

Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työn kuormittavuudesta

TEKIJÄ/T: Sari Juutinen

Koulutusala Sosiaali-, terveyst- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Sari Juutinen	
Työn nimi Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työn kuormittavuudesta	
Päiväys	30.4.2014
Sivumäärä/Liitteet	72+1
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Tuusniemen kunta, kotipalvelu	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työn kuormittavuudesta. Tavoitteena on saada tietoa sen kokemisesta ja hyödyntää sitä tulevaisuudessa kotipalvelutyön kehittämisessä kunnassa.</p> <p>Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kunnan kotipalvelun henkilökuntaa kolmessa ryhmässä. Tutkimuksen teoretiedon pohjalta laadittiin teemahaastattelurunko, johon muodostui kolme pääteemaa; fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen työssä kuormittuminen.</p> <p>Tutkimukseni aineiston keruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, koska tarkoitus oli kartoittaa kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työssään. Teemahaastattelu on tutkimustapa, jonka avulla on mahdollisuus saada enemmän tietoa, kuin esimerkiksi kyselylomakkeella. Haastattelussa haastateltavat voivat kertoa vapaasti kunkin teema alla omia kokemuksiaan asiasta. Tutkittava aihe on monitahoinen ja sen vuoksi on hyvä olla mahdollisuus tarkentaa vastauksia. Haastattelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki sanasta sanaan. Aineiston analyysivaiheessa pääteemojen alta nousivat ydinkäsitteet joiden mukaan tutkimuksen tulokset on raportoitu.</p> <p>Ydinkäsitteiksi nousivat fyysisen kuormittavuuden osalta siirrot, liikkumisen avustaminen, nostot, työasennot, kantaminen, lämpötilan vaihtelut, palveluauton käyttö, työn likaisuus ja kiire. Psyykkisen kuormittavuuden ydinkäsitteiksi muodostuivat nopeat tilanteen muutokset, yksin työskentely, vuorotyö, asiakkaiden laatu, aikataulut, priorisointi, tehtävien kuvaus, tiedon kulku sekä työstä saatu palaute. Sosiaalisen kuormittavuuden ydinkäsitteiksi muodostuivat työyhteisö, esimiehen toiminta ja asiakastilanteet.</p>	
Avainsanat Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen työn kuormittavuus, kotipalvelu	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Sari Juutinen			
Title of Thesis Experiences at workload in Tuusniemi home care work			
Date		Pages/Appendices	
Supervisor(s) Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation /Partners Tuusniemen kunta, home care			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study is to find out Tuusniemi home care staff experiences for the hardness of their work. The aim is to obtain information and take advantage of the experience of it in the future development of home-based work in the municipality.</p> <p>The research approach is qualitative. The study was conducted by interviewing the municipal home-help staff three groups. The theory of information was prepared on the basis of the theme of the interview frame, which consisted of three main themes; physical, psychological and social stress at work. The research material was collected was selected as the theme of the interview, because the aim was to identify the experiences of home care staff in their work. The theme interview is the study of the way, allowing access to more information than, for example, a questionnaire. In an interview with the interviewees can tell you freely of each theme under its own experience in the matter? Explored the subject is complex and therefore it is good to have the opportunity to refine the answers.</p> <p>The interviews were recorded and transcribed word for word. The analysis phase of the main themes rose to the core concepts under which the results of the study have been reported. The main stream for these increased physical workload with regard to transfers, assistance with mobility, lifting, posture, carrying, temperature extremes, use of the car service, nastiest work and in a hurry. Mental workload consisted of rapid changes in the situation, working alone, shift work, customer quality, scheduling, prioritization, task description, the flow of information and feedback from work. Social workload consisted of the working community, managers, and customer situations.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Physical, psychological and social stress of work, home care</p>			

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	5
2 TYÖNKUORMITTAVUUS.....	6
2.1 Fyysinen työkuormittavuus.....	8
2.2 Psykkinen ja sosiaalinen työkuormittavuus.....	10
2.3 Kuormituksen muodot.....	13
3. KOTIPALVELU.....	18
3.1 Kotipalvelun kehitys Suomessa ja Euroopassa.....	20
3.2 Kotipalvelua ohjaavat lait, säädökset ja asetukset.....	26
3.3 Kotipalvelun asiakasryhmät.....	27
3.3.1 Ikäihmiset.....	28
3.3.2 Lapsiperheet.....	29
3.3.3 Pitkäaikassairaajat ja vammaiset asiakkaat.....	30
3.3.4 Mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaat.....	31
3.3.5 Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt.....	32
3.4 Kotipalvelutyön kuormitus.....	34
3.5 Tuusniemi ja kotipalvelu.....	38
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	40
5 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TOTEUTUS.....	40
5.1 Tutkimuksen lähestymistapa.....	40
5.2 Tutkimuksen rajaus ja prosessi.....	42
5.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	45
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	49
7 POHDINTA.....	59

LÄHTEET

LIITTEET

1. JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työn kuormittavuudesta. Tavoitteena on saada tietoa työn kuormittavuuden kokemuksista ja hyödyntää sitä tulevaisuudessa kotipalvelutyön kehittämisessä Tuusniemellä.

Kaikki työtehtävät kuormittavat – liian vähän, liikaa tai sopivasti. Sopiva kuormitus rytmittää päivää ja innostaa tavoitteiden saavuttamiseen ja edistää hyvinvointia. Työtä tehdessä työntekijä on vuorovaikutuksessa työympäristön lisäksi työtehtävien ja siihen liittyvien koneiden sekä laitteiden kanssa. Tästä johtuen tuleekin työn kuormittavuutta tarkastella sekä fyysisenä eli tuki - ja liikunta sekä verenkierto- ja hengityselimistö kohdistuvana, että myös henkisenä sekä sosiaalisena ilmiönä. (Kämäräinen ym.2009,102–103 ; KHT)

Kuormituksen aste on riippuvainen työntekijän osaamisesta. Harvoin sama kuorma kuormittaa samalla tavalla eri ihmisiä. Kuormittuneisuuteen vaikuttaa myös työjärjestelyt sekä työntekijän yksilölliset ominaisuudet kuten ikä, sukupuoli, persoonallisuus, terveydentila ja työkokemus. Työssä kuormittuminen on aina yksilöllistä. Kuormittuminen työssä ilmenee erilaisena ja eriasteisena kuormittuneisuutena johon vaikuttaa työtehtävän kesto sekä toistuvuus. (KHT)

Kuormittuminen voi olla terveyden kannalta myönteistä tai kielteistä, lisäksi se voi olla luonteeltaan lyhyt- tai pitkäkestoista. Työ voi olla myös yli- tai alikuormittavaa. Työn kuormittavuuden kokemiseen vaikuttavat työn laatu ja määrä, kokemus on aina yksilöllinen. *Tavoitteena olisi, että työ olisi suorituskyvyn kannalta sopivaa niin, että työntekijä voi tuntea hallitsevansa työnsä.*

(Waris 2001,26–27)

Tässä kehittämistehtävässä kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolakiin perustuvaa kotipalvelua. Nykyisin useammassa kunnassa toimii kotihoito. Tuusniemellä toimii edelleen erillisenä kotipalvelu sosiaalitoimen alaisuudessa ja kotisairaanhoidon terveyspalvelujen alaisuudessa. Työn tekee ajankohtaiseksi käynnissä olevat kuntaliitos neuvottelut Kuopion kanssa.

2. TYÖN KUORMITTAVUUS

Ihminen on kokonaisuus ja monet tekijät vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin. Perimä, kasvuolosuhteet, elämäntilanne ja elämänhallinta vaikuttavat siihen millaiset valmiudet ihmisellä on selviytyä elämän ja työn aiheuttamista paineista. Ihminen viettää normaalisti noin 40 % valveillaoloajasta töissä; siten työllä on merkitystä hänen hyvinvoinnin kannalta. (Waris 2001, 14)

Kuormittuneisuus, kuormittuminen, kuormitus ja kuormitustekijä ovat käsitteitä jotka tulevat tekniikan piiristä ja niitä käytetään työpsykologiassa. Terveysthuollossa puhutaan stressistä. Stressi-käsitettä käytettäessä voi kyseessä olla jo pidemmälle edennyt, terveyttä uhkaava kuormittuneisuustila. Työympäristöön ja työhön liittyvät kuormitustekijät aiheuttavat kuormitusta työntekijälle. Kuormitus voi olla myönteistä tai kielteistä riippuen siitä miten työntekijä selviytyy työn aiheuttamasta paineesta eli miten hän hallitsee työnsä. Jotkut kuormittumistekijät voivat muuttua ns. stressitekijöiksi eli stressiä aiheuttavaksi tekijöiksi. Kaikki työtehtävät kuormittavat – liian vähän, liikaa tai sopivasti. Sopiva kuormitus rytmittää päivää ja innostaa tavoitteiden saavuttamiseen ja edistää hyvinvointia. Työtä tehdessä työntekijä on vuorovaikutuksessa työympäristön lisäksi työtehtävien ja siihen liittyvien koneiden sekä laitteiden kanssa. Tästä johtuen tuleekin työn kuormittavuutta tarkastella sekä ruumiillisena eli tuki - ja liikunta sekä verenkierto- ja hengityselimistön kohdistuvana, että myös henkisenä sekä sosiaalisena ilmiönä. (Kämäräinen ym.2009,102–103; Waris 2001, 15; KHT)

Työn muutosten, terveyden ja työ hyvinvoinnin yhteyksistä on olemassa jonkin verran tutkimustietoa. Ensinnäkin suurilla muutoksilla kuten irtisanomisilla ja yritysten fuusioilla on merkitystä irtisanottujen sekä työnsä säilyttäneiden terveydelle. Sairaus poissaolojen, koetun stressin ja tuki - ja liikuntaelin sairauksien on osoitettu lisääntyvän. Organisatoristen muutosten on osoitettu lisäävän terveyden kannalta haitallisten työolosuhteiden esiintyvyyttä kuten kuormittavissa työasunnoissa työskentelyä, työn hallinnan puutetta, aikapaineita, rutiininomaista työtä ja työn mielekkyyden ongelmia. (Mäkitalo 2009)

Muutostilanteissa kasvanutta fyysistä ja psyykkistä kuormitusta ei näytä selittävän normaali ylikuormitus vaan ns. häiriökuormitus. Häiriökuormitus syntyy tilanteessa, kun työ ei suju odotetusti ja työntekijä ponnistelee työn suorittamiseksi mistä aiheutuu haitallista lisäkuormitusta. Esimerkiksi: Vanhus vastustaa fyysisesti ja sanallisesti hoitajaa hänen pyrkiessään toteuttamaan aamutoimet tietyssä aikataulussa → hoitaja kuormittuu ylimääräisesti saadakseen toteutettua aamutoimet aikataulussa. (Mäkitalo 2009)

Työ ja terveys 2012 kyselyn tuloksista käy ilmi, että runsas neljännes työssäkäyvistä kokee työnsä henkisesti rasittavaksi. Fyysisten kuormitustekijöiden osuus koetaan vähäisemmäksi kuin 2009 vuoden kyselyssä. 2000 -luvun aikana henkisen työn rasittavuuden kokeminen on vähentynyt. Elintapojen muutoksella on yhteyttä työstä palautumiseen - riittävä uni ja säännöllinen liikunta edistävät työstä palautumista. Kun työkyky koetaan huonoksi, on useimmiten taustalla tuki- ja liikuntaelin sairaudet tai psyykkiset oireet. (Kauppinen 2013)

Kuormittavuuden kokemisen muutoksen taustalla voi olla myös se, että 2000-luvulla työ hyvinvointiin on alettu kiinnittää enemmän huomiota. Monessa työpaikassa on käytössä työn vaativuuden arviointi, jossa henkilökunnan osaamista, työaika ja työsuorituksia arvioidaan ja mitataan. Työ on muuttunut suunnitelmallisemmaksi. Myös työn merkitys työntekijälle on ymmärretty paremmin. Sosiaali- ja terveysalalla työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin kannalta keskeiset haasteet tulevaisuudessa ovat toisaalta henkisen kuormittavuuden hallinta, mutta toisaalta myös tehtävien fyysisen raskauden hallinta. (Kauppinen ym. 2013)

Työ- ja terveystutkimuksen 2012 mukaan vajaalla kolmasosalla (30 %) kaikista työssäkäyvistä ja lähes joka toisella (46 %) 55–64 -vuotiaalla naisella oli lääkärin toteama pitkäaikaissairaus tai vamma. Lisäksi joka yhdeksännellä haastatelluista oli työtä haittaava pitkäaikaissairaus.

Työtä haittaavista pitkäaikaissairauksista yleisin oli tuki- ja liikuntaelin sairaudet ja sitä esiintyi enemmän naisilla. ¼ eli 23 % työssä käyvistä oli viimeisen 6 kuukauden aikana ollut toistuva tai pitkäkestoinen ruumiillinen tai henkinen oire, joka aiheutui työstä tai jota työ pahensi. Oireet olivat yleisiä 45–64-vuotiailla naisilla (32 %), työntekijä-asetmassa olevilla (28 %) ja kunta-alalla (29 %). Yleisimpiä oireita: lanne-ristiselän kipu, niska-hartiavaivat. Kyselyyn vastaajista 27 %:lla oli tehty ja 12 %:lle oli suunnitteilla muutoksia työoloihin työstä aiheutuvien tai työstä pahenevien oireiden vuoksi vuonna. Se on selvästi enemmän kuin vuonna 2009, jolloin vastaavat luvut olivat 17 % ja 8 %. (Kauppinen ym. 2013)

2.1 Fyysinen työn kuormittavuus

Fyysinen työympäristö määrittelee työntekijän olosuhteet. On tärkeää, että työtilat ovat asianmukaiset työhön ja työntekijä määrään nähden. Sen lisäksi työolosuhteiden pitäisi olla sellaiset, että niissä on turvallista ja terveellistä työskennellä. (Waris 2001, 20–21) Ruumiillinen eli fyysinen kuormitus on lihasvoiman ja työkohteeseen liittyvien erilaisten voimien suhde. Fyysistä kuormitusta voidaan kuvata ja mitata kehon asentojen ja voimien mittauksilla. Työssä kuormittumiseen vaikuttaa joukko työtehtävistä johtuvia kuormitustekijöitä, joita ovat esimerkiksi työtason korkeus, taakan paino, toistot sekä työliikkeet. Myös ympäristötekijät esimerkiksi lämpötila vaikuttavat työn kuormittavuuteen. (Martamo 2010, 87–95)

Hoitotyössä fyysisiä kuormitustekijöitä ovat huonot työasennot, runsas kävely ja seisominen sekä potilas siirrot ja nosto. Harvoin sama kuorma kuormittaa samalla tavalla eri ihmisiä. Kuormittuneisuuteen vaikuttaa myös työjärjestelyt sekä työntekijän yksilölliset ominaisuudet kuten ikä, sukupuoli, terveydentila ja työkokemus. Työssä kuormittuminen on aina yksilöllistä. Kuormittuminen työssä ilmenee erilaisena ja eriaistaisena kuormittuneisuutena johon vaikuttaa työtehtävän kesto sekä toistuvuus. Kuormittuminen voi ilmetä monin eritavoin, silloin kun työssä on suuri ja pitkäaikainen epäsuhta työn vaativuuden ja työntekijän suoritusedellytysten välillä eli ali- ja ylikuormittavuus tilanteet.

Kuormitustekijät voivat olla työntekijälle laadultaan ja määrältään sopivia tai ne voivat olla ali- tai ylikuormittavia. Ergonomian avulla pyritään helpottamaan työntekijän toimintaa muokkaamalla työolosuhteita vastaamaan työntekijän toimintakykyä sekä vastamaan työntekijän fyysisiä ja psyykkisiä kykyjä ja taitoja. Kun työ pyritään sovittamaan ihmisten odotuksia, kokemuksia ja ajattelutapojen mukaiseksi ehkäistään stressiä ja monotoniaa. Työolosuhteiden sovittamisen keinoja on työnkierto sekä työergonomian suunnittelu esimerkiksi työterveyshuollon kanssa. Kuormittuneisuuteen vaikuttaa keskeisesti työntekijän ikä ja fyysinen kunto. Sopiva fyysinen kuormittuminen ylläpitää terveyttä, mutta liiallinen kuormitus voi rasittaa kehoa. (Arokoski ym.2009, 41 & Kämäräinen ym.2009,102–103 ; Martamo ym.2010, 87–95, Tamminen-Peter 2005, 14–15 ; Hänninen ym.2005, 44)

Hoito- ja hoivatyössä keskeinen osa työtä on liikkumisen avustaminen. Työn fyysinen kuormittavuus on paljolti riippuvainen asiakkaan aktiivisuudesta ja liikuntakyvystä. Avustamisen tulisi olla sanallista ohjausta, aktivointia ei asiakkaan nostamista. Kuitenkin hoitotyössä kuormittuu fyysisesti ja sen seurauksena tuki- ja liikuntaelinten kuormittuminen aiheuttaa erilaisia vaivoja kuten väsymys, jäykkyys, jomotus ja vihlovakipu. Kuormituksen aste on riippuvainen työntekijän osaamisesta. Työsuorituksissa on mukana pääosin lihaksisto. Lihaksiston yhteispeli ratkaisee työasennon ja työsuorituksen liikeradan. Yksinkertaiset liikeradat onnistuvat paremmin, kun taas kertoliikkeiden suorittaminen on monimutkaisempaa. Kiertoliikkeitä pitäisikin välttää etenkin suurien taakkojen ollessa kyseessä. Harjoittelematon tuki - ja liikuntaelimistö toimii epäsymmetrisesti. Harjoitellut liikesuoritukset sujuvat ja ovat turvallisia esim. asiakkaan siirrot. Harjoittelu synnyttää aivoihin oikeat toimintamallit. Myös henkinen paine vaikuttaa lihasten hallintaan. Vapautuneesti toimiva työntekijä hallitsee kehonsa paremmin. (Tamminen-Peter, 2013,11–13 ; Hänninen ym. 2005, 56)

Työ ja terveys 2012 kyselyn tuloksista ilmenee, että vuosien 2009 – 2012 välillä fyysisten kuormitustekijöiden osuus on vähentynyt. Kuitenkin edelleen noin neljännes istuu pääosan työajastaan. Raskaita yli 25kg taakkoja käsitellään sosi-aali- ja terveysalalla yleisemmin. (Kauppinen ym. 2013)

Fyysisesti kuormittava työ; hankalat työasennot, toistot, voimankäyttö ja istuminen lisäävät työhön liittyvien liikuntaelinvaivojen vaaraa. Selän taipuneet ja kiertyneet työasennot lisäävät selkävaivoja. Käden pitkäaikaiset ja toistuvat kohoasennot lisäävät niska- ja olkapäävaivojen vaaraa. Työssä käyvistä arvioi 81 % ruumiillisen toimintakykynsä erittäin tai melko hyväksi. Osuus on pysynyt saman koko 2000-luvun. Arviot olivat yhteydessä työn vaativuuteen. Ne jotka kokivat työnsä ruumiillisesti kevyeksi, valtaosa (89 %) koki ruumiillisen työkykynsä hyväksi. Sen sijaan henkilöistä, jotka kokivat työnsä melko tai erittäin rasittavaksi 66 % arvioi ruumiillisen työkykynsä hyväksi. (Kauppinen ym. 2013)

2.2 Psyykinen ja sosiaalinen työnkuormittavuus

Sosiaalinen työympäristö on yhteisö, jossa työtä tehdään. Fyysinen työympäristö vaikuttaa osaksi millaiseksi sosiaalinen työympäristö eli työntekijöiden välinen vuorovaikutus muodostuu. Sekä fyysisellä että sosiaalisella työympäristöllä on merkitystä työntekijän hyvinvointiin. (Waris 2001, 22) Psyykkisiä ja sosiaalisia kuormitus tekijöitä ovat työhön, työyhteisöön ja työorganisaatioon liittyvät tekijät. Henkistä eli psyykkistä ja sosiaalista kuormitusta on vaikea mitata. Niitä kuvataan usein sanallisen ilmaisun kautta. Psyykinen - ja sosiaalinen kuormittuminen voi olla huomattavaa, eikä se aina näy ulospäin. Kuormittumista tapahtuu hoitoalalla muun muassa tilanteissa joissa pitää tehdä nopeita päätöksiä esim. hoitotilanteessa. Tällöin voidaan puhua myös tietokuormituksesta eli hoitajalta vaaditaan kykyä havainnoida, kerätä - ja käsitellä tietoa sekä toimia sen pohjalta. Tietokuormitus on osa psyykkistä kuormitusta. Psyykinen ja sosiaalinen kuormittuminen kohdistuu ensisijaisesti aivoihin. Sinne sijoitetaan muistaminen, ajattelu, oppiminen, havaitseminen, tarkkaavaisuus, luovuus, ongelmanratkaisu sekä suuret, tärkeät tunteet kuten rakkaus, ilo, suru ja viha, jotka ovat mukana työssä ja muussa elämässä. (Martamo ym. 2010, 72; Kämäräinen ym.2009, 75–77 ja 114–115 ; Lindström ym. 2002, 15)

Merkittävää työssä jaksamisen onnistumiselle on mielekäs työ. Työn mielekkyys pitää sisällään työn tarkoituksen ja työn kohteen. Eri työntekijöille samassa työpaikassa työn mielekkyys on poikkeava. Esimerkiksi vahainkodissa osalle on tärkeää, että työ tulee tehtyä aikataulun mukaisesti ja osalle on tärkeää yhdessä olo vanhusten kanssa. (Mäkitalo 2009)

Tyytyväisyys elämään ja työhön, aktiivisuus ja myönteinen perusasenne, kyky sietää kohtuullista epävarmuutta ja vastoinkäymistä sekä oman puutteellisuuden ja vahvuuksien näkeminen ovat yksilötasolla henkisen hyvinvoinnin merkkejä. Päinvastaiset kokemukset ovat merkkejä psyykkisestä ja sosiaalisesta kuormittuneisuudesta. Psyykkinen - ja sosiaalinen kuormittavuus voi ilmetä aluksi fyysisinä tuntemuksina kuten sydämen tykytyksenä, rintapistona, huimauksena. Se voi ilmetä myös tunnereaktioina, havaintojen ja toiminnan muutoksena. Pitkäaikainen psyykkinen sekä sosiaalinen kuormittuneisuus ilmenee kasaantuvina oireina, jatkuvana väsymyksenä, käyttäytymismuutoksina ja työperäisinä sairauksina. Stressi on häiriö tila, jossa yksilö kokee, ettei kykene selviytymään häneen kohdistuvista vaatimuksista. Työuupumuksen taustalla on usein pitkittynyt työstressi, joka johtuu siitä, ettei työntekijä pysty selviämään työnvaativuudesta. Stressiä ja työuupumusta pahentavat epäsäännöllinen ruokailu, tupakointi, runsas alkoholin käyttö. Lisäksi univaje, väsymys ja sosiaalisten kontaktien laiminlyönti lisäävät stressiin ja uupumukseen sairastumisen riskiä. Psyykkistä - ja sosiaalista työssä kuormittumista arvioitaessa on keskeistä kartoittaa työn edellyttämä työtahti- ja tehokkuusvaatimukset sekä työn tekemistä edistävät voimavarat ja haittatekijät. (Martamo ym. 2010,94; Kämäräinen ym. 2009,77–79 ; Lindström ym. 2002,16–17)

Sosiaalinen kuormittuminen pitää sisällään monia asioita kuten yksintyöskenteilyn, tiedon kulun työyhteisön sisällä, oikeidenmukaisuuden ja sekä tasapuolisen kohtelun sekä kiusaamis- ja häirintätilanteet sekä johtajuuden. Pitkään jatkuva ristiriita yksilön edellytysten ja ympäristön vaatimusten välillä voi johtaa haitalliseen työnkuormittumiseen ja stressioireisiin. Ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja vaativassa työssä kuormittuu työntekijän oma persoonallisuus, joka on työntekijän tärkein työväline. (Työterveyslaitos [1]; Työterveyslaitos [2])

Yksin työskentely vaatii erilaista osaamista, kuten esimerkiksi hyvää ongelmanratkaisutaitoa. Työyhteisön ja yksilön välinen tiedonkulku, tuki- ja arvostus sekä vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuus ovat toimivan työyhteisön perusta. Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön liittyviin päätöksiin eli työtavat, työn määrään ja työaikaan sekä mahdollisuus osallistua työn suunnitteluun ja työn jakoon edesauttaa työssä jaksamista. Työntekijä tarvitsee palautemahdollisuuksia sekä haasteita jaksakseen työssä. Esimiehellä onkin tärkeä rooli sosiaalisen kuormittumisen ehkäisyssä. (Työterveyslaitos [1]; Työterveyslaitos [2])

Vuonna 2012 tehty työ ja terveys kyselyn mukaan työnsä melko tai hyvin rasakaksi koko 28 % eli noin neljännes vastaajista. Vuonna 2009 sama luku oli 32 %. Työn henkisen kuormittavuuden kokeminen on laskenut vähitellen, vuonna 1997 se oli 40 %. Työnsä henkisesti rasittavimmaksi kokivat ylemmät toimihenkilöt (37 %) mutta heidänkin osaltaan vuoteen 2009 verrattuna tilanne on hieman parantunut (43 %). Alemmista toimihenkilöistä 32 % ja työntekijöistä 20 % koki työnsä henkisesti rasittavaksi, tulos on sama kuin vuonna 2009. Toimialoista työ koettiin henkisesti rasittavaksi erityisesti julkisen hallinnon ja maanpuolustuksen aloilla (43 %), sosiaali- ja terveysalalla (42 %). Ammattiryhmistä johtajat (39 %), erityisasiantuntijat (36 %) ja asiantuntijat (33 %) kokivat työnsä henkisesti rasittavaksi. Kunta-alalla työskentelevistä 40 % ja valtiolla työskentelevistä 33 % ja yksityisellä työskentelevistä 22 % koki työnsä henkisesti rasittavaksi. Yleisempi psyykkisen kuormituksen oireita ovat voimattomuus, ärtyneisyys, väsymys ja unettomuus. (Kauppinen ym. 2013)

Kyselyn perusteella työssä olevista puolet (52 %) palautui työpäivän jälkeen hyvin ja 42 % kohtalaisesti. Huonosti palautui vain 6 %, luku on pysynyt lähes samana verrattuna vuoteen 2009. Viimeisen kuukauden aikana 53 % työssä käyvistä oli kokenut toistuvaa tai pitkäaikaista psyykkistä oireilua esim. väsymys, voimattomuus. 57 % naisista ja 49 % miehistä. Vuosien 2009 - 2012 aikana on psyykkisten oireiden tunteminen lisääntynyt. Vuonna 2009 vastanneiden osuus oli 48 %. Psyykkisiä oireita ilmeni eniten majoitus - ja ravitsemus toiminnan (65 %), koulutuksen (62 %), terveys - ja sosiaalipalveluiden (61 %) sekä informaation ja viestinnän alalla (59 %) työskentelevillä. (Kauppinen ym. 2013)

Työssä käyvistä työntekijöistä 84 % piti henkistä työkykyään hyvänä. Työnsä henkisesti kevyeksi kokeneista 91 % koki henkisen työkykynsä hyväksi ja henkiloistä, jotka kokivat työnsä henkisesti melko tai erittäin rasittavaksi, 72 % arvioi henkisen työkykynsä hyväksi. (Kauppinen ym. 2013)

Schmidt & Dichter & Palm & Hasselhorn tutkimus (2009) vanhusten haastavan käyttäytymisen kokemisesta tehtiin 56. hoitokotiin Saksassa ja siihen osallistui 731 hoitotyön tekijää. Tutkimuksessa kartoitettiin vanhusten haastavan käyttäytymisen rasittavuusastetta suhteessa työntekijän terveydentilaan, työuupumukseen ja työkykyyn. Tutkimuksen tuloksista selviää, että hoitajat kokivat haastavan käyttäytymisellä olevan merkittävä vaikutus työkykyyn, työssä uupumisen ja terveydentilan näkökulmasta. Tutkimus osoittaa, että vanhusten haastava käyttäytymisen aiheuttama ahdistus on merkittävä stressi tekijä eli työuupumuksen ja työkyvyn alenemisen syy. Sillä on vaikutusta myös hoitajien terveydentilaan. (Schmidt 2012)

2.3 Kuormituksen muodot

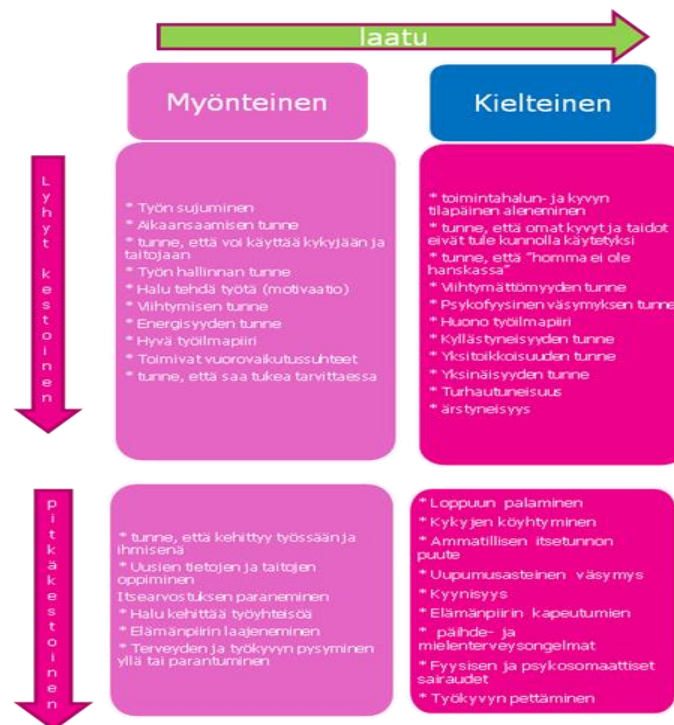
Kuormittuminen voi olla terveyden kannalta joko myönteistä tai kielteistä, lisäksi se voi olla luonteeltaan lyhyt- tai pitkäkestoista. Työ voi olla myös yli - tai alikuormittavaa. Työn kuormittavuuden kokemiseen vaikuttavat työn laatu ja määrä, kokemus on aina yksilöllinen. *Tavoitteena olisi, että työ olisi suorituskyvyn kannalta sopivaa niin, että työntekijä voi tuntea hallitsevansa työnsä.* Hallinnan tunteen kannalta on tärkeää, että työ tarjoa sopivasti haasteita tai virikkeitä ja että työtä on sopiva määrä. **Lyhytkestoinen kuormitus** pitää sisällään työpäivän aikana tapahtuneen kuormittumisen. (Waris 2001, 26–27)

Pitkäkestoisessa työkuormituksessa on kysymys työpäivän aikana alkaneen kuormitusprosessin jatkumisen työpäivän jälkeen, jolloin ajatus työstä kulkee mukana vapaa-ajallakin. (Taulukko 1) Kuormituksen voimakkuudella on myös merkitystä arvioitaessa kuormitusta. *Lyhytkin voimakaskuormitus* voi aiheuttaa terveydelle vaarallisen kuormittuneisuuden eli rasiustilan. (Waris 2001, 19, 27–29)

Kun työolosuhteissa ei kaikki ole kohdallaan syntyy helposti kielteistä kuormitusta, joka ilmenee esimerkiksi kyllästyneisyyden tunteena. Tuntemus voi syntyä työnhallinnan puutteesta; ei osaa, ei jaksa eikä saa aikaiseksi. Työ voi olla liian vaikeaa tai liian helppoa, yksitoikkoista. Työntekijä kokee, ettei hänen kykynsä, tietonsa tai taitonsa riitä tai ettei työ ole hänelle riittävän haasteellista. Työntekijä kokee itsensä väsyneeksi, turhautuneeksi. (Waris 2001, 19, 27–29)

Toiminta- ja työkyky on alentunut tilapäisesti. Tilanteen pitkittyessä voi tilapäinen tyytymättömyys muuttua työuupumukseksi, joka ilmenee ammatillisen itsetunnon laskuna, työkyvyn alenemisena ja tehtävistä selviytymisen vaikeutumisena. (Waris 2001, 19, 27–29)

Taulukko 1 Terveiden kannalta myönteinen ja kielteinen lyhyt- sekä pitkäkestoinen kuormittuneisuus (Waris 2001, 28)



Liiallinen työnkuormitus vähentää työhyvinvointia sekä heikentää työnlaatua. **Liian vähäinen kuormitus** puolestaan vähentää työmotivaatiota ja lisää syrjäytymisen riskiä. Toistuvat, voimakkaat yli- tai alikuormitukset työssä heikentävät työhyvinvointia ja ajan kuluessa voivat aiheuttaa terveysongelmia.

Työntekijät arvioivat omaa kuormittuneisuuttaan ja jaksamistaan arkipäivän kokemusten ja tuntemusten avulla. Työntekijät kokevat kuormitustilanteet ja kuormittuneisuuden yksilöllisesti, vaikka tekisivät täysin samaa työtä. Ylikuormituksen kokemus syntyy tilanteissa, joissa työt ruuhkautuu tai mikään ei tunnu tulevan valmiiksi. Esimerkiksi päänsärky, kohonnut verenpaine ja ärtyneisyys ovat merkkejä ylikuormitustilanteesta. Kun kiinnostus työasioihin ja töihin lähtemiseen hiipuu, voidaan puhua vakavasta työn kuormittavuudesta. (Työterveyslaitos [1]; KHT)

K. Warin (1998) on tehnyt taulukon, jossa työnlaatu ja työmäärä on taulukoitu ristiin (taulukko 2). Taulukkoon muodostuu yhdeksän ruutua ja keskellä on sopiva työn kuormitus.

taulukko 2: Työn määrällinen ja laadullinen kuormittavuus

(lähde: toimiva ja kehittyvä työyhteisö luo henkistä hyvinvointia, TTL ja STM 1998.) Malli: Kyösti Waris)

	TYÖMÄÄRÄ →		
TYÖN VAATIVUUS ↓	Liian pieni	Sopiva	Liian suuri
Liian pieni	Työtä on liian vähän ja se on liian helppoa (määrällinen ja laadullinen alikuormitus)	Työtä on sopivasti, mutta se on liian helppoa (sopiva määrällinen kuormitus, laadullinen alikuormitus)	Työtä on liian paljon ja se on liian helppoa (määrällinen ylikuormitus, laadullinen alikuormitus)
Sopiva	Työtä on liian vähän, mutta se on sopivan vaativaa (määrällinen alikuormitus, sopiva työ vaativuus)	Työtä on sopivasti, ja työ on sopivan haasteellista (sopiva työn määrä ja työn vaativuus, työssä on vaikutusmahdollisuuksia, motivaatio, mahdollisuus yhteisön tukeen)	Työtä on liian paljon, mutta se on sopivan vaikeaa (määrällinen ylikuormitus, sopiva työn vaativuus)
Liian suuri	Työtä on liian vähän ja se on liian vaikeaa (määrällinen alikuormitus, laadullinen ylikuormitus)	Työtä on sopivasti, mutta liian vaikeaa (sopiva määrällinen kuormitus, laadullinen ylikuormitus)	Työtä on liian paljon ja se on liian vaikeaa (määrällinen ylikuormitus, laadullinen ylikuormitus)

Ihmisten kokemana työnkuormitus monissa töissä sijoittuu taulukon oikean reunan: työtä on liian paljon, olipa se sopivan vaativaa tai liian vaativaa. Usein myös koetaan, että työtä on liian paljon ja että se on liian vaativaa. Tämä voi olla yhteydessä tehtävien muutoksiin, uuden oppimisen pakeroon tai ammattitaidon puutteeseen. (Waris 2001, 20)

Työn aiheuttama fyysinen-, psyykinen ja sosiaalinen kuormitus ja työvaatimusten kasvu voivat ilmetä liiallisena työn määränä, ylitöinä ja liian vaikeina työtehtävinä. Mutta yhtä hyvin myös työyhteisön ja yksilön toimintatapojen muutoksena, tuen ja arvotuksen puutteena sekä vaikutusmahdollisuuksien sekä osallistumismahdollisuuksien puutteena. Kuormittumista lisäävät myös yksilön itselleen tai työlle asettamat, liialliset vaatimukset tai odotukset, sekä vaikeus priorisoida omia työtehtäviä. Työn kuormitustekijöiden tai vaatimusten muutos – kasvaminen, väheneminen tai uuden sisällön laadun vaatimukset ei ole kuormittuneisuuden kannalta yhtä ratkaisevaa kuin, se miten työnhallinnan mahdollisuudet samaan aikaan lisääntyvät tai muuttuvat. **Työnhallinta** pitää sisällään mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhön liittyviin päätöksiin eli työtavat, työmäärään ja työaikaan. Lisäksi mahdollisuus osallistua työn suunnitteluun, työnjakoon. Työntekijä tarvitsee palautemahdollisuuksia sekä haasteita jaksakseen työssä. Tärkeä osa työnhallintaa on ammattitaidon ja osaamisen jatkuva kehittäminen koulutuksen ja ohjeiden avulla. Myös työssä tarvittava sosiaalinen tuki erityisesti paine- ja kuormitustilanteissa ovat merkittävä asia työn hallinnan näkökulmasta. Vaatimusten ja kuormitusten kasvu voi lisätä oppimiskokemuksia, jos ne kulkevat rinnastusten työnhallinnan kanssa. Silloin kun, kuormitus ja vaatimukset kasvavat yksilön tai ryhmän osaamisrajan yli voi hyvästä työnhallinnasta huolimatta olla seurauksena stressin kokemuksia ja uupumusta. Työ houkuttaa, mutta samalla myös vie voimat, uuvuttaa. (Työterveyslaitos [1]; KHT)

Työn kuormittavuuden arvioiminen on tarpeellista erityisesti muutostilanteessa, työtapojen uudistuessa, yhteistyökäytäntöjen muuttuessa sekä silloin kun ilmenee tyytymättömyyttä, jaksamisongelmia tai sairausoireet lisääntyvät.

Arvioimalla työtä säännöllisesti saadaan tieto siitä, miten työtä ja osaamista tulisi kehittää. (Martamo ym.2010,72; Työterveyslaitos [1])

Myönteinen lyhytkestoinen kuormittuminen ilmenee niin, että työntekijä saa aikaan tuloksia kohtuullisella työpanoksella. Työn tekoon liittyy tunne, että työssä voi käyttää tietojaan, taitojaan ja kykyjään. Työntekijä kokee, että ”homma on hanskassa” eli työ on hallinnassa ja se osataan. Työ tuntuu sopivan haastavalta ja voimavarat sen hoitamiseen riittävät. Sosiaaliset suhteet työyhteisössä toimivat, työntekijä kokee itsenä arvostetuksi ja hyväksytyksi. Myönteisestä pitkäkestoisesta kuormituksesta puhutaan, kun on pitkään työskennellyt hyvissä työolosuhteissa. (Waris 2001, 27)

Työntekijä kokee kehittyvänsä työssä uusien tietojen ja taitojen oppimisen myötä. Työntekijä arvostaa itseään. Myönteinen kuormittuminen saa aikaa terveyden ja työkyvyn paranemista. Halu kehittää työyhteisöä ja työtä kasvaa voimavarojen ja itsetunnon kohenemisen myötä. (Waris 2001, 27)

3. KOTIPALVELU

Tässä kehittämistehtävässä kotipalvelulla tarkoitetaan sosiaalihuoltolakiin perustuvaa kotipalvelua. Nykyisin useammassa kunnassa toimii kotihoito, joka on kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistelmä. Kehittämistehtäväni kohde kunnassa Tuusniemellä toimii edelleen erillisenä kotipalvelu sosiaalitoimen alaisuudessa ja kotisairaanhoidon terveystalouden alaisuudessa. Aiheen tekee ajankohtaiseksi käynnissä olevat kuntaliitos neuvottelut Kuopion kanssa. Kuopiossa on käytössä yhdistetty kotihoidon-malli.

Kunnan on huolehdittava kuntalaisten sekä kunnassa oleskeleville sosiaalipalvelujen järjestämisestä kiireellisissä tapauksissa ja muutoin tilanteen vaatiessa kuten sosiaalihoitolain (710/1982) pykälät 13§, 14§ ja 15§ määrittävät. (Valvira)

Kotipalvelulla tarkoitetaan henkilökohtaiseen hoivaan, huolenpitoon, lasten hoitoon, kasvatukseen ja asumiseen sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista. Kotipalvelua annetaan alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen perusteella niille, jotka tarvitsevat apua suoriutuakseen päivittäisistä askareistaan. Sosiaalihoitolaissa on säädetty, että kuntien on järjestettävä muiden sosiaalipalvelujen ohella kotipalvelua ja näin edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. (Tamminen 2008, 2)

Kotipalvelun muodot ovat palveluohjaus, SAS-toiminta (sijoitustyöryhmä), kotihoidon peruspalvelut, asumispalvelut ja omaishoidon tuki. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia, nykyisin myös sairaanhoitajia. Kotipalvelun työntekijät seuraavat asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Monissa kunnissa palveluja saa ympärivuorokauden. Tukipalvelut täydentävät muuta kotipalvelua. Tukipalveluina voidaan järjestää esimerkiksi aterioiden tuominen kotiin, siivous, kylvytys - ja kuljetuspalveluja. (STM)

Kotipalvelun tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että turvallinen kotona asuminen olisi mahdollista. Ennaltaehkäisevät palvelut kuten ennaltaehkäisevät kotikäynnit yli 75-vuotiaille. Ennalta ehkäiseviä palveluja ovat palvelutarpeen arviointi, asumispalvelut, kotipalvelu, lyhytaikaiset laitospalvelut ja omaishoidon tuki ovat kotipalvelun muotoja. Valtaosa kotipalvelun asiakkaista on iäkkäitä henkilöitä jotka ovat moni sairaita. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen on yleisin hoitoon tulon syy. Naisia asiakkaana on enemmän kuin miehiä. Myös lapsiperheet, vammaisasiakkaat, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat kuuluvat kotipalvelun piiriin. (Ikonen 2013, 18–19; Heinola 2007, 18–20)

Kotipalvelu kuuluu kunnan lakisääteiseen järjestämismvastuuseen, mutta palvelu voi olla kunnan itse tuottamaa tai kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostamaa palvelua. Asiakas voi myös itse ostaa palveluja yksityiseltä palvelun tuottajalta. (Ikonen 2013, 18–19; Heinola 2007, 18–20)

Monissa kunnissa puhutaan kotihoidosta. Kotihoito-käsitteen käyttö on yleistynyt 1990-luvulta lähtien, kun kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimintoja on yhdistetty. Kunta on voinut yhdistää kotipalvelun, joka perustuu sosiaalihuoltolakiin ja kotisairaanhoidon joka perustuu kansanterveyslakiin, jos kunta on itse tuottanut sosiaalihuollon sekä perusterveydenhuollon palvelut. Muissa kunnissa kotihoidon on voinut järjestää kotihoidon kokeilulakien mukaan. Tämä kokeilu on voimassa vuoden 2014 loppuun. Vuonna 2009 oli kotihoito käytössä 71 %:ssa kunnista. Kotihoidon toimintamallin tavoitteena on saumaton hoitopalvelukokonaisuus. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimintojen yhdistämistä kotihoidoksi on perusteltu myös tehokkuuden, taloudellisuuden, henkilöstön osaamisen vahvistamisen sekä palvelujen järjestämisen joustavuuden näkökulmasta. Myös yhtenäinen johto ja resurssien joustavampi alueellinen organisointi on katsottu eduksi. (Ikonen 2013, 21) Kotipalvelua luonnehditaan usein sydämen ja käden yhteistyöksi. Työssä on mukana vahvasti toisesta välittämisen ajatus. (Tamminen 2008, 3)

Kotipalvelutoimintaa valvoo Valvira. Vuosille 2012 -2014 on laadittu valvontaohjelma. Suomen hallitusohjelman tavoitteena on mahdollistaa itsenäinen asuminen. Tarkoitus on kehittää kotiin vietäviä palveluja. Kun tiedossa on, että kotipalveluiden tarve kasvaa voimakkaasti. On kehitettävä toimintaa niin, että se mahdollistaa yhä enemmän apua ja tukea tarvitsevien asiakkaiden asuminen kotona. Tämä asettaa kotiin annettaville palveluille erityiseen suuria haasteita. Etenkin kun verrataan suosituksen tavoitteita ja kotihoidon resursseja. (Valvira)

Kotipalvelua voidaan tarvita monesta eri syystä. Myös asiakasryhmät ovat hyvin erilaisia. Nykyinen kotipalvelu keskittyvät paljolti perushoitoon, eikä ihmisten todellisia tarpeita huomioida. Palvelut eivät aina vastaa kotipalvelulle asetettuja tavoitteita eivätkä sosiaalihuoltoasetuksen mukaista kotipalvelua. Valviran valvontaohjelma vuosille 2012–2014 on ensimmäinen laatuaan ja sen tarkoitus on valvoa ja ohjata kotiin annettavien palvelujen laatua. Usein kotipalvelujen tarve yhdistetään usein vanhuksiin, kuitenkin paljon muita asiakasryhmiä, jotka myös hyötyisivät kotipalveluista, mutta eivät saa niitä. Ajoissa saadut kotipalvelut voisivat esimerkiksi estää vaikeassa tilanteessa olevia perheitä päätyästä lastensuojelun asiakkaiksi. Kotihoidossa jos missä on kysymys ennaltaehkäisevästä toiminnasta, josta kaikki osapuolet hyötyvät. (Valvira)

3.1 Kotihoidon kehitys Suomessa ja Euroopassa

Kotihoidon juuret löytyvät kotihoitotyön ja kotona toteutettavan sairaanhoitotyön historiasta. Keskiajalta saakka ihmiset tuli hoidettua omassa elinympäristössään perheen, suvun ja kyläyhteisön piirissä. 1800-luvulla alkoi muotoutua julkinen kotihoito. Vaivaisten holhous oli uskonnollisävyteistä armeliaisuutta. Perheetömät vanhukset ja vammaiset keräsivät elantonsa. Vuonna 1817 ja 1822 keisarikunnan julistuksella kiellettiin kerjuu ja korostettiin seurakuntien velvollisuutta huolehtia köyhistä ja vaivaisista. Vaivaishuolto oli parempiosaisien hyväntekeväisyyttä, ei niinkään järjestelmällistä auttamistoimintaa. 1852 asetus vaivaisholhouksesta myönsi jokaiselle oikeuden saada yhteiskunnan apua. Avohoito eli ”huutolaisuus” tarkoitti sitä, että huolenpitoa tarvitseva huutokaupattiin johonkin maalaistaloon. 1860-luvulla aloitti toimintansa Suomessa Helsingin Dia-

konissalaitos, Viipurin Diakonissalaitos, Sortavalan Diakonissakoti ja Oulun Diakonissakoti. Ne kouluttivat diakonissoja hoitamaan sairaita myös kodeissa. 1890-luvun lopulla aloitettiin kiertävien sairaanhoitajien palkkaaminen kuntiin. (Ikonen ym. 2007, 32–34)

Kiertävät terveystisaret huolehtivat 1920-luvulla kotisairaanhoidosta. Köyhäinhoitolaki tuli voimaan 1922. Köyhäinhoitoon otettu henkilö otettiin ”kunnan täyteen alaisuuteen”. 1900-luvun alussa 90 % asui maaseudulla ja sai elantonsa maataloudesta. Tuohon aikaan vanhuksille tehtiin syytinkisopimus, joka sisälsi oikeuden asuntoon ja hoitoon. 1944 tuli voimaan laki terveystisarista. Kodinhoitajakoulutus alkoi sotien jälkeen kun vuonna 1951. Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen. Tätä oli edeltänyt Mannerheimin lastensuojeluliiton kotiapu lapsiperheille. Samainen järjestö koulutti jo 1930-luvulla ensimmäisiä kodinhoitajia. (Ikonen ym. 2007, 35 – 36)

Vanhustyön keskusliitto aloitti 1952 vanhusten kotipalvelun ja tuolloin ikääntyvien avun tarpeeseen alettiin kiinnittää huomiota. 1950-luvulla kodinhoitajien työ oli kaikki perheen, kodin ja karjanhoitoon liittyvät tehtävät. 1960-luvulla palvelut olivat laitospainotteisia. 1966 tuli voimaan laki kunnallisesta kodinhoitoavusta. Kunta saattoi palkata kodinhoitajan avuksi kotiavustajia joiden saamisen perusteena oli avun tarve, ei vähävaraisuus. 1970-luvulla kotipalvelutoiminta ja sen tukitoimet laajenivat. Tuolloin kotipalvelutyö oli organisoitua ja sitä kehitettiin voimakkaasti. Kuntiin perustettiin johtavien kodinhoitajien virkoja ja toimintaa alettiin johtaa ammattimaisemmin. 1972 kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon, mikä osaltaan vahvisti sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. (Ikonen ym. 2007, 36)

Vuonna 1984 sosiaalihuoltolain uudistus ja avohuollon ensisijaisuus kasvattivat kotipalvelujärjestelmää ja työalaa. Kotipalvelua kehitettiin sosiaalihuoltolain puitteissa. 1990-luvun lama heikensi kotipalvelutyön kehittämistä. Samaan aikaan haluttiin purkaa laitospainotteisuus vanhusten hoidossa, mikä merkitsi uusia suuria haasteita avohuollolle. 1990 luvulla aloitettiin kotihoidon kehittäminen. 1992 alkoi lähihoitaja koulutus. 1993 tuli valtiosuus uudistus, otettiin käyttöön palvelutarpeen arviointi (RAVA, RAI) ja sosiaalihuoltolakiin tuli lisäys omaishoi-

dosta. 1995 hallitusmuotoon lisättiin perusoikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. 1998 omaishoidon tuen saajille oikeus 1. vapaapäivää. 2000 suomen perustuslakiin perusoikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. vuonna 2001 tuli omaishoitajille oikeus 2. vapaapäivää, maksukatto asiakasmaksuihin sekä laatusuositus ikäihmisten hoidosta ja palveluista. Hoitotakuu terveydenhuoltoon tuli voimaan vuonna 2005 ja vuonna 2006 laki omaishoidon tuesta. (Ikonen & Julkunen 37–39)

Kotihoito on siis melko uusi käsite. Nykyinen kotihoito pitää sisällään kotipalvelu- ja kotisairaanhoitotoiminnan jotka ovat olleet erillisinä aina 2000-luvun alkuun asti. Kotipalvelussa on perinteisesti työskennellyt kodinhoitajia ja kotiavustajia. Kotisairaanhoidossa sairaan- ja terveydenhoitajia. Sosiaali- ja terveydenhuollon laki uudistuksen myötä kodinhoitajan ja perushoitajan tutkinto yhdistettiin lähihoitajan tutkinnoksi. Vaikka monissa kunnissa edellä mainitut toiminnot on yhdistetty kotihoidoksi, ei tehtävien sisältö asiakkaitten kodeissa ole juuriakaan muuttunut. Painopiste kotihoitotyössä on henkilökohtaisessa hoivassa ja hoidossa. (Tenkanen 2003, 13)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenne uudistuksella 1990-luvulla pyrittiin vähentämään laitoshoidon ja kehittämään avohoitoa palveluja kustannussäästöjen aikaansaamiseksi. Avohoitoon panostamisen ideologiana oli antaa ikääntyville mahdollisuus asua kotona mahdollisimman pitkään. Toiminnallisia ja käytännöllisiä tapoja uudistamalla oletettiin syntyvän säästöjä ilman palvelujen laadun tai saatavuuden heikkenemistä. Väestön ikääntymisen ja avuntarpeen lisääntymisen katsottiin olevan hyvä lähtökohta avopalvelujen kehittämiseksi. Kuitenkin vuosien saatossa taloudellinen niukkuus on vaikuttanut palvelujen ja tehtävien tärkeysjärjestykseen ja näin asettanut tietyt tehtävät muita tärkeimmäksi. Tärkeysjärjestyksessä on kysymys lääketieteellisen ja sosiaalisen eriarvoisesta asemasta, kun lääketiede asetetaan arjen ylläpitämisen ja avustamisen yläpuolelle. Ruumiillinen avustaminen on ollut vähempi arvoista kuin asiantuntijuuteen perustuva hoito, tämä on näkynyt myös kotihoidon ammattihierarkiassa. Kehityksen myötä ruumiillisesta työstä on siirrytty kohti abstraktia auttamista eli henkistä tukea, ohjausta, neuvontaa sekä psyykkisiin tarpeisiin vastaamista sekä

asiakkaan kunnioittamista. Muutoksen myötä ruumiillinen työ ja ruumiilliset tarpeet käsitetään rutiineiksi jotka liitetään maallikkoauttamiseen. (Tenkanen 2003, 14–15)

Ikääntyviä hoidetaan nykyisin kotona yhä enemmän. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palvelut kohdistuvat pääsääntöisesti paljon hoivaa ja tukea tarvitseviin ikäihmisiin. Asiakaskäynnit ovat lisääntyneet. Kuitenkin kotihoidon kattavuus on vähentynyt viime vuosien aikana johtuen suurista ikääntyvistä ikäluokista. Kotipalvelun henkilökunnan työ kohdistuu enemmän ja enemmän asiakkaan henkilökohtaiseen auttamiseen ja hoitohoidolliset palvelut kuten siivous ja ruuanlaitto korvataan tuki- tai ostopalveluilla. (Tenkanen 2003, 15; Ikonen 2013, 18–19 ; Heinola 2007, 18–20)

Kotihoitotyön muutoksen myötä henkilökunnan osaamisen tarve on laajentunut. Suunnitelmallisen ja asiakaslähtöisen työskentelyn perustana on yhteistyö eri ammattiryhmien kesken, mutta myös eri toimijoiden ja omaisten kanssa. Kunnallisen hoitohoidon rinnalla on yhä enenemässä määrin yksityisiä alan yrittäjiä ja järjestöjä. (Tenkanen 2003, 15–16)

Kotihoito on Euroopan alueella muuttuva ja kehittyvä. Tiedossa on, että ikäänntyvät viihtyvät hyvin tutussa ympäristössä. Euroopan unionissa on kotihoito -asiaa katsottu lähinnä useita palveluja tarvitsevien vanhusten näkökulmasta. Vanhustenhoitoa tarkasteltaessa on kiinnitetty huomiota siihen, minkä verran he saavat palvelua julkiselta sektorilta ja mikä on omaisten ja ystävien osuus. Euroopan alueella sosiaaliturva on hallinnollisesti ja käsitteellisesti jakautunut eri tavoin. Se voidaan jakaa taloudelliseen tukeen, eläkkeisiin, terveyspalveluihin ja hoitovakuutukseen sekä sosiaalipalveluihin. Euroopan unionin alueella palvelujen kehittämiseen ja palvelujärjestelmiin on vaikuttanut kunkin maan oma hyvinvointimalli esim. pohjoismainen hyvinvointivaltio, beveridgeläinen ja bismarckilainen hyvinvointivaltio-malli. Suurin osa vanhusten palveluista on edelleen kunnallisia. Kehitys näyttää siltä, että Välimerenmaissa kehittyvät julkiset palvelut, kun Pohjoismaissa pyritään löytämään enenevässä määrin palvelujen tuottajia epävirallisilta tahoilta kuten järjestöiltä ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Eu-

roopan maiden välillä on eroja alueellisissa ja toiminnallisissa kehityksessä sekä julkisen ja vapaaehtoisten järjestöjen osallisuudessa kotihoidon osalta.

(Tenkanen 2003, 16–19)

Kotihoito on tuonut markkinoille innovaatiopalveluja kuten kotiin kuljetettavia palveluja, kommunikaatiovälineitä ja muita tukimuotoja joiden avulla asiakkaiden elämänlaatua yritetään parantaa. Pohjoismaissa etenkin Ruotsissa ja Tanskassa kotihoitopalvelut ovat kehittyneet siten, että ne järjestetään paikallisesti ja kustannetaan verovaroin. Useimmissa kunnissa palvelua voi saada 24 tuntia vuorokaudessa. Suomen kotihoitoa pidetään myös kehittyneenä.

(Tenkanen 2003, 16–19)

Euroopan unionissa jokaista yli 65-vuotiasta henkilöä kohden on neljä työkäistä, mutta vuoteen 2050 mennessä vain kaksi. Kotihoidon kysyntä kasvaa tulevana vuosina. Tärkeystään huolimatta asiasta ei kuitenkaan ole ajan tasalla olevaa tietoa Euroopan tasolla. WHO:n julkaisemat Home Care across Europe - current structure and future challenges (WHO 2012) ja The solid facts home care in Europe (WHO 2008) käy ilmi, että vertailukelpoista tietoa ei juurikaan ole. Euroopassa on edelleen toisistaan poikkeavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät, myös rahoitusjärjestelmät poikkeavat toisistaan.

Home Care across Europe, jossa avataan Euroopan tilannetta kotihoidon osalta. Tärkeä kysymys koko Eurooppaa ajatellen on, että onko mahdollisuus jatkossakin rahoittaa kotihoitoa julkisin varoin ja mitä se pitää sisällään? Oman haasteen tuo se, että kotipalvelu/kotihoito käsite ymmärretään eri maissa hyvin eritavalla. Yhtä selkeää määritelmää on vaikea löytää. Yhtäläisyytenä voi kuitenkin pitää, että kotihoito on palvelua jonka avulla ikääntyneiden kotona selviytymistä pyritään tukemaan mahdollisimman pitkälle. Näissä julkaisuissa näkökulmana oli vanhusten ja vammaisten kotihoito. Kotihoidon sisältönä voidaan pitää lyhyt kestoista, akuuttia ja kuntouttavaa hoitoa. Euroopan maissa kotihoitoa toteuttavat tällä hetkellä koulutetun henkilökunnan rinnalla myös sukulaiset ja ystävät ja heidän tekemästään hoidosta käytetään samaa home care - käsitettä. Julkaisun mukaan keski- ja Itä-Euroopassa kotihoito on suhteellisen uusi ilmiö. (Tarricone ym. 2008)

The solid facts Home care in Europe julkaisussa tuodaan esiin järjestelmän muutostarvetta. Muutokset perhe suhteissa ja työelämässä vaikuttavat myös kotihoidon tarpeeseen. Perinteisten suurten perheyhteisöjen aikakausi on ohi, kaupungistuminen muuttaa vanhusten asemaa. Tulevaisuudessa vanhukset tarvitsevat ulkopuolista apua oman perheen lisäksi. Näiden muutosten myötä edellytetään erilaista lähestymistapaa terveydenhuollon ja sosiaalialan politiikkaan Euroopan tasolla.

Tiedossa on ettei omaiset halua vanhuksia ja vammaisia laitoshoidon vaan toivovat heille kotihoitoa. Tulisi kehittää kotihoidon järjestelmä, jotta välttyttäisiin vanhusten laitoshoidon lisääntymiseltä. Tärkeää olisi ylläpitää yksilöiden toimintakykyä omassa kodissa. Yksi haaste on myös sosiaali- ja terveystalvelujen yhdistäminen yhdeksi kokonaisuudeksi vertaa Suomen kotihoidon malli, jossa sosiaali- ja terveystalvelut yhdistyvät. (Genet ym. 2012)

Toisin kuin Suomessa ja pohjoismaissa - useassa Euroopan maassa kotihoito/kotipalvelu mielletään edelleenkin vanhusten ja vammaisten hoitomuodoksi. Suomessa kotihoidon kattaa koko elämänkaaren, vaikkakin painottuu ikääntyviin. Kotihoito Euroopassa on usein hoitoa asiakkaan kotona, mutta koti on palveluasunto tai palvelutalo jonka yhteydessä on muitakin sosiaali- ja terveystalveluja. Kuitenkin esimerkiksi pohjoismaiden lisäksi Iso-Britanniassa kotihoito on järjestäytynyttä ja se rahoitetaan julkisin varoin. Maan eri osissa on eroja johtuen alueellisesta hallinnosta. Kotihoidon vertailua ja kehittämistä Euroopan tasolla vaikeuttaa myös yhtenäisten laatuksiteerien puuttuminen ja laadunvalvonta järjestelmä. (Nadine ym. 2013)

3.2 Kotipalvelua ohjaavat lait, säädökset ja asetukset

Tärkeimmät kotipalvelua ohjaavista laista on sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki. **Sosiaalihuoltolaki** (710/82) määrittelee kotipalvelun asumisen, henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon sekä muiden tavanomaisten elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamisen ja niissä avustamisen. Laki määrittelee palveluasumisen sosiaalipalveluksi, johon kuuluu asunto ja asumiseen liittyvät välttämättömät palvelut jokapäiväisistä toiminnoista suoriutumiseksi.

Laki omaishoidontuesta määrittelee omaishoidontuen ja sen yleiset saantiperusteet ja omaishoitajan vapaapäivät. (Ikonen 2013, 23–28 ; finlex.fi)

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) sisältää veloitteen, että kunnan on järjestettävä vanhuuseläkettä saaville kuntalaisille hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistäviä neuvontapalveluja sekä järjestää kuntalaisille hoito- ja palvelusuunnitelman mukainen kotisairaanhoidon moni ammatillisesti toteutettu terveyden – ja sairaudenhoitopalvelu. Sisältää määräyksen pitkäaikaissairausten hoidon tarvikkeiden sisältyvän hoitoon. . (Ikonen 2013, 23–28 ; finlex.fi)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 18.12.2012 (1.7.2013) säätää kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuudesta. Sisältää määräyksen, että kunnan on laadittava suunnitelma vanhuuseläkettä saavien henkilöiden toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi sekä edistää suunnitelman toteutumista. Laki määrää selvittämään iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalvuelujen sekä sairaanhoidon laadun ja riittävyyden sekä palvelujen tarpeen sekä laatimaan tarvittaessa palvelu- ja hoitosuunnitelman. Myös vanhusneuvostojen perustaminen niihin kuntiin joissa ei sellaista ole on sekä vastuu henkilö palvelukokonaisuuksien selvittämiseksi. . (Ikonen 2013, 23–28 ; finlex.fi)

Myös lait: **sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista** (812/2000), **potilaan asemasta ja oikeuksista** (785/1992), **terveydenhuollon ammattihenkilöistä** (559/1994), **sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön koulutusvaatimuksista** (272/2005), **henkilötietolaki** (523/1999) **viranomaisen toiminnan julkisuudesta** (621/1999), **vammaisuuden perusteella järjestettävistä**

palveluista ja tukitoimista (380/1987), sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) ja yksityisestä sosiaalipalveluista (922/2011) ohjaavat kotipalvelun toimintaa. (Ikonen 2013, 23–28 ; finlex.fi)

Lisäksi Sosiaalihuoltoasetus (607/83) määrittelee kotipalvelun tukipalvelut sekä kotipalvelin muodot: satunnainen, tuettu, valvottu ja tehostettu kotipalvelu.

Myös asetukset: potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämisestä (potilasasiakirja-asetus), vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista koskee kotipalvelua sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus yksityisistä sosiaalipalveluista (1053/2011). (Ikonen 2013, 24–28 ; finlex.fi)

Erilaiset suositukset kuten Terveys 2015-terveysohjelma (STM 2011), Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008 (STM ja kuntaliitto), terveyden edistämisen laatusuositus 2006 (STM) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (kaste) 2012–2015 määrittelee ja tuo tavoitteita kotipalvelutyön kehittämiselle sekä antaa tietopohjaa asiakkaiden elämän laadun parantamiseen sekä terveyserojen vähentämiseen. (Ikonen 2013, 27)

3.3 Kotipalvelun asiakasryhmät

Asiakkaat kotipalvelussa eroavat toisistaan persoonallisuuden ja kulttuuritaustan perusteella. Asiakkailla on yksilölliset voimavarat ja erilaiset odotukset kotipalvelun tarjoamista palveluista. Hyvä kotipalvelu perustuu asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja elämänhistorian tuntemukseen ja niiden huomioimiseen hoidon ja palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Heinola 2007, 22) Asiakkaita on koko elämänkaaren varrelta. Pitkäaikaissairauksia potevat ikääntyneet asiakkaat on suurin asiakasryhmä. Myös lapsiperheet, psykiatriset asiakkaat, päihdeongelmaiset sekä monella tapaa vammaiset tai vammautuneet asiakkaat sekä maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt. Kun asiakkuus syntyy, asiakkuus aloitetaan, keskeytetään ja lopetetaan virallisesti. Jokaisen asiakkaan kohdalla

yksilölliset tarpeet ja olosuhteet määrittävät millaiseksi asiakkuus muotoutuu. (Ikonen 2013, 42 ; Valvira)

3.3.1 Ikäihmiset

Kotipalvelun suurin asiakasryhmä ovat 75–84 -vuotiaat huonokuntoiset ikääntyvät asiakkaat. Avuntarpeen aiheuttaa yleensä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Asiakkailla saattaa olla useimpia pitkäaikaissairauksia mm. sydän - ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelimistön sairauksia, diabetesta, hengitysteiden sairauksia, syöpää, dementoivia sairauksia sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Biologinen, psyykinen ja sosiaalinen vanheneminen asettaa kotipalvelutyölle erityisiä vaatimuksia. (Ikonen 2013, 42–43)

Hoitajan on ymmärrettävä kokonaistilanne hoitaessa ikääntyntä asiakasta. Vuorovaikutustaidot, ymmärtäminen ja arjen yli näkeminen korostuvat sekä herkkyyys ja tunneäly havaita asioita oikeaan aikaan. Erityinen asiakasryhmä ovat lesket jotka ovat vastikään menettäneet puolisonsa. Myös kaltoin kohdellut ja yksinäiset vanhukset ovat työssä arkipäivää. Tänä päivänä yhä useampi ikääntyvä on useamman organisaation asiakas. Hän saattaa viettää osan ajasta lyhytaikaishoitopaikassa ja osan omassa kodissa. (Ikonen ym. 1997, 132)

Ikäihmisiin kohdennetulla kotipalvelulla autetaan ikääntyneitä henkilöitä heidän päivittäisissä toiminnoissaan, joista he eivät ikääntymisen tai sairauden vuoksi selviä itsenäisesti. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa pukeutuminen, peseytyminen, vaate- ja ruokahuolto. Henkilökunnan on tuettava asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja sekä tuotava esiin vanhuuden hyviä puolia, viisautta ja elämäkokemusta. Kotiin vietävän avun turvin asiakkaat voivat asua omassa kodissaan pitempään. Samalla tuetaan asiakkaan toimintakykyä ja parannetaan elämänlaatua sekä ennalta ehkäistään laitoshoitoon joutumista. Kotipalvelu voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Asiakkailla laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Ikonen 2013, 43 ; Valvira)

Ikääntyvien joukossa on myös sotainvalideja joidenka palvelut määritellään so-tavammallaissa (404/1948). Valtio korvaa kunnille kotihoidon kustannukset. So-

tavammalain mukaiset kotihoidon palvelut pitävät sisällään kotipalvelun, omaishoidon tuen sekä ateria- ja muut tukipalvelut. Etuuksien saamisen ehtona on haitta-asteen määrittely ja sen tekee valtion konttori. Sotainvalidin lesket ja sotainvalidit joiden vamman haitta-aste on alle 20 % voivat saada paikallista avustusta kotihoidon ostamiseen. (Ikonen ym. 133–134)

Valtakunnallisessa vanhustenhuollon linjauksessa kotona asumisen tukeminen, avopalvelujen ensisijaisuus sekä terveyden ja hyvin voinnin edistäminen ovat olleet pääpainopisteitä. 2000-luvun aikana on alettu voimakkaammin painottamaan riittävien palvelujen turvaamista, omien voimavarojen turvaamista sekä valinnan vapautta. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntyvä voisi asua omassa kodissa – ja sosiaalisessa ympäristössä mahdollisimman pitkään, kuitenkin niin, että ikääntyvä saa itse päättää hoitopaikkansa. Ja mikäli hän toivoo paikkaa palvelutalosta, siihen annetaan mahdollisuus. (Rintala ym. 2010)

Kaste 2008 -2011 loppuraportin mukaan säännöllistä kotihoitoa saavien vanhusasiakkaiden määrä on kasvanut. Asiakkaiden toimintakyky on alentunut, ja palvelujen tarve lisääntynyt. Asiakkaat tarvitsevat aiempaa enemmän terveyspalveluja ja lääkkeitä käytetään aiempaa enemmän. Virallisen kotihoidon antama hoitoaika on vähentynyt, kun taas omaisten antama hoitoaika on säilynyt ennallaan. (Lähteenmäki-Smith 2012)

3.3.2 Lapsiperheet

Kotipalvelut tulee olla myös lapsiperheiden saatavilla. Palvelulla voi olla asumisen tukemista, henkilökohtaista hoivaa ja huolenpitoa, lasten kasvatusta ja hoitoa tai muuta tavanomaisen arjen tukemista ja avustamista. Sosiaalihuoltolain mukaisen kotipalvelun perusteena voi olla: alentuneen toimintakyky, perhetilanne, rasittuneisuus, sairaus, synnytys, vamma tai muun vastaavanlainen syy. Kotipalvelulla vastataan myös vanhempien tuen tarpeeseen ja arkirutiinien luomiseen sekä arjen taitojen harjoitteluun, joita ovat päivärytmi, ravitsemus, lastenhoito ja heidän tarpeiden huomioiminen sekä kodinhoito. (Valvira)

Parhailla kotipalvelun perhetyö on suunnitelmallista ja määrätietoista ennaltaehkäisevää työtä perheen tukemiseksi yhdessä heidän verkoston sekä muiden viranomaisten kanssa. Perhetyö voi olla myös kriisityötä, jolloin kotipalvelun tehtävänä on tukea perhettä äkillisessä kriisitilanteessa. Perhetyön lähtökohta on perheen voimavarat ja tarpeet. Kotipalvelun perhetyö voi olla myös ennaltaehkäisevää lasten suojelua, jolloin asiakkaana on perhe, joka tarvitsevat tukea ja ohjausta. Ennaltaehkäisevällä lasten suojelulla edistetään ja turvataan lapsen kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. (Valvira)

Kaste 2012–2015 ohjelman yksi tavoitteista on kehittää lasten, nuorten ja perheiden palvelukokonaisuutta, ottaa käyttöön toimintamalleja jotka tukevat perhettä ja vanhemmuutta sekä lasten ja nuorten kanssa työskenteleviä aikuisia.

Myös vahvistaa ehkäiseviä ja varhaisen tuen palveluja sekä kehittää ehkäisevää lastensuojelua ja tämän avulla vähentää huostaanottoja. Kehittää palvelukokonaisuuksia lasten, nuorten ja lapsiperheiden tarpeisiin. Kuntien tehtävänä on järjestää kotihoidon sisälle palveluja jotka ovat myös lapsiperheiden saattavissa. (kaste 2012–2015)

3.3.3 Pitkäaikaissairaat ja vammaiset asiakkaat

Kotipalvelu pitkäaikaissairaiden ja vammaisten asiakkaiden kotona on avustamista päivittäisissä toiminnoissa asiakkaan kotona ja lähiympäristössä. Näitä toimintoja ovat muun muassa pukeutuminen, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, ravitsemus. Kotipalvelun avulla mahdollistetaan kotona asuminen. Kotipalvelu voi olla osana vaikeavammaisten asumispalvelua jolloin palvelut ovat maksuttomia (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992 4§ 1 momentti 5 kohta, Asiaksmaksu). Palveluasumiseen kuuluu asunto, sekä asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat asiakkaan jokapäiväiselle suoriutumiseksi välttämättömiä (vammaispalveluasetus 759/1987). Kotipalvelun henkilökunnalla tulee olla tietoa erilaisista vammaisuuden aiheuttajista, vammaisuudesta sekä vammaisille tarkoitetuista palveluista ja tukitoimista. Työ vammaisen tai pitkäaikaissairaana luona on usein aikaa vievää ja hoitajan onkin

tärkeää nähdä asiakkaan persoonallisuus, voimavarat ja omatahtotila vammaisuudesta huolimatta. (Valvira ; Ikonen 2013, 45)

Suomi on sitoutunut Euroopan neuvoston ja Euroopan unionin vammaispolitiikan linjauksiin. Linjauksen tavoitteena on syrjinnän poistaminen, vammaisten henkilöiden täyden osallistumisen mahdollistaminen sekä vammaisnäkökulman valtavirtaistuminen kaikkialla yhteiskunnassa. Invalidiliiton ”terve vammainen” muistiossa korostetaan tasa-arvoa palvelujen saamisessa. Tasa-arvoa on, että tarjotut palvelut vastaavat vammaisen käyttäjän tarpeita ja, että myös ennalta ehkäisevät palvelut kohdistuvat kaikkiin samankaltaisesti. (Invalidiliitto)

Usein hoito- ja hoivatyön ammattilaiset tuntevat heikosti vammaisen asiakkaan arkielämää. Tämän seurauksena syntyy vääränlaisia asenteita ja vaikeutta ymmärtää vammaisten ihmisten palvelutarpeen kirjoa. Kuitenkin kotipalvelun palvelut ovat osa kuntien toteuttamaa kehitysvammaisten palveluasumista. (invalidiliitto)

3.3.4 Mielenterveys- ja päihdehuollon asiakkaat

Yhä enenevässä määrin kotipalvelun asiakkaana on mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Heidän kanssa työskentelystä puhuttaessa käytetään termiä kuntouttava kotipalvelu. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kanssa työskentely koetaan usein vaativaksi ja ongelmalliseksi. Kuitenkin kyseinen työ pitää sisällään saman hoidon ja hoivan, kun muissakin asiakasryhmissä. (Ikonen 2013, 46)

Kunnan on järjestettävä mielenterveyspalvelut osana sosiaalihuoltoa, mielellään avopalveluna (mielenterveyslaki 1006/2009 3§ ja 5§). Kunnan velvollisuutena on järjestää yksilöllisen tarpeen mukaan mahdollisuus sosiaaliseen tai lääkinälliseen kuntoutukseen liittyvään tuki- ja palveluasumiseen. Mielenterveys- ja päihdekuntoutajat tarvitsevat kuntouttavien toimintojen lisäksi apua ja tukea arjen hallintaan sekä syrjäytymisen ehkäisemiseen. Kotipalvelu voi olla toteuttamassa tätä. Kotipalvelu ohjaa ja opastaa kodinhoidossa, ruokahuollossa sekä

kannustaa sosiaalisten suhteiden luomiseen ja osallisuuteen. Etenkin nuorten ja lasten kohdalla kunnan on huolehdittava riittävästä mielenterveystyö avohuollon tukitoiminen saatavuudesta (mielenterveysasetus 1282/2000 6 c §). (Valvira)

Alkoholiongelman on yksi yhteiskunnan merkittävimmistä terveysuhkista. Alkoholiongelma kietoutuu asiakkaan elämänpiiriin joten hoidon tulee ulottua myös sinne. Hyvä hoitosuhde ja psykososiaaliset hoidot ovat alkoholiongelmaisen hoidon ydin. Myös lääkkeillä on tehoa alkoholiongelman sekä alkoholin väärinkäytön hoidossa. (Duodecim 2011)

Alkoholiongelmaan liittyy usein sairauksia ja terveysongelmia kuten ylipainoa, metabolista oireyhtymää, haimatulehdusta, iho-ongelmia, ripulia, uniongelmia, dementiaa ja mielenterveysongelmia. Päihdehuoltolaki (41/1986) velvoittaa kuntaa järjestämään päihdeongelmaiselle ja hänen omaisilleen riittävä ja asiallinen hoidon. (Duodecim 2011)

3.3.5 Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomeen muuttanutta ulkomaan kansalaista, joka aikoo asua maassa pidempään. Turvapaikanhakija on henkilö, joka kotimaassaan on joutunut vainon kohteeksi. Hän joka anoo kansainvälistä suojelua ja oleskeluoikeutta toisesta maasta. YK:n pakolaissopimuksen mukaan henkilö eli pakolainen on henkilö, jolla on perusteltu syy pelätä joutuvansa vainotuksi kotimaassaan. Sota, luonnonkatastrofi tai köyhyys ei ole sopimuksen mukainen syy. Pakolaisiksi Suomessa kutsutaan myös henkilö, jotka ovat saanut jäädä maahan suojelun tarpeen vuoksi tai humanitäärisistä syistä. Kiintiöpakolainen on henkilö, jolla on YK:n myöntämä pakolaisen asema ja näin kuuluu vastaanottavan maan pakolaiskiintiöön. (Väestöliitto)

Vuonna 2012 Suomessa oli ulkomaalaisia (ulkomaan kansalaisia) noin 195 500 eli 3,6 prosenttia koko Suomen väestöstä. (Väestöliitto)

Vaikka ulkomaalaisten määrä kasvaa, on Suomessa silti ulkomaalaisia vähiten verrattuna muihin läntisiin Euroopan maihin. Ulkomaalaiset keskittyvät asumaan suurimpiin kaupunkeihin. Suomen kymmenessä suurimmassa kaupungissa

asuu lähes 65 prosenttia kaikista täällä asuvista ulkomaalaisista. Ulkomaalaisia on ente in Helsingissä, jonka väestöstä 8,4 prosenttia oli ulkomaalaisia vuonna 2012. Pohjoismaiden pääkaupungeista suhteessa eniten ulkomaalaisia on Kööpenhaminassa jossa 2011 ulkomaalaisten osuus oli 14 %. Suomeen tulee ulkomaalaisia muun muassa Virosta, Ruotsista, Thaimaasta, Irakista ja Somalias- ta. (Väestöliitto)

Ulkomaalista osa on jo Suomeen tullessaan iäkkäitä. Toisaalta työikäisenä Suomeen tulleetkin ikääntyvät. Tällä hetkellä kuitenkin ulkomaalaisia on suh- teessa enemmän ikäluokissa 25–34-vuotta sekä 35–44-vuotta. Myös 0-24 ikä luokassa muuta kuin suomea, ruotsia tai saame puhuvien osuus oli 5.5 %. Suomessa on myös valtakulttuurista poikkeavia etnisiä vähemmistöjä. Näitä ovat saamelaiset, suomenruotsalaiset, romaanit, tataarit ja juutalaiset se- kä viittomakieliset. (Väestöliitto)

Maahanmuuttajien ja ulkomaalaistaustaisten kotihoidon haasteena on yhteisen kielen löytäminen sekä kulttuurin ymmärtäminen. Tavoitteena on että heidän sosiaali- ja terveyspalvelut integroidaan normaaleihin palveluihin. Joissakin kunnissa on järjestetty maahanmuuttajapalveluja joiden avulla kotiutumista pyri- tään helpottamaan. Kotihoito on yksi tapa ehkäistä maahanmuuttajien ja ulko- maalaistaustaisten syrjäytymistä. Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa tode- taan, että vähemmistöjen syrjäytymistä tulee ehkäistä, koska syrjäytyminen vai- kuttaa terveyteen. Monikulttuurisessa hoito- ja huolenpitytyössä tuleekin huomi- oida kulttuuriset erilaisuudet ja niiden vaikutukset terveyskäyttäytymiseen. Kult- tuuri vaikuttaa ihmisen käsitykseen terveydestä ja sairaudesta sekä suhtautu- misen syntymään ja kuolemaan. Eri kulttuureiden käsitykset perheestä ja hoi- dosta - ja huolenpidosta vaihtelevat, joten on tärkeää huomioida nämä seikat kotipalvelutyössä. (Ikonen ym. 1997, 139–141)

3.4 Kotipalvelutyön kuormittavuus

Kotipalvelussa tehtävä hoito- ja huolenpitotyö on fyysisesti -, psyykkisesti - ja sosiaalisesti kuormittavaa. Suuressa määrin työ on tunnettyötä. Persoonallisuus on hoitajan keskeinen työväline. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa tuo hoitotyön mielekkyyttä, mutta vuorovaikutus pitää sisällään myös vaikeiden tunteiden kohtaamista.

Hoitotilanteessa hoitajan on oltava kohtelias ja hymyilevä, asiakkaan negatiivisiin tunteisiin ei pidä vastata. Asiakkaan murheisiin osallistumien vie voimavaroja. Ergonomia hoitotyössä on oleellinen osa hoitajan ammattitaitoa. Omaan työhön liittyvä ergonominen osaaminen on avainasemassa asiakkaan avustus- ja hoitotilanteissa. Oikeat siirtomenetelmät ja apuvälineet helpottavat työtä ja parantavat työturvallisuutta. (Tamminen 2008, 33; Ikonen 2013,186)

Kotipalvelutyössä kuormitusta saattaa lisätä kiire, joka syntyy, kun asiakaspaikkoja on työvuoron aikana useita ja matkoihin kuluu aikaa. Aikatauluista ei aina pysty pitämään kiinni muuttuvien tilanteiden vuoksi, tällöin työ on raskasta ja kuultavaa. Huoli yksin selviytymisestä haastavan asiakkaan kanssa, väkivallan uhka tai seksuaalinen häirintä kuormittavat mieltä. (Ikonen 2013,187–188)

Työssä jaksamiseen vaikuttaa myös työilmapiiri, työn luonne, työntekijän oma fyysinen - ja psyykinen terveydentila sekä elämäntilanne. Työssä jaksamisen perusedellytys on hyvä motivaatio. Jokaisella työntekijällä on vastuu oman jaksamisen lisäksi tukea myös työkavereita jaksamaan. Työyhteisön arvot ja normit muodostuvat organisaatiokulttuurin mukaan ja ohjaavat käytännön toimintatapoja. Toimivassa työyhteisössä jäsenet tunnistavat nämä asiat ja ovat niistä yksimielisiä sekä valmius tarkastella ja kehittää niitä tarpeen mukaan. Yhteisten palaverien ja palautekeskustelujen säännöllisyys työyhteisössä on tärkeä osa kotipalvelutyötä. Muutostilanteissa työyhteisössä tulisi järjestää yhteistä aikaa käsitellä muutosta, muutoksessa on kysymys aina tunteita. Kehityskeskustelut, koulutus ja työnohjaus ovat hyviä välineitä henkisen kuormituksen hallintaan. Parhaiten menestyvät työyhteisöt, joilla on eniten henkisiä valmiuksia kohdata

muutoksia ja ottaa ne haasteena. Työn pitäisi motivoida ja olla uudistumisen lähde. Työyhteisön ja esimiehen tuki ovat henkisen hyvinvoinnin perusta.

(Ikonen 2013,187–188 ; Tamminen 2008, 33)

Kotipalvelutyötä tehdään pääsääntöisesti asiakkaan omassa kodissa mikä asettaa omat vaatimuksensa työhön. Kotipalvelutyössä fyysinen kuormittavuus on lisääntynyt vuosien saatossa merkittävästi. Asiakkaiden ikääntyminen, toimintakyvyn aleneminen, lääkityksen lisääntyminen sekä päivittäisten hoitokertojen määrän lisääntyminen ovat syynä kotipalvelutyön kuormittavuuden lisääntymiseen. (Tamminen 2008,12–13, 34–35)

Työtilojen rakenteet ja työvälineet eivät aina ole sellaisia, että työntekijän ergonomia toteutuisi. Työtilassa tulisi olla riittävästi tilaa työn tekemiselle ja mahdollisuus vaihtaa työasentoa. Myös apuvälineiden puuttuminen voi vaikeuttaa työtä. Asiakkaiden siirrot ja nostot ahtaissa tiloissa kuormittavat fyysisesti työntekijää eniten. Siirtojen ja nostojen määrä, selän kumarat - ja kieroutuneet asennot, työn kuormitustekijöiden yhteisvaikutus, palautumisajan lyhyys sekä heikot siirrotaidot ovat fyysisen kuormittavuuden osatekijät. Työn organisoinnilla voidaan helpottaa yksipuolista kuormitusta eli työtehtäviä vaihdellaan ja kierrätetään työntekijöiden kesken. Työtä tehdään usein yksin ja ongelma tilateiden ratkaisemiseen ei saada työtovereiden apua, kuin vasta jälkikäteen.

(Tamminen 2008,12–13, 34–35)

Kotipalvelutyössä ergonomian osalta parannuksia työntekijöiden työolosuhteisiin voidaan vaikuttaa melko vähän. Henkilökunnan siirto- ja nostokoulutus auttaa henkilökuntaa huomioimaan omat työasennot ja antaa heille tietoa uusimmista apuvälineistä sekä tekniikoista. Apuvälineiden, kuten kahvojen asentaminen ahtaisiin wc- ja pesutiloihin auttaa hyödyntämään asiakkaan omaa liikekapasiteettia. Myös kalusteiden sijoittelu, niiden säädettävyyden pienentävät fyysistä kuormitusta. (Tamminen 2008,35)

Kotipalvelutyö on usein vuorotyötä, joka luo työlle fyysistä -, psyykkistä - ja sosiaalista kuormitusta. Työn suunnittelussa olisi tärkeää huomioida työntekijöiden fyysiset -, psyykkiset - ja sosiaaliset voimavarat. Työaikalain säädäntö määrittää työajan, jota tulisi noudattaa. Työterveyslaitos on antanut myös esimerkiksi kunta-alalle suosituksen työajoista kuormittavuuden näkökulmasta. Työvuoron pituudeksi suositellaan 6-9 tuntia. (Tamminen 2008,12–13, 34–35)

Pitkät työvuorot voivat heikentää työsuoritusta ja työturvallisuutta sekä lisätä väsymystä. Alle 4 tunnin työvuoroja ei suositella, sillä ne lisäävät työhön sidonnaisuutta ja vähentävät vapaa päivien määrää. Peräkkäisten työpäivien määräksi suositellaan pääsääntöisesti 5 päivää, koska pitkien työjaksojen aikana voi syntyä kasaantunut kuormitusta. Ilta- ja aamuvuorojen väliin tulisi jäädä riittävä palautumisaika (11 tuntia). Pitkiä iltavuoroputkia tulisi välttää, koska se vaikeuttaa työn ja muun elämän yhteen sovittamista. (Tamminen 2008,12–13, 34–35)

Kerran viikossa suositellaan 35 tunnin kestävästä keskeytymätöntä vapaa-aikaa, jonka tarkoitus on taata palautuminen työstä. Vuorotyössä tulisi myös olla vapaita viikonloppuja, joissa peräkkäisiä vapaa-päiviä vähintään kaksi. Yksittäisiä vapaapäiviä tulisi välttää, koska ne lisäävät työhön sidonnaisuutta. Työntekijällä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa työasioihinsa, esimerkiksi työvuoro toiveiden muodossa. Tämä helpottaa työntekijän työn ja muun elämän yhteen sovittamista ja suunnittelua. (Tamminen 2008,12–13, 34–35)

Perälän, Grönroosin ja Sarven 2006 tutkimuksen ” Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi” käy ilmi 56 % vastaajista koki kotihoidotyön melko tai erittäin kuormittavaksi. Vastaajat kokivat työnsä melko haasteelliseksi (ka 3,8 asteikoilla 1-5). Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ikääntyvien kanssa työskentely vaatii luovuutta. Valtaosa vastaajista toi esiin taidon oppia jatkuvasti uutta sekä pitkälle kehittyneen ammattitaidon, vaikka etenkin kotipalvelussa työ koettiin rutiiniomaiseksi. Vastaajat olivat melko tyytyväisiä vaikutusmahdollisuuksiin omassa työssään (ka 3,6 asteikolla 1-5). Parhaiten pystyttiin vaikuttamaan työjärjestykseen ja työmenetelmiin. Kotihoidon työntekijöistä 56 % kertoi pystyvän vaikuttamaan omaan työtahtiinsa kun kotisairaanhoidossa vastaava luku oli 71 %. (Perälä 2006, 22–24)

Noin 80 % vastaajista arvioi oman fyysisen-, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn melko tai erittäin hyväksi. 37 % vastaajista käytti säännöllisesti jotain reseptilääkettä. Ja puolella oli viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut ongelmia tai kipuja tuki- ja liikuntaelimissä. Noin 40 % vastaajista oli tuntenut itsensä väsyneeksi työssä ja vapaa-aikana ja noin kolmanneksella oli nukahtamiseen ja uneen liittyviä ongelmia. (Perälä 2006, 24)

Mielihyvää ja tyydytystä kotihoidossa saatiin asiakkaiden palautteesta, asiakkaan tyytyväisyydestä ja hoitosuhteesta koetusta luottamisesta ja vuorovaikutuksesta. Eniten tyytymättömyyttä aiheutti työssä esimiehen huonot johtamistaidot, työyhteisön huonot vuorovaikutussuhteet sekä kokemus omien voimavarojen riittämättömyyden tunteesta. (Perälä 2006, 24–25)

Superin 2012 tekemästä lähi- ja perushoitajien työhyvin vointi selvityksestä käy ilmi, että 49 % vastaajista kokee, että työnsä hieman liian raskaaksi tai erittäin raskaaksi. Eri ammattiryhmien vertailussa työnsä raskaimmaksi kokivat kodinhoitajat. Liian vähän henkilökuntaa koki olevan suomenkielisistä 63 % ja ruotsinkielisistä 59 %. Niiltä työntekijöiltä, jotka kokivat henkilökunnan määrän liian vähäiseksi, kysyttiin: Minkä ammattiryhmän edustajia he kaipaisivat lisää? Vastauksista ilmeni, että 79 % oli sitä mieltä, että tulisi palkata lisää lähi- ja perushoitajia. 6 % toivoi sairaanhoitajia, 5 % hoitoapulaisia lisäksi mainittiin lääkärit, terveydenhoitajat, fysioterapeutit, välinehuoltajat ja osastosihteerit. Siivous- ja ruoka- huoltoon toivottiin lisää laitoshuoltajia. (Erkkilä ym. 2012)

Vastaajista 36 % ilmoitti, että työn fyysinen ja henkinen raskaus sekä työtahti ja kiire ovat lisääntyneet selvästi. 42 % ilmoitti, että työtahti ja kiire ovat lisääntyneet jonkin verran. Vastaajista 20 % mielestä työtahti on pysynyt samana ja 2 % mielestä vähentynyt. Yhteensä 78 % on siis sitä mieltä, että työtahti ja kiire ovat lisääntyneet. Työn tahti ja kiire ovat lisääntyneet eniten kotihoidossa, vanhus-tenhoidossa ja terveystieteiden vuodeosastolla. 81 % vastaajista koki työn henkisen rasittavuuden lisääntyneen selvästi tai jonkin verran. Henkisen rasittavuuden koki pysyneen samana 18 %. Henkisen rasittavuuden koki vähentyneeksi 1 %. Kodinhoitajat, jotka työskentelivät kotihoidossa, kokivat työn henkisen rasittavuuden lisääntyneen eniten. Vastaajista 71 % oli sitä mieltä, että

heidän työpaikallaan on huolehdittu ergonomiasta hyvin tai melko hyvin. 29 % vastaajien työpaikoilla ergonomiasta oli huolehdittu huonosti tai melko huonosti. (Erkkilä ym. 2012)

3.5 Tuusniemi ja kotipalvelu

Tuusniemen kunta sijaitsee Itä-Suomen keskipisteessä, Kuopion ja Joensuun puolivälissä. Tuusniemi on laaja vesistöinen kunta, taajama-aste on n. 39,3 %. Vuonna 2012 lopussa kunnassa oli 2795 asukasta, joista yli 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 28,4 % kun se koko maassa oli 18,8 %. Valtaosa asumisesta on rivi- ja pientalo asumista 88,4 %. (tilastokeskus)

Tuusniemen kunta ostaa perusterveydenhuollon palvelut Kuopion kaupungilta ja laboratorio palvelut Islabilta. Sosiaalipalvelut, jonka alle kotipalvelu kuuluu, kunta tuottaa tällä hetkellä itse. Tällä hetkellä Tuusniemellä selvitetään kuntaliitos asiaa Kuopion kanssa ja samalla myös sosiaalipalvelujen ostamista Kuopiolta. Tuusniemen kotipalvelu on jaettu kolmeen osaan. Ryhmä yksi toimii kirkonkylällä: Tuuspiha 1, 2, 4 ja 5 asukkaat sekä näiden lähiympäristö. Ryhmä kahden vastuulla on Tuuspiha 3 sekä Paakkila, Ohtaanniemi, Loukeinen, Pajumäki. Ryhmä kolmen vastuulla on Etelä-Tuusniemi ja Juurikkamäki. Henkilöstömäärä on 1 sairaanhoitaja, 8,5 perus - ja lähihoitajaa, 3,5 kodinhoitajaa ja 4 kotiavustajaa. Lisäksi palveluauton kuljettaja, joka hoitaa asiakkaiden kauppa ja -pankkiasioita sekä huolehtii ruuanjaosta. Henkilöstön ikäjakauma on 38–64 vuotta, keski-ikä noin 50 vuotta. Työkokemusta työntekijöillä on 15–40 vuoteen. (Mustonen 2009, 2013)

Tuusniemen kotipalvelun tavoitteena on tukea ikääntyvien asiakkaiden kotona asumista siten, että 90 % yli 75 vuotiaista asuisi kotona. Tavoitteena on, että 13 % yli 75-vuotiaista kuntalaisista olisi säännöllisen kotipalvelun piirissä ja omaishoidon piirissä 5 % yli 75 vuotiaista. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit on aloitettu vuonna 2007, tuolloin kohde ryhmänä oli kaikki 80 vuotta täyttäneet kuntalaiset, jotka eivät olleet säännöllisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun piirissä. Tuusniemellä toimii kuntoutustyöryhmä, joka kokoontuu kerran viikossa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kuntoutustyöryhmässä arvioidaan vuodeosastolta

kotiutuvien potilaiden kotiutusajankohtaa ja palvelujen tarvetta kotiin sekä asumisasioita sekä käsitelleen mahdollisia uusia kotipalvelu asiakkuuksia.

Tuusniemen vanhustenkotiyhdistys omistaa Tuusniemen kirkonkylällä yhteensä 94 asuntoa, joista valta osa yksiötä. Noin 2/3 asukkaista ovat ikääntyneitä jotka ovat hakeutuneet asumaan lähemmäksi palveluja. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido tukee heidän selviytymistään erilaisten tukitoimien avulla. Tuusniemen 4H-yhdistys tuottaa vanhuksille siivous- ja asiointi palvelua.

(Mustonen 2009; Tuusniemen kunta talousarvio)

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työnkuormittavuudesta. Tavoitteena on saada tietoa työnkuormittavuuden kokemuksista ja hyödyntää sitä tulevaisuudessa kotipalvelutyön kehittämisessä Tuusniemellä.

Tutkimuskysymys

Minkälaisia kokemuksia Tuusniemen kotipalvelu henkilökunnalla on oman työn kuormittavuudesta?

5. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TOTEUTUS

5.1 Tutkimus lähestymistapa

Tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Sen lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Laadulliseen tutkimukseen liittyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Laadullisen tutkimuksen tarkoitus on kuvata aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti todetaan, että sen pyrkimyksenä on pikemmin löytää tai paljastaa tosiasioita kun todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym.1997, 161)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu menetelmä eli se on lomake- ja avoimahaastattelun välimuoto. Sille on tyypillistä, että haastattelun teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkkamuoto ja järjestys puuttuvat, mutta se ei ole täysin vapaa kuten syvähaastattelu. Teemahaastattelu-termiä ei esiinny muissa kielissä, mutta muuallakin tehdään samantyyppisiä haastatteluja. Menetelmän esikuvana on Mertonin, Fiskin ja Kendallin (1956) fokuoitu haastattelu.

Teemahaastattelu eroaa siitä kuitenkin niin, ettei se edellytä tiettyä kokeellisesti saatua yhteistä kokemusta. Se lähtee liikkeelle olettamuksesta, että yksilön kaikki kokemukset, ajatukset, uskomukset ja tunteet voidaan tutkia tällä menetelmällä. Mertonin ym. tapaan korostetaan haastateltavien elämysmaailmaa ja määritelmää tilanteesta. Teemahaastattelu menetelmä ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä ja sen, että merkitykset syventävät vuorovaikutusta. (Hirsijärvi&Hurme 2009, 47-48; Hirsijärvi ym. 1997, 204–205)

Valitsin tutkimuksen aineiston keruu menetelmäksi teemahaastattelun, koska tarkoitus on selvittää kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia. Teemahaastattelun avulla on mahdollisuus saada enemmän tietoa, kun esimerkiksi kyselylomakkeella. Haastattelussa haastateltavat voivat kertoa vapaasti kunkin teema alla omia kokemuksiaan asiasta. Tutkittava aihe on monitahoinen ja sen vuoksi on hyvä olla mahdollisuus tarkentaa vastauksia. Haastattelu tilanne antaa mahdollisuuden pyytää tarkennusta. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan eli auki kirjoitetaan sanasta sanaan.

Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Suurimpana etuna pidetään joustavuutta tiedonkeruu hetkellä. Haastatteluaiheiden järjestystä voidaan säädellä tilanteen vaatimalla tavalla ja vastaajia myötäillen. Ryhmähaastattelun etuna on mahdollisuus saada esille moniulotteisempi kuva todellisuudesta. Osallistujien keskeinen vuorovaikutus ja toisten ajatusten kehittäminen luovat uusia kerroksia yhteiseen tarinaan. Ryhmähaastattelussa ryhmädynamiikan perusilmiöt saattavat näkyä muun muassa niin, että noudatetaan enemmistön mielipidettä. (Hirsijärvi ym. 1997, 200–201; Kylmä ym. 2007, 84–85)

5.2 Tutkimuksen rajaus - ja prosessi

Tutkimuksen tekeminen alkoi syyskuussa 2013, tuolloin tehtävästä tutkimisesta tehtiin sopimus Tuusniemen kunnan sosiaalitoimen kanssa. Sopimuksen kirjoittamista edelsi sähköposti kirjeenvaihto Tuusniemen kunnan vanhustyönjohtajan ja sosiaalijohtajan kanssa. Tutkijaa itse ei ole työskennellyt Tuusniemen kotipalvelussa, mutta omaa työkokemusta vastaavasta työstä esimies- ja työntekijä asemasta. Tutkija itse ehdotti Tuusniemen kotipalveluun tutkimuksen aihetta, sillä koki sen hyödylliseksi ja ajankohtaiseksi.

Lisäksi tutkimuksen tekeminen omaan kotikuntaan tuntui luontaiselta valinnalta. Tutkimustuloksia voidaan käyttää apuna kotipalvelutyön kehittämisessä Tuusniemellä tulevaisuudessa.

Tutkimus menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelut toteutettiin kolmena ryhmäteemahaastatteluna Tuusniemen kotipalvelu henkilökunnalle. Henkilökuntaa kotipalvelussa on yhteensä 17, joista 1 sairaanhoitaja, 8,5 perus - tai lähihoitajaa, 3,5 kodinhoitajaa ja 4 kotiavustajaa. Teemahaastatteluun osallistui yksi sairaanhoitaja, kahdeksan lähihoitajaa, yksi kodinhoitaja ja kaksi kotiavustajaa eli kaksitoista hoitajaa seitsemästätoista. Kaikki osallistuneet olivat naisia. Työkokemus vaihteli 2 vuodesta 33 vuoteen. Vastaajien ikä jakauma oli 32- 62 ikävuotta.

Ennen teemahaastatteluja tutkija perehtyi teoria tietoon ja kirjoitti sitä syyskuusta joulukuuhun 2013. Tämän teoria tiedon pohjalta hän laati teemahaastattelulle rungon. Laadittaessa runko teemahaastattelulle ei ole tarkoitus tehdä tarkkoja kysymyksiä vaan laatia lista teemoista ja niihin muutamia tarkentavia kysymyksiä. Tämä runko toimii tutkijalla muistin tukena ja ohjenuorana varsinaisessa haastattelu tilanteessa. (Hirsjärvi&Hurme 2009, 65-67) Teoriaan perehtymisvaiheessa tutkija perehtyi myös sisällön analyysiin, mikä helpottaa saatavan aineiston purkamisen suunnittelua.

Teemahaastattelun teemoiksi nousivat; fyysinen työssä kuormittuminen, psyykinen työssä kuormittuminen ja sosiaalinen työssä kuormittuminen (Liite 1, teemahaastattelunrunko). Teemahaastattelu runko testattiin yhdellä sosiaali- ja terveydenhuollon alalla työskentelevällä henkilöllä, jonka koulutus lähihoitaja sekä työskentelee vastaavanlaisissa tehtävissä. Saatujen vastausten perusteella tutkija osasi tarkentaa kysymysten muoto.

Aluksi teemahaastateltavat suunniteltiin neljään ryhmään, joissa kolmessa neljä työntekijää ja yhdessä kolme työntekijää. Haastattelijan estymisen vuoksi yksi haastattelu jouduttiin perumaan ja toteutettiin vain kolme ryhmähaastattelua. Kuitenkin niin, että perutun haastattelun ryhmäläisillä oli mahdollisuus osallistua toisessa ryhmässä.

Ryhmiä lopullisen koostumuksen päätti vanhustyönjohtaja työvuorolistan pohjalta. Haastattelu oli osallistujille vapaaehtoinen vaikkakin se järjestettiin työajalla. Tutkimuksesta tiedotettiin vanhustyönjohtajan kautta työntekijöille etukäteen. Teemahaastattelut toteutettiin: 20.1.2014 oli viisi osallistujaa, 23.1.2014 oli neljä osallistujaa ja 28.1.2014 oli kolme osallistujaa. Yksi haastatteluun valituista sairastui, yksi kieltäytyi ja yksi ei saapunut paikalle.

Teemahaastatteluista saatu äänitemateriaali litteroidaan. Litterointi on aikaa vievää, sillä materiaalia joudutaan kuuntelemaan useaan kertaan. (Wikipedia) Sisällönanalyysi on systemaattinen analyysimenetelmä. Sen avulla kuvataan aineistona olevaa tekstiä. Sisällön analyysin tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis kuvaaminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja.

Hoitotieteessä sisällönanalyysi on saavuttanut tärkeän jalansijan, siihen liittyy useita vahvuuksia joita ovat tutkimusasetelman joustavuus ja sensitiivisyys. Muun muassa Sandelowski (1995) on nimennyt analyysin prosessin vaiheet; ensimmäinen on analyysivaihe, toinen tulkintavaihe. Tässä tapauksessa analyysi tarkoittaa aineiston purkamista osioihin ja tulkinta on uuden synteessin tekemistä osioista. Aineistolähtöisyydessä on keskeistä, että aineisto kertoo tarinansa. (Kankkunen ym. 2009, 134; Kylmälä ym. 2007, 112–113)

Teemahaastattelut pidettiin kaikki rauhallisessa tilassa johon ei haastattelun aikana ulkopuolisilla ollut pääsyä. Ennen haastattelun alkua tutkija kertoi, että haastattelu nauhoitetaan ja auki kirjoitetaan sanasta sanaan jonka jälkeen aineistosta tehdään sisällön analyysi. Lisäksi haastateltaville kerrottiin, että haastattelu etenee teemojen mukaan ja he voivat puhua vapaasti, ilman puheenvuorojen pyytämistä. Haastattelut nauhoitettiin puhelimella (Nokia N8) ja siirrettiin haastattelun jälkeen tietokoneelle. Josta ne kuunneltiin ja kirjoitettiin sanasta sanaan auki. Kerätyn aineistoanalysointi alkoi helmikuussa 2014. Kerätty aineisto analysoidaan, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyväksi.

Aineiston elämnläheisyys ja runsas tekee analyysistä haasteellisen ja mielenkiintoisen, mutta samalla ongelmallisen ja työlään. Useat tutkijat kokevat analyysivaiheen aikaa vieväksi ja tuskalliseksi prosessiksi. Tämän vuoksi onkin tärkeää laatia realistinen aikataulu tutkimukselle. Jos aineistoa ei ole keruuvaiheessa purettu ja tarkasteltu on sen käsittelyyn ja analyysiin ryhdyttävä mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. Aineisto on tuore ja inspiroi. Jos käy ilmi, että tietoja on selvennettävä tai täydennettävä on se heti haastattelun jälkeen helpompaa. (Hirsjärvi&Hurme 2009, 135)

Teemahaastatteluista kertyi yhteensä noin kaksi tuntia nauhoitettua materiaalia. Yhdessä äänitteessä äänenlaatu oli hieman heikko, johtuen siitä että osa haastateltavista puhui hiljaisella äänellä. Kuitenkin kaikista äänitteistä sai selvän ja ne kuunneltiin auki kirjoitusvaiheessa useaan otteeseen, lyhyissä pätkissä.

Aineiston analyysi vaiheessa auki kirjoitetusta tekstistä kerättiin yhteen kaikkien kolmen ryhmän kertomukset teemojen mukaan eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuormittumisen alle (esimerkki 1). Jonka jälkeen jokaisen teeman alta vastausten perusteella nousi ydin käsitteitä joita fyysisen kuormittavuuden osalta ovat siirrot, liikkumisen avustaminen, nostot, työasennot, kantaminen, lämpötilan vaihtelut, palveluauton käyttö, likaisuus ja kiire. Psyykkisen kuormittavuuden osalta nousivat ydinkäsitteiksi nopeat tilanteen muutokset, yksin työskentely, vuorotyö, asiakkaiden laatu, aikataulut, priorisointi, tehtävien kuvaus, tiedon kulku sekä työstä saatu palaute. Sosiaalisen kuormittavuuden ydinkäsitteet ovat työyhteisö, esimiehen toiminta, asiakas tilanteet.

esimerkki 1.

lainaus	teema	ydinalue
varmaan ainakin tuollaiset siirrot kun autetaan sängystä pyörätuoliin ainakin fysikaalista kuormittaa	fyysinen kuormittavuus	siirrot
wc:ssä avustaminen... .. aika ahtaat ja rankat paikat liikkumisessa avustaminen ja painavat nostettavat	fyysinen kuormittavuus	avustaminen
muistisairaat, mielenterveysasiakkaat, alkoholistit.. onhan se silleen raskasta on kun kerran viidessä minuutissa kysyy samaa asiaa....	psykkinen kuormittavuus	asiakkaiden laatu
...poikkeavassa tilanteessa pitää ostata arvioida miten pitää toimia ja tehdä päätöksiä esim. laittamaan sairaalaan..	psykkinen kuormittavuus	priorisointi
... hyvin me tullaan toimeen keskenämme ..paljon jutellaan keskenämme ryhmässä..	sosiaalinen kuormittavuus	työyhteisö

5.3 Tutkimuksen eettisyys, luotettavuus ja toistettavuus

Kaikkiin tutkimusiin liittyy eettisiä ratkaisuja. Haastattelussa, jossa tavataan ihminen kasvotusten, eettiset ongelmat muodostuvat moninaisiksi. Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tärkeimpänä eettisenä periaatteena on informaatioon perustuva suostumus, luottamisellisuus, yksityisyys.

(Hirsjärvi&Hurme 2009,19-20)

Tutkimuksen lähtökohtana tulee aina olla ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeudella pyritään kunnioittamaan antamalla ihmiselle mahdollisuus itse päättää osallistuuko tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 25)

Haastattelutilanteessa tulee huomioida osallistujien antamien tietojen luottamuksellisuus ja huomioitava mitä itse haastattelutilanne aiheuttaa haastateltavalle. Litterointi vaiheessa tulee jälleen eteen luottamuksellisuus ja samoin myös se miten uskollisesti kirjallinen litterointi noudattaa haastateltavan suullisia lausumia. Analyysissä eettiset kysymykset koskevat sitä miten syvällisesti ja kriittisesti haastattelu voidaan analysoida ja voivatko kohdehenkilöt sanoa miten heidän lauseitaan on tulkittu. Tutkijan velvollisuus on esittää ne tiedot jotka ovat varmoja ja todennettuja. Tulosten raportoinnissa on huomioitava luottamuksellisuus sekä tulosten seuraukset kohderyhmälle tai yksilölle. (Hirsjärvi&Hurme 2009, 20)

Tutkimukseni kohdalla eettisyyteen pyrin kiinnittämään huomiota jo ennen varsinaista teemahaastattelua tiedottamalla asiasta kotipalvelun esimiehen kautta sähköpostitse. Näin jälkikäteen ajateltuna olisin voinut tehdä tutkimukseen osallistujille kirjallisen tiedotteen, jossa olisin kertonut tutkimuksen taustaa. Kuitenkin työntekijöillä oli mahdollisuus kieltäytyä teemahaastattelusta, vaikka se olikin työajalla. Ennen haastattelua kerroin haastattelun taustaa ja pyrin luomaan luottamuksellisen ilmapiirin ja muistuttamaan vapaaehtoisuudesta. Olen pyrkinyt tutkimuksen tuloksia auki kirjoittaessa ja niitä raportoidessa huomioida eettiset näkökohdat kuten haastateltavien tunnistettavuuden mahdollisuuden poistamisen. Tuloksia esittäessäni olen käyttänyt suoria lainauksia, mutta olen pyrkinyt myös siihen, ettei niistä voi tunnistaa kuka asian on sanonut.

Kvalitatiivisen tutkimuksen kirjo tarjoaa erilaisia luotettavuuden tarkastelu kysymyksiä. Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985) ovat esittäneet kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. 1985 täsmennyksessä puhutaan totuusarvosta, sovellettavuudesta, kiinteydestä ja neutraalisuudesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistavat edellyttävät syventymistä juuri näihin kriteeristöihin. (Kankkunen ym. 2009, 160)

Uskottavuus (credibility) edellyttää tulosten selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Lukijan tulee nähdä miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Näin tarkastellaan analyysiprosessia sekä tulosten validiteettia. Us-

kottavuus kuvaa sitä miten hyvin tutkija muodostamat luokitukset ja kategoriat kattavat aineiston. Aineiston ja tulosten mahdollisimman tarkka analyysin kuvaus lisää luotettavuutta. (Kankkunen ym. 2009, 160)

Siirrettävyys (transferability) edellyttää huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä on tarpeellista siltä varalta, jos joku muukin tutkija haluaa seurata prosessia. Kvalitatiivisessa tutkimus raportoinnissa käytetään usein suoria lainauksia haastattelu tekstistä. Näillä pyritään lisäämään ja varmistamaan luotettavuutta ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keräämisenpolkua. Lainauksia käytettäessä tulee huomioida etiikan näkökulmasta, ettei tutkimukseen osallistujaa voi tunnistaa lainauksen perusteella. Onkin suotavaa, että alkuperäislainauksia kuvataan yleiskielelle muokattuna. Kvalitatiivisen tutkimuksen perusasioiden kuten metodologian, käsitteiden, kontekstin, kielellisyyden ja loogisen ajattelun perusymmärrys tulee olla raportissa selvästi luettavissa. (Kankkunen ym. 2009, 160–161)

Reliabelisuus voidaan määritellä usealla tavalla. Se voidaan nähdä tutkimuksen toistettavuutena eli tutkittaessa samaa kohderyhmää kahdella tutkimuskerrolla saadaan sama tulos. Myös se, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tutkimusaineiston pohjalta. Lisäksi se, että kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos. Ihmisiä tutkittaessa on kuitenkin hyvä muistaa, ettei täydellistä intersubjetiivisuutta ole. Toisin sanoen jokainen yksilö tekee omien kokemustensa perusteella tulkintoja tutkimukseen vastaajien vastauksista. Myös ajassa tapahtuvat muutokset on huomioitava reliabelisuutta määriteltäessä. **Reliabelius on mittaustulosten tai tutkimuksen toistettavuutta joka on ei-sattumanvaraista.** (Hirsjärvi&Hurme 2008, 186, Hirsjärvi&Remes&Sajavaara 2009, 231)

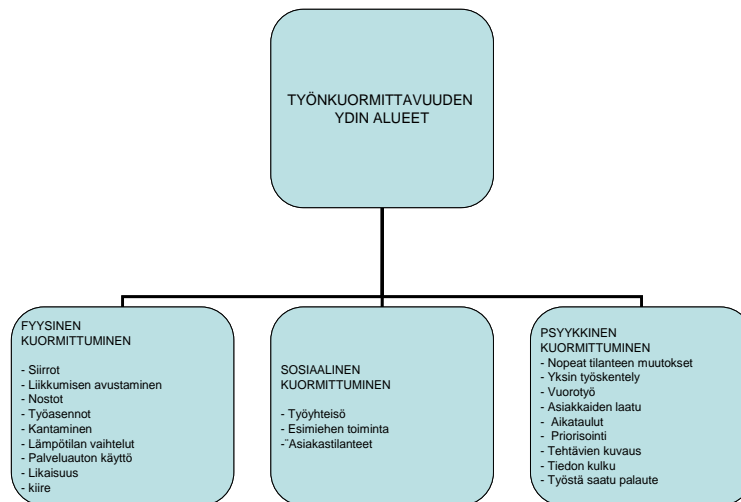
Validius (pätevyys) tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Tutkimusmenetelmät ja mittarit eivät aina vastaa todellisuutta. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksillä saadaan vastaukset, mutta vastaaja on voinut käsittää kysymykset toisin kun tutkija on ajatellut. Jos tutkija kuitenkin käsittelee vastauksia alkuperäisen ajattelumallinsa mukaan, ei

tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. Mittari aiheuttaa tuloksiin virhettä. Janesickin (2000) mukaan laadullisessa tutkimuksessa henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ovat ydinasioita. Validius on kuvausten ja siihen liittyvien selvitysten ja tulkintojen yhteen sopivuutta. ”Kysymys on: sopiiko selvitys kuvaukseen eli onko selvitys luotettava” (Hirsjärvi&Remes&Sajavaara 2009, 232)

Omassa tutkimuksessani uskottavuutta ja siirrettävyyttä lisää tutkimuksen kulun sekä analyysin selkeä kuvaaminen. Teoriatietoon huolellinen perehtyminen ja sen pohjalta luotu teemoitus, joita käytin teemahaastattelun runkona. Sekä niiden pohjalta tuloksista nostetut ydinkäsitteet lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen tuloksien luotettavuutta lisää myös otos eli se kattaa hyvin koko Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan. Lisäksi tulosten validiteettia ja uskottavuutta lisäävät tutkijan aiheen tuntemus teoriatiedon ja myös käytännön työkokemuksen pohjalta. Tutkijalla ja kohderyhmällä on samanlainen ymmärrys työnsisällöstä yhteinen ammattikieli.

Tutkimuksen toistettavuus eli rebiaalisuus on mielestäni mahdollista vaikkakin tutkimuskohteena oleva työyhteisö on muutosprosessin alla. Uskon kuitenkin, että samasta kohderyhmästä saataisiin toistamiseen vastaavat tulokset. Myös tutkimukseen käytetty menetelmä oli toimiva ja antoi sellaisia tuloksia joita vastasivat tutkijan tutkimuskysymykseen.

6. TUTKIMUKSEN TULOKSET



kuvio 1: tulosten ydinalueet

Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan teemahaastatteluissa kotipalvelutyön kuormittavuuden kokemuksista esiin nousseet ydinalueet on esitetty kuviossa 1. **Fyysisen kuormittavuuden** osalta ydinalueiksi nousivat siirrot, liikkumisen avustaminen, nostot, työasennot, kantaminen, lämpötilan vaihtelut, palveluauton käyttö, likaisuus ja kiire. **Psyykkisen kuormittavuuden** ydintekijöiksi nousivat nopeat tilanteen muutokset, yksin työskentely, vuorotyö, asiakkaiden laatu, aikataulut, priorisointi, tehtävien kuvaus, tiedon kulku sekä työstä saatu palaute. **Sosiaalisen kuormittavuuden** ydintekijöiksi nousivat työyhteisö, esimiehen toiminta, asiakas tilanteet.

Kotipalvelun päivittäisessä työssä asiakkaiden **siirrot** kuten sängystä pyörätuoliin, pyörätuolista sänkyyn sekä pyörätuolista wc:n ovat toistuvia toimenpiteitä. Myös vuodepotilaiden asentohoidot ja istumaan avustamiset ovat tärkeä osa päivittäistä työkuvaa. Etenkin asiakkaan kotiympäristössä siirrot ja **nosto** kuormittavat fyysisesti, sillä siellä ei aina ole käytössä apuvälineitä kuten sähkösätkyä ja tukikahvoja. Myöskään pari työskentelyn mahdollisuus ei aina toteudu suunnitellusti.

Asiakkaan **liikkumisessa avustaminen** ja ohjaaminen on usein kotipalvelutyössä haastavaa asiakkaan kodin ahtaiden tilojen vuoksi. Vaikka apuvälineitä olisikin saatavilla ahtaat ja kodinomaiset tilat vaativat hoitajalta usein **vaihtelevia työasentoja** kuten kyykistelyä, kurottelua ja kumartelua ja vartalon kiertoja. (Esimerkkinä asiakkaan avustaminen ahtaassa wc-tilassa.) Asiakkaan kodissa myös **tupakan hajua ja likaisuus** koettiin kuormitustekijäksi.

Fyysisesti painavat avustettavat samalla työntekijällä päivän aikana on myös fyysisesti kuormittavaa. Vaikkakin työt pyritään suunnittelemaan hyvin, eivät fyysisesti kuormittavat työt aina jakaudu tasapuolisesti. Myös **palveluautolla ajaminen** ja ovien sulkeminen useita kertoja pienessä ajassa esimerkiksi ruuan jaon yhteydessä koetaan fyysisesti raskaaksi. Palveluautolla ajaessa pitkät ajojenkit ja ajettavien teiden kunto sekä ajokelit kuormittavat. Lämpötilan vaihtelut koetaan fyysisesti kuormittavaksi.

”Kun mennään kylmään autoon ja sitten sisälle lämpimään ja takaisi kylmään autoon”

Ruuanjaon yhteydessä tulee myös ruokalaatikoiden kantamista. Lisäksi kotipalvelun työntekijöiden työn kuvaan kuuluu osittain asiakkaiden kauppa-asioiden hoito minkä yhteydessä kauppakassien kantaminen kuormittaa tuki- ja liikuntaelimiä. ”Syrjäkylillä” myös polttopuiden kantaminen ja lumityöt kuormittavat.

Kiire koettiin myös etenkin henkilökunta vajauksen aikana kuormittavaksi myös fyysisesti. Viikonlopputyössä koettiin kiireen tuntua, koska tuolloin henkilökuntaa on vähemmän vahvuudessa.

”Enemmän työtä ja lisäksi tunne ettei ehdi tehdä töitä huolella loppuun asti, koska vajaalla joutuu tekemään enemmän samassa työajassa”.

Mahdollisuus fyysiseen kuormittavuuteen vaikuttamiseen koettiin vähäiseksi. Keinoiksi nimettiin oma ergonomia eli työskentely asennot ja apuvälineiden sekä työparin käyttäminen ja kiireen välttäminen.

Etenkin silloin kun tehdään työtä vajaamiehityksellä, koettiin fyysiseen kuormittavuuteen voitavan vaikuttaa huonommin. Myös yksin työskennellessä kuormittavuuden hallinta vaikeutuu. Työn kuormittavuuden hallintaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota myös työtehtävien tarkastelun muodossa.

”Syrjäkylillä tulisi työkuva selkeyttää, ettei kotipalvelu tee ”talkkarinkin” hommia”.

Asiakkaiden tarpeiden lisääntyminen, asiakkuuksien määrä kasvaminen ja alhainen henkilöstömitoitus vaikeuttavat kuormittavuuden säätelyä.

Kotipalvelutyö on luonteeltaan vaihtelevaa. Työtilanteet voivat muuttua asiakkaista tai heidän omaistaan johtuvista syistä tai henkilökunnasta johtuvista syistä.

”Ei ole kahta samanlaista päivää, onneksi ”

Koskaan ei voi olla varma mikä odottaa, myös väkivallan mahdollisuus on olemassa. **Nopeat tilanteen muutokset** ovat usein lähtöisin asiakkaan voimien muutoksista jotka voivat johtua esimerkiksi somaattisesta sairaudesta tai lääkkeiden ja/tai päihteiden väärinkäytöstä. Tilanteeseen pitää tarttua heti, ei voi jäädä odottamaan ”vapaata hetkeä”. Jos hoitosuunnitelmat muuttuvat tiheään ja tilanne elää eli asiakkaita lähtee hoitoon muualle ja kotiutuu, ei aina tiedä mitä tekisi seuraavaksi, se on raskasta. Henkilökunnasta johtuvat nopeat tilanteiden muutokset eli sairaslomat kuormittavat myös, koska aina ei ole saatavissa sijaista joka pystyisi ”paikkaamaan” sairastuneen työntekijän.

Kotipalvelutyössä **yksin työskentely** on pääasiallinen työskentelymuoto. Työssä vastuu tulee itselleen, pitää osata ja uskaltaa ottaa vastuuta sekä kyetä organisoimaan omaa työtään. Saa tehdä työtä luovasti ja omalla tavallaan. Työ on haasteellista ja omasta asenteesta kiinni. Haasteellisuus tekee siitä myös psyykkisesti raskasta.

Esimerkiksi: Työn rajaaminen asiakkaan kanssa yksin eli ”tulee tilanne, että asiakas toivoo tehtäväksi enemmän kuin hосуun on kirjattu. Teet henkisesti raskaan työn ja rajaat kotipalvelun tekemään työtä vastamaan asiakkaan kanssa tehtyä hosua ja työkaveri tulee ja lipsuu.”

Nykyaikana vastuun jakaminen on helpompaa, kun voi soittaa työkaverille tai yöaikaan vuodeosastolle, terveystieteiden päivystykseen tai ambulanssiin, joka tulee arvioimaan tilanteen ja jos asia ei ole akuutti, voi seuraavana päivänä kysyä kotipalvelun omalta sairaanhoitajalta neuvoa. Mikäli tarve vaatii, hän vie sitten asiaa eteenpäin. Kotipalvelu työntekijän pitää osata toimia poikkeavassa tilanteessa eli osata arvioida miten toimia ja tehdä päätöksiä esim. laittaa sairaalaan.

”Minä ainakin tykkään tehdä niitä päätöksiä ja ottaa vastuuta se kuuluu meidän työhön”

Yksin työskentely on myös raskasta etenkin syrjäkylillä, jossa tehdään töitä yksin ja työyhteisön tuki puuttuu.

Kotipalvelutyö on kolmivuorotyötä. **Vuorotyö** koetaan rikkaudeksi vaikkakin se on fyysisesti raskasta. Vuorotyön raskaus tulee esille etenkin iltavuorosta aamuvuoroon mentäessä. Myös yövuorot koetaan myös raskaana, vuorokausirytmien vaihtumisen vuoksi. Vuorotyön huonoksi puoleksi koetaan ”ykkösvapaat”, joiden aikana ei ehdi palautua. Myös kotipalvelun sisällä ryhmän vaihtuminen etenkin vapaiden jälkeen koetaan raskaaksi.

Kotipalvelun **asiakaskunta** on muistisairaita, vanhuksia, mielenterveyskuntoutujia sekä alkoholisteja. Osa asiakkaista on vähemmän hoitomyönteisiä. Asiakasryhmien erilaisuus tuo työhön haastetta ja samalla kuormittaa.

”Onhan se silleen raskasta, kun 5 minuutin välein kyssyy samaa asiaa, kymmeniä kertoja päivässä ja aina vaan vastata pittää ”

Myös haastavat, vaativat ja jopa kiukkuiset asiakkaat jotka syyllistävät, epäilevät. Mielenterveysasiakkaat, jotka usein ovat harhaisia ja epäluuloisia. Ammatillisuus on koetuksella.

”Joutuu koko ajan selustaansa varmistamaan ja kertomaan mitä tekee ettei luule että teen jotain luvatonta”

Kotipalvelussa myös oman työnsuunnittelu, **priorisointi** ja **aikataulut** ovat avainasemassa. Työn tekemistä varten on olemassa tehtävälisterit joiden mukaan tehtävät päivän mittaan tehdään. Kuitenkin tällä hetkellä työtä tehdään minimi mitoituksella. Sairaustapauksissa on usein vajaa miehitys, mikä on stressaavaa, koska työt kasaantuvat töissä olevien tehtäväksi. Tuolloin on tehtävät perustehtävät eli keskityttävä olennaiseen priorisoimalla tehtäviä. *”Mikä on tärkeää ja mikä ei”*. Ei voi antaa jokaiselle asiakkaalle 100% tehoa palvelua. Näissä tilanteissa joutuu asiakkaille selittelemään, miksi ei ole aikataulussa ja miksi tehtäviä joudutaan valikoimaan.

”Aikataulussa pysyminen on työlästä usein.”

Kotipalvelutyössä tehtävien kirjo on laaja. **Työtehtävät** koettiin pääsääntöisesti selkeiksi. Hoitosuunnitelmiin on kirjattu mitä asiakkaan luona tehdään ja ne päivitetään säännöllisesti. Käytössä on selkeät kiertoilisterit, jossa on kirjattuna mitä missäkin työvuorossa tulee tehdä. Työn luonne on vaihteleva ja tilanteet muuttuvat nopeasti. On oltava valmis muuttamaan suunnitelmia tilanteen mukaan. Asiakkaan tilanteen muutoksiin pitää uskaltaa tarttua heti ja myös tehdä tarvittavat muutokset hoitosuunnitelmaan.

Päivittäisessä työssään työntekijät kohtaavat tilanteita, joissa asiakas vaatii/toivoo muitakin, kuin hoitosuunnitelmaan kirjattuja tehtäviä. Tässä työn rajaamisessa nähtiin aika ajoin vaikeutta.

”tehtävää ja tekstiä tulee naamakertoimen mukaan”

Esille tulikin, että hoitajien pitäisi pitää toiminnassa yhtenäinen linja.

Lisäksi koettiin hyväksi, etteivät tukipalvelut (ruoka, pesut, kauppa-asiat) tule nykyisin automaattisesti kotipalvelun hoidettavaksi, vaan ne katsotaan jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöllisesti. Osa tukipalveluista tulee asiakkaille yksityisen palveluntuottajan tai yhdistyksen kautta mikä osaltaan helpottaa kotipalveluhenkilökunnan työtä.

Työtehtävien epäselvyydet liittyvät usein tilanteeseen, kun asiakas kotiutuu esimerkiksi sairaalajakson jälkeen. Aina ei ole tiedossa miten tilanne on muuttunut. Näissä tilanteissa on itse oltava aktiivinen ja hankittava tarvittavat tiedot työtehtävän suorittamista varten. Aina asiakkaan mukana ei tule kaikkea tarvittavaa tietoa.

”Perjantai iltapäivän kotitutujat on välillä aika haastavia tapauksia”.

Tiedon kulku koettiin työyhteisön sisällä toimivan suhteellisen hyvin.

”Hyvin toimii.. Joka paikassahan se joskus tökkii”

Tieto kulkee henkilökunnalle sähköpostin välityksellä sekä palveluauton kuljettajan mukana. Lisäksi asioita tiedotetaan suullisesti. Työyhteisön yhteiset palaverit pidetään noin 3 kuukauden välein ja tarpeen mukaan. Näissä palavereissa käsiteltyihin asioihin palataan aina seuraavassa palaverissa. Vuorotyön vuoksi kaikki eivät aina ole paikalla mikä koetaan puutteeksi. Tiedonkulun ja yhteistyön kannalta yhteisteisten palavereiden säännöllisyydelle olisi tilaus. Myös tulevaisuudessa olevat muutokset eli kuntaliitos neuvottelut Kuopion kanssa mietityttävät ja muutostilanteessa yhteisten palavereiden merkitys koettiin tärkeäksi.

Asiakas näkökulmasta tiedon kulku koetaan toimivan raportin kautta hyvin. Kotipalvelun sairaanhoitaja käy arvioivan kotikäynnin ja kirjaa hoitosuunnitelmaan miten kuinkin asiakkaan luona tulisi toimia. Haasteelliseksi tiedon kulkemisen kannalta koettiin omaisten yhteyden otot. Näissä tilanteissa omaisen huoli ja usein ylireagointi vaikeuttaa todellisuuden hahmottamista. Kuitenkin sairaanhoitajan mahdollisuus tehdä yleensä pikaisesti arvioiva käynti koettiin tilanteen purkamisessa hyväksi.

Tiedonkulun näkökulmasta esille tuli myös yhtenäisen ATK järjestelmän puuttuminen sosiaali- ja terveydenhuollon välillä, tämä vaikeuttaa päivittäistä työtä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedot edelleen erillisiä, koska ovat eri hallinnon alla. Kotipalvelun sairaanhoitajalle terveystietojen tiedot on aina ”jonkun takana” mikä hidastaa ja vaikeuttaa työtä.

Kotipalvelu henkilöstö saa **palautetta työstä** asiakakkailta ja heidän omaisiltaan. Palaute on luonteeltaan sekä positiivista ja negatiivista.

”Kiitos työstä asiakkaalta auttaa jaksamaan”

Negatiivinen palaute asiakkaalta voi tulla hyvinkin yllättäen, usein juuri silloin kun sitä ei osaa edes odottaa. Työkaveria tulee harvoin kiitettävä tehdystä työstä. Esille tulikin, että asiaa tulisi opetella jatkossa.

”Pitäisi ottaa tavaksi kiitä työkaveri päivässä”

Yleensäkin palautteen antamista ja sen vastaanottamista tulisi harjoitella ja panostaa siihen enemmän.

” meillä kaikilla on opittavaa palautteen antamisesta”.

Palaute esimieheltä koettiin vähäiseksi.

” Palautetta tulee liian harvoin ja usein sekin on tahtoo olla negatiivista vaikka positiivistakin olisi tiedossa”

Työyhteisö koettiin hyväksi ja avoimeksi, positiiviseksi vaikkakin haastavaksi. Haastavuuden tunteen tuo persoonallisuudet sekä työntekijöiden työajan ja työtehtävien rajoitteet kuten kevennetty työnkuva sekä osa-aikaisuus. Työkavereiden kanssa voi olla oma itsensä ja asioista puhutaan ryhmissä. Hyvä työporukka, yhteistyö toimii.

” Voi kertoa jos on huono hetki, koitetaan auttaa.. itsestä on kiinni”

Erilaiset persoonallisuudet tuovat työhön eri näkökulmia. Toinen kiinnittää huomion eri asioihin joten työhön tulee eri ulottuvuuksia. Persoonallisuudet ovat voimavara ja rasite.

” Pitää yrittää arvostaa toisen tekemistä, luottaa”

Toisten kanssa työ sujuu ”supsikkaammin” ja hyvä ettei olla kaikki samanlaisia. Ilmapiiri vaihtelee, mutta se kuuluu asiaan.

Työyhteisössä epäasiallista kohtelua oli koettu sekä työkaverin että esimiehen taholta. Joskus myös asiakkaiden käytös on epäasiallista, mutta siihen suhtautuminen koettiin helpommaksi. Näissä tilanteissa välimatkan ottaminen tuntui parhaalta keinolta katkaista tilanne. Kiusalliseksi koettiin keskustelut työyhteisössä, jotka koskevat intiimejä asioita kuten seksiä. Tulisi muistaa, että olemme erilaisia ja kunnioittaa siten työkaveria.

Työyhteisössä pidetään yhteisiä palaverieita. Esille tuli, että säännöllisille viikko- ja kuukasipalavereille on tarvetta.

” tarkoitus olisi, että olisi kuukausi palaverit, mutta jostain syystä ne ei toteudu”.

Palavereiden ajankohta ja toteutuminen ovat riippuvaisia esimiehen työtehtävistä sekä aikatauluista.

Esimiehen toiminta eli hänen tarjoama tuki ja palaute koettiin vaihtelevaksi. Työyhteisössä oli vastikään toteutunut kehityskeskustelut, joissa jokaisella on ollut mahdollisuus kahdenkeskiseen palautekeskusteluun. Esimiehen toiminta koettiin joustavaksi ja pyrkimys toimia tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. Vaikka tasapuolisuuden ei koettu aina toteutuvan, koska eri arvoisuutta syntyy toiveiden ja rajoitteiden vuoksi. Esimerkiksi työvuorosunnittelussa koettiin eriarvoisuutta.

” en osaa sanoa mitä tulis tehdä toisin”

Esimiehen kanssa koettiin kohtaamisia harvakseltaan ” *harvoin nään tai käy*”. Enemmänkin voisi olla tekemissä. Työntekijät kokivat, että esimies on kaukana arjesta.

” voisi käyvä useemmin kattomassa mittee myö tehään täällä”.

Osaksi esimiehen tapaamiseen vaikuttaa myös vuorotyö ja kokemukseen tapaamisesta myös työntekijän henkilökohtaiset odotukset. Kotipalvelu sairaanhoitaja koettiin toimivaksi yhdyshenkilöksi esimiehen ja tiimien välillä. Palautetta esimieheltä toivottiin enemmän ja sen toivottiin olevan myös positiivista ja rakentavaa. Osa kertoikin kehityskeskustelussa tuoneensa asian esille.

Asiakastilanteet joissa herää negatiivia ja kielteisiä tunteita koettiin raskaiksi ja kuormittaviksi henkisesti ja sosiaalisesti. Alueilla, joissa yksin työskentelyä on enemmän koettiin myös useammin kielteisiä tunteita.

” Syrjäkyllä kun ei oo kettään kenelle sanoa, purkaa ”

Työyhteisön tuki näissä tilanteissa koettiin tärkeäksi. Tilanteisiin liittyy usein asiakkaan tyytymättömyys hoitoon tai hoitajaan. Myös hoitokielteisyys ja mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden harhaisuus, syytökset, epäilyt aiheuttavat kielteisiä tunteita.

Psyykkiseen ja sosiaaliseen kuormittavuuteen vaikuttamisen keinoiksi nimettiin tehtävien tasapuolinen jakaminen ja niistä avoin keskustelu. Lisäksi oman työn suunnittelu, ettei olisi kiireen tunnetta sekä yhteistyöhön ja hyvään henkeen panostaminen.

” Hyvässä työporukassa hankalakin päivä sujuu sutjakammin. Hyvä työporukka on voimavara.”

Koko työyhteisö koskevat yhteiset palaverit olisivat oikea paikka tarkentaa kotipalvelutyön työnsisältöä ja luoda hyviä hoitokäytäntöjä jotka jäisivät elämään kentälle. Myös koulutettujen sijaisten rekrytointi ja tukipalvelujen uudelleen organisoiminen nousivat esiin keskusteluissa.

” Kun olisi joku kelle soittaa kun on sairaustapauksia niin ei olisi niin stressaavaa”

7. POHDINTA

Tämän sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen opintoihin liittyvän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Tuusniemen kotipalvelun henkilökunnan kokemuksia työnkuormittavuudesta. Tavoitteena on saada tietoa työnkuormittavuuden kokemuksista ja hyödyntää sitä tulevaisuudessa kotipalvelutyön kehittämisessä Tuusniemellä.

Tutkimus toteutettiin Tuusniemen kotipalvelussa ryhmä teemahaastattelulla. Haastatteluista saatu materiaali analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällön analyysin avulla aineistoista nousi esiin ydinalueet joidenka mukaan tutkimuksen tulokset on raportoitu. Ydinalueiksi nousivat fyysisen kuormittavuuden osalta; siirrot, liikkumisen avustaminen, nostot, työasennot, kantaminen, lämpötilan vaihtelut, palveluauton käyttö, likaisuus ja kiire. Psykkisen kuormittavuuden osalta; nopeat tilanteen muutokset, yksin työskentely, vuorotyö, asiakkaiden laatu, aikataulut, priorisointi, tehtävien kuvaus, tiedon kulku sekä työstä saatu palaute. Sosiaalisen kuormittavuuden osalta esille nousivat; työyhteisö, esimiehen toiminta, sekä asiakastilanteet.

Aiheesta tekee ajankohtaisen Tuusniemen kunnan ja Kuopion kaupungin kuntaliitos neuvottelut, jotka ovat parhaillaan käynnissä. Jos kuntaliitos tapahtuu, yhdistyvät Tuusniemelläkin kotipalvelu ja kotisairaanhoido kotihoitoksi. Lisäksi ajankohtaisuutta lisää Superin 2012 tekemä ”Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointiselvityksen” tulokset, jotka antavat hyvän syyn tarkastella henkilökunnan ajatuksia työstään.

Superin selvityksestä käy ilmi, että 49 % vastaajista kokee työnsä hieman liian raskaaksi tai erittäin raskaaksi. Eri ammattiryhmistä kodinhoitajat kokivat työnsä raskaimmaksi. Kuitenkin kaksi kolmesta vastaajasta oli sitä mieltä, että työpaikkojen ergonomiasta on huolehdittu hyvin tai melko hyvin. Reilu kolmannes vastaajista oli ollut ergonomia koulutuksessa viimeisen vuoden aikana. Sen sijaan 78 % koki, että työtahti ja kiire ovat lisääntyneet työssä. Eniten työtahdin ja kiireen koettiin lisääntyneet kotihoidossa. (Erkkilä 2012)

Vastaavasti työterveyslaitoksen ”Työ ja terveys 2012” kyselyn tuloksista ilmenee, että vuosien 2009 – 2012 välillä fyysisten kuormitustekijöiden osuus on vähentynyt, kun huomioidaan kaikki ammattialat. Kuitenkin juuri raskaita yli 25kg taakkoja käsitellään sosiaali- ja terveysalalla yleisemmin. Fyysisesti kuormittava työ; hankalat työasennot, toistot, voimankäyttö ja istuminen lisäävät työhön liittyvien liikuntaelinvaivojen vaaraa. Selän taipuneet ja kiertyneet työasennot lisäävät selkävaivoja. Käden pitkäaikaiset ja toistuvat kohoasennot lisäävät niska- ja olkapäävaivojen vaaraa. (Kauppinen ym. 2013).

Omassakin tutkimuksessani tuli esiin, että kotipalveluhenkilökunta kokee päivittäisen työn fyysisesti kuormittavaksi ja raskaaksi. Työolosuhteet eivät aina ole suunniteltu hoitotyöhön, apuvälineiden puuttuminen vaikeuttavat työtä ja estävät ergonomia toteutumisen. Myös asiakkaiden kotien olosuhteet esimerkiksi tupakan savu ja likaisuus koetaan kuormittavaksi. Myös asiakas määrien kasvu ja asiakkaiden tarpeiden lisääntyminen lisäävät työn fyysistä vaativuutta. Päivän aikana työntekijä nostaa, siirtää sekä avustaa asiakkaita liikkumisessa eri työtehtävien muodossa. Kyykistelyt, kurottelut ja venyttelyt aiheuttavat tuki - ja liikunta elimistölle lyhyt – ja pitkäkestoista kuormitusta. Myös työpisteen vaihtuminen useita kertoja päivän aika luo työhön kiirettä. Etenkin talviaikana autolla ajaminen koettiin fyysisesti raskaaksi, koska ajettavat reitit ovat usein pitkiä sekä teidenkunto vaihtelee. Talviaikana myös lämpötilan vaihtelut tuovat työhön kuormitusta.

Kotipalvelun henkilökunta koki, että työkuormittavuuteen voi vaikuttaa vain vähän. Kuitenkin kuormittavuuden hallintakeinot kuten oman ergonomia, apuvälineet, parityöskentely ja kiireen välttäminen tiedostettiin. Fyysisen kuormittavuuden hallinta ja siihen vaikuttaminen koettiin hankalaksi tilanteissa, joilloin on vajaamiehistys sairasloman tai muun henkilöstövajauksen vuoksi. Myös työrajaamisella koettiin olevan merkitys fyysisen kuormittavuuden säätelyssä.

Työ ja terveys 2012 tutkimuksen tuloksien mukaan työnsä henkisesti raskaaksi tai melko raskaaksi koki 28 %. Vuonna 2009 sama luku oli 32 % ja vuonna 1997 40 %. Superin 2012 selvityksen mukaan 81 % vastaajista koki työn henkisen kuormittuneisuuden lisääntyneen selvästi tai jonkun verran. Kotihoidossa työskentelevät kodinhoitajat kokivat henkisen kuormittavuuden lisääntyneen eniten. (Erkkilä 2012; Kauppinen ym. 2013)

Kotipalvelutyön luonne on vaihtelevat. Tilanteet kenttätyössä voivat muuttua nopeasti. Työntekijä on usein tekemässä päätöksiä yksin tilanteen ratkaisemiseksi, mikä tekee työstä haasteellista mikä on palkitsevaa, mutta myös henkisesti raskasta. Haastatteluissa tuli ilmi, että nykyisin työtä helpottaa osaksi tekniikka eli puhelimet ja tietokoneet eli helpompi soittaa työkaverille tai hälytyskeskukseen. Kuitenkin muuttavassa tilanteessa vastuu on työntekijällä itsellään. Asiakaskunnan moninaisuus tuo työhön rikkautta, mutta vaatii laajaa osaamista ja taitojen soveltamista tilannekohtaisesti. Haastavasti käyttäytyvät asiakkaat tuovat työhön myös väkivallan uhan, koskaan ei voi tietää mitä oven takana on edessä. Oman työn suunnittelu ja aikatauluttaminen on henkisesti raskasta etenkin silloin, kun on henkilökunta vajausta.

Vuorotyö koettiin rikkaudeksi ja rasitteeksi. Etenkin ilta- ja aamuvuorojen välinen lyhyt palautuminen sekä yövuoron jälkeinen rytmivaihdos koettiin raskaaksi sekä fyysisesti että psyykkisesti. Myös ”ykkösvapaat” koettiin vuorotyön huonoiksi puoliksi. Ilmi tuli myös, että työryhmän vaihtuminen vapaiden jälkeen koetaan henkisesti raskaaksi.

Kotipalvelun henkilökunta koki työtehtävät pääsääntäisesti selkeiksi ja kokivat, että työ on haastavaa ja sitä kautta myös palkitsevaa. Myös tiedonkulku koettiin suhteellisen toimivaksi sekä henkilökunnan asioissa että asiakkaiden asioissa. Esille tuli kuitenkin ajatus säännöllisten palaverien tarpeesta hoitotyönlinjojen säilyttämiseksi sekä myös työyhteisön asioiden hoitamiseksi. Vaikka työyhteisö koettiin hyväksi ja avoimeksi tuli haastatteluissa ilmi, että henkilökunta kaipaa enemmän palautetta tehdystä työstä, keskustelua työrajaamisesta ja yhteisistä ”pelisäännöistä”.

Haastateltavat toivoivatkin, että näille keskusteluille olisi oma aika ja paikka ja että näille asioille olisi myös oma foorumi. Myös asiakastapauksia varten olisi hyvä olla oma foorumi jossa tapauksia voisi käydä yhdessä läpi.

Superin (2012 Erkkilä ym.) selvityksestä selviää, että 68 % vastaajista koki, että esimies on pääsääntöisesti oikeudenmukainen. 30 % koki, että esimies on ajoittain oikeudenmukainen ja 2 % oli sitä mieltä, että esimies ei ollut koskaan oikeudenmukainen. Erikoissairaanhoidossa työskentelevät kokivat muita useammin, että esimies on oikeudenmukainen. Sen sijaan kodinhoitajat ilmaisivat muita ammattiryhmiä useammin, että esimies oli vain ajoittain oikeudenmukainen.

Omasta aineistosta tulleet vastaukset eivät ole suoraan verrannollisia edellä mainitun selvityksen tuloksiin. Mutta kotipalvelun henkilökunta koki esimiehen toiminnan pääsääntöisesti oikeudenmukaiseksi ja joustavaksi. Vaikka tasapuolisuuden ei aina koettu toteutuvan, koska eri arvoisuutta syntyy esimerkiksi työvuoro toiveiden ja rajoitteiden vuoksi.

Superin (2012) selvityksen mukaan esimieheltään sai palautetta säännöllisesti 15 % suomenkielisistä ja 23 % ruotsinkielistä vastaajista. Esimieheltä sai ajoittain palautetta, 70 % vastaajista. 15 % vastaajista ilmoitti, ettei saa koskaan palautetta esimieheltään. . Ammattiryhmistä kodinhoitajat vastasivat, että eivät saa säännöllisesti palautetta esimiehiltään.

Superin selvityksen tuloksista selviää myös, että 44 % Suomenkielisistä vastaajista ja 49 % ruotsinkielisistä vastaajista koki saavansa pääsääntöisesti riittävästi tukea esimieheltään. 45 % ilmoitti, että saa esimieheltä ajoittain tukea. 11 % ilmoitti, että tukea ei tullut esimieheltä koskaan. Julkisen ja yksityisen sektorin ja erilaisten työ paikkojen välillä ei juurikaan ollut eroja. Mutta nuoret alle 30 -vuotiaat vastaajat vastasivat vanhempia ikäryhmiä useammin (15 %) etteivät saa tukea esimieheltään. Kotihoidon, vanhustenhuollon ja mielenterveys- ja päihdetyön työntekijät kokivat esimiehen tuen hiukan muita vastaajia riittämättömämmäksi. Lisäksi kodinhoitajat kokivat esimiehen tuen riittämättömämmäksi kuin muut ammattiryhmät. (Erkkilä ym. 2012)

Omassa tutkimuksessa tuli ilmi, että henkilökunta kokee saavansa esimieheltä palautetta vähän. Palautteen on usein negatiivisluonteista. Toiveena olikin, että esimies ehtisi käydä useammin kentällä tapaamassa työntekijöitä. Kotipalvelun sairaanhoitajan koettiin olevan hyvä yhdyslenkki esimiehen ja työntekijöiden välillä. Häneltä saatiin osaksi sitä tukea mitä esimieheltä kaivattiin. Työyhteisössä oli vastikään ollut kehityskeskustelu jotka koettiin hyväksi henkilökohtaisen palauttekeskustelun paikaksi. Kuitenkin esimieheltä kaivattiin enemmän positiivista ja rakentavaa palautetta sekä kannustusta. Myös käynnissä olevista kuntaliitosselvityksestä ja sen mahdollisista vaikutuksista työhön kaivattiin enemmän tietoa.

Tarkastellessa Superin (2012 Erkkilä ym.) tekemää selvitystä jää miettimään, että mikähän on syynä, että juuri kodinhoitajat kokevat esimiehen tuen ja heiltä saadun palautteen riittämättömäksi. Herää kysymys onko ammattiryhmien välille syntynyt ”kuilu”. Kuitenkin kodinhoitajat ovat se ammattiryhmä, jotka tekevät työtä ruohonjuuri tasolla ja kohtaavat työssään monenlaisia arkipäivän haasteita, jotka ovat osaksi tämän muuttuman yhteiskunnan tuotosta. Kotipalvelun asiakkaiden joukossa on paljon asiakkaita joidenka elämää on koskettanut mm. sodat, sen jälkeinen puute, joka on jättänyt jälkensä heihin. Onko näin, että esimiestahon vaikea nähdä kodinhoitajien työn haasteellisuutta ja tuen tarvetta? Vanhuspolitiikassa painotetaan kotiin hoitamisen tärkeyttä. Kuitenkin kotihoitotyö on menossa enemmän ja enemmän lääketieteelliseen suuntaan. Kunnat ostavat yksityisiltä palvelutuottajilta tukipalvelut eli pesuavun, ruoka-avun jne. Kuitenkin näihin vuosiin asti juuri kodinhoitajat ja kotipalvelu on ollut näiden palvelujen toteuttajia.

”Sosiaali- ja terveydenhuollon päättäjien ja työnantajien hälytyskellojen tulisi soida, kun yli puolet vastaajista on harkinnut alan vaihtoa ja yli kolmasosa vastaajista epäili työkykynsä säilymistä seuraavan kahden vuoden ajan. Näiden ammattilaisten menettäminen olisi valtava tappio palveluiden toimivuudelle.”
(Super 2012)

Suomessa väestö vanhenee lähivuosina nopeammin kuin useimmissa muissa maissa. Eliniän piteneminen on suuri saavutus, mutta luo myös haastetta palvelujen kehitykselle. Julkisen sektorin on kyettävä tarjoamaan palvelut, eläkkeet ja muu sosiaaliturva kaikille kansalaisille koko maassa. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa keskeistä on asiakaslähtöisyys, kustannustehokkuus, vaikuttavuuden arviointi. Nämä luovat tarpeen ammattiryhmien uudelle työjaolle. Mikä puolestaan luo haastetta koulutusjärjestelmälle. Kotipalvelun ja kotihoidon näkökulmasta tulevaisuuden näkymä on, että vanhuksien määrä lisääntyy, mutta myös muiden asiakasryhmien kuten lapsi perheiden ja maahanmuuttajien tarpeet tulisi huomioida. Kaste 2012–2015 ohjelman tavoitteena onkin hyvinvointi – ja terveyserojen kaventaminen, ennalta ehkäisevä työ ja varhainen tuki, sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyys sekä palvelurakenteiden taloudellisuus ja kestävyys.

Kotihoidon työntekijöiden työnkuva laajenee ja sen myötä myös osaamisen vaatimukset kasvavat. Myös henkilöstö resurssien merkitys kasvaa. Samaan aikaan avohoidossa tarvitaan tukea ja ohjausta arjen perusasioiden hoitamiseen ja myös lääketieteellistä osaamista. Myös asiakasryhmien erilaisuus on haaste johon on tulevaisuudessa mietittävä ratkaisu. Olisiko ratkaisu kotihoidon palvelujen jakaminen esimerkiksi kolmeen osa-alueeseen: vanhus- ja vammaistyö, mielenterveys- ja päihdetyö ja perhetyö. Mitenkä kunnat pystyvät tähän tulevaisuuden visioon vastaamaan?

Mielenkiinnolla jään myös seuraamaan miten kotihoito kehittyy Euroopan tasolla. Kuitenkin olemme ”yhtä” suurta kansaa, jossa jokaiselle ikään ja kansalaisuuteen katsomatta tulisi olla oikeus saada hyvää ja laadukasta hoitoa. Euroopan unionin sosiaalipolitiikan tavoitteisiin onkin kirjattu elinoloja kehittäminen, sosiaaliturvan takaaminen sekä syrjäytymisen ehkäiseminen. Nähtäväksi jää mitkä ovat ne keinot millä näihin tavoitteisiin päästään.

Superin 2012 selvityksen sekä Työ ja Terveys 2012 kyselyn ja myös omien tutkimustulosten perusteella henkilökunnan työhyvinvoinnin seurannalle on tarvetta ja ongelmakohtiin puuttumisella on merkitystä työssä jaksamisen sekä työkuormittavuuden kokemusten näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen pohjalta olisi oiva tilaisuus lähteä jatkamaan työn kuormittavuuden ja kotipalvelu/kotihoitotyön kehittämistä työhyvinvointi suunnitelman avulla. Työhyvinvointi suunnitelmaan kirjattaisiin tässä tutkimuksessa nousseiden ydinalueiden kehittämistavoitteet, niiden toteutus, vastuu henkilö ja arviointi sekä seuranta.

LÄHTEET

Arokoski Jari, Alaranta Hannu, Pohjalainen Timo, Salminen Jouko, Viikari-Juntura Eira (toim.) 2009. FYSIATRIA. Kustannus Oy Duodecim

DUODECIM. 2011. ALKOHOLI ONGELMAISEN KÄYPÄHOITO SUOSITUS
[viitattu 2.4.2014] saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00031&suositusid=hoi50028>

Erkkilä Sari & Hyvärinen Merja & Kaasinen-Parkatti Leena & Kallio Katri ja Kempainen Eija. 2012. LÄHI- JA PERUSHOITAJIEN TYÖHYVINVOINTI 2012 "Jaksamisen rajat tulee työssä vastaan. Huoli hoidon laadusta painaa." Superin selvityksiä. Helsinki. [viitattu 2.4.2014]

saatavissa: www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/l_hi-_ja_perushoitaja.pdf

www.finlex.fi

Asetus potilaskirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvien materiaalien säilyttämisestä (potilasasiakirja-asetus) [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasasiakirja>

Henkilötietolaki [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=henkil%C3%B6tieto>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tulemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=omaishoidon%2A>

Laki omaishoidontuesta [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=omaishoidon%2A>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20oikeudet%20ja%20asema>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20>

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön koulutusvaatimuksista [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050272?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista [viitattu 28.10.2013]

saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=omaishoidon%2A>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuollon%20ammattihenkil%C3%B6>

Laki yksityisestä sosiaalipalvelusta [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20>

Laki vamman perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista [viitattu 28.10.2013]

saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%20>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20viranomaisen%20toiminnan%20julkisuudesta%20>

Sosiaalihuoltolaki [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>

Sosiaalihuoltoasetus [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>

Terveydenhuoltolaki [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Genet Nadine, Boerman Wienke, Kroneman Medelon, Hutchinson Allen & Saltman Richard. 2012. HOME CARE ACROSS EUROPE. WHO Europe. [viitattu 26.10.2013] saatavissa:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

Genet Nadine, Boerman Wienke, Kroneman Medelon, Hutchinson Allen & Saltman Richard. 2013. HOME CARE ACROSS EUROPE Case studies. World Health Organization. [viitattu 1.4.2014] saatavissa:

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Hakola Tarja, Härmä Mikko, Puttonen Sampsa, Sallinen Mikael ja Vanttola Päivi. 2013. SUOSITUKSET TYÖAIKOJEN KUORMITUKSEN ARVIOIMISEKSI KUNTA-ALALLA. Työterveyslaitos. [viitattu 1.12.2013] saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/tyoaikojen_kuormittavuuden_arviointi/Documents/Suosituksset_tyoaikojen_kuormituksen_arvioimiseksi_kunta_alalla.pdf

Heinola Reija (toim.) 2007. ASIAKASLÄHTÖINEN KOTIHOITO opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Gummerus Kirjapaino oy. Vaajakoski.

Hirsjärvi Sinikka, Hurme Helena. 2009. TUTKIMUSHAASTATTELU – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki University Press, Helsinki.

Hirsjärvi Sinikka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula. 1997. TUTKI JA KIRJOITA. Kirjayhtymä Oy. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Hirsjärvi Sinikka, Remes Pirkko, Sajavaara Paula. 2009. TUTKI JA KIRJOITA. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Hänninen Osmo, Koskelo Reijo, Kankaanpää Markku ja Airaksinen Olavi. 2005. ERGONOMIA TERVEYDENHUOLLOSSA. Karisto Oy. Hämeenlinna.

Ikonen Eija-Riitta. 2013. KEHITTYVÄ KOTIHOITO. Bookwell Oy. Porvoo.

Ikonen Eija-Riitta & Julkunen Seija. 2007. KEHITTYVÄ KOTIHOITO. Edita Prima. Helsinki.

Kankkunen Päivi, Vehviläinen-Julkunen Katri. 2009. TUTKIMUS HOITOTIETEESSÄ. WSOYpro Oy

KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Toimeenpanosuunnitelma [viitattu 1.4.2014] saatavissa:
STM_julk_2012_20_kaste_101012.pdf

Kauppinen Timo & Mattila-Holappa Pauliina & Perkiö-Mäkelä Merha & Saalo Anja & Toikkanen Jouni & Tuomivaara Seppo & Uuksulainen Sanni & Viluksela Marja & Virtanen Simo. 2013. TYÖ JA TERVEYS SUOMESSA 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos [viitattu 1.3.2014] Saatavissa:
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/sivut/default.aspx

KHT = KUORMITTAVUUDEN HALLINTA TYÖSSÄ – Arjen toimintaa työhyvinvoinnin hyväksi. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 1.10.2013]. Työhyvinvointi-foorumi. saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=53630&name=DLFE-7502.pdf

Kylmä Jari, Juvakka Taru. 2007. LAADULLINEN TERVEYSTUTKIMUS. Edita Prima Oy. Helsinki.

Kämäräinen Markku. Lappalainen Jorma, Oksa Panu, Pääkkönen Rauno, Rantanen Salme, Saarela Kaija Leena, Sillanpää Jarmo, Soini Sinikka. 2009. TYÖSUOJELUN PERUSTEET. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino, Sastamala 2009.

Lindström Kari, Elo Anna-Liisa, Kandolin Irja, Ketola Ritva, Lehtelä Jouni, Lepänen Anneli, Lindholm Harri, Rase Pirkko-Liisa, Sallinen Mikael ja Simola Ahti. 2002. TYÖNKUORMITUS JA SEN ARVIOINTI MENETELMÄT. Työterveyslaitos. Yliopistopaino.

Lähteenmäki-Smith, Kaisa & Terävä Eeva. 2012. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KANSALLISEN KEHITTÄMISOHJELMAN (KASTE) 2008-2011 ARVIOINTI, loppuraportti. [viitattu 1.4.2014] saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21605.pdf

Martamo Kari-Pekka, Antti-Poika Mari, Uitti Jukka (toim.) 2010. TYÖSTÄ TERVEYTTÄ. Työterveyslaitos. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo.

Mäkitalo Jorma. 2009. TYÖN MUUTOS, TERVEYS JA TYÖHYVINVOINTI. [viitattu 27.4.2014] saatavissa: www.terveysportti.fieproxy.savonia-amk.fi/dtk/tyt/avaa?_artikkeli=tte00091

Perälä Marja-Leena, Grönroos Eija, Sarvi Anu. 2006. KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN TYÖ JA HYVINVOINTI. Helsinki. STAKES, raportteja 8/2006

Schmidt, Sascha G; Dichter, Martin N; Palm, Rebecca; Hasselhorn, Hans Martin. 2012. DISTRESS EXPERIENCED BY NURSES IN RESPONSE TO CHALLENGING BEHAVIOR OF RESIDENTS – EVIDENCE FROM GERMAN

NURSING HOME. Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS), 2012 Nov; 21 (21/22): 3134-42. (47 ref)

Sosiaali – ja terveysministeriö. KOTI HOITO TUKEE KOTONA SELVITYMISTÄ [viitattu 1.10.2013] saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Tamminen Hannu (toim.) 2008. TURVALLISESTI HOITO- JA HOIVATYÖSSÄ – Työskentely asiakkaan kodissa. Työturvallisuuskeskus TTK, kunta ryhmä. Pajonjussit oy.

Tamminen-Peter Leena ja Wickström Gustav. 2013. POTILASSIIRROT – taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos. Otavan kirjapaino.

Tarricone Rosanna & Tsouros Agnis D. THE SOLID FACTS HOME CARE IN EUROPE. 2008. WHO Europe [viitattu 26.10.2013] saatavissa:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf

Tenkanen Raija. 2003. KOTIHOIDON YHTEISTYÖMUOTOJEN KEHITTÄMINEN ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Väitöskirja. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.

TERVE VAIKKA VAMMAINEN - Invalidiliiton terveystoiminnan ohjelma julkaisu [viitattu 1.4.2014] saatavissa:

<http://www.invalidiliitto.fi/portal/fi/invalidiliitto/tiedotteet?bid=3>

Tilastokeskus [viitattu 15.10.2013] saatavissa:

<http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/857.html>

Tuusniemen talousarvio 2013-2015 [viitattu 15.10.2013] saatavissa:

<http://www.tuusniemi.fi/Tiedostot/talous/talousarvio%202013%20ja%20taloussuunnitelma%202013-2015.pdf>

Työterveyslaitos 1: OPAS TYÖNKUORMITTAVUUDEN ARVIOIMISEEN Kuorma kevyemmäksi, Työhyvinvointi foorumi. 2002. [viitattu 1.10.2013]

saatavissa:

www.ttl.fi/duunitalkoot/dokumentit/kuormaa%20kevyemmaksi%20%-20%opas%tyonkurmittavuuden%20arvioimiseen.pdf

Työterveyslaitos 2 TYÖSTRESSI [viitattu 3.10.2013] saatavissa:

<http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/stressi/tyostressi/sivut/default.aspx>

Valvira. KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT JA HOITO, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014 [viitattu 28.10.2013] saatavissa:

http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/valvontaohjelmat/sosiaali_ ja_terveydenhuolto/kotiin_ annettavat_ palvelut

Väestöliitto: MAAHANMUUTTAJAT.

[viitattu 2.4.2014] saatavissa:

http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ ja_ tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja- ja- linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/

Waris, Kyösti. 2001. NÄKÖALOJA TYÖELÄMÄÄN KUORMITTUMINEN VOIMAVARAKSI. Työterveyslaitos. Helsinki.

WIKIPEDIA. Litterointi

[viitattu 26.4.2014] saatavissa: <http://fi.wikipedia.org/wiki/Litterointi>

Kunnan sisäinen julkaisu:

Mustonen Lea. VANHUSTENHUOLLON PALVELUT JA TOIMINTAOHJELMA 2009-2020, Tuusniemen kunta. Sosiaalitoimi. 6.10.2009.

Liite 1

Teemahaastattelun runko

Tausta:

- Ikä
- sukupuoli
- koulutus
- työkokemus tässä työssä

Fyysinen työssä kuormittuminen

- Millaiset työtehtävät kuormittavat kotipalvelutyössä fyysisesti?
- Vaihteleeko fyysinen kuormitus työssä?
- Voitko itse vaikuttaa työn fyysiseen kuormittavuuteen? Millä keinoin? (Ergonomisen työskentelyn hallinta ja apuvälineiden käyttö)
- Millaisia muutoksia työympäristössä tulisi tehdä, että fyysinen kuormitus olisi sopiva?
- Työn tauotus/työtahti?

Psyykinen työssä kuormittuminen

- Millaiset asiat kuormittavat kotipalvelutyössä psyykkisesti eli henkisesti?
- Onko työssäsi alikuormitusta?
- Onko työ riittävän haasteellista?
- Voitko itse vaikuttaa psyykkiseen kuormittavuuteen?
- Ovatko työtehtävät selviä?
- Ovatko työmäärä ja -tahti sopivia ja voitko vaikuttaa niihin?
- Voitko oppia työssäsi uutta ja kehittää osaamistasi? Miten?
- Voitko suorittaa työtehtäväsi rauhassa, ilman keskeytyksiä?
- Onko työhösi liittyvä vastuu sopivaa?
- Saatko palautetta tekemästasi työstä? Keneltä?

Sosiaalinen työssä kuormittuminen

- Kuvaile työyhteisöäsi ja sen toimintaa
- Millainen tiedonkulku työyhteisössä on?
- Millaisena koet yksin työskentelyn?
- Saatko riittävästi tietoa työtehtävien hoitamista varten?
- Esimiehen tuki ja palaute?
- Onko esimiehen asioiden ja toimintojen johtaminen selkeää ja tasapuolista?
- Oletko kokenut työssäsi epäasiallista kohtelua ja häirintää? Millaista?
- Miten työkavereiden erilaiset persoonallisuudet vaikuttavat työnkuormittavuuteen?
- Sisältyykö työhösi hankalia asiakas- ja vuorovaikutustilanteita, jotka herättävät kielteisiä tunteita? Kuinka usein?