lisäanalyysiä, joka selkeyttäisi sosiaalisen hyvinvoinnin merkityksen ymmärtämistä ja arvostamista osana käytännön hoivatyötä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää suosituksia hoivapalveluita organisoiville ja niistä päättävälle taholle. Hoivatyön rakenteellinen murros näkyy tutkimuksen tuloksissa siten, että kotihoidossa työskentelevät ovat niukasti enemmistönä suurkaupungeissa, joissa rakenteellinen muutos lienee pisimmällä. Vastaavasti raskaassa laitoshoidossa, terveyskeskusten vuodeosastoilla, on suurkaupungeissa työssä merkittävästi pienempi osa hoivatyöntekijöitä kuin muissa kuntamuodoissa. Hoivapalvelujen suunta on Suomessa ollut lievästi kotihoitopainotteisuutta kohti (Kokko & Valtonen 2008, 21). Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategiaan liittyvän selvityksen mukaan lähihoitajan tulevaisuuden toimintaympäristö on yhä enemmän koti tai sitä vastaava (Hakala ym. 2010, 85). Poliittikaohjelmat ja suositukset korostavat jokaisen oikeutta asua kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Saatujen tulosten mukaan kunnissa hoivapalvelujen rakenteesta päättävien tulisi pyrkiä pois hoivapalveluiden laitospainotteisuudesta ja turvata kuntoutuspalvelut kotona asuville vanhuksille ja vammaisille.

Perushoivatyön kuormittavuutta tulisi vähentää. Jos hoivatyöntekijällä maaseudulla on tavallisena arkipäivänä keskimäärin 14, arki-iltana 16 ja yövuorossa 29 autettavaa asiakasta, ei liene mitenkään mahdollista toteuttaa hoivarationaalista, asiakkaan muuttuvat ja yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa työtapaa. On vielä muistettava, että maaseudulla kotihoidon työntekijöiden aikaa saattaa kuluu pitkien välimatkojen kulkemiseen. Asiakkaan omien voimavarojen ja itsenäisen toiminnan tukeminen jää vähälle silloin, jos aikaa työn tekemiseen on niukasti. Myös asenne työhön voi edistää tai ehkäistä kuntouttavan työotteen käyttämistä. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia, joissa on tuotu esille ristiriitaa hoivatyön kuntouttavien periaatteiden ja työn todellisuuden välillä (Muurinen & Raatikainen 2005, 21; Eloranta ym. 2009, 141; Leinonen 2009b, 145).

Suuret asiakasmäärät rasittavat hoivatyöntekijöitä. Työn rasittavuutta ei tässä tutkimuksessa käsitellä, mutta Teppo Kröger, joka on käyttänyt tutkimuksessaan samaa aineistoa kuin tässä tutkimuksessa on käytetty, toteaa, että perushoitajat ovat työpaineeltaan selvästi kaikkein huonoimmassa asemassa

oleva ammattiryhmä. Heillä on ammattiryhmistä suurimmat asiakasmäärät kaikissa työvuoroissa. Terveyskeskusten vuodeosastot ovat työpaikkoina raskaimpia, työpaine kovin ja asiakasmäärät korkeimmat palvelumuodoittain verrattuna. (Kröger 2009c, 36; d, 44.)

Työ on kuormittavaa fyysisesti ja henkisesti. Erityisesti suurissa yksiköissä muistisairaiden asukkaiden kanssa työskentely on haastavaa (Sinervo 2011, 10). Ellei tätä työn organisointiin ja mitoittamiseen liittyvää epäkohtaa, liiallista kuormitusta, saada korjattua, on mahdollista, että erityisesti laitoshoitotyöstä eläkkeelle jäävien perushoitajien tilalle ei saada päteviä ja pysyviä hoivatyöntekijöitä. Ankaraa työvoimapulaa hoiva-alalle ennustetaan erityisesti maaseudulle, jossa ikääntyneiden osuus on suuri ja taloudelliset resurssit vähäiset (Parkkinen 2002, 350). Parkkisen huoleen voidaan yhtyä, sillä kuten aiemmin todettiin, perushoivatyö maaseudulla on tämän tutkimuksen tulosten mukaan erityisen kuormittavaa.

Muistisairaiden asiakkaiden lisäksi perushoivatyöntekijöillä on myös muita vaativia asiakasryhmiä kuten henkilöt, joilla on psyykinen sairaus tai päihteiden väärinkäyttöongelma. Riippuu työn organisoinnista, johtamistyöstä, konsultaatiomahdollisuuksista ja aikaresursseista, miten hyvin näitä asiakasryhmiä pystytään auttamaan ja miten työntekijät työnsä kokevat. Tutkimuksen tuloksista voisi varovaisesti päätellä, että suurkaupungeissa eivät konsultaatiomahdollisuudet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden auttamiseksi ehkä ole riittävät, koska suurkaupunkien työntekijät kokevat hieman muita enemmän ristiriitaisuutta työn vaatimuksissa ja tuntevat, että joutuvat kantamaan vastuuta asiakkaista liiaksi yksin. Avohuollon mielenterveyspalveluiden ja hoivatyön peruspalveluiden yhteistyössä on (hoitajien mukaan) todettu puutteita aiempienkin tutkimusten perusteella (Andersson ym. 2004, 486). Konsultaatio- ja työnohjausmahdollisuudet tulisikin turvata perushoivatyöntekijöille, jotka työskentelevät erityisosaamista vaativien asiakasryhmien kanssa.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää suosituksia hoivatyön tekijöiden koulutuksen suunnittelijoille ja järjestäjille. Mielenterveyden häiriöistä ja muistisairauksista kärsivien asiakkaiden kohtaamiseen ja auttamiseen liittyvää osaamista tulee vahvistaa, koska näiden asiakasryhmien kanssa työskentelee lähes jokainen perushoivatyöntekijä. Vammaistyöhön liittyvää erityisosaamista tarvitaan perustasolla lisää, vaikka vammaistyö saattaa olla kuntakohtaisesti myös eriytettyä toimintaa. Jo edellä mainittu sosiaalisen hyvinvoinnin käsitteen kirkastaminen ja konkretisointi on tarpeen jo koulutuksen aikana, jotta tulevat alan työntekijät oppivat arvioimaan ja arvostamaan sosiaalisen hyvinvoinnin merkitystä ihmisen elämässä. Hoivatyön kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen ja hoivarationaalinen toimintatapa tulee olla alan opiskelussa keskeisenä tavoitteena. Koska perushoivatyö on niin fyysisesti kuin henkisesti raskasta, on syytä jo koulutuksen aikana kiinnittää

riittävästi huomiota siihen, että osaa käyttää ergonomisia työtapoja ja huolehtia oman työhyvinvointinsa ylläpitämisestä.

Osa tutkimuksen tuloksena näkyvistä eroista eri kuntamuodoissa on sellaisia, että hoivatyön eetosta ja kansalaisten tasa-arvoa ajatellen niitä ei saisi olla. Koska asiakasmäärät eri kuntatyypeissä ja maaseudulla kuntien välillä ovat suuret, merkitsee se sitä, että kansalaisilla on eriarvoiset mahdollisuudet saada tarvitessaan laadukasta hoivapalvelua. Aiheuttaako työntekijöiden liiallinen asiakasmäärä erityisesti maaseudulla palveluita käyttäville hoivavajetta, vaikka he olisivatkin palvelujen piirissä, kuten laitosasumisessa? Silva Tedre ja Anneli Pulkkinen (2010, 14) kysyvät, mihin saakka (maantieteellisesti) ajatus kaikille kuuluvista hyvinvointipalveluista ulottuu? Asuinpaikka ei saisi vaikuttaa palveluiden saamiseen tai laatuun, sillä tasa-arvon periaate koskee kaikkia kansalaisia (Anttonen & Sipilä 2000, 149).

Jos oletetaan, että vauraissa suurkaupungeissa tehtävä hoivatyö toimii suunnannäyttäjänä kooltaan pienemmille kunnille, voidaan tehdä johtopäätös, että esille tuotu epäily hoivatyön medikalisoitumisesta saattaa olla liioiteltu. Perushoivatyöntekijöiden työtehtävistä päätellen hoivatyö on maaseudulla jopa sairaanhoitokeskeisempää kuin suurkaupungeissa. Tämä johtune siitä, että maaseudulla työntekijät tekevät olosuhteiden pakosta laaja-alaisesti kaikkia alan työtehtäviä. Tärkeimpien perustehtävien yleisyydessä ei kuntamuotojen välillä ole suurta eroa. Tämä tulos on samansuuntainen Tepposen (2009, 195) kotihoitoa koskevan tutkimuksen kanssa. Toisaalta Kuopissa toteutetun kotihoidon seurantatutkimuksen mukaan sosiaalisen tuen saaminen on heikentynyt ja lähihoitajien sairaanhoidolliset tehtävät lisääntyneet. Tämä on ollut tietoisien kehittämisen tulosta. (Paljärvi ym. 2007, 100–101.)

Yhtenä keinona vanhuspalveluiden parantamiseen ja kuntakohtaisten erojen tasoittamiseen on parhaillaan vireillä oleva vanhuspalvelulaki, jossa säädettäisiin kuntien velvoitteista toteuttaa iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Lakiluonnoksen mukaan jokaisen iäkkään henkilön palvelutarve on selvitettävä ja sen jälkeen hänelle on nimettävä vastuutyöntekijä ja laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma, ellei se ole ilmeisen tarpeetonta. Tämän tutkimuksen aihepiirin kannalta tärkeitä ovat lakiehdotuksen kohdat, joissa kunnat velvoitetaan järjestämään ikääntyneille hoiva ja kuntoutus. Palvelut on toteutettava siten, että ne ”tukevat ja edistävät iäkkään henkilön itsenäistä suoriutumista, osallistumista ja kuntoutumista sekä ehkäisevät ennalta muuta palvelutarvetta. Palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa on otettava huomioon iäkkään henkilön mahdollisuus sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitämiseen ja mielekkääseen, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.” (STM 2011a.)

Lakiehdotuksen yhteydessä sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivuilla selvitetään lakiluonnoksessa mainitun hoivan tarkoittavan iäkkään henkilön avustamista ”perustoiminnoissa, joista hän ei suoriudu ilman toisen henkilön apua ja tukea. Tällä tarkoitetaan säännöllisesti toistuvia arkisia toimintoja, kuten pukeutumista, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista, vaate- ja ruokahuoltoa sekä ateriointia, kodin siisteydestä huolehtimista, asiointia ja liikkumista.” Kuntoutuksen mainitaan tässä yhteydessä tarkoittavan muun muassa itsenäisen selviytymisen edistämistä niin, että iäkäs selviytyisi askareistaan ja liikkumisestaan. Kuntoutuksen korostetaan merkitsevän fyysisen toimintakyvyn parantamisen lisäksi myös sosiaaliin suhteisiin ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyvää tukea, yksinäisyyden tunteen vähenemistä ja mahdollisuutta mielekkääseen tekemiseen ja itsensä toteuttamiseen. (STM 2011a.)

Toteutuessaan ehdotettu laki edistäisi juuri niitä hoivaan ja kuntoutukseen liittyviä osa-alueita, jotka tämän tutkimuksen tulosten mukaan jäävät puutteellisiksi tai toteutuvat vaihtelevasti eri kuntatyypeissä eri puolella Suomea. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimissa lakiluonnoksen perusteluissa mainitaan toimintakykyä edistävänä toimintana ja kuntoutuksena esimerkiksi kirjoitus-, taide-, keskustelu- ja liikuntaryhmien toimintaan osallistuminen. Opetusministeriön julkaisussa ”Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014” (OPM 2010, 75) nähdään tärkeänä monipuolistaa kulttuuripalveluja osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Toimintaohjelmassa ehdotetaan, että kulttuuritarpeet kirjataan palvelusuunnitelmaan ja että taiteen kuluttamisen tulisi olla kohtuuhintaista. Oikeus kulttuuriin voidaan nähdä ihmisoikeutena (Liikanen 2010, 27).

Lakiluonnoksen mukaan työntekijöillä tulisikin olla aiempaa enemmän mahdollisuuksia, osaamista ja halua auttaa ja tukea asiakkaita arkisen toimintakyvyn ylläpitämisessä, harrastamiseen ja vapaa-ajanviettoon liittyvissä asioissa. Yhteistyö kulttuuritoimen ja järjestöjen kanssa olisi tarpeen, ja myös muiden alojen, kuten kirjallisuuden, draaman, musiikin tai kuvallisen ilmaisun ammattilaisten panos tulisi tarvittaessa ottaa käyttöön (STM 2011a, 43).

Voidaan kysyä, tuovatko palveluiden erilaiset järjestämistavat, esimerkiksi laajenemassa oleva hoivayritystoiminta niihin uutta dynamiikkaa ja uusia innovaatioita, kuten vaikkapa Green Care (Hakonen 2003; Soini 2009), senioriteatteri tai muut kulttuuripalvelut (Hohenthal-Antin 2003). Hoivayrittäjä voi toimia monialayrittäjänä eivätkä hänen toimintaansa rajoita esimerkiksi kuntarajat (Rissanen & Sinkkonen 2005, 67).

Iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa ja vuoteen 2020 mennessä nykyisestä sosiaali- ja terveysalan henkilöstöstä noin kolmasosa siirtyy eläkkeelle. Osaavan henkilöstön turvaamisessa avainasemassa on

perustutkintotavoitteinen eli lähihoitajan koulutus. (TEM 2011, 21.) Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten lisäksi on hoivatehtävissä aina ollut myös avustavaa henkilökuntaa, kuten hoitoapulaisia, laitosapulaisia tai henkilökohtaisia avustajia. Tämän tutkimuksen aineistossa avustavissa tehtävissä toimivia on yksi kymmenesosa kaikista hoivatyöntekijöistä. Hoivatyön avustaviin tehtäviin ei ole ollut varsinaista koulutusta, ja esille on noussut ajatus lähihoitajan tutkintoa suppeamman hoiva-alan koulutuksen toteuttamisesta. Marja Vaarama (2004, 188) on ehdottanut entisen kotiavustajatoiminnan uudelleen virittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö sekä työ- ja elinkeinoministeriö ovat käyneet keskusteluja siitä, millaisia osaamisvaatimuksia hoiva-alan avustajilla olisi ja miten koulutusta voitaisiin järjestää. (STM 2011b, 43.)

Hoiva-avustajia on kaavailtu työskentelemään kotihoidossa ja palveluasumisessa asiakkaiden arki-toimiin liittyvissä tehtävissä. Tällaisia tehtäviä olisivat esimerkiksi pukemisessa, peseytymisessä, wc-käynneillä ja ruokailussa avustaminen, liikkumisen turvaaminen, asioiminen yhdessä asiakkaan kanssa ja asiakkaan sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen. (STM 2011b, 43.) Esimerkiksi luonnollinen ulkoilu vähenee iän myötä ja iäkkäät tarvitsevat muiden kannustusta liikkumiseen. Siksi ulkoilu olisi hyvä olla osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (Karvinen 2009, 50.) Ulkoilussa avustaminen sopisi hyvin hoiva-avustajan työrooliin.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella erityisesti liikkumiseen, asiointiin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvissä asioissa on tarvetta lisäpanostukseen. Mikäli hoiva-avustajalla tulee olemaan riittävä osaaminen ja ammattietiikka näihin tehtäviin, ei liene mitään estettä käyttää tällaisten uusien ammattilaisen työpanosta hoivatyössä. ”Tarvitsemme puhetta hoivaavista ja silittävistä, pyyhkivistä ja pitelevistä käsistä, hymyilevistä kasvoista” (Eräsaari 2003, 626). Ammattijärjestöt suhtautuvat empien hoiva-avustajakoulutukseen, koska epäilevät avustajien korvaavan koulutettuja hoitajia työelämässä (ks. SuPer 2011). Kyse on ammattijärjestöjen vaalimista ammattirajoista, mutta myös työnjaosta ammatillisen ja ei-niin-ammatillisen hoivatyön kesken (Tedre 2007, 96).

Hoivatyön ammatillisuuden rajoihin liittyy myös keskustelu uuden julkisjohtamisen (NPM) käytäntöjen soveltamisesta hoivatyöhön. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan näyttää siltä, että uusi julkisjohtaminen on tuonut mukanaan asiakkaiden, omaisten ja vapaaehtoisten hoivavastuun lisääntymistä ja käytännön hoivatyöntekijöille hallinnollisia tehtäviä. Hoivatyön perustehtävät painottuvat ”välittömään hoivaan” (Kuronen 2007, 128–129), välttämättömiin tehtäviin, kuten ruoasta ja puhtaudesta huolehtimiseen. Sen sijaan muut ihmisarvoiseen elämään liittyvät osa-alueet, kuten sosiaalisen hyvinvoinnin turvaaminen, jäävät omalle ja lähipiirin vastuulle. Hoiva sellaisena kuin se tämän tutkimuksen kappaleessa 2.1. määritellään ja miten sitä valmisteilla olevan vanhuspalvelulain peruste-

luissa kuvataan ei nykyisissä palveluissa toteudu. On ikään kuin kahdenlaista hoivaa: on puheissa ja teksteissä kuvattu hoiva (puhutaan paljon esimerkiksi asiakaslähtöisyydestä) ja on käytännön välttämättömiin tehtäviin painottuva työ, jota on kuvattu esimerkiksi tehokkaina ”hyppykäynteinä” asiakkaan luona (Niemelä 2006, 209). Raija Julkunen (2008, 185–186) kirjoittaa uuden julkisjohtamisen tuoneen mukanaan työn voimaperäistymistä ja epävarmuuden kasvua. Kuitenkin hoiva- ja kuntoutustyölle on ominaista tietty hitaus ja rauhallinen, pitkäjänteinen toiminta. Tehokkuuden kriteerit sopivat huonosti vanhus- ja vammaistyöhön, sillä vaarana on, että tehokkuuden korostaminen välineellistää työtä (Palomäki & Toikko 2007, 286).

Hoivatyö on ollut erityisesti 2000-luvulla suuressa muutoksessa. Tutkimustieto auttaa muutoksen ohjaamisessa. Aiemmin ei ole tehty tutkimusta, jossa vertailtaisiin hoivatyötä eri kokoisissa kaupungeissa, taajamissa ja maaseudulla. Tämän tutkimuksen mukaan eroja on – suurkaupungeissa työssä on väljyyttä asiakasmäärillä mitattuna ja kotihoidossa kuntoutetaan asiakkaita hieman enemmän kuin muissa kuntatyypeissä. Siksi voisi ajatella, että suurkaupunkien hoivatyössä toteutetaan joltain osin muita kuntatyyppejä paremmin kokonaisvaltaista toimintatapaa. Eroihin eri kuntatyyppien välillä tulee kuitenkin suhtautua varovaisesti, sillä monilta osin hoivatyön toimintatavat eri kunnissa ovat varsin samanlaiset.

Kiristynyt kuntatalous vaikeuttaa kaiken tyyppisissä kunnissa hoivan järjestämistä universaalipalvelun periaatteiden mukaan. Ongelmia on palvelujen saatavuudessa ja asiakkaiden inhimillisten tarpeiden huomioon ottamisessa. Vanhuspolitiikka ei saisi olla vanhusten hoitoa, vaan vanhuus tulisi ajatella elämänvaiheena, jonka aikana tarvitsee joitain palveluita. (Väärälä 2010, 554–555, 560.) Vammaispolitiikan tavoitteena on vammaisen henkilön itsenäinen elämä, jonka toteuttamiseen tarvitaan yksilöllisiä palveluja (STM 2010, 29–30). Jatkotutkimusta tarvitaan palveluiden järjestämisestä erilaisissa kuntatyypeissä, sillä yhden tutkimuksen perusteella ei voida tehdä kovin varmoja johtopäätöksiä. Hoivatyön mahdollista medikalisoitumista tulee tutkia lisää, sillä tähänastiset tutkimustulokset ovat jossain määrin ristiriitaisia. Uuden julkisjohtamisen ja hoivan tuotteistamisen vaikutukset hoivan sisältöön ja työn laatuun vaativat jatkotutkimusta. Tässä tutkimuksessa aihetta vain sivuttiin, mutta hoivan työtehtävien yleisyys, jota tässä tutkimuksessa on analysoitu, on hyvä vertailupohja mahdollisille hoivatyön tuotteistamista koskeville jatkotutkimuksille. Koska tämän tutkimuksen aineistoon ei kuulu hoivayrittäjiä, olisi mielenkiintoista tutkia, eroavatko käytännön hoivatyötä tekevien hoivayrittäjien ja tähän aineistoon kuuluvien hoivatyötä tekevien henkilöiden työtehtävät ja työkäytännöt toisistaan.

## LÄHTEET

- Aarva, Kim (2009) Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 1421. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ahlström, Salme & Mäkelä, Pia (2009) Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74: 6, 674–678.
- Alkula, Tapani, Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka (1994) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Andersson, Sirpa (2007) Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 169.
- Andersson, Sirpa, Haverinen, Riitta & Malin, Maili (2004) Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69: 5, 481–494.
- Anttonen, Anneli (1994) Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Teoksessa Anttonen, Anneli, Henriksson, Lea & Nätkin, Ritva (toim.) Naisten hyvinvointivaltio. Tampere: Vastapaino, 203–242.
- Anttonen, Anneli (2009) Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 54–98.
- Anttonen, Anneli & Sipiä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Anttonen, Anneli & Sointu, Liina (2006) Hoivapolitiikka muutoksessa. Julkinen vastuu pienten lasten ja ikääntyneiden hoivasta 12:ssa Euroopan maassa. Hyvinvointivaltion rajat – hanke. Helsinki: Stakes.
- Anttonen, Anneli, Sointu, Liina, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (2009) Lopuksi. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 238-254.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna (2009) Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 16–53.

- Davies, Karen (1996) Omsorgens struktur – tidens kärna. Teoksessa Eliasson, Rosmari (red.) Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. Lund: Studentlitteratur, 36–51.
- Eliasson, Rosmari (1996a) Introduktion. Teoksessa Eliasson, Rosmari (toim.) Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. Lund: Studentlitteratur, 15–21.
- Eliasson, Rosmari (1996b) Efterord. Teoksessa Eliasson, Rosmari (toim.) Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. Lund: Studentlitteratur, 231–245.
- Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Szebehely, Marta (1998) Omsorgskvalitet i svensk hemtjänst – hotad eller säkrad av att mätas? Teoksessa Eliasson-Lappalainen, Rosmari & Szebehely, Marta (red.) Vad förgård och vad består? Lund: Arkiv förlag, 124–159.
- Eloranta, Sini, Arve, Seija & Routasalo, Pirkko (2009) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. Gerontologia 3, 136–145.
- Eriksson, Katie (1987) Hoitamisen idea. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Eriksson, Katie, Isola, Arja, Kyngäs, Helvi, Leino-Kilpi, Helena, Lindström, Unni, Paavilainen, Eija, Pietilä, Anna-Maija, Salanterä, Sanna, Vehviläinen-Julkunen, Kaisa & Åstedt-Kurki, Päivi (2007) Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Eräsaari, Leena (2003) Koneen tehostamisesta. Yhteiskuntapolitiikka 68: 6, 622–626.
- Giddens, Anthony (2000) Kolmannen tien viittoja. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan lukemisto. Helsinki: Palmenia, 89–99.
- Graham, Hilary (1983) Caring. A labour of love. Teoksessa Janet Finch & Dulcie Groves (toim.) A Labour of Love. Women, Work and Caring. London: Routledge & Kegan Paul, 13–30.
- Grönroos, Eija & Perälä, Marja-Leena (2006) Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. Yhteiskuntapolitiikka 71: 5, 484–498.
- Hakonen, Sinikka (2003) Vihreä ympäristö eheyttää. Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 212-221.
- Hartikainen, Anne (2009) Vapaaehtoiset vuodeosastolla. Etnografinen tutkimus vanhusten ja vapaaehtoisten kohtaamisesta. Sosiaalipolitiikan väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos.



- Haverinen, Riitta, Muuri, Anu, Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Voutilainen, Päivi (2007) Hyvä arki ja tulevaisuuden sosiaalipalvelut. *Yhteiskuntapolitiikka* 72: 5, 503–511.
- Heikkilä, Tarja (2010) *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Hemming, Mia (2009) Vanhuspolitiikassa periaatteet ovat hyviä, mutta käytäntö ontuu. *Yhteiskuntapolitiikka* 74: 2, 222–224.
- Hietämäki, Johanna & Kantola, Heli (2010) Sosiaalityön ammatillisen lisensiaatinkoulutuksen arviointitutkimus. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 7.
- Hirvonen, Raija, Nuutinen, Päivi, Rissanen, Sari & Isola, Arja (2004) Miksi vanhustyö ei kiinnosta? *Hoitotiede* 16: 5, 235–246.
- Hohenthal-Antin, Leonie (2003) Senioriteatteri. Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) *Seni- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Jyväskylä: PS-kustannus, 161–172.
- Huhtanen, Petri, Rintala, Taina & Karvonen, Sakari (2005) Sosiaali- ja terveystenonjen alueelliset erot ja hyvinvointi kunnassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 70: 2, 132–142.
- Hyttinen, Hanna & Kangassalo, Ritva (2002) Vanhustyöntekijät – näkemyksiä vanhustyöstä ja sen kehittämistä. *Gerontologia* 4, 190–197.
- Hyvärinen, Sari, Laitinen, Pirjo, Hirvonen, Raija & Sinkkonen, Sirkka (1995) Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, heidän omaistensa ja työntekijöiden arvioimana Kuopiossa 1994. Teoksessa Sinkkonen, Sirkka (toim.) *Kotihoidon sisältö ja laatu Kuopiossa 1994*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 30. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 45–76.
- Ilmarinen, Katja & Yli-Viikari, Anja (2011) Maatilat tarjoavat kuntouttavaa päivätoimintaa Ruotsissa. *Tesso* 5, 18.
- Johansson, Stina (2002) *Den sociala omsorgens akademisering*. Stockholm: Liber.
- Jokivuori, Pertti (2002) Sitoutuminen työorganisaatioon ja ammattijärjestöön: kilpailevia vai täydentäviä. Jyväskylä *Studies in Education, Psychology and Research* 2006. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Jokivuori, Pertti & Hietala, Risto (2007) Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. Porvoo: WSOY.

- Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Julkunen, Raija (2000) Hyvinvointivaltion uudelleenjärjestäytyminen. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.) Sosiaalipolitiikan lukemisto. Helsinki: Palmenia, 100–128.
- Julkunen, Raija (2004) Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Henrikson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 168–186.
- Julkunen, Raija (2006a) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Julkunen, Raija (2006b) Kätkeyty hyvinvointivaltio vai pohjoismainen malli. Yhteiskuntapolitiikka 71: 2, 179–185.
- Julkunen, Raija (2006c) Universalismista köyhyyspolitiikkaan? Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 43–59.
- Julkunen, Raija (2008) Uuden työn paradoksit. Keskusteluja 2000-luvun työprosesseista. Tampere: Vastapaino.
- Jussila, Johanna (1994) Hoito- ja hoivapalvelu maaseudun mahdollisuutena. Helsingin yliopiston Mikkelin Maaseudun tutkimus- ja koulutuskeskuksen Julkaisuja 33.
- Jyrkämä, Jyrki (2003) Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 94–103.
- Kainulainen, Sakari, Rintala, Taina & Heikkilä, Matti (2001) Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Kahtiajakautuva Suomi? – tutkimusprojektin julkaisu. Tutkimuksia 114. Helsinki: Stakes.
- Karisto, Antti (1997) Vanhuus kaupungissa – johdatus teemaan. Teoksessa Karisto, Antti (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-vuotisjuhlakirja. Porvoo: WSOY, 7–39.
- Karisto, Antti (2003) Pelottava kaupunki. Teoksessa Kopomaa, Timo (toim.) Kohti kaupunkisosaalitehtäviä – haasteena tasapainoinen kaupunki. Helsinki: Palmenia-kustannus, 67–81.

- Karjalainen, Pekka, Karisto, Antti & Seppänen, Marjaana (2002) Lähiöt, kaupunkisosaalityö ja projektitoiminta. Teoksessa Juhila, Kirsi, Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.) Marginaalit ja sosaalityö. Jyväskylä: SoPhi Jyväskylän yliopisto, 253–271.
- Karvinen, Elina (2009) Liikkumattomuus on pahaksi ikäihmisten terveydelle. *Terveys ja talous* 5-6, 50.
- Karvonen, Sakari (2008) Miten ihmiset maalla voivat? Maaseudun hyvinvointi 2000-luvulla. Julkaisussa Haverinen, Riitta & Ilmarinen, Katja (toim.) Hyvinvoinnin arki maaseudulla. Tekeviä käsiä ja tietoteknologiaa. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisuja 3, 25–35.
- Karvonen, Sakari & Rintala, Taina (2005) Suomi pirstaleina? – Hyvinvoinnin alueelliset erot 2000-luvulla. *Maaseudun uusi aika* 2, 5-20.
- Kauppinen, Timo & Karvonen Sakari (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74: 5, 467–484.
- Kauppinen, Sari & Niskanen, Tapani (2005) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. STAKES. Raportteja 288.
- Kilpeläinen, Arja (2007) Sivukylät palvelujen katveessa? *Maaseudun uusi aika* 3, 59–68.
- Klemm, Kyllikki (2005) Maalla on somaa. Sosiaalinen hyvinvointi maaseudulla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. A: Tutkimuksia ja raportteja 1.
- Knijn, Trudie & Kremer, Monique (1997) Gender and the caring dimensions of welfare states: toward inclusive citizenship. *Social Politics* 4: 3, 328–361.
- Koistinen, Pertti (2003) Hoivan arvoitus. Tampere: Vastapaino.
- Kokko, Simo & Valtonen, Hannu (2008) Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:1, 12–23.
- Koskiahho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vastapaino.
- Koskinen, Simo (2004) Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti* 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 33. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 24–90.

- Kröger, Teppo (1990) Sosiaalityö pienessä maalaiskunnassa. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. Tutkimuksia sarja B Nro 7.
- Kröger, Teppo (1997) Hyvinvointikunnan aika. Kunta hyvinvointivaltion sosiaalipalvelujen rakentajana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. Acta Universitatis Tamperensis 561. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kröger, Teppo (2005a) Interplay between Informal and Formal Care for Older People: The State of the Nordic Research. Teoksessa Szebehely, Marta (toim.) Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. Köpenhamn: Nordisk Ministerråd, 243–280.
- Kröger, Teppo (2005b) Hoivaköyhyys yksinhuoltajaperheissä: kenelle lastenhoito-ongelmat kasautuvat? Teoksessa Takala, Pentti (toim.) Onko meillä malttia sijoittaa lapsiin? Kelan tutkimusosasto. Helsinki, 206–232.
- Kröger, Teppo (2009a) Care research and disability studies: Nothing in common? Critical Social Policy 29: 3, 398–420.
- Kröger, Teppo (2009b) Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 99–125.
- Kröger, Teppo (2009c) Suomalainen hoivatyö palvelumuotojen välisessä tarkastelussa. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti (2009) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6, 26–37.
- Kröger, Teppo (2009d) Suomalainen hoivatyö ammattien välisessä tarkastelussa. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6, 38–46.
- Kröger, Teppo & Vuorensyrjä, Matti (2008) Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. Vanhuspalvelujen koti- ja laitoshoitotyön piirteitä ja ongelmia. Yhteiskuntapolitiikka 73: 3, 250–266.
- Kröger, Teppo & Vuorensyrjä, Matti (2009) Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti Hoivan tekijät. Suomalainen hoi-

vatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6, 47–59.

Kröger, Teppo, Vuorensyrjä, Matti & Leinonen, Anu (2009) Johdanto. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti. Jyväskylän yliopisto, Sosiaalityön julkaisusarja 6, 15–25.

Kuronen, Tanja (2007) Vanhusten kotisiivous – hoivaa vai palvelua? Teoksessa Seppänen, Marjaana, Karisto Antti & Kröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–138.

Kähkönen, Liisa (2006) Suunta suomalaiselle kaupunkipolitiikalle. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Lahti, Pirkko (1997) Kaupunki mielenterveyden uhkana vai tukena? Teoksessa Karisto, Antti (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-vuotisjuhlakirja. Porvoo: WSOY, 86–94.

Laiho, Anne & Ruoholinna, Tarita (2008) Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. Yhteiskuntapolitiikka 73: 1, 36–51.

Laitila, Maija (2010) Pannaan paremmaksi – kahden yhteistoiminta-alueen johtavien sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoiden ajatuksia kunta- ja palvelurakennemuutoksesta kotihoidossa. Ammatillinen lisensiaatintutkimus. Hyvinvointipalveluiden erikoisala. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli (2005) Paikallinen näkökulma hyvinvointipalveluihin – kokemuksia hyvinvoinnin tuottamisesta ja toteuttamisesta. Maaseudun uusi aika 2, 71–78.

Lehto, Juhani, Kananoja, Aulikki, Koko, Simo & Taipale, Vappu (2003) Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.

Leino-Kilpi, Helena (2003) Potilas hoitotieteessä. Hoitotiede 6, 292–294.

Leinonen, Anu (2009a) Hoivatyöntekijöiden muutostoiveet tulevaisuudelle. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 6, 92–109.

- Leinonen, Anu (2009b) Hoivatyöntekijöiden muutostoiveiden topografia. Kannanottoja vanhusten kohteluun, henkilöresursseihin ja ikääntymispolitiikkaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 74: 2, 132–148.
- Lewinter, Myra (2004) Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *Journal of Social Welfare* 13, 89–96.
- Liikanen, Hanna-Liisa (2010) Kulttuurin merkitystä ei pidä aliarvioida ikääntyessäkään. *Gerontologia* 1, 27–32.
- Lindqvist, Raija (2009) Parisuhdeväkivallan kohtaaminen maaseudun sosiaalityössä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 354.
- Metsämuuronen, Jari (1998) Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. ESR-julkaisut -sarja 39. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus, STAKES, Suomen Kuntaliitto, Työministeriö.
- Metsämuuronen, Jari (2007) Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Meyer, Chris (1986) Naissosialisaatio ja huolenpityö – muutoksen mahdollisuuksia etsimässä. Teoksessa Rantalaiho, Liisa (toim.) *Miesten tiede, naisten puuhetki*. Tampere: Vastapaino, 143–155.
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimeettiin. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 178.
- Muuri, Anu, Manderbacka, Kristiina, Vuorenkoski, Lauri & Keskimäki, Ilmo (2008) Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 73: 4, 446–451.
- Muuri, Anu & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2006) Sosiaalipalvelut ja piiloutuva oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi, Juha, Vuorenkoski, Lauri, Manderbacka, Kristiina, Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 66–79.
- Muurinen, Seija & Raatikainen, Ritva (2005) Asiakkaan avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoitossa. *Gerontologia* 1, 13–22.

- Niemelä, Anna-Liisa (2006) Kiire ja työn muutos. Tapaustutkimus kotipalvelutyöstä. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 206.
- Notko, Tiina (2007) Asiakaslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Teoksessa Seppänen, Marjaana, Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 235–252.
- Nummenmaa, Lauri (2010) Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- OPM (2010) Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia – ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Hanna-Liisa Liikanen. Opetusministeriön julkaisuja 1. Opetusministeriö. Kulttuuri-, liikunta- ja nuorisopolitiikan osasto.
- Paljärvi, Soili, Rissanen, Sari & Sinkkonen, Sirkka (2003) Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana –seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2, 85–97.
- Paljärvi, Soili, Rissanen, Sari, Sinkkonen, Sirkka & Paljärvi, Leo (2007) Monitoimijainen arviointi yhdistetyn kotihoidon sisällöstä ja laadusta. Gerontologia 2, 92–103.
- Palomäki, Sirkka-Liisa & Toikko, Timo (2007) Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa Seppänen, Marjaana, Karisto Antti & Kröger, Teppo (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 271–287.
- Parkkinen, Pekka (2002) Suomi selviää vanhusmenoista – mutta entä muuttotappioalueet? Yhteiskuntapolitiikka 67: 4, 346–351.
- Perustuslaki PL (731/1999).
- Pietikäinen, Sirpa (1997) Oikeus arvokkaaseen minuuteen. Teoksessa Karisto, Antti (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-vuotisjuhlakirja. Porvoo: WSOY, 70–85.
- Piirainen, Veikko (1974) Vaivaishoidosta sosiaaliturvaan. Hämeenlinna: Arvi A. Karisto osakeyhtiö.
- Rajaniemi, Jere (2006) Arkea tukevat verkostot – ikääntyneiden kokemuksia arjen sujumisesta. Gerontologia 4, 169–181.
- Rantalaiho, Liisa (2004) Loppusanat. Teoksessa Henrikson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 235–242.

- Rauhala, Pirkko-Liisa (2002) Sosiaalityö ja hoiva yhdessä? *Janus* 10: 3, 283–285.
- Rauhala-Hayes, Marjo (1998) Etiikka ja hoito. Teoksessa Kempainen, Erkki & Mäntysaari, Mikko (toim.) *Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka*. Helsinki: Stakes Raportteja 223, 61–73.
- Raunio, Kyösti (1995) *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Tampere: Gaudeamus.
- Rintala, Taina & Elovainio, Marko (1997) Lähihoitajan työ, ammatti-identiteetti ja hyvinvointi. *Stakes Tutkimuksia* 86. Helsinki: Stakes.
- Rissanen, Sari (1999) *Omaishoito ja hoivayritykset vanhusten huolenpidon ratkaisuina? Väitöskirja*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 73. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Rissanen, Sari, Hujala, Anneli & Helisten, Merja (2010) The state and future of social service enterprises – a Finnish case. *European Journal of Social Work* 13: 3, 319–337.
- Rissanen, Sari & Sinkkonen, Sirkka (2004) Hoivayrittäjyyden käsite, tausta ja erityispiirteet. Teoksessa Rissanen, Sari & Sinkkonen, Sirkka (toim.) *Hoivayrittäjyys*. Jyväskylä: PS-kustannus, 12–24.
- Rissanen, Sari & Sinkkonen, Sirkka (2005) Tutkimusta hoivayrittäjyydestä. *Maaseudun uusi aika* 2, 62–70.
- Rose, Hilary (1983) Hand, Brain, and Heart. A Feminist Epistemology for the Natural Sciences. *Signs. Journal of Women in Culture and Society* 9: 1, 73–90.
- Ruohonen, Marita (2003) Järjestöt vapaaehtoistoiminnan areenoina ja mahdollistajina. Teoksessa Niemelä, Jorma & Dufva, Virpi (toim.) *Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituohannella*. Jyväskylä: PS-kustannus, 40–55.
- Saartenoja, Antti (2004) Kaupungin ja maaseudun vuorovaikutus alueellisessa kehittämisselityiikassa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C osa 214. Turku: Turun yliopisto.
- Samuelsson, Gillis & Wister, Andrew (2000) Client expectations and satisfaction of quality in home care services: A consumer perspective. *Home Care provider* 5, 223–230.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina (1996) *Hoito, huolenpito ja opetus*. Helsinki: WSOY.



- Simonen, Leila (1986) Naisten huolenpityö ja kodinhoitajan ammatti. Teoksessa Rantalaiho, Liisa (toim.) Miesten tiede, naisten puuhat. Tampere: Vastapaino, 208–232.
- Sinervo, Timo (2011) Henkilöstön hyvinvointi ikäihmisten palveluissa. Memo 2/2011, 10–13.
- Sipilä, Jorma (1985) Sosiaalipolitiikan tulevaisuus. Helsinki: Tammi.
- Sipilä, Jorma (2003) Hoivan organisointi: vaivaistalosta markkinatavaraksi. Janus 11: 1, 23–38.
- Sointu, Liina (2009) Koti hoivan tilana. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 176–199.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon taskutilasto 2010. THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010. THL. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2010. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Sosiaali- ja terveystieteen perustutkinto, lähihoitaja 2010. Ammatillisen perustutkinnon perusteet. Opetushallitus. Määräys 17/011/2010.
- STM (2005) Paara, Erkki (toim.) Vammaispalvelujen järjestäminen ja osaaminen. Selvitys vammaislakien yhdistämisestä. Selvityksiä 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2008a) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.
- STM (2008b) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE- ohjelma 2008–2011. Selvityksiä 6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2010) Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Julkaisuja 4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2011b) Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva –työryhmän muistio. Selvityksiä 28/2010. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomi, Asta (2003) Menetelmällisyyden perusteluja. Teoksessa Teoksessa Marin, Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 107–110.

- Suominen, Tuula & Henriksson, Lea (2008) Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73: 6, 625–639.
- SuPer (2011) SuPer suhtautuu kriittisesti hoiva-avustajakoulutukseen. *SuPer* 1, 45.
- Szebehely, Marta (1996) Om omsorg och omsorgsforskning. Teoksessa Eliasson, Rosmari (red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur, 21–35.
- Szebehely, Marta (2003a) Den nordiska hemtjänsten – bakgrund och omfattning. Teoksessa Szebehely, Marta (red.), *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur, 23–62.
- Szebehely, Marta (2003b) Hur ser hemhjälparna på sitt arbete? Teoksessa Szebehely, Marta (red.), *Hemhjälp i Norden – illustrationer och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur, 163–188.
- Szebehely, Marta (2005) Nordisk äldreomsorgsforskning: en sammanfattande discussion. Teoksessa Szebehely, Marta (toim.) *Äldreomsorg I Norden*. Nordisk Ministerråd, Kobenhavn.
- Szebehely, Marta & Trydegård, Gunn-Britt (2007) Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender? *Socialvetenskaplig Tidskrift* 14: 2–3, 197–219.
- Tainio, Laura & Wrede, Sirpa (2008) Practical Nurses' Work Role and Workplace Ethos in an Era of Austerity. Teoksessa Wrede, Sirpa, Henriksson, Lea, Høst, Håkon, Johansson, Stina, Dybbroe, Betina (red.) *Care Work in Crisis Reclaiming the Nordic Ethos of Care*. The authors and Studentlitteratur. Holmbergs i Malmö AB, 177–197.
- Taskinen, Helena, Helisten, Merja & Sihvonen, Ritva (2007) Asiakslähtöisyys yrittäjyyden ja asiakkuuden vetovoimatekijänä. Teoksessa Rissanen, Sari, Tiirikainen, Suvi & Hujala, Anneli (toim.) *Naisyrittäjyys – hyvinvointia ja johtamista*. Reaktioketju-hankkeen tutkimusraportti. Terveystalouden ja -talouden laitos. Minna Canth-instituutti. Kuopion yliopisto. Kuopio: Reaktioketju-hanke, 76–84.
- Tedre, Silva (1999) Hoivan sanattomat sopimukset. Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40.
- Tedre, Silva (2003a) Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Marin Marjatta & Hakonen, Sinikka (toim.), *Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuureissa*. Jyväskylä: PS-kustannus, 57–71.

- Tedre, Silva (2003b) Vanhusten avohuollon avaamattomat kysymykset. *Gerontologia* 2, 98–102.
- Tedre, Silva (2004) Likainen työ ja virallinen hoiva. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 63–83.
- Tedre, Silva (2006) Asunnon vangit – ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) *Vääryyskirja*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 161–171.
- Tedre, Silva (2007) Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana, Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä*. Jyväskylä: PS-kustannus, 95–119.
- Tedre, Silva, Ilmarinen, Katja & Nuutinen, Teija (2010) Ikänäköä maaseutupolitiikkaan, pinta-alalinssit ikäpolitiikkaan! *Gerontologia* 1, 33–39.
- Tedre, Silva & Pulkkinen, Anneli (2010) Vanhuksen paikka maaseudulla – vanhustyönjohtajien näkemyksiä. *Maaseudun uusi aika* 1, 5–16.
- Teperi, Juha (2006) Yhteenveto: saavatko kaikki riittävät palvelut? Teoksessa Teperi, Juha, Vuorenkoski, Lauri, Manderbacka, Kristiina, Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes, 181–188.
- Tepponen, Merja (2009) *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171.
- Titmuss, Richard M. (1974) *Social Policy. An Introduction*. Edited by Brian Abel-Smith and Kay Titmuss. London: George Allen & Unwin (Publishers) Ltd.
- Tronto, Joan (1994) *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Trydegård, Gun-Britt (2003) Swedish Care Reforms in the 1990s. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly people. *Revue Francaise des Affaires Sociales (RFAS)* 4, 443–460.
- Trydegård, Gun-Britt (2005) Äldreomsorgspersonalens arbetsvillkor i Norden – en forskningsöversikt. Teoksessa Szebehely, Märta (red.) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet, tema Nord 508, 143–195.

- Tuori, Kaarlo & Kotkas, Toomas (2008) *Sosiaalioikeus*. Helsinki: WSOY.
- Twigg, Julia (2000) Carework as a Form of Bodywork. *Aging and Society* 29: 4, 389–412.
- Twigg, Julia & Atkin, Karl (1994) *Carers perceived. Policy and practice in informal care*. Buckingham: Open University Press.
- Ungerson, Clare (1983) Why do women care? Teoksessa Janet Finch & Dulcie Groves (toim.) *A labour of love. Women, work and caring*. London: Routledge & Kegan Paul, 31–49.
- Uusitalo, Hannu (1993) Pohjoismaisen hyvinvointivaltion arvot ja käytäntö. Teoksessa Andersson, Jan Otto, Hautamäki Antti, Jallinoja, Riitta, Niiniluoto, Ilkka, & Uusitalo, Hannu. *Hyvinvointivaltio ristiaallokossa – arvot ja tosiasiat*. Sitran julkaisuja nro 131. Porvoo: WSOY, 59–95.
- Vaarama, Marja (2004) Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 33. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 132-198.
- Vaarama, Marja (2006) *Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa*. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoon kaupunki ja STAKES. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7.
- Vaarama, Marja, Kainulainen, Sakari, Perälä, Marja-Leena & Sinervo, Timo (1999) *Vanhusten laitoshoidon tila. Voimavarat, henkilöstön hyvinvointi ja hoidon laatu*. STAKES Aiheita 46.
- Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004) *Ikääntyneiden hoivapalvelut*. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Helsinki, STAKES, 36–59.
- Vaarama, Marja & Ylönen, Lauri (2006) *Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa*. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Osaraportti 1. Espoon kaupunki ja STAKES. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3.
- Vabø, Mia (2005) *Henkilökohtaisesta luottamuksesta sopimuskontrolliin*. *New Public Management pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa*. Suomentanut Leena Eräsaari ja Milja Markkanen. *Janus* 13: 2, 172–178.
- VTV (2010) *Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito*. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Viialainen, Riitta (2011) Vihreä hoiva tulee. *Tesso* 5, 16–18.

Vuorensyrjä, Matti (2006) *Lähihoitajat 2015*. Teoksessa Vuorensyrjä, Matti, Borgman, Merja, Kemppainen, Tarja, Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli *Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA): loppuraportti*. Opetusministeriö, Euroopan sosiaalirahasto, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Sosiaalityön julkaisusarja 4. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 90–156.

Vuorensyrjä, Matti (2009) *Kiireen kokemus hoivatyössä*. Teoksessa Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti, *Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Hoivatyön arkipäivää Pohjoismaissa –hankkeen loppuraportti*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisusarja 6, 79–91.

Väärälä, Reijo (2010) *Sosiaalihuolto murroksessa*. *Yhteiskuntapolitiikka* 75: 5, 554–561.

Wærness, Kari (1984) *Caring as Women's Work in the Welfare State*. Teoksessa Holter, Harriet (toim.) *Patriarchy in a Welfare State*. Oslo: Universitetsforlaget, 67–87.

Wærness, Kari (1987) *On the rationality of caring*. Teoksessa Showstack Sassoon, Anne (toim.) *Women and the state. The shifting boundaries of public and private*. London: Unwin Hyman, 205–234.

Wærness, Kari (1996) "Omsorgsrationalitet". *Reflexioner över ett begrepps karriär*. Teoksessa Eliasson, Rosmari (toim.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur, 203–220.

Wærness, Kari (2008) *Epilogue. The Unheard Voices of Care Workers and Care Researchers*. Teoksessa Wrede, Sirpa, Henriksson, Lea, Høst, Håkon, Johansson, Stina, Dybbroe, Betina (toim.) *Care Work in Crisis Reclaiming the Nordic Ethos of Care. The authors and Studentlitteratur*. Holmbergs i Malmö AB, 364–374.

Westman, Riikka & Muuri, Anu (2008) *Koko ei kasvata tyytyväisyyttä. Maaseudun asukkaiden mielipiteitä sosiaali- ja terveystalvuluista*. Julkaisussa Haverinen, Riitta & Ilmarinen, Katja (toim.) *Hyvinvoinnin arki maaseudulla. Tekeviä käsiä ja tietoteknologiaa. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisuja* 3, 37–47.

Williams, Fiona (2004) *Hoivan uudelleenarviointia sosiaalipolitiikassa*. Suomentanut Esa Penttilä. *Janus* 12: 1, 6–24.

Wrede, Sirpa & Henriksson, Lea (2004) Kahden kerroksen väkeä: kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 210–235.

Yura, Helen & Walsh, Mary B. (1988) Hoitotyön kehittäminen. Suomentanut Kristiina Toivanen. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Helsinki: WSOY.

Zechner, Minna (2008) Kykyjä kyvyttömyyden tasolla: hoivan vaiheet vanhusten kertomana. Janus 16: 4, 295–310.

Zechner, Minna & Valokivi, Heli (2009) Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Teoksessa Anttonen, Anneli, Valokivi, Heli & Zechner, Minna (toim.) Hoiva. Tampere: Vastapaino, 154–175.

## WWW-LÄHTEET

Hakala, Raili, Tahvanainen, Sirpa, Ikonen, Tiina & Siro, Annemari, Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämisstrategia.

<http://osaavalahihoidaja2020.wikispaces.com>. Luettu 26.3.2011.

Kunnat.net. Tietopankit ja tuotteet. [www.kunnat.net](http://www.kunnat.net). Luettu 22.11.2011.

Paljärvi, Soili, Rissanen, Sari, Sinkkonen, Sirkka, Paljärvi, Leo (2011) What happens to quality in integrated homecare? A 15-year follow-up study. International Journal of Integrated Care 11.

<http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/viewArticle/571/1255>. Luettu 22.9.2011.

Rissanen, Sari, Hujala, Anneli, Laukkanen, Virpi, Helisten, Merja & Taskinen, Helena (2011) Start-up Motivations and Growth Orientation of Owners of Family Business – a Care Entrepreneurship Approach. Electronic Journal of Family Business Studies (EJFBS) 5: 1-2, 55–72. Luettu 17.9.2011.

TEM (2011) Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 8. Laiho, Ulla-Maija (toim.), Lith, Pekka, Hyvä 2009–2011. Toiminta ja tulokset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kehittämisstrategia. [www.tem.fi/julkaisut](http://www.tem.fi/julkaisut). Luettu 27.6.2011.

- Soini, Katriina, Green Care – hyvinvointia maaseutuymäristöstä. Luento Rajapintaan, Kokkola 20.4.2009. [www.maaseutupolitiikka.fi/teemaryhmat/hyvinvointipalvelut/green\\_care](http://www.maaseutupolitiikka.fi/teemaryhmat/hyvinvointipalvelut/green_care). Luettu 25.5.2011.
- THL (2010) Yksityiset sosiaalipalvelut 2009. [www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010). Luettu 25.5.2011.
- STM (2011a) Luonnos laiksi iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalvelujen saannin turvaamisesta, yksityiskohtaiset perustelut. [www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali- ja\\_terveydenhuolto/ikaanyneet](http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali-ja_terveydenhuolto/ikaanyneet). Luettu 25.5.2011.
- Szebehely Marta & Daly, Tamara (2009) Unheard voices, unmapped terrain: comparative welfare research and paid care for older people in Sweden and Canada. Paper to be presented at the RC19 Conference, Social Policies: Local Experiments, Travelling Ideas. Montreal, August 20-22, 2009. [www.cccg.unmontreal.ca](http://www.cccg.unmontreal.ca). Luettu 1.4. 2011.
- Vuorio, Satu & Väyrynen, Riikka (2011) Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystalveluissa 2009. THL:n tilastoraportti 12. [www.thl.fi/tilasto- ja\\_rekisteritieto/tilastouutiset](http://www.thl.fi/tilasto- ja_rekisteritieto/tilastouutiset). Luettu 8.6.2011.

## TÄMÄ LOMAKE ON SINULLE, JOKA HOIDAT TYÖSSÄSI VANHUKSIA TAI VAMMAISIA.

Oletko viimeisten 12 kuukauden aikana hoitanut työssäsi vanhuksia tai vammaisia?

- Olen  
 En ole →

**JOS VASTASIT EN OLE, ÄLÄ VASTAA MUIHIN KYSYMYKSIIN. PYYDÄMME KUITENKIN SINUA LÄHETTÄMÄÄN LOMAKKEEN MEILLE OHEISESSA VASTAUSKIRJEKUORESSA. TÄLLÖIN EMME TURHAAN LÄHETÄ SINULLE MUISTUTUSKIRJETTÄ.**

**KIIITOS OSALLISTUMISESTASI!**

**JOS VASTASIT *OLEN*, PYYDÄMME SINUA JATKAMAAN LOMAKKEEN TÄYTTÄMISTÄ.**

### A. ENSIKSI JOITAIN KYSYMYKSIÄ SINUSTA ITSESTÄSI

1. Oletko sinä ...

- Nainen  
 Mies

2. Milloin sinä olet syntynyt?

Vuonna 19.....

3. Missä sinä olet syntynyt?

- Suomessa  
 Jossain muussa maassa, missä? .....

.....

4. Työskenteletkö sinä ...

- Suurkaupunkialueella (pääkaupunkiseudulla, Turun tai Tampereen seudulla)  
 Muulla kaupunki- tai taajama-alueella  
 Maaseudulla

5. Onko sinulla koulutusta hoitotyöhön?

- Ei  
 Kyllä, yhteensä alle kuukausi  
 Kyllä, yhteensä 1 – 5 kuukautta  
 Kyllä, yhteensä 6 – 11 kuukautta  
 Kyllä, yhteensä 1 – 2 vuotta  
 Kyllä, yhteensä yli 2 vuotta

Kerro koulutuksesi nimi/koulutustesi nimet:

.....  
.....  
.....

6. Kuinka kauan olet yhteensä työskennellyt vanhusten tai vammaisten parissa?

- Alle vuoden  
 1 – 5 vuotta  
 6 – 9 vuotta  
 10 – 19 vuotta  
 20 vuotta tai kauemmin



## B. KYSYMYKSIÄ TYÖSUHTEESTASI, TYÖPAIKASTASI JA TYÖAJOISTASI

### 1. Hoidatko nykyisin työssäsi vanhuksia tai vammaisia?

Kyllä

En

Jos vastasit *en*, teetkö jotain seuraavista?

Opiskelen

Olen muussa hoitoalan työssä

Olen muussa työssä (*en* hoitoalalla)

Olen äitiys-/isyys-/vanhempain-/hoitovapaalla

Olen sairauslomalla

Olen eläkkeellä

Saan työttömyyspäivärahaa

Jotain muuta, mitä? .....

.....

Jos vastasit *kyllä*, teetkö jotain seuraavista vanhusten/vammaisten hoitotyösi ohessa?

Opiskelen

Olen muussa hoitoalan työssä

Olen muussa työssä (*en* hoitoalalla)

Olen äitiys-/isyys-/vanhempain-/hoitovapaalla

Olen sairauslomalla

Olen eläkkeellä

Saan työttömyyspäivärahaa

Jotain muuta, mitä? .....

.....

**VAIKKA ET TÄLLÄ HETKELLÄ TYÖSKENTELESIKÄÄN VANHUSTEN TAI VAMMAISTEN PARISSA, PYYDÄMME SINUA KUITENKIN JATKAMAAN LOMAKKEEN TÄYTTÄMISTÄ. TÄSSÄ TAPAUKSESSA KERRO VASTAUKSISSASI VIIMEISIMMÄSTÄ TYÖPAIKASTASI, JOSSA HOIDIT VANHUKSIA TAI VAMMAISIA.**

**JOS TYÖSKENTELET TÄLLÄ HETKELLÄ SAMANAIKaisesti USEAMMASSA HOITOALAN TYÖPAIKASSA, KERRO VASTAUKSISSASI SIITÄ TYÖSTÄ, JOSSA TYÖSKENTELET AJALLISESTI ENITEN.**

### 2. Missä työskentelet pääasiallisesti?

Asiakkaiden ”tavallisissa” kodeissa

Vanhusten tai vammaisten laitoksessa tai asumispalveluyksikössä (esim. vanhainkoti, terveyskeskuksen vuodeosasto, palvelutalo, asuntola, ryhmäkoti, perhekoti, hoitokoti)

Sekä asiakkaiden ”tavallisissa” kodeissa että jonkinlaisessa laitoksessa/asumispalveluyksikössä

Päivätoiminnassa, kuntoutusyksikössä tai muussa toiminnassa, joka on tarkoitettu kotona asuville ihmisille

Muualla, missä? .....

### 3. Millä nimellä kutsutaan sitä työpaikkaa/toimintamuotoa, jossa työskentelet?

(esim. kotipalvelu, kotisairaanhoido, vanhainkoti, hoitokoti, henkilökohtainen avustajatoiminta, kehitysvammaisten ryhmäkoti)

.....

.....

### 4. Mikä on ammattinimikkeesi? (esim. kodinhoitaja, lähihoitaja, hoitoapulainen, henkilökohtainen avustaja)

.....

### 5. Kuka on työnantajasi?

Kunta, kuntayhtymä tai valtio

Muu työnantaja (jos mahdollista, valitse yksi alla olevista vaihtoehdoista)

yksityinen suuryritys

yksityinen pienyritys

osuuskunta, säätiö, järjestö tai yhdistys

henkilöstövuokrausta harjoittava yritys

joku muu, kuka? .....

### 6. Millainen työsuhte sinulla on?

Vakituinen työsuhte (palkattu toistaiseksi)

Määräaikainen työsuhte (sijaisuus, koeaika, projekti tai vastaava)

Tuntimääräinen työsuhte (tuntipalkka)

Jokin muu, mikä? .....

**7. Tiedätkö tulevat työaikasi 1–2 viikkoa etukäteen?**

- Lähes aina  
 Usein  
 Harvoin  
 En koskaan

**8. Työskenteletkö koko- vai osa-aikaisesti?**  
(jos työtuntisi vaihtelevat, yritä arvioida, kuinka paljon tavallisesti työskentelet)

- Kokoaikaisesti  
 Osa-aikaisesti: noin ..... tuntia viikossa

**9. Oletko tyytyväinen työtuntiesi määrään?**

- Kyllä  
 En, haluaisin lisää työtunteja  
 En, haluaisin vähemmän työtunteja (vaikka palkka jäisikin tällöin pienemmäksi)

**10. Mihin aikaan sinä tavallisesti työskentelet?**

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- Arkisin, päiväaikaan  
 Arkisin, iltapäiväaikaan  
 Lauantaisin/sunnuntaisin  
 Öisin  
 ”Päivystän” (nukun työpaikalla)

**11. Kuinka usein tapaatte työpaikallasi lähimmän esimiehenne?**

- Lähes joka päivä  
 Joka viikko  
 Joka kuukausi  
 Harvemmin tai ei koskaan  
 Minulla ei ole esimiestä

## C. KYSYMYKSIÄ ASIAKKAISTASI JA TYÖTEHTÄVISTÄSI

**1. Tässä kyselyssä kutsumme niitä ihmisiä, joita sinä autat, ”asiakkaiksi”, mutta vanhusten ja vammaisten hoitotyössä palvelujen saajista käytetään monia erilaisia sanoja. Mitä sanaa sinä itse tavallisesti käytät?**

.....

**2. Kuinka montaa eri ihmistä sinä tavallisesti autat työvuoron aikana?**

Jos et työskentele kysyttynä aikana tai jos et koskaan työskentele suoraan asiakkaiden parissa, kirjoita viivalle 0 (nolla).	Onko asiakasmääräsi sinusta sopiva?		
	Ei, se on liian suuri	Kyllä, se on sopiva	Ei, se on liian pieni
a. ... arkipäivisin, päiväaikaan: noin ..... asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... arkipäivisin, iltapäiväaikaan: noin ..... asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... lauantaisin tai sunnuntaisin: noin ..... asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... öisin: noin ..... asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Minkä ikäisten asiakkaiden parissa tavallisesti työskentelet?**

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- Iäkkäiden asiakkaiden (65 vuotta tai yli)  
 Aikuisten alle 65-vuotiaiden asiakkaiden  
 Lasten/Nuorten (alle 20 vuotta)

#### 4. Kuinka moni/monella niistä, joita tavallisesti autat, mielestäsi ...

	Ei kenel- läkään	Muuta- milla	Noin puolella	Useim- milla	Kaikilla
a. ... tarvitsee apua siirtämiseensä (tai on vuodepotilas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... on psyykinen vamma/sairaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... on dementia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... on kehitysvamma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... on päihteiden väärinkäyttöongelma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Kuinka usein työssäsi tavallisesti ...

	Useasti päivässä	Joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin tai en koskaan
a. ... siivoat asiakkaan kotia, esim. imuroit tai pyyhkit lattioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... valmistat lämpimän aterian (lounaan tai päivällisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... tarjoilet valmisruokaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... käyt ostamassa päivittäistavaroita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... autat henkilökohtaisessa hygieniassa, esim. suihkussa, wc- käynneissä, vaipanvaihdossa tai vastaavassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... nostat tai autat siirtämään ihmisen, esim. sängystä tai pyörätuolista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... juot kupillisen kahvia tai vastaavaa yhdessä asiakkaan kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ... annat tukea ja lohdutusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ... lähdet asiakkaan kanssa kävelylle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ... teet hallinnollisia tehtäviä, esim. kirjaat asioita asiakasasia- kirjoihin, teet tilauksia tai hankit työntekijöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6. Oletko viimeksikuluneen kuukauden aikana tehnyt jonkun/joitain seuraavista tehtävistä työssäsi?

Vastaa ruksaamalla jompi kumpi vaihtoehto jokaisesta osakysymyksestä

	Olen	En ole
a. Ohjannut kävelyn tai puheen harjoittelua tai tehnyt jonkin muun kuntouttavan toimenpiteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jakanut lääkkeitä dosetista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Antanut pistoksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Laittanut asiakkaan hiuksia, antanut käsi- tai jalkahoitoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Käynyt asiakkaan kanssa asioilla asunnon ulkopuolella (esim. lääkärissä, kaupassa, pankissa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ollut yhden tai useamman asiakkaan mukana hänen/heidän vapaa-ajan toiminnassaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ollut yhteydessä terveydenhuoltoon, toisiin hoitajiin tai viranomaisiin oman työpaikkasi ulkopuolelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ottanut yhteyttä asiakkaan omaisiin tai saanut heiltä yhteydenottoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 7a. Kerro, jos on joitain työtehtäviä, joihin haluaisit saada lisää aikaa:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**7b. Kerro, jos on joitain työtehtäviä, joilta haluaisit mieluiten välttyä:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**8. Ovatko ne työtehtävät, joita sinun on määrä tehdä kunkin asiakkaan kanssa/luona, etukäteen päätetty esimerkiksi hoitosuunnitelmassa tai hoitopäätöksessä?**

- Useimmiten
- Joskus
- Harvoin
- Ei koskaan

**9. Tapahtuuko sellaista, että toteuttaaksesi asiakkaan tarpeen tai toiveen teet jotain muuta kuin mitä oli etukäteen suunniteltu?**

- Tämä ei koske minua, sillä työtehtäviäni ei yleensä suunnitella etukäteen.
- Joka päivä
- Joka viikko
- Joka kuukausi
- Harvemmin
- Ei koskaan

## D. MITÄ AJATTELET TYÖSTÄSI JA TYÖOLOSUHTEISTASI?

**1. Kuinka on sinun työssäsi:**

	Useimmiten	Joskus	Harvoin	Ei koskaan
a. Ovatko työtehtäväsi kiinnostavia ja mielekkäitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Onko sinulla liian paljon tekemistä työssäsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Antaako työ sinulle mahdollisuuksia oppia uutta ja kehittyä ammatissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Voitko vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työsi pitää sisällään?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Saatko työnjohdolta riittävästi tietoa työpaikallasi tapahtuvista muutoksista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Onko sinulla aikaa keskustella työstä työtoveriesi kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Saatko työssäsi tukea lähimmältä esimieheltäsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Saatko työssäsi tarvitsemaasi täydennyskoulutusta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Tapahtuuko sellaista, että tunnet itsesi riittämättömäksi, koska asiakkaat eivät saa sinun mielestäsi kohtuullista apua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Tunnetko huolta siitä, että työtilanteesi saattaa muuttua organisaatiomuutosten, täysin uusien työtapojen tai vastaavien muutosten johdosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Kuinka hyvin uskot taitojesi vastaavan työsi asettamia vaatimuksia?**

- Vaatimukset ovat liian korkeat.
- Taitoni vastaavat vaatimuksia.
- Vaatimukset ovat liian alhaiset.

**3. Onko sinulla työntekijänä käytettävissäsi ...**

	On	Ei ole
a. ... hyvin toimivat henkilöstötilat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... työaikaa liikuntaan tai muuhun terveyttä edistävään toimintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... vaikeissa tilanteissa työnohjausta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... riittävät apuvälineet fyysisesti raskaisiin työtehtäviin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Arvostavatko seuraavat henkilöt mielestäsi työtäsi ....**

	Paljon	Aika paljon	Aika vähän	Ei lainkaan	En osaa sanoa
a. ... asiakkaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... asiakkaiden omaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... työtoverisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... lähin esimiehesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... kunnat ylimmät virkamiehet ja poliitikot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Kuinka usein työssäsi ...**

	Lähes joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin	Ei koskaan
a. ... sinun täytyy työskennellä virallista työaikaasi kauemmin (palkallisena ylityönä)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sinä työskentelet kauemmin kuin mistä sinulle maksetaan (palkattomana ylityönä)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... sinä jätät lounastauon pitämättä tai lyhennät sitä sen vuoksi, että sinulla on liikaa tekemistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... työpaikaltasi puuttuu henkilökuntaa sairauslomien, muiden vapaiden tai täyttämättömien virkojen johdosta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... sinä nostat, siirrät tai kannat jotain raskasta (ihmistä tai esinettä)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... sinä työskentelet kyyristyneenä, vääntyneissä tai muuten epämukavissa/hankalissa työasennoissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ... sinä työskentelet työtehtäviisi sopimattomissa tiloissa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Kuinka usein ...**

	Lähes joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin	Ei koskaan
a. ... asiakas tai hänen omaisensa kritisoi tai haukkuu sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sinuun kohdistuu asiakkaan tai hänen omaisensa taholta väkivaltaa tai sen uhkaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... asiakas tai hänen omaisensa lähentelee sinua sukupuolisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... kuulet asiakkaalta tai hänen omaiseltaan ulkomaalais-vihamielisiä kommentteja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Tässä on joitain väittämiä työstä ja työpaikasta. Valitse jokaisen väittämän kohdalla vaihtoehto, joka vastaa parhaiten sinun omaa näkemystäsi.**

	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
a. ”Tunnen kantavani vastuun asiakkaistani usein liian yksin.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ”Voin luottaa työtovereihini, että he suorittavat tehtävänsä hyvin.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ”Yhä enemmän työajastani kuluu paperitöihin, jotka eivät aina tunnu mielekkäiltä.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ”Työpaikallani henkilökuntaa rohkaistaan esittämään kritiikkiään ja näkemyksiään toiminnasta.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ”Olen huolissani, koska saatan menettää työni.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ”Asiakkaitten kohtaamisissa saan usein paljon myös itselleni.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ”Tuntuu kuin työnjohto ei luottaisi henkilökuntaan: on liian paljon ohjausta ja kontrollia.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Ovatko työolosuhteesi mielestäsi parantuneet vai huonontuneet viime vuosien aikana?**

- Yleisesti ottaen parantuneet  
 Ei muutosta  
 Yleisesti ottaen huonontuneet

**9. Ovatko mahdollisuutesi vastata asiakkaiden tarpeisiin mielestäsi parantuneet vai huonontuneet viime vuosien aikana?**

- Yleisesti ottaen parantuneet  
 Ei muutosta  
 Yleisesti ottaen huonontuneet

**10. Kuinka monta kertaa olet viimeisten 12 kuukauden aikana ollut oman sairautesi johdosta poissa töistä?**

- En kertaakaan  
 Kerran  
 2 – 5 kertaa  
 Enemmän kuin 5 kertaa

**11. Kuinka monta kertaa olet viimeisten 12 kuukauden aikana mennyt töihin, vaikka terveydentilaasi ajatellen sinun olisi oikeastaan pitänyt hakea sairauslomaa?**

- En kertaakaan  
 Kerran  
 2 – 5 kertaa  
 Enemmän kuin 5 kertaa

**12. Tapahtuuko, että...**

	Lähes aina	Usein	Joskus	Vain harvoin	Ei koskaan
a. ... tunnet itsesi päivän työn jälkeen fyysisesti väsyneeksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... sinulla on työn jälkeen selkäkipua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... tunnet itsesi päivän työn jälkeen henkisesti uupuneeksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... sinulla on vaikeuksia nukkua, koska työhön liittyvät ajatukset valvottavat sinua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Onko terveytesi tai turvallisuutesi mielestäsi vaarassa työsi takia?**

- Kyllä, hyvin suuressa vaarassa  
 Kyllä, melko suuressa vaarassa  
 Ei, melko vähäisessä vaarassa  
 Ei, hyvin vähäisessä vaarassa tai ei lainkaan vaarassa  
 En osaa sanoa

**14a. Oletko viimeisen vuoden aikana vakavasti harkinnut lopettaa nykyisen työsi?**

- Olen  
 En ole

**14b. Jos uskot lopettavasi nykyisen työsi nyt tai myöhemmin, kerro miksi:**

.....  
.....  
.....  
.....

**14c. Jos uskot pysyväsi nykyisessä työssäsi, kerro mikä pitää sinut siinä:**

.....  
.....  
.....  
.....

**15. Monet kunnat ovat viime aikoina organisoineet vanhuksille ja vammaisille tarkoitetut palvelunsa uudelleen. Jotkut ovat ottaneet käyttöön *tilaaja-tuottajamallin*. Tällöin erilliset palvelutarpeen arvioijat päättävät, millaista apua asiakas saa ja he tilaavat palvelun kunnalliselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Jotkut kunnat ovat ottaneet käyttöön *palvelusetelin*, jolloin asiakas itse valitsee, miltä palveluntuottajalta hän haluaa apunsa.**

**Tässä on joitain kysymyksiä siitä, miten asiat ovat sinun työpaikallasi.**

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
a. Päättääkö erillinen palvelutarpeen arvioija (joka on sinun työpaikkasi ulkopuolella) siitä, mihin asioihin asiakkaat saavat apua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Toimiiko yksityisiä vanhus- ja vammaispalveluyrityksiä siinä kunnassa, missä työskentelet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Onko sinun työpaikkasi kilpailutettu (eli onko kilpailevia tarjouksia pyydetty kunnallisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Voivatko asiakkaasi niin halutessaan (ilman lisäkustannuksia) valita työpaikkasi sijasta toisen palveluntuottajan (palvelusetelimalli tai muu ns. kuluttajanvalintamalli)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Arvioidaanko työpaikkasi toiminnan laatu säännöllisesti ja/tai verrataanko sitä toisiin hoitotyön yksiköihin kunnassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Seuraavia väittämiä kuulee joskus. Jotkut ovat puolesta, toiset ovat vastaan. Mitä mieltä sinä itse olet niistä?**

	Olen täysin samaa mieltä	Olen osittain samaa mieltä	Olen osittain eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
a. ”Työn statusta nostaisi, jos hoitohenkilökunnassa olisi enemmän miehiä.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ”Yksityisten työnantajien pitäisi tuottaa suurempi osa vanhus- ja vammaispalveluista.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ”Apua tarvitsevien vanhusten ja vammaisten pitäisi saada enemmän apua omaisiltaan.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ”Veroja pitäisi nostaa niin, että vanhus- ja vammaispalvelut saisivat lisää resursseja.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ”Asiakkaiden pitäisi itse maksaa suurempi osuus vanhus- ja vammaispalvelujen kustannuksista.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ”Sen, joka maksaa enemmän, tulisi saada parempaa hoitoa kuin toisten.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ”Nykyisin puhutaan liikaa rahasta ja tehokkuudesta ja liian vähän ihmisten tarpeista.”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. JOITAIN KYSYMYKSIÄ PERHEOLOSUHTEISTA JA KOTITÖISTÄ

SE, KUINKA TYÖSSÄ MENEÉ, VOI LIITTYÄ SIIHEN, KUINKA KOTONA JA VAPAA-AJALLA MENEÉ. SEURAAVAKSI MUUTAMIA KYSYMYKSIÄ PERHEOLOSUHTEISTASI JA KOTITÖISTÄSI.

### 1. Mikä on siviilisäätysi?

- naimaton/eronnut/leski  
 avo-/avioliitossa

### 2. Onko sinulla alle 20-vuotiaita lapsia, jotka asuvat kanssasi yhdessä?

- Ei  
 On, ..... (määrä) alle 7-vuotiaista lasta  
 On, ..... (määrä) 7–12 -vuotiaista lasta  
 On, ..... (määrä) 13–19 -vuotiaista lasta

### 3. Jos sinulla on hoitoa tarvitsevia lapsia, kuka häntä/heitä tavallisesti hoitaa silloin, kun sinä olet työssä?

*Voit ruksata useamman vaihtoehdon per osakysymys, jos on tarpeen*

	Kunnan järjestämä päivähoito	Puoliso	Muu perheenjäsen, ystävä tai sukulainen	Yksityisesti palkattu hoitaja	Joku muu, kuka: .....	Ei koske minua
a. ... arkisin, päiväaikaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... arkisin, iltanaikaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... lauantaisin tai sunnuntaisin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... öisin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



4. Kuinka monta tuntia sinulta keskimäärin menee tavallisena viikkona kotitöihin, esim. siivoukseen, kaupassakäyntiin, ruoanlaittoon, tiskaamiseen, pyykkien pesemiseen tai lasten hoitoon?

- 0–2 tuntia/viikko  
 3–5 tuntia/viikko  
 6–10 tuntia/viikko  
 11–20 tuntia/viikko  
 21–30 tuntia/viikko  
 31 tuntia/viikko tai enemmän

5. Kuinka hyvin työaikasi sopivat yhteen perhe-elämäsi ja muun työn ulkopuolisen elämäsi kanssa?

- Erittäin hyvin  
 Melko hyvin  
 Ei oikein hyvin  
 Ei lainkaan

## F. HOITOVASTUUSI TYÖN ULKOPUOLELLA

ALLA ON MUUTAMIA KYSYMYKSIÄ HOITOVASTUUSTASI ANSIOTYÖSI ULKOPUOLELLA ELI SIITÄ, ANNATKO SÄÄNNÖLLISESTI TUKEA JA APUA JOLLEKIN PERHEENJÄSENELLE, SUKULAISELLE, YSTÄVÄLLE TAI NAAPURILLE

1. Autatko säännöllisesti jotakuta perheenjäsentä, sukulaista, ystävää tai naapuria, joka tarvitsee apua arjessaan *pitkäaikaissairauden, vammaisuuden tai korkean iän johdosta*?

- En → **Jos vastasit En, mene suoraan lomakkeen osaan G, sivulle 11.**  
 Kyllä, autan yhtä ihmistä  
 Kyllä, autan useampaa kuin yhtä ihmistä

2. Ketä sinä autat säännöllisesti?

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- Puolisoasi  
 Vanhempiasi/appivanhempiasi  
 Lapsiasi  
 Muuta omaista, ystävää tai naapuria

3. Minkä ikäinen auttamasi ihminen on/minkä ikäisiä auttamasi ihmiset ovat?

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- 65 vuotta tai yli  
 20-64 vuotta  
 Alle 20 vuotta

4. Missä auttamasi ihminen asuu/auttamasi ihmiset asuvat?

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- Yhdessä sinun kanssasi  
 ”Tavallisessa” asunnossa mutta ei yhdessä sinun kanssasi  
 Jonkinlaisessa vanhusten tai vammaisten laitoksessa tai asumispalveluyksikössä

5a. Auttaako sinun lisäksi myös joku muu kyseistä ihmistä/kyseisiä ihmisiä?

- Ei  
 Kyllä

Jos *Kyllä*



5b. Kuka myös auttaa/ketkä myös auttavat?

*Ruksaa se vaihtoehto tai ne vaihtoehdot, jotka koskevat sinua*

- Puoliso  
 Muu omainen, ystävä tai naapuri  
 Hoitohenkilökunta (kotipalvelu, kotisairaanhoido, laitos, asumispalveluyksikkö)  
 Yksityisesti palkattu hoitaja  
 Vapaaehtoisjärjestö

**6. Sisältääkö antamasi apu joitain seuraavia asioita?**

<i>Vastaa ruksaamalla yksi vaihtoehto jokaisesta osakysymyksestä.</i>	Lähes joka päivä	Joka viikko	Joka kuu- kausi	Har- vemmin	Ei koskaan
a. Apua kotitöissä, esim. siivouksessa, ruokaostoksissa, pyykinpesussa tai ruuanlaitossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Muuta käytännön apua, esim. laskujen maksussa, korjaustöissä, puutarhanhoidossa tai kyydeissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Apua henkilökohtaisessa hoidossa, esim. saunassa tai, suihkussa käymisessä tai sängystä nousemisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Seurustelua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tukea ja lohdutusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Yhteydenpitoa terveydenhuollon, muiden hoitajien tai viranomaisten kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muuta, mitä? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Kuinka paljon keskimäärin käytät aikaa avun antamiseen?**

Arviolta noin ..... tuntia viikossa

**8. Onko se, että autat yhtä tai useampaa ihmistä, vaikuttanut työsuhteeseesi tai työaikoihisi?**

- Ei ole
- On, olen lyhentänyt työaikaani
- On, olen virkavapaalla tai olen lopettanut työni
- On, olen sairaslomalla
- On muulla tavoin, miten?.....

.....

**9. Saatko antamastasi avusta jotain rahallista korvausta?**

- En saa
- Saan kunnalta tai Kansaneläkelaitokselta (esim. omaishoidon tukea)
- Saan auttamaltani ihmiseltä tai muilta perheenjäseniltä

**10. Kerro, mitä ajattelet omaisesi tai tuttavasi auttamisesta:**

.....

.....

.....

.....

**G. LOPUKSI...**

**1. Jos sinä saisit päättää, mitä muutoksia haluaisit toteuttaa vanhusten ja vammaisten hoidossa?**

.....

.....

.....

.....

.....

2. Tuleeko tässä kyselyssä mielestäsi esiin, mitä ajattelet työstäsi ja arjestasi?

- Kyllä, oikein hyvin
- Kyllä, melko hyvin
- Ei erityisemmin
- Ei lainkaan

3. Mahdolliset kommenttisi lomakkeen kysymyksistä tai muusta, mitä haluat lisätä:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**KIITOS, ETTÄ TÄYTIT KYSELYLOMAKKEEN!**  
**PYYDÄMME SINUA NYT LAITTAMAAN LOMAKKEEN OHEISEEN**  
**VASTAUSKIRJEKUOREESEEN JA POSTITTAMAAN KUOREN NIIN**  
**NOPEASTI KUIN MAHDOLLISTA.**

**SUURKIITOS OSALLISTUMISESTASI!**