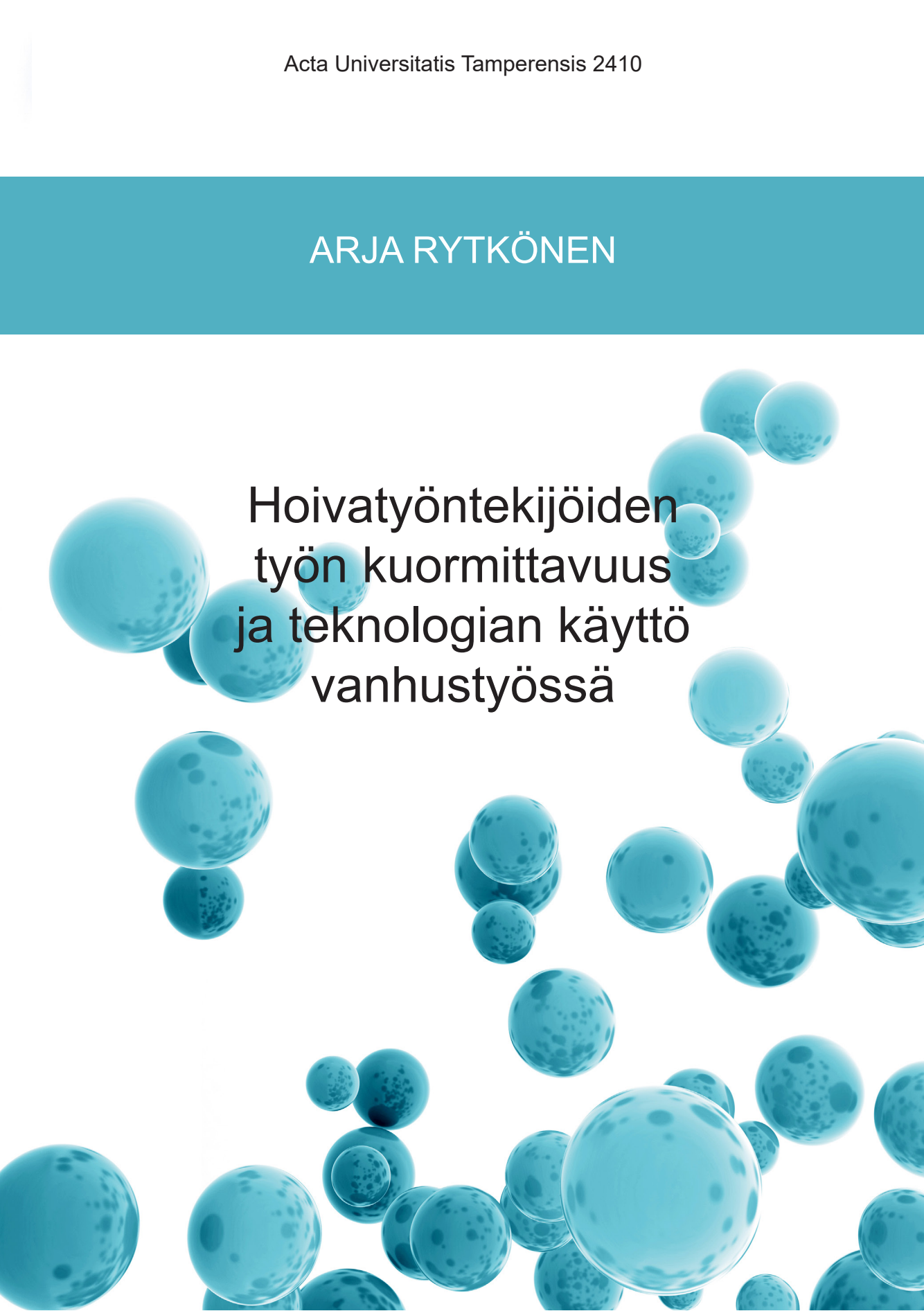


ARJA RYTKÖNEN

Hoivatyöntekijöiden
työn kuormittavuus
ja teknologian käyttö
vanhustyössä

The background of the cover is white, featuring a decorative pattern of numerous translucent blue spheres of varying sizes. These spheres are scattered across the page, with some appearing larger and more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The spheres have a slightly textured, crater-like surface, reminiscent of the moon's surface.



ARJA RYTKÖNEN

Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus
ja teknologian käyttö
vanhustyössä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan
tiedekuntaneuvoston suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston Virta-rakennuksen auditoriossa 109,
Åkerlundinkatu 5, Tampere
9. päivänä marraskuuta 2018 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

ARJA RYTKÖNEN

Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus
ja teknologian käyttö vanhustyössä

Acta Universitatis Tamperensis 2410
Tampere University Press
Tampere 2018



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2018 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Taitto

Sirpa Randell

Acta Universitatis Tamperensis 2410

ISBN 978-952-03-0828-5 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1920

ISBN 978-952-03-0829-2 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print

Tampere 2018



Kiitokset

Kiinnostukseni väitöstyön tekemiseen kasvoi pikkuhiljaa, kun toimin tutkijana Työtehoseurassa. Oman ammattitaitoni ja erityisesti oman kiinnostukseni vuoksi aloin opiskella töiden ohella sosiologiaa ja sosiaalipsykologiaa. Varsinaiselta koulutukseltani olen maatalous- ja metsätieteiden maisteri, pääaineena kodin teknologia. Väitöstyöni aihe antoi oivan tilaisuuden yhdistää opintojani ja aiempaa työkokemustani. Sen tekeminen oli minulle kaiken puolin kiinnostava oppimatka.

Väitöstyöni aihe kehittyi, kun hankekumppaneiden kanssa suunnittelimme ja teimme Tekes-rahoitteista hanketta *Tulevaisuuden palvelukoti – seniori-ikäisten turvapalvelut, TupaTurva..* Projektin aikana minulla oli mahdollisuus tutustua vanhusten hoivan toteuttamiseen sekä sen kehittämistarpeisiin ja -mahdollisuuksiin. Sen yhteydessä pystyin toteuttamaan tutkimukseeni liittyvän kyselyni. Osarahoitusta väitöstyöhöni sain myös palkansaajien aikuiskoulutusta tukevalta Koulutusrahastolta. Tässä yhteydessä esitänkin lämpimät kiitokset tutkimukseni osarahoittajille ja muille hankkeessa mukana olleille taioille ja yhteistyökumppaneille.

Samoin haluan kiittää silloisia Työtehoseuran työtovereitani, jotka tukivat ja kannustivat minua työstämään omaa väitöstyötäni. Erityisesti haluan kiittää Sari Liski-Markkasta, joka taltioi kyselyaineistoni huolella tietokoneelle. Samalla haluan kiittää myös Anneli Reisbackaa, jonka kanssa työstimme Työtehoseuran osalta TupaTurva-hanketta.

Suuret kiitokset väitöstyöni valmistumisesta kuuluvat ohjaajilleni professori Harri Melinille ja dosentti Lea Henrikssonille. Minulla oli ilo saada heidät ohjaajikseni. Kokeneina ja asiantuntevina ohjaajina he paneutuivat työhöni lukemalla ja kommentoimalla kirjoituksiani, luotsasivat minua pois harhapoluilta, antoivat vinkkejä alan kirjallisuudesta, avarsivat näkemyksiäni sosiologian tutkimuskenttään ja loivat uskoa työn valmistumisesta.

Lämpimät kiitokset haluan osoittaa myös väitöstyöni esitarkastajille emeritusprofessori Jyrki Jyrkämälle ja professori Leena Koskelle. Heiltä sain rakentavaa palautetta väitöstyöni sisällöstä ja parannusehdotuksia.

Parhaimmat kiitokset SuPerille siitä, että se mahdollisti ja edesauttoi kyselyni toteuttamisen jäsenistölleen. Erityisesti haluan kiittää niitä hoitajia, jotka jaksoivat vastata pitkään kyselyyni. Monet hoitajat olivat kirjoittaneet myös vapaamuotoisia vastauksia pelkän kyselyn lisäksi. Luin niitä suurella mielenkiinnolla. Ne auttoivat minua tulkitsemaan kyselyn tuloksia ja hahmottamaan hoitajien työtä vanhusten parissa. Samoin antoisat ryhmäkeskustelut hoitajien kanssa olivat kiinnostavia ja mieleenpainuvia.

Kannustusta tutkimuksen toteuttamiseksi ja läpiviemiseksi sain monilta. Erityisesti tähän joukkoon kuuluivat sisarukseni ja heidän lapset perheineen, muut sukulaiset ja ystävät. Lämpimät kiitokset teille kaikille. He jaksoivat kannustaa ja tukea minua myös tilanteissa, joissa usko työn valmistumisesta alkoi hiipua. He myös huolehtivat siitä, että elämässä on muutakin kuin väitöskirjan työstämistä. Heidän tukensa oli korvaamaton työni valmistumisen kannalta.

Helsingissä elokuussa 2018

Arja Rytönen

Tiivistelmä

Tutkimus käsittelee hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuutta ja teknologian käyttöä vanhustyössä. Kuormituksen vastapainoksi selvitetään työn kannustavia tekijöitä. Aiheen taustalla on keskustelu vanhusten hoivan nykytilasta. Aiheita tarkastellaan työn sosiologian ja sosiaaligerontologian näkökulmista.

Yhteiskunnallisena tavoitteena on tehokkaiden ja laadukkaiden vanhuspalvelujen tuottaminen. Yhteiskunta esittää raamit ja puitteet vanhustyön toteuttamiseksi. Käytännössä hoitajat joutuvat sopeuttamaan omat voimavaransa ja ammatillisen osaamisensa eri tahoilta tuleviin ristipaineisiin, joita aiheuttavat yhteiskunnallisten tavoitteiden lisäksi työ ja työyhteisö, asiakkaat ja lisääntyvä teknologia.

Tutkimuksen aineisto muodostui vuonna 2012 tehdystä postikyselystä (N=357) SuPerin jäsenille. Vastausprosentti oli 30 %. Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi käytettiin hoitajien vapaamuotoisia vastauksia ja ryhmähaastatteluja. Aineisto kerättiin Tulevaisuuden palvelukoti – seniori-ikäisten turvapalvelut, TupaTurva -hankkeen yhteydessä.

Kyselyyn vastanneiden hoitajien keski-ikä oli 48,9 vuotta. Moni hoitaja oli toiminut alalla pitkään. Hoitajista yli kolmannes oli ollut alalla yli 20 vuotta ja neljännes 11–20 vuotta. Hoidettavista vanhuksista suurin osa oli 76–85-vuotiaita ja osa sitäkin vanhempia. Monet hoidettavat vanhuksset olivat monisairaita, paljon apua tarvitsevia ja dementoituneita. Vanhusten hoiva muodostui lähinnä ruokailusta, hygieniasta, lääkityksestä huolehtimisesta sekä hoitotoimenpiteistä. Hoitajat myös tukivat ja lohduttivat asiakkaita.

Hoivatyö vanhusten parissa oli fyysisesti ja henkisesti kuormittavaa. Hoitajat pitivät työtään fyysisesti raskaana ja pakkotahtisena. Hoitajat työskentelivät päivittäin kyyryssä, vääntyneessä tai muuten hankalassa asennossa. Lisäksi he nostivat tai siirsivät raskasta esinettä tai ihmistä ja työskentelivät hankalissa työolosuhteissa. Moni hoitaja tunsi itsensä fyysisesti väsyneeksi töiden jälkeen. Usealla oli hankaluuksia töistä palautumisessa.

Työhön sisältyi monelta suunnalta henkistä kuormitusta. Valtaosa työntekijöistä oli kokenut kritisointia ja haukkumisia asiakkaiden taholta. Usea hoitaja oli kohdannut asiakkaan väkivaltaista käytöstä, uhkailua ja sukupuolista häirintää. Työpaikoilla tapahtui myös työpaikkakiusaamista. Hoitajat joutuivat kritisoinnin tai haukkumisen kohteeksi useammin työtovereiden kuin esimiehen toimesta. Moni oli kokenut, että esimies oli suosinut toisia työntekijöitä. Työn kuormittavuutta lisäsi henkilöstömäärän vähyys. Moni teki pallollista ylityötä ja ajoittain myös palkatonta ylityötä. Usea hoitaja kokikin ristiriitaa ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä.

Yleinen vanhustyön arvostus koettiin vähäiseksi. Suurin osa hoitajista arvioi, etteivät kunnan virkamiehet ja poliitikot arvosta heidän työtään tai arvostavat vain vähän. Myös ”suuren yleisen” arvostuksen moni hoitaja koki vähäiseksi. Myönteistä oli, että hoitajat itse

arvostivat omaa työtään. Arvostusta koettiin saatavan asiakkailta ja työtovereilta. Eniten töistä palautumisessa auttoivat elämän pienistä asioista nauttiminen, keskustelut työtovereiden kanssa, hiljaisuudesta nauttiminen, harrastukset ja liikunta.

Työhön liittyi monia kannustavia tekijöitä. Asiakkaat olivat tärkeä voimavara työssä. Halu auttaa ihmisiä olikin yleisin peruste hakeutua hoiva-alalle. Muita yleisiä perusteita olivat oman ammatin saaminen, monipuoliset työtehtävät ja kutsumus. Monelle merkityksellisiä olivat hyvät asiakassuhteet ja asiakkaiden kiitollisuus. Asiakkaiden kohtaamisesta koettiin saatavan myös itselle myönteisiä kokemuksia. Merkityksellisiä olivat myös työn sisältö, työyhteisö ja turvattu toimeentulo. Yhteinen työtyytyväisyyden ylläpitäjä oli organisaatiokulttuuri.

Enemmistö hoitajista oli sitä mieltä, että teknologialla pyritään liikaa korvaamaan ihmisten vuorovaikutusta vanhusten hoivatyössä. He eivät nähneet, että teknologian käyttö antaisi enemmän aikaa toimia asiakkaiden parissa. Lisääntyvää teknologiaa ei kuitenkaan pidetty uhkana työpaikan menettämiselle. Teknologian tarpeellisuus tiedostettiin silloin, kun se vastaa tarkoitustaan, on helposti käytettävää, joustavaa ja toimii ilman toimintahäiriöitä. Sähköistä tietojen kirjaamista toivottiin kehitettävän joustavammaksi ja eri ohjelmia paremmin yhteensopiviksi. Nyt koettiin, että työajasta menee paljon aikaa tietokoneelle kirjaamiseen.

Hoitajilla tiedusteltiin 24 erilaisen turvalaitteen, -järjestelmän ja -palvelun tunnettuutta ja käytettävyyttä hoitajien omassa työssä sekä vanhusten arjen helpottajina ja turvallisuuden tukena. Laitteiden käytöllä nähtiin mahdollisuuksia. Laitteiden ja palvelujen todettiin helpottavan enemmän vanhusten arjesta selviytymistä ja turvallisuutta kuin hoitajien omaa työtä.

Vapaamuotoisten vastausten perusteella hoitajia huolettivat erityisesti kotihoidossa olevat vanhukset. Osa kotihoidon asiakkaista on heidän mielestään niin heikkokuntoisia, ettei kotihoito ole heille enää asianmukainen hoivapaikka. Hoitajat toivoivat pienempiä hoitoyksiköitä, eriytettyjä yksiköitä muun muassa muistisairaille ja enemmän aikaa virikkeelliseen toimintaan ja ulkoiluun vanhusten kanssa. Hoitajamitoitukseen toivottiin tarkennusta siitä, keitä voidaan laskea mukaan hoitajamäärään. Hoiva-alalle hakeutuville toivottiin soveltuvuustestejä.

Tulokset osoittivat, että hoivatyö vanhusten parissa on monella tavoin kuormittavaa. Ihmetystä herättääkin se, ettei muutosta tässä asiassa ole tapahtunut. Vuodesta toiseen saadaan samansuuntaisia tuloksia hoivatyön kuormittavuudesta. Tulokset tuovat lisävalaistusta myös teknologian käytettävyydestä vanhustyössä ja vanhusten hoivan kehittämistarpeista hoitajien näkökulmasta.

Tarkoituksena on, että tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää vanhustyössä toimivien hoivatyöntekijöiden työn ja vanhuspalvelujen kehittämiseen. Yhteiskunnallisella tasolla tarvitaan seurantaa ja ohjausta tavoitteiden saavuttamiseksi. Samoin työelämässä tarvitaan seurantaa ja rajojen asettamista, jotta hoitajien kuormitusta voidaan vähentää.

Avainsanat: työn kuormittavuus ja kannustavuus, vanhustyö, hoiva- ja hoitotyö, hoitajat, hoivatyöntekijät, työn sosiologia, sosiaaligerontologia, geronteknologia, teknologia.

Abstract

The study on care workers' work load and use of technology in elderly care covers the work load and technology use of care workers in elderly care. To counterweight work load, the work empowerment factors shall be determined. Debate on the current situation of elderly care is in the background of the subject. The subjects shall be reviewed from both the sociological and social-gerontological aspects of work.

The social objective is the production of efficient and high-quality services for the elderly. The society sets boundaries and frameworks for the implementation of elderly care. In practice, care workers must adapt their own resources and expertise to pressure conflicts from various bodies, which are caused by social objectives, in addition to the work and work community, customers and increasing technology.

The material of the study was formed from the post questionnaire (N=357) carried out in 2012 for SuPer's members. The response rate was 30%. In addition to ready-made answer options, the care workers' free-form answers and the care workers' group interviews were used. The material was collected in connection with The Future Care Home – Inregrated Safety Services for the Senior-aged project.

The average age of care workers, who responded to the survey, was 48.9 years. Many of the care workers had worked in the field for a long time. More than a third of the care workers had been in the field for more than 20 years, and a fourth had been in the field for 11–20 years. Most of the elderly people to be cared for were 76–85-years-old and older. Many of the elderly people, who were cared for, had several illnesses, needed a lot of assistance and were demented. Elderly care mainly consisted of dining, hygiene, the administration of medication, and care procedures. The care workers also supported and comforted the customers.

Care work with the elderly was physically and mentally loading. Care workers consider their work to be physically strenuous and machine-paced. Care workers worked in a hunched, twisted or otherwise difficult position on a daily basis. In addition, they lifted and moved heavy items, or people, and worked in difficult working conditions. Many care workers felt physically tired after work. Several of them had difficulties with recovery from work.

The work involved mental load from various aspects. A majority had experienced customer criticism and denouncing. Several care workers had encountered violent behaviour, threats and sexual harassment from customers. Workplace bullying took place at workplaces. Care workers were more often subject to criticism and denouncing by their co-workers than by their supervisors. Many had experienced situations where their supervisor

had favoured other employees. The scarcity of staff increased work load. Many carried out paid overtime work, and sometimes also unpaid overtime work. Thus, many care workers experienced contradictions between professional ethics and the lack the staff.

The general appreciation of elderly care was considered to be low. Most of the care workers estimated that municipal officers and politicians do not appreciate their work, or appreciate it very little. The “general public’s” appreciation was also considered to be low by many care workers. The positive aspect was that the care workers personally appreciated their own work. Appreciation was considered to be gained from customers and co-workers. Enjoying the little things in life, discussions with co-workers, enjoying quietness, hobbies and sports were of the most help in the recovery from work.

The work involved several encouraging factors. Customers were an important resource in work. The desire to help people was the main reason for choosing to work in the care sector. Other general reasons were to obtain a profession, varied work duties and a personal calling. Many considered good customer relationships and customers’ gratitude to be important. Encountering customers was also considered to be meaningful. The work content, working community and secured income were also important. A common maintainer of occupational satisfaction was the organisation culture.

Most of the care workers agreed that technology is aimed to be used too much to replace human interaction in elderly care. They did not consider that the use of technology would provide more time to operate with the customers. The increasing amount of technology was not, however, considered a threat in losing their jobs. The necessity of technology is understood, when it corresponds to its purpose, is easy to use, flexible and operates without problems. Care workers were hoping that electronic data logging would be developed to be more flexible, and different software would be more compatible with each other. At the moment, it was considered that many spend a lot of their working hours logging data on computers.

The awareness and usability of 24 different safety devices, systems and services in the care workers’ own work and as facilitators and safety support in the everyday life of the elderly, were enquired from the care workers. The use of the devices was seen to have potential. The devices and services were stated to be better for the facilitation of the everyday life and safety of elderly people rather than in the care workers’ own work.

On the basis of free-form answers, the care workers were particularly concerned of the elderly people in home care. Some of the customers in home care are in such weak condition, that home care is no longer an appropriate location of care for them. Care workers hope for smaller care units, specialised units for e.g. customers with memory illnesses and more time for stimulating activities and going outdoors with the elderly people. It was hoped that the sizing of care workers would be specified as to who can be considered in the number of care workers. Aptitude tests were hoped to be included for people applying to work in the care sector.

The results indicated that care work with elderly people is loading in many ways. Thus, it raises astonishment as to why no changes have taken place. Year after year, similar results

are obtained on the load of care work. The results provide additional light on the usability of technology in elderly care as well as the needs of development in caring for elderly people from the care workers' perspectives.

The purpose is that the results of the study can be used in the development of the work of care workers operating in elderly care as well as in the development of services for the elderly. At a social level, monitoring and guidance is needed to achieve the objectives. In the same way, monitoring and limitations are required in working life, so that the load of care workers can be reduced.

Keywords: work load and encouragement, elderly care, care work, care workers, occupational sociology, social-gerontology, gerontechnology, technology.

Sisällys

1	Johdanto	15
2	Tutkimusnäkökulmat	19
2.1	Työn sosiologia	20
	Työn merkitys	20
	Työn kuormittavuus	23
	Stressi ja työuupumus	25
	Työhyvinvointi ja työkyky	28
	Työnimu ja työnilo	30
2.2	Vanhusten hoiva naisten työnä ja ammattina	32
	Hoiva-ammattien kehitys vanhustyössä	32
	Hoivaa vai hoitoa?	36
	Hierarkioita ja työnjakokiistoja	39
	Työn ja perheen yhteensovittaminen	41
2.3	Teknologia vanhustyössä	46
	Teknologian tulo osaksi ihmisten arkea	46
	Geronteknologia	47
	Teknologian hankinta, käyttöönotto ja hyväksyttävyyys	48
	Teknologian odotuksia ja uhkakuvia	51
2.4	Sosiaaligerontologia	56
	Vanheneminen yhteiskunnassa	56
	Erilaiset iät	59
	Kriisiytyvä huoltosuhde	63
2.5	Vanhuspalvelujen vaiheet ja vanhusten asema	64
	Kunnalliskodeista vanhainkodiksi	64
	Sodan jälkeinen kaupungistuminen vaikutti vanhusten hoivaan	65
	Kansalaisten omavastuu korostui laman myötä	66
	Yhdistetty kotihoito	67
	Kotihoidossa mahdollisimman pitkään	69
	Hoitajamitoitus ja sote-uudistus	70
	Etiikka vanhustyössä	71

3	Tutkimusasetelma	76
3.1	Tutkimuksen kohde ja tutkimuskysymykset	76
3.2	Aineisto ja menetelmät	79
	Metodologinen lähtökohta	79
	Tutkimusaineiston keruu, työstäminen ja luotettavuuden tarkastelu	80
	Hoitajien taustatietoja	86
3.3	Tutkijan positio ja tutkimuksen etiikka	87
4	Tulokset	90
4.1	Hoivatyön kuormittavuus	90
	Ikääntyminen, vuorotyö ja määräaikaiset työsuhteet	90
	Hoitajamäärän vähyys ja ylityöt	95
	Alalle hakeutuvien soveltuvuus mietityttää	101
	Monisairaita vanhuksia sekä fyysisesti kuormittavia töitä ja työolosuhteita	102
	Työssä häirintää ja väkivallalla uhkailua	106
	Kuormitus ilmenee fyysisenä ja henkisenä uupumisena töiden jälkeen	110
	Työntekijävajaus ja raskaat työolosuhteet korostuvat faktorianalyyssissä	118
	Hoivatyön kuormittavuus vaikuttaa alalla jatkamishalukkuuteen ja eläköitymiseen	120
	Vanhustyön heikko arvostus ja palkkaus harmittaa	124
	Vanhusten hoivapaikkojen sopivuus huolettaa	126
	Vanhusten ruokailu ja lääkitys pohdituttavat	131
	Hoivan asiakaskeskeisyydessä ja virikkeellisyydessä toivomisen varaa	133
4.2	Työn kannustavuus	135
	Halu auttaa ihmisiä innostaa vanhustyöhön	136
	Työtyytyväisyys ja työn ilo	137
	Organisaatiokulttuuri heijastuu työtyytyväisyyteen	140
	Työstä palautuminen	142
4.3	Teknologia osana vanhustyötä	144
	Teknologian hyötyjä ja haittoja	144
	Tietotekniikka vie aikaa hoivalta	147
	Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen tunnettavuus ja käyttö	151
	Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen käytettävyyys vanhustyössä ja vanhusten arjessa	155

5	Yhteenveto ja pohdinta	163
5.1	Hoivatyön kuormittavuus	164
5.2	Hoivatyön kannustavuus	166
5.3	Kokemukset teknologiasta	168
5.4	Ehdotuksia jatkotutkimuksille ja toimenpiteille	169
5.5	Tutkimuksen arviointia	170
6	Lähteet	172
	Liitteet	191
	Liite 1. Suomalaisen vanhuspalvelujen muotoutuminen 1930-luvulta 2000-luvulle	191
	Liite 2. Kyselylomake	192
	Liite 3. Uusintapyyntö kyselyyn vastaamiseksi	207
	Liite 4. Hoitajien sosiaali- ja terveysalan perus- ja lisäkoulutus	208
	Liite 5. Hoitajien muu koulutus	209
	Liite 6. Hoitajien ylityöt ja työolosuhteet (%)	210
	Liite 7. Hoitajien käyttämä nimitys hoidettavista henkilöistä (%)	210
	Liite 8. Hoidettavien asiakkaiden ikäjakauma (%)	210
	Liite 9. Hoidettavien asiakkaiden toimintakyky hoitajien arvion mukaan (%) .	211
	Liite 10. Hoitajien keskimääräinen työajan jakauma (%)	211
	Liite 11. Hoitajien työtehtävät asiakkaille tai asiakkaan kanssa (%)	212
	Liite 12. Hoitajien osallistuminen asiakkaiden asioiden hoitoon, (%)	213
	Liite 13. Hoitajien tuntema rasitus työpäivän jälkeen iän ja toimipaikan perusteella (%)	214
	Liite 14. Hoitajien työssään kokemat häirtatekijät (%)	215
	Liite 15. Hoitajien työssään kokemia häirtatekijöitä tarkasteltuna iän ja toimipaikan mukaan (%)	217
	Liite 16. Faktorianalyysi työn häirtatekijöistä	221
	Liite 17. Työssä jatkamista edistävät tekijät (%)	224
	Liite 18. Työn merkitys ja tärkeys hoitajille (%)	225
	Liite 19. Faktorianalyysi työn kannustavista tekijöistä	226
	Liite 20. Kotitöiden tekeminen (%)	228
	Liite 21. Tietokoneen käyttö ja käytettävyys (%)	229
	Liite 22. Tietokoneen käyttö eri tehtävien hoidossa (%)	229
	Liite 23. Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen tunnettavuus ja käyttö hoitajien keskuudessa (%)	230
	Liite 24. Hoitajien näkemys, kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat heidän työtään (%)	231
	Liite 25. Hoitajien näkemys, kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat vanhusten turvallisuutta ja arjesta selviytymistä (%)	232

Kuviot

Kuvio 1. Työuupumuksen yhteydet työoloihin	28
Kuvio 2. Työkyky ja siihen vaikuttavat tekijät	30
Kuvio 3. Työn ja perheen välisen vuorovaikutuksen syyt ja seuraukset	44
Kuvio 4. Tutkimukseni näkökulmat	78
Kuvio 5. Sosiaalitutkimuksen elementit ja kokoamisohjeet	79
Kuvio 6. Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikäjakauma	91
Kuvio 7. Hoitajien työkokemus vanhustyössä	120
Kuvio 8. Tietokoneen käyttöaika työasioiden hoitamiseen työvuoron aikana	148
Kuvio 9. Kännykän käyttöaika työasioiden hoitamiseen työaikana	151
Kuvio 10. Kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat hoitajien työtä sekä tukisivat vanhusten arkea ja turvallisuutta (%)	156

Taulukot

Taulukko 1. Ikääntymiseen liittyviä määritelmiä	61
Taulukko 2. Keskimääräiset asiakasmäärät ja hoitajien kokemukset niiden sopivuudesta	95
Taulukko 3. Hoitajien työssään kokemat häirintätilanteet (%)	108
Taulukko 4. Hoitajien kokemat rasittavuustekijät työpäivän jälkeen (%)	111
Taulukko 5. Hoitajien kokemat häirtetekijät vanhustyössä (%)	114
Taulukko 6. Hoitajien työssään kokemia häirtetekijöitä tarkasteltuna iän ja toimipaikan mukaan käyttäen kriteerinä χ^2 -testin p-arvoa	116
Taulukko 7. Hoitajien kokema arvostus (%)	124
Taulukko 8. Työn merkitys ja tärkeys hoitajille (%)	138
Taulukko 9. Työstä palautumista helpottajat tekijät vanhustyössä toimivilla hoitajilla (%)	143
Taulukko 10. Yleisimmin tunnetut turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut ja niiden käyttö (%)	154

1 Johdanto

Tutkimusaiheeni valinnan taustalla on keskustelu vanhusten hoivan nykytilasta ja tulevaisuuden näkymistä. Tutkimuksen keskiössä ovat vanhustyössä toimivat hoivatyöntekijät ja heidän työssään kuormittuminen. Kuormituksen vastapainoksi tutkin myös työn kannustavia tekijöitä sekä teknologian käyttöä ja käytettävyyttä.

Tulevaisuudessa hoidettavien vanhusten määrä lisääntyy ja he ovat entistä iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia. Lisääntyvä vanhusväestö vaikuttaa osaltaan väestölliseen huoltosuhteeseen, mikä on iso yhteiskunnallinen kysymys. Samanaikaisesti työntekijät ikääntyvät, jolloin huoli heidän työssä jaksamisestaan korostuu. Yksi tulevaisuuden iso kysymys onkin, kuinka jatkossa saadaan uusia hoivatyöntekijöitä vanhustyöhön.

Yhteiskunnallisena tavoitteena on tehokkaiden ja laadukkaiden vanhushoivapalvelujen tuottaminen. Tässä yhteydessä on keskusteltu paljon vanhushoivapalvelulaista ja hoitajamitoituksesta. Runsasta keskustelua on lisäksi herättänyt sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus eli sote-uudistus. Siinä terveys- ja sosiaalipalvelujen tuottaminen siirtyy kunnilta itsehallinnollisille maakunnille (Valtioneuvoston viestintäosasto 2015). Uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, lisätä valinnanvapautta, turvata perushoivapalvelut koko maassa ja hillitä kustannuksia.

Tarkastelen vanhusten hoivatyötä työn sosiologian näkökulmasta. Vanhustyössä toimivat tekevät arvokasta työtä. Työ on fyysisesti ja henkisesti kuormittavaa. Kiire ja fyysinen kuormitus vaivasivat vanhustyöntekijöitä ja altistivat heitä sekä psyykkiselle että fyysiselle oireilulle (vrt. Pekkarinen ym. 2004). Myös työrooleihin liittyvät ristiriitaisuudet ja epäselvyydet heikensivät työntekijöiden hyvinvointia. Toisaalta mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön ja luottamus omaan ammattitaitoon motivoivat ja tukivat hoivatyöntekijöiden hyvinvointia. Työntekijät sitoutuivat ja viihtyivät työssään paremmin, kun he kokevat työnsä motivoivaksi, työyhteisönsä toiminnan hyväksi ja turvalliseksi sekä johtamisen oikeudenmukaiseksi.

Lisäksi tarkastelen hoivaa naisten työnä. Hoiva- ja hoitotyö on ollut ja on naisvaltainen ala. Naisten hoiva-ammattit ovat kehittyneet kotitöiden ja naisiin yhdistettyjen luonteenpiirteiden ja ominaisuuksien pohjalta. Ne ovat olleet naisille väylä palkkatyöhön ja julkisen sektorin ammatteihin.

Hoivatyöntekijät työskentelevät monenlaisessa ristipaineessa, joita voivat aiheuttaa työ, työyhteisö, teknologia, asiakas ja hänen lähipiirinsä sekä palvelurakennemuutokset ja säästöt. Paineita aiheutuu myös siitä, kuinka hoivatyöntekijät pyrkivät sovittamaan yhteen omat voimavaransa, perheensä, osaamisensa, ammatillisuutensa ja hoivan etiikan eri

kuormittavuustekijöiden kanssa. Tutkimuksessani käytän hoivatyöntekijöistä myös yhteistä nimikettä hoitaja.

Vanhustyötä tehdään erilaisissa työyhteisöissä ja toimintakulttuureissa. Hyvä työyhteisö on työntekijälle merkittävä voimanhänke. Päinvastaisessa tilanteessa huono työyhteisö aiheuttaa kuormittumista. Esimiehen toimintatavoilla on huomattava vaikutus työyhteisön toimivuuteen, mutta siihen vaikuttavat myös muut työyhteisön jäsenet. Työyhteisössä toimii työntekijöitä, joilla on erilainen koulutus ja ammattipätevyys, jolloin eri ammattiryhmien välille voi tulla erilaista ristivetoa. Muuttuvassa toimintaympäristössä osaamisen ylläpitäminen edellyttää työntekijöiden ammatillisen koulutuksen ylläpitoa ja jatkuvaa kehittämistä.

Vanhustyö on raskasta, mutta antoisaa. Vanhusten tyytyväisyys ja kiitollisuus auttavat osaltaan hoivatyöntekijöitä jaksamaan työssään ja luovat työtyytyväisyyttä. Vanhuksen kannalta hoito- ja hoivatilanteen tulisi olla yksilöllinen siten, että siinä on otettu huomioon niin vanhuksen toimintakyky kuin hänen toimintaympäristönsä sekä eettiset että ammatilliset näkökohdat. Rajanveto hoidon ja hoivan välillä on häilyvä. Muun muassa kotihoidossa vanhustenpalvelu on muuttunut aiempaa sairaanhoidollisemmaksi ja sosiaalinen hoiva on vähentynyt. Työaika yhtä vanhusta kohti ei ole rajattomasti, vaan hoivatyöntekijät joutuvat kontrolloimaan ajankäyttöänsä sekä annetavan palvelun määrää ja laatua, mikä hoivaetiikan näkökulmasta voi olla haastavaa.

Ristivetoa voi muodostua myös hoivan asiakkaiden ja heidän omaistensa toimesta. Hoidettavat vanhukset ovat usein monisairaita ja aiempaa heikkokuntoisempia. Tämän seurauksena monelle hoivatyöntekijälle voi tulla riittämättömyyden tunne, koska sosiaalinen kanssakäyminen vanhuksen kanssa jää vähäiseksi. Kotihoidossa myös hoivaympäristö vaihtelee suuresti. Koti on ensisijaisesti vanhuksen koti eikä sitä ole suunniteltu toisen työpaikaksi.

Teknologia ja siitä erityisesti geronteknologia ovat tärkeitä näkökulmia tutkimuksessani. Teknologia on tullut osaksi hoitajien työtä ja vanhusten arkea. Tästä huolimatta teknologian rooli ja käyttö vanhushpalveluissa on monelta osin vielä harmaata aluetta, jonka vaikutuksia ei tunneta (vrt. Raappana & Melkas 2009). Helposti ajatellaan, että ”kylmällä” teknologialla pyritään korvaamaan ihmisläheinen työ. Toki teknologian avulla haetaan tuottavuuden parantamista. Sillä voidaan helpottaa myös vanhustyötä tekevien hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuutta, parantaa vanhusten turvallisuutta, edistää heidän arjesta selviytymistään ja toimintakykyään. Teknologian toimivuuteen on voitava luottaa ja sen tulee olla helposti käytettävää, jotta siitä tulee työn kuormituksen vähentäjä eikä työn rasite. Tietokone on merkittävä osa hoivatyöntekijöiden työtä, kun tietoja kirjataan erilaisiin tietokantoihin. Ongelmia ja lisätoivia voivat aiheuttaa erilaisten tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja ohjelmien nopea vaihtuvuus. Yhtäältä tietokantojen yhteensovittamisessa on otettava huomioon tietoturvatekijät, joilla varmistetaan asiakastietojen luotamuksellisuus.

Sosiaaligerontologian näkökulma auttaa tarkastelemaan tutkimuskohdettani siten, millaisia määritelmiä liittyy vanhuuteen ja sen arvostukseen. Kasvava vanhusväestö ei ole myöskään yhtenäinen ryhmä. Sitä kuvastaa heihin viittaavan nimikkeistön kirjo, kuten ikäihminen, vanhus, seniori, ikääntynyt. Käytän tutkimuksessani vanhus ja ikäihminen -nimityksiä synonyymeinä. Asiatyhteydestä riippuen käytän myös nimitystä asiakas, jota käytetään vanhuspalveluissa. Valotan myös vanhuspalvelujen kehittymistä Suomessa. Vanhusten palvelut ovat kehittyneet suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan eri vaiheissa. Yhteiskunnallisissa keskusteluissa on esitetty kysymyksiä siitä, ollaanko nykyisissä vanhuspalveluissa palaamassa takaisin aikakauteen, jolloin halvimmin tarjoava talous sai hoitaakseen köyhän vanhuksen. Tämä keskustelu koskee ennen kaikkea vanhuspalvelujen tasoa ja arvoja.

Monet vanhukset pystyvät elämään omassa kodissaan aktiivista elämää ilman, että he tarvitsevat ulkopuolista apua. Osa apua tarvitsevista vanhuksista selviää kotonaan omaishoitajien turvin, osa tarvitsee toisten ihmisten apua joko kotiin tai palveluasuntoon ja osa on laitoshoidon tarpeessa. Tämä avuntarvitsijoiden joukko on suuri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL 2015a) mukaan 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä noin 56 000 oli säännöllisen kotihoidon piirissä ja yli 49 300 laitos- ja palveluasumisen (tavallinen palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja terveystieteiden keskus) piirissä vuonna 2014.

Tutkin, millaisia ristipaineita vanhustyössä toimivat työntekijät kokevat omassa työssään ja työyhteisössään. Tarkastelen hoivatyöntekijöiden työtä ja siinä erityisesti työn fyysistä ja henkistä kuormittavuutta. Kuormitustekijöiden ohella analysoin työn kannustavuutta, kuten työtyytyväisyyttä ja työniloa tuottavia tekijöitä. Pohdin teknologian käyttöä ja käytettävyyttä hoivatyöntekijöiden omassa työssä sekä vanhusten omatoimisuuden ja turvallisuuden tukena. Tarkoitukseni on, että tutkimukseni tuloksia voidaan käyttää vanhustyössä toimivien hoivatyöntekijöiden työn kehittämiseen, työn kuormittavuuden vähentämiseen ja heidän työnsä arvostuksen lisäämiseksi.

Tutkimus koostuu seuraavista luvuista. Aluksi (2.1) esittelen työn sosiologian näkökulmia. Pohdin työn merkitystä ihmisille. Seuraavissa jaksoissa tarkastelen työn fyysistä ja psyykkistä kuormitusta sekä stressiä ja työuupumista eri määritelmien valossa. Työn kuormituksen vastapainoksi esittelen työhyvinvointia ja -kykyä ja paneudun tekijöihin, jotka auttavat työntekijää jaksamaan työssään. Luvun lopussa paneudun yksityiskohtaisemmin työnimua ja -iloa tuottaviin tekijöihin.

Seuraavan alaluvun (2.2) keskiössä on vanhusten hoiva naisten työllistäjänä ja ammattina sekä naisten toteuttama hoiva ja hoito eri käsitteiden valossa. Tässä yhteydessä kuvaan työyhteisössä ilmeneviä hierarkioita ja työnjakokiistoja. Luvun loppuosassa paneudun tarkastelemaan työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyviä ristipaineita.

Kolmannessa alaluvussa (2.3) keskityn teknologiaan ja sen käytettävyyteen. Teknologia on kiinteä osa työelämää, niin myös vanhusten hoivatyössä. Aluksi tarkastelen, kuinka teknologia on tullut osaksi ihmisten arkea. Geronteknologia-osuudessa tarkastelen yleisellä

tasolla teknologian käytettävyyttä vanhustyössä. Onnistunut teknologian hankinta, käyttöönotto ja hyväksyttävyyden on monien osatekijöiden summa, joiden nivoutumista toisiinsa kuvaan. Teknologian käyttöön liittyy myös monia odotuksia ja uhkavia, joita tarkastelen luvun loppuosassa.

Neljännessä alaluvussa (2.4) paneudun sosiaaligerontologian näkökulmiin. Aluksi tarkastelen sosiologian klassikoiden näkemyksiä ikääntymisestä. Seuraavaksi pyrin havainnollistamaan, kuinka ikää voidaan tulkita eri perusteilla. Lisäksi paneudun kriisiytyvään huoltosuhteeseen, joka liittyy kasvavaan vanhusten määrään ja vähenevään työssäkäyvien määrään. Alaluvussa (2.5) tarkastelen vanhusten hoivaa ja asemaa Suomessa. Historiakatsaus avaa näköalaa ymmärtää nykyistä vanhusten hoivan kehittymistä ja siitä käytyä keskustelua. Onhan vanhusten asemassa nähtävissä yhteiskunnalliset muutokset ja se, kuinka vanhuksiin on suhtauduttu eri aikoina. Pääpaino tarkastelussa on kuitenkin siinä, kuinka vanhusten hoiva kehittyi nykyiseen muotoonsa toisen maailmansodan jälkeen, kun naiset lähtivät töihin kodin ulkopuolelle erityisesti 1960-luvulta lähtien. Luvun lopussa tarkastelen hoitajamitoitusta ja sote-uudistusta. Viimeisenä käsittelen etiikkaa osana vanhustyötä.

Luvussa 3 esittelen tutkimuskysymykseni ja näkökulmani, joiden jälkeen kuvaan tutkimusaineiston ja -menetelmät. Tähän yhteyteen liittyy myös tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelu. Empiirisesti tutkimus perustuu pääosin postikyselystä, jonka tein vanhustyössä toimiville hoivatyöntekijöille. Kyselyn tuloksia täydennän hoitajien kirjoittamalla avovastauksilla ja hoitajien ryhmähaastatteluilla. Lukuun sisältyvät osiot, joissa esittelen kyselyyn vastanneiden hoitajien taustatekijöitä. Lopussa pohdin tutkijan positiota ja tutkimuksen etiikkaa.

Luvussa 4 esitän tutkimustulokset. Työn kuormittavuus on tutkimuksen ydin (4.1). Näiden tulosten esittelyyn paneudun yksityiskohtaisemmin useammassa alaluvussa. Lisäksi tarkastelen hoitajien työssään kokemia haastatekijöitä faktorianalyysin avulla. Lopuksi esittelen hoitajien näkemyksiä vanhustyön kehittämiseksi.

Vanhusten hoivatyöhön sisältyy monia kannustavia tekijöitä (4.2). Aluksi tarkastelen sitä, mikä sai hoitajia hakeutumaan vanhustyöhön ja mikä saa heitä jatkamaan työtään. Sen jälkeen analysoin hoitajille työtyytyväisyyttä ja työniloa tuottavia tekijöitä. Lukuun sisältyy faktorianalyysiin pohjautuva tarkastelu työn kannustavista tekijöistä. Alaluvun (4.3) tarkastelun kohteena on teknologian käytettävyyden hoitajien omassa työssä sekä vanhusten arjen ja turvallisuuden tukena.

Viimeisessä luvussa (5) vastaan tutkimuskysymyksiini ja kiteytän tutkimukseni keskeisimmät tulokset. Pohdin tulosten merkitystä, vanhustyön kehittämistarpeita ja tutkimustarpeita, joita esittelen tulosten yhteydessä. Lopuksi tarkastelen tutkimukseni validiteettia ja reliabiliteettia.

2 Tutkimusnäkökulmat

Tässä luvussa esittelen tutkimusnäkökulmani, joka jakautuu viitteen alalukuun. Niissä paneudun tutkimukseeni vaikuttaviin teoreettisiin ja empiirisiin lähtökohtiin. Ensimmäisessä alaluvussa paneudun työn sosiologiaan. Aluksi tarkastelen työn merkitystä ihmisille. Seuraavissa jakoisissa tarkastelen työn kuormittavuutta, joka on tutkimukseni keskeisiä aiheita. Tarkastelen sitä eri määritelmien ja tilastojen valossa. Kuormittavuuden vastapainoksi kuvaan työn kannustavia tekijöitä.

Toisessa alaluvussa paneudun vanhusten hoivaan naisten työnä ja ammattina. Vanhustyö on ollut monelle naiselle väylä päästä työmarkkinoille ja saada oma ammatti. Pohdin hoivan vai hoidon määritelmiä eri tutkimusten valossa. Hoiva- ja hoitoala ovat monien ammattien pelikenttä hierarkioineen ja työnjakokiistoineen eri ammattiryhmien välillä. Samoin työn ja perheen yhteensovittaminen asettaa omat haasteensa työntekijälle.

Kolmannessa alaluvussa tarkastelen teknologian mukaantuloa ihmisten arkeen ja työelämään. Keskeisenä aiheena on geronteknologia, johon liitetään sekä mahdollisuuksia että uhkia. Neljännessä alaluvussa paneudun sosiaaligerontologiaan, joka oli sosiologiasa pitkään marginaalisessa asemassa. Ikää voidaan tulkita erilaisten näkölumien kautta. Ikääntymiseen liittyvä eläköityminen tuo vapaa-aikaa, mutta siihen voi liittyä myös ikärasismia. Viimeisessä jaksossa esittelen tilastojen valossa, kuinka kasvava ikääntyvien määrä vaikuttaa väestölliseen huoltosuhteeseen.

Viidennessä alaluvussa kuvaan, millaisen kehityskaaren vanhustyö on käynyt läpi suomalaisen yhteiskunnan kehityksen myötä. Yhteiskunnan varallisuuden noustessa myös vanhusten hoiva kehittyi ja monipuolistui. Kaupungistumisen myötä ja naisten lähdettyä töihin vanhukset tarvitsivat aiempaa enemmän yhteiskunnan tuottamia palveluja joko vanhusten omaan kotiin tuotettuna tai hoitopaikkoina laitoksissa. Pitkään yhteiskunnallisena tavoitteena on ollut, että vanhukset asuvat omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Vanhusten hoivapalvelujen sisältöön vaikuttaa hoitajamitoitus, jota tarkastelen luvun loppupuolella. Viimeisessä jaksossa paneudun etiikkaan vanhustyössä ja siihen, millaisiin eettisiin ristiriitoihin työntekijät voivat joutua vanhustyössä.

2.1 Työn sosiologia

Työn merkitys

Nykyajan työelämässä eivät välttämättä enää päde vanhat pelisäännöt. Suomalaisten työelämän merkitys on pohjautunut protestanttiseen etiikkaan ja luterilaiseen työmoraaliin, jossa työssä kilvoittelulla on yhtymäkohtia uskonnollisen kilvoittelun kanssa. Työn tekeminen hyvin on tarkoittanut lähes samaa kuin hyvä ihminen, kuten Weber (1990) toteaa teoksessaan *Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki*. Järvensivu (2010, 10–11) näkee tämän ajattelutavan johtavan siihen, että haluamme tehdä työmme hyvin ja saada sitä kautta tunteen työn ja elämän hallinnasta, vaihtoehtojen olemassaolosta sekä vapaaseen tahtoon perustuvasta valinnasta. Näistä perusteista sitten muodostuu kunniallisen ja tunnustuksen arvoisen suorituksen kokemus, ammattitilpeys sekä yhteisöön ja yhteiskuntaan kuulumisen oikeus.

Työstä tai ihmisen muusta toiminnasta puhuttaessa viitataan usein motivaatioon. Tuolloin nostetaan esille Maslow'n tarvehierarkia vuodelta 1954. (Blyton & Jenkins 2007, 136–138.) Sen mukaan ihmisellä on viidenlaisia tarpeita, jotka muodostavat kerroksellisen tarvepyramidin: fysiologiset tarpeet, turvallisuus, sosiaalisuus, arvostus ja arvovalta ja ylimpänä itsensä ilmaiseminen. Alimmaisina ovat tärkeimmät tarpeet, joita pyritään tyydyttämään ensin ja vasta sen jälkeen siirrytään toiselle tasolle. Olettamus, että työntekijöitä motivoisi vain palkka, ei tässä valossa pidä paikkaansa. Motivaatiotekijöitä on muitakin, kuten sosiaaliset suhteet, kuuluminen työryhmään, johdon käyttämä kommunikointi sekä työssä saatava ohjaus. Monet työntekijät hakevat työtä, joka mahdollistaa mielihyvän saamisen muustakin kuin pelkästä työn tekemisestä. Työmotivaatioon vaikuttavat sekä työssä etenemismahdollisuudet ja uranäkymät, työntekijöiden osallistumismahdollisuudet ja työtyytyväisyys sekä palkka. Työntekijöiden on todettu pohtivan myös oikeudenmukaisuutta eli sitä, onko heidän antamansa työpanos (aika ja energia) samanarvoinen kuin muilla. Tämä käsittää sekä työpaikan käytäntöihin että työnjakoperusteisiin liittyvän oikeudenmukaisuuden tunteen työmotivaation perustana.

Saari (2014) tarkasteli omassa väitöskirjassaan työhön liittyviä psykologisia sopimuksia ja organisaatioon sitoutumista. Siinä psykologisella sopimuksella tarkoitetaan työntekijöiden subjektiivista käsitystä omaan työsuhteeseensa kuuluvista oikeuksista ja velvollisuuksista. Sopimus pohjautuu työntekijän omaan näkemykseen työntekijän ja työnantajan välisestä vaihdosta. Organisaatiositoutuminen liittyy työntekijän kiinnittymiseen työnantajaorganisaatioon ja haluun jatkaa organisaation jäsenenä sekä toimia organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi. Saari painottaa, kuinka yksilölliset taipumukset ja asenteet vaikuttavat oleellisesti psykologiseen sopimuksen muotoutumiseen. Tästä johtuen samassa työpaikassa ja asemassa olevilla työntekijöillä voi olla erilaiset psykologiset sopimukset.

Työn merkityksen pohtiminen on työn sosiologisen tutkimuksen ydintä. Melinin, Blomin ja Kiljusen (2007, 8, 14–17) jaottelun perusteella ihmisten suhtautuminen työhön voidaan nähdä kahden vastakohdan jännitteisenä ulottuvuutena. Toisaalta siihen voidaan

suhtautua välineellisesti eli työtä tehdään vain palkan vuoksi. Näin koki kymmenen vuotta sitten joka kolmas suomalainen. Välineellinen suhtautuminen on kuitenkin lisääntynyt vuosien myötä. Yleisesti tarkasteltuna miehet suhtautuivat työhönsä tuntuvasti välineellisemmin kuin naiset. Ikäryhmien kesken asennoitumisessa ei juurikaan ilmennyt eroja. Toisaalta työhön suhtauduttiin sisällön vuoksi, mitä osoitti myös Sutelan ja Lehdon (2014, 24) tutkimus. Sen perusteella naisilla työn sisällön merkitys oli tärkeämpi kuin palkan merkitys ja sisällön merkitys oli vain lisääntynyt vuosien saatossa. Miehillä palkan merkitys oli edelleen tärkeämpi kuin naisilla, mutta miehillekin työn sisällöstä oli tullut tärkeämpi kuin palkasta.

Myös työntekijän ikä vaikuttaa siihen, kuinka he kokevat työn merkityksen. Sukupolvi ajattelun mukaan tiettyä ajanjaksolla kasvaminen vaikuttaa henkilön asenteisiin ja arvoihin. Kuten Manka (2012) korostaa, työn merkitys on murroksessa ja se voidaan jakaa eri sukupolvien välillä seuraavasti:

- Suuriin ikäluokkiin (vuosina 1946–1960 syntyneet) yhdistetään korkea työmoraa- li. Työn merkitys on heille keskeisessä asemassa omanarvontuntoa määritettäessä. Suhtautumista työhön luonnehtivat työteliäisyys ja pärjäämisen eetos. Samoin nykyiset johtamisperiaatteet ja yrityskulttuurit ovat suurten ikäluokkien rakentamia.
- Sukupolvea X (vuosina 1961–1979 syntyneet) kuvaa ajattelumalli ”kaikki mulle heti nyt”. Tälle ryhmälle tärkeitä ovat hyvä palkka sekä etenemis- ja koulutusmahdollisuudet. Tekniikka kuuluu oleellisesti tämän ikäluokan elämään.
- Sukupolven Y (1980 ja sen jälkeen syntyneet) elämää hallitsevat virtuaalisuus ja verkostot. Tässä ryhmässä harrastusten merkitys on suurempi kuin työn merkitys. Zemke, Raines ja Filipczak (2000) puhuvat sukupolvista Veterans (1922–1943), Baby Boomers (1946–1960), GenXers (1960–1980) ja Nexters (1980–2000). Näistä sukupolvista veteraaneilla oli tyypillistä usko yhdenmukaisuuteen, auktoriteettiin ja sääntöihin. He suosivat myös hierarkkista organisaatiota.

Samansuuntaisia, sukupolviin liittyviä havaintoja teki myös Haavisto (2010) *Työelämän kulttuurivallankumous* -tutkimuksessaan. Sen perustella työ merkitsee iäkkäämmille henkilöille enemmän kuin nuoremmille. Haavisto piti ilmeisenä, että nuoremmilla ikäluokilla elämäntilanne vaikuttaa heidän tärkeimpiin arvoihinsa. Nuoremmissa ikäluokissa moni opiskelee ja osalla on perhe hoidettavana, jolloin elämän arvot painottuvat sen mukaan. Haavisto oletti, että eläkeläiset olisivat jo luopuneet työn tärkeydestä elämässä. Näin ei kuitenkaan ollut, sillä eläkeläisistä kaksi kolmasosaa piti työtä elämän keskeisimpänä sisältönä. Työn osalta merkityksellisimmiksi asioiksi osoittautuivat toimeentulo, identiteetin ylläpito ja työhön liittyvät sosiaaliset suhteet.

Myös Tedren (1999, 138) tutkimus osoitti, kuinka kotipalvelussa työntekijöitä näytti erottelevan enemmän sukupolvi kuin työntekijöiden koulutus ja ammattiasema. Nuorempi sukupolvi pyrki pitämään yllä ammatti-identiteettiä, jossa asiakkaiden yksilöllistä kohtelua vähennettiin. Nuoret etsivät yhteisöstä saman sukupolven edustajia ja saattoivat kritisoida vanhempien työntekijöiden antamaa huolenpitoa. Nuorten mielestä monet vanhemmat

työntekijät ”passasivat” liikaa vanhuksia tai tekivät ja arvostivat väärin asioita. Vanhemmat työntekijät puolustelivat orientaatiotaan. Molander (2014, 134–135) puolestaan havaitsi, kuinka iäkkäämmät hoitajat pitivät nuorempia hoitajia useammin vanhuksen vieressä istumista ja vanhuksen kanssa keskustelua perushoitoon kuuluvana asiana.

Mikä sitten tekee työstä mielekkään? Ihannetyön ominaisuuksia on selvittänyt muun muassa Melin ym. (2007, 38–40). Tässä tutkimuksessa tärkeiksi ominaisuuksiksi nousivat työn mielekkyys ja turvattu palkka. Puolet kyselyyn vastanneista piti näitä asioita erittäin tärkeinä ja lähes kaikki loputkin tärkeinä. Muita merkityksellisiä ominaisuuksia olivat hyvät tulot, työn itsenäisyys sekä mahdollisuus auttaa muita työssään. Naisille työn yhteiskunnallinen hyödyllisyys ja muiden ihmisten auttaminen olivat tärkeämpiä kuin miehille. Tämä näkyi siinä, että naiset toimivat miehiä useammin palvelualoilla ja he olivat halukkaita auttamaan työllään muita.

Muiden tutkijoiden tavoin Järvensivu (2010, 10–12) esittää, että suomalaisten käsitys työstä elää murrosvaihetta. Työelämä elää jatkuvaa muutosta, ja nämä muutokset ovat tapahtuneet nopeasti. Eilisen työelämän sankarit eivät enää välttämättä pärjää uusilla työelämän pelikentillä, ja heille uusien pelitaktiikoiden opettelu voi olla tuskallista. Muutosta on tapahtunut ihmisten arvomaailmassa ainakin nuorempien ikäluokkien suhtautumisessa työhön. Yhä useampi painottaa omassa elämässään enemmän perhettä ja vapaa-aikaa ja vähemmän työtä. Järvensivu näkee haasteellisena sen, kuinka sovittaa yhteen suurien ikäluokkien laatimat johtamisperiaatteet ja yrityskulttuurit sekä nykynuorten käsitykset työstä ja sen merkityksestä elämänkokonaisuudessa.

Työolobarometrin tulosten perusteella työntöön mielekkyyden ja kiinnostuksen ennakoidaan muuttuvan suomalaisessa yhteiskunnassa mahdollisesti huonompaan kuin parempaan suuntaan. *Työ ja terveys 2012* -haastattelututkimuksen tulokset näyttävät kuitenkin positiivisimmilta. Niiden mukaan työssäkäyvistä yli neljä viidestä tunsi tekevänsä vähintään viikoittain tärkeää ja merkityksellistä työtä. Päivittäin sitä koki jopa yli puolet, naiset enemmän kuin miehet. Naisvaltaisella kuntasektorilla ja erityisesti terveys- ja sosiaalipalvelujen toimialoilla yli kolme neljäsosaa piti työnsä merkityksellisenä ja tärkeä päivittäin. Työssäkäyvistä lähes kaksi kolmesta tunsi, että saa hoidettua työnsä päivittäin riittävän hyvin. Miehet kokivat sitä naisia useammin. Tutkijat pitivät huolestuttavana sitä, että julkisella sektorilla työskentelevät ja naiset tunsivat muita useammin, etteivät he saa tehtyä työtään päivittäin riittävän hyvin. (Järvensivu & Toivonen 2013, 52–53.)

Työn menettämisen yhteydessä joudutaan luopumaan muustakin kuin itse työstä. Konkreettisen työn loputtua menetetään myös työn sisältö sekä työyhteisö ja työtoverit. Saloniemi ja Virtanen (2010, 98) toteavat, että työelämän erilaiset epävarmuudet kohdistuvat eri tahoille. Työsuhde-epävarmuus on yleensä julkisella sektorilla toimivien naisten ongelma, kun työttömyysuhkaa kokevat eniten yksityisen sektorin palkansaajat. Työtehtävien muutoksiin liittyvät uhat painottuvat ainakin jossain määrin naisten töihin.

Työn kuormittavuus

Työntekijän kuormituksen kokemiseen vaikuttaa osaltaan hänen toimintakykynsä. Huuh-tanen ym. (1996) esittävät, että toimintakyvyn aleneminen saattaa alkaa jo alle 45-vuotiaana. Kirjoittajat toteavatkin, että toimintakyvyn tukeminen on tärkeää etenkin ruumiillisesti raskaissa töissä ja monissa ihmissuhdeammateissa.

Ilmarinen (2006, 117–118) painotti toimintakyvyn ylläpitämisen merkitystä, jolla tarkoitetaan ihmisten elämänkulkuun liittyviä edellytyksiä ja mahdollisuuksia selviytyä erilaisista tehtävistä, haasteista ja harrastuksista. Työntekijä voi pysyä työelämässä pitkäänkin, kunhan hänen työtehtävänsä muuttuvat kykyjen mukaan ja iän mukana tuomia muutoksia korjataan. Iän mukana tuomia etuja ovat kognitiivisten kykyjen lisääntyminen ja elämäkokemus. Apuvälineet ja työtehtävien eriyttäminen pitävät osaltaan ikääntyvät työntekijät hyvässä vireessä samassa ammatissa toimivien nuorten kanssa. Perusongelmana Ilmarinen näkee tilanteen, jossa toimintakyvyn ja työn vaatimusten muutokset eivät ole samansuuntaisia. Seurauksena on työkuormituksen kasvu, jos työntekijän toimintakyky heikkenee, mutta työn vaatimukset eivät muutu. Tuolloin työn tekeminen vaatii yhä suuremman osan ihmisen toimintakyvystä ja sen reserveistä. Seurauksena on lisääntynyt kuormittuminen, väsyminen ja uupuminen ja palautumisen hidastuminen. Ongelmallisena Ilmarisen näkee sen, kuinka työn kasvavat määrälliset, laadulliset ja ajalliset vaatimukset kaventavat entisestään toimintakyvyn ja työn vaatimusten välissä olevaa voimavarojen reserviä. Työstä tuleva palautuminen ja elpyminen tulevat iän myötä yhtä tärkeämmiksi, koska vanhemmat työntekijät liikkuvat lähempänä maksimisuorituskykynsä rajoja kuin nuoremmat työntekijät. Elpymistä ei voi siirtää kuitenkaan eteenpäin, vaan se tulisi ajoittua työhön kuuluvan vuorokauden yhteyteen.

Tilastokeskus on tehnyt Suomessa palkansaajien työolojen seurantatutkimuksia 1970-luvulta lähtien. Näiden seurantatutkimusten perusteella vähiten muutosta on tapahtunut työn ruumiillisessa rasittavuudessa, vaikka työvaiheiden koneellistumisen olettaisi vähentäneen sitä. Tosin viimeisen viiden vuoden aikana työn fyysinen kuormittavuus on jonkin verran vähentynyt. Yksi selitys tälle on ammattirakenteiden muuttuminen palveluammateiksi, joista ainakin hoitotyö on säilynyt ruumiillisesti rasittavana. Yleisesti ottaen vajaa kolmannes palkansaajista koki työnsä ruumiillisesti erittäin tai melko raskaaksi vuonna 2013, kun hoivapalvelujen ja terveydenhoidon työntekijöiden osalta vastaava määrä oli noin 60 %. (Sutela & Lehto 2014, 65–66.) Nevalan, Virtasen ja Takalan (2010, 65–66) tutkimus osoitti, että vuonna 2009 runsas neljännes työntekijöistä työskenteli yli tunnin päivässä hankalissa työasennoissa, kuten kumarassa tai selkä muuten hankalassa asennossa, työskenteli toinen tai molemmat kädet hartiatason yläpuolella. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimus osoitti, että vuonna 2009 runsas kolmannes työntekijöistä työskenteli yli kolmanneksella oli hankalia työasentoja. Työtehtäviään piti ruumiillisesti melko raskaina tai erittäin raskaina noin neljännes työntekijöistä. Terveiden ja sosiaalihuollon lukemat olivat keskimääräistä suuremmat. Heistä reilusti yli kolmannes tunsi työnsä fyysisesti raskaaksi.

Terveyden ja sosiaalihuollon työhön liittyy monenlaisia kuormitustekijöitä, kuten vastuu asiakkaista, asiakkaiden moniongelmaisuus, väkivallan uhka sekä työn fyysinen kuormittavuus. Varsinkin terveyskeskusten vuodeosastolla ja vanhainkodeissa työntekijät kokivat työolonsa sekä fyysisesti että psyykkisesti kuormittavina. Erityisesti vanhusten hoivassa esiintyi usein vaikeita ja epämukavia työasentoja, raskaita nostamisia ja toistuvia, yksipuolisia liikkeitä. Erinäisistä kuormitustekijöistä huolimatta työntekijät olivat yleensä tyytyväisiä työhönsä. Tyytyväisyyttä tuottivat etenkin asiakastyön palkitsevuus ja mielihyvä saaminen onnistuneesta työstä. (Laine & Kokkinen 2013, 203.)

Ruumiillinen kuormitus tulee esille pidemmän päälle jatkuvina tai toistuvina kipuina tuki- ja liikuntaelimissä, ja vuosien myötä niiden määrä on lisääntynyt palkansaajilla. Tähän on vaikuttanut osittain työntekijöiden ikääntyminen. Eniten eli kahdella palkansaajalla viidestä oli särkyä ja kipua niska- ja hartia-alueella. Naiset kärsivät näistä kivuista selvästi enemmän kuin miehet. Toistuvaa kipua ja särkyä oli ristiselässä, käsissä ja käsivarsissa sekä jaloissa ja lonkissa. (Sutela & Lehto 2014, 193–195.) Samansuuntaisia tuloksia sai tutkimuksessaan myös Hellstén (2014, 3, 71). Ne osoittivat, kuinka hoivatyöntekijät kokivat fyysistä ja psyykkistä kuormitusta ympärivuorokautisessa vanhustyössä. Eniten erilaisia vaivoja (kipua, särkyä tai epämiellyttäviä tuntemuksia) oli niska-hartiaseudussa sekä selän ala- ja yläosassa. Olkapäävaivat sekä ranteiden ja käsien vaivat olivat melko yleisiä. Kipuja esiintyi polvissa, lonkissa ja kyynärtaipeissa. Kuormituksessa oli vaihtelua toimialoittain ja ammattiryhmittäin. Pitkäaikaissairaanhoidossa työ koettiin fyysisesti kuormittavamaksi. Psyykkinen kuormitus kasvoi eniten tehostetussa palveluasumisessa. Vanhainkodit sijoittuivat näiden väliin. Lähihoitajat pitivät työtänsä fyysisesti kuormittavimpana, kun taas sairaanhoitajien työ oli psyykkisesti lähihoitajien työtä kuormittavampaa. Malinin (1996, 121) tutkimuksen perusteella kotipalvelun henkilöstö koki työnsä useammin ruumiillisesti raskaaksi kuin kotisairaanhoidon työntekijät. Sitä vastoin terveydenhoitajilla ja muilla kotisairaanhoitajilla henkinen kuormitus oli yleisempää kuin muilla kotipalvelun työntekijöillä.

Psyykkiset kuormitustekijät työssä liittyvät itse työhön ja työn sisältöön. Työntekijän lisäksi kuormittumiseen vaikuttavat työolojen kokonaistilanne ja kuormitusta mahdollisesti lieventävät tekijät. Äärimmäisiä psyykkisiä kuormitustekijöitä ovat: työtavoitteiden epäselvyydet, työtä on liian paljon tai kiire on jatkuvaa, työmäärää tai työtahtia ei voi itse säädellä, työssä ei ole mahdollisuutta kehittyä tai oppia uutta, työ keskeytyy jatkuvasti tai siinä on häiritseviä esteitä, vastuu toisista ihmisistä tai taloudellisista tekijöistä on epäsuhdassa toimintamahdollisuuksien kanssa, työstä ei saa riittävästi palautetta eikä arvostusta sekä jatkuvat muutokset ja pitkittynyt epävarmuus työstä. (Stressi ja työuupumus 2016.)

Sutela ja Lehto (2014, 68–69) näkevät, että keskeinen kuormitustekijä työpaikoilla on kiire. Työolojen seurantajaksolla (1977–2013) kiireen kokeminen oli selkeimmin kasvanut haittatekijä työpaikoilla. Vuonna 1977 kiirettä koki erittäin tai melko paljon vajaa viidesosa palkansaajista, kun vastaavaa tunti yli neljännes vuonna 2013. Niistä työntekijöistä,

jotka arvioivat kiireen haittaavan heidän työtään erittäin paljon tai paljon, lähes kolme neljästä piti työtänsä henkisesti rasittavana.

Keskeisimpiä syitä kiireen kokemiseen työpaikoilla oli liian vähäinen henkilöstömäärä työtehtäviin nähden. Lähes puolet palkansaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että henkilöstön riittämättömyys aiheutti kiirettä työpaikoikoilla. Kiire ilmeni töissä tiukkoina aikatauluina, usein keskeytyvänä työnä, johto säästi työntekijöistä piittaamatta, usein työpäivän venyttämisenä, esimiehien liiallisina lupauksina asiakkaille ja johdolle sekä raportointiin liikaa käytettävänä aikana ja mielenkiintoisten töiden miettimisenä vapaa-aikana. Kiireen seuraukset heijastuivat monella alueella: ei ollut aikaa paneutua uusiin asioihin tai koulututtavia, ei ehditty tekemään töitä niin hyvin kuin halusi, sosiaalinen kanssakäyminen väheni, oli vaikeuksia paneutua asiakkaiden ongelmiin, ahdistui usein työasioista vapaa-aikanakin ja oli vaikeuksina jaksaa työssään. (Emt., 72–73.)

Sutela ja Lehto (2014, 66–68) havaitsivat myös, että naisten työ oli muuttunut vuosien (1977–2013) myötä henkisesti raskaammaksi kuin miesten työ. Naisista hieman yli puolet koki työnsä henkisesti erittäin ja melko raskaaksi, kun vastaava osuus miehillä oli selvästi alle puolet vuonna 2013. Yleensä ihmissuhdetyöt lisäsivät työn henkistä kuormittavuutta. Erityisesti naisilla erilaiset työpaikan ristiriidat lisäsivät työn henkistä rasittavuutta, kuten ristiriidat esimiesten ja alaisten välillä, työntekijöiden ja henkilöstön väliset ristiriidat sekä työpaikkakiusaaminen.

Yksi kuormituksen muoto on sosiaalinen kuormitus, joka liittyy työpaikan vuorovaiikutussuhteisiin. Se ilmenee epätasa-arvoisena kohteluna iän, sukupuolen, kansallisuuden, uskonnon, yksityiselämän tai muun työhön liittyvän tekijän vuoksi sekä epäasiallisena kohteluna ja seksuaalisena häirintänä. Muita kuormittavia tekijöitä ovat pitkään jatkunut työskentely muista erillään, ihmisten välinen yhteistyön sujumattomuus, heikko tiedonkulkua ja epäjohtomukainen esimiestyö sekä runsaasti kielteisiä tunteita herättäviä vuorovaiikutustilanteita asiakas- ja potilassuhteissa. (Stressi ja työuupumus 2016.)

Vartia, Joensuu ja Lindström (2010) määrittelevät henkisen väkivallan jatkuvaksi, toistuvaksi kiusaamiseksi, sortamiseksi tai loukkaavaksi kohteluksi. Vuonna 2009 henkisen väkivallan tai kiusaamisen kohteeksi oli joutunut alle joka kymmenes työntekijä. Naisilla henkisen väkivallan kokeminen oli kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Vartian (2013, 80) tutkimuksen perusteella tältä osin tilanne oli hieman jopa korjaantunut vuoteen 2012 mennessä. Tosin tuolloin työntekijöistä reilusti yli joka kymmenes oli aiemmin kokenut kiusaamista, mutta ei enää tutkimuksen tekohetkellä.

Stressi ja työuupumus

Stressi on kuormitustekijä, mutta sopivassa määrin se on osittain myös positiivista. Liiallinen stressi aiheuttaa kuitenkin negatiivisia seurauksia, kuten kyynisyyttä, unhäiriöitä, masentuneisuutta, sairauksia ja ammatillisen itsetunnon heikkenemistä. Pahimmillaan pitkäkestoinen stressi voi johtaa uupumukseen. Stressillä tarkoitetaan yleisiä oireita, ku-

ten hermostuneisuutta, ahdistuneisuutta ja nukkumisvaikeuksia. Sitä koki joka kymmenes työssäkävivistä henkilöistä, naiset miehiä useammin. (Manka 2012.)

Kinnunen ja Feldt (2008, 14–15) ovat tutkineet Sonnentagin ja Fresen (2003) tutkimusten pohjalta stressitekijöitä ja -reaktioita sekä yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta sekä siinä ilmenevää epätasapainoa. Stressitekijät ovat kuormittavia tapahtumia ja tilanteita eli ärsykejä. Ihmiset reagoivat samaan ärsykkeeseen yksilöllisesti. Työelämän stressitekijöitä ovat muun muassa: fyysiset työolot, työtehtävien vaatimukset, rooliepäselvyydet ja -ristiriidat, työtoveri-, esimies- ja asiakassuhteet, työaika, työuralla eteneminen, traumaattiset tapahtumat ja organisaatiomuutokset. Stressireaktiot luokitellaan lyhyt- ja pitkäkestoisiin. Ne voidaan vielä erotella yksilön, työyhteisön ja organisaation sekä yksityiselämän tasolla. Yksilötasolla reaktiot voivat olla fysiologisia, tunneperäisiä eli affektiivisia tai käyttäytymisessä ilmeneviä.

Työuupumus (burnout) saa työstressin tavoin alkunsa ympäristön ja yksilön välisestä vuorovaikutuksesta erityisesti silloin, kun ympäristön vaatimukset ja yksilön voimavarat tai yksilön odotukset ja ympäristön tarjoamat mahdollisuudet ovat epätasapainossa keskenään. Yhteistä näille työuupumisen käsitteille on pitkäkestoinen, yksilön voimavarat ylittävä stressi, jossa on kyse äärimmäisestä psykologisesta kuormittuneisuudesta ja energivirtojen tyhjentymisestä. Yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna työuupuminen voidaan määritellä pitkäkestoiseksi väsymykseksi, masennukseksi ja turhautumiseksi. Ne saavat alkunsa siitä, kun yksilö sitoutuu ja omistautuu tehtäviin, jotka eivät kuitenkaan tyydytä hänen kunnianhimoisia pyrkimyksiään. Yksilön sitoutuminen vähenee ja työsuoritus heikkenee, kun ennakoitut palkkiot jäävät saamatta. (Kinnunen & Hättinen 2008, 38.) Edellä esitetty käsite rajaa työuupumisen yksilöihin, jotka ovat dynaamisia, tavoitehakuja ja suorituskeskeisiä. Määritelmää on pidetty ongelmallisena, koska työuupumukseen on kytketty masennus ja krooninen väsymys, jotka tulisi pitää erillisinä ilmiöinä. (Cooper, Dewe & O’Driscoll 2001; Kinnunen & Hättinen 2008, 38–39.)

Kinnunen ja Hättinen (2008, 39) määrittelevät työuupumuksen kolmivaiheiseksi prosessiksi, jossa työntekijä reagoi stressiin ja kuormitukseen etäännyttäen työstään. Siinä työn vaatimukset ja käytettävissä olevat voimavarat ovat epätasapainossa. Tuolloin yksilö kokee ahdistusta, jännitystä, väsymistä ja uupumista. Näiden seurauksena yksilön asenteissa ja käyttäytymisessä tapahtuu muutoksia, kuten lisääntynyt defensiivinen stressin käsittely (keskittyminen omien tarpeiden tyydyttämiseen) ja depersonalisaatio (kyyninen välinpitämättömyys asiakkaita ja heidän ongelmia kohtaan).

Burnoutia on kuvattu fyysisenä, tunneperäisenä ja henkisenä uupumisen tilana, joka johtuu pitkäaikaisesta sitoutumisesta vaativiin emotionaalisiin tilanteisiin. Tilanteet ovat yksilölle vaativia suurten odotusten ja kroonisen stressin vuoksi. Niihin liittyy avuttomuuden ja toivottomuuden tunteita. Työ ja elämä eivät innosta. Uupuneille kehittyy kielteinen minäkäsitys sekä kielteinen asenne työtä ja muita ihmisiä kohtaan. (Emt., 39.) Burnout vaivaa yleensä ihmisiä, jotka ovat suuresti motivoituneita työhönsä, idealistisia ja odottavat työn tuottavan merkityksen heidän elämäänsä. Tärkeinä menetelminä burnoutin käsitte-

lyssä ovat 1) ongelman tiedostaminen, 2) vastuunottaminen siitä, että tekee tilanteelle jotakin, 3) saa aikaiseksi jonkinasteisen kognitiivisen selvyuden ja 4) kehittelee uusia työkaluja sekä parantaa ja kehittää vanhojen työkalujen valikoimaa ja laatua tilanteesta selviytymiseen (Pines & Aronson 1988, 10, 27, 143).

Maslachin ja Jacksonin (1981a, b) määritelmässä yhdistetään työuupumisen kolme ulottuvuutta: emotionaalinen uupuminen, depersonalisaatio ja ammatillisen tehokkuuden väheneminen. Kinnusen ja Hätisen (2008, 39–40) mukaan edellä mainittu kolmen ulottuvuuden malli on tutkimuksessa eniten käytetty. Niiden tulkinnat laajenivat 1990-luvulla, kun työuupumus ulottui käsittämään muitakin kuin ihmissuhdeammattajeja. Emotionaalinen uupuminen liittyy edelleen energiavarojen tyhjenemiseen ja tunteeseen, jossa voimavarat eivät riitä tilanteen käsittelyyn. Depersonalisaation kautta toisia ihmisiä (asiakkaita, potilaita, kollegoita) kohdellaan lähinnä objekteina eikä ihmisinä. Ammatillisen tehokkuuden väheneminen heijastuu taipumuksena arvioida negatiivisesti omaa käyttäytymistä ja työstä suoriutumista. Tämän seurauksena yksilö tuntee itsensä kyvyttömäksi saavuttamaan asettamia tavoitteita. Myöhemmässä vaiheessa depersonalisaatio on korvautunut kyynisyydellä, joka liittyy yleiseen työstä etäännyttämiseen sekä työn mielekkyyden ja merkityksen kyseenalaistamiseen. Ammatillisen tehokkuuden vähentyminen korvautuu ammatillisen itsetunnon vähentymisellä.

Työuupumusta voidaan pitää työolojen ja yksilön voimavarojen välisenä epäsuhtana. Tämä epäsuhta voi ilmetä 1) liiallisena työmääränä, 2) vähäisinä vaikutusmahdollisuuksina, 3) riittämättömänä palkitsemisena, 4) yhteisöllisyyden ja 5) oikeudenmukaisuuden puuttumisena tai 6) ristiriitana yksilön ja organisaation arvojen välillä. Sen sijaan näiden kuuden tekijän hyvä yhteensopivuus johtaa myönteiseen kehitykseen, jota voidaan kutsua työnimukseksi. Leiterin ja Maslachin laatima tiivistelmä työuupumuksen epäsuhdasta on esitettyä kuviossa 1. (Leiter & Maslach 2000; Kinnunen & Hätinen 2008, 51.) Leiter ja Maslach (2000) tähdentävät, että työelämän eri alueiden yhteensovittaminen ja parantaminen edellyttävät usein muutosta johtamisen käytännöissä ja rakenteissa. Erittäin tärkeitä ovat: opastus, kommunikointi, taitojen kehittäminen ja työryhmään kuuluminen. Työpaikan rakenne ja toimintatavat muovaavat ihmisten suhdetta työhön esimerkiksi siten, kuinka hoitavat työnsä, kuinka toimivat vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa ja ylipäätensä, mitä ajattelevat ja tuntevat tekemästään työstä.

Työolotekijät		
Työuupumus	←————→	Työn imu
Ylikuormitus	1. Työn kuormitus	Sopiva työn kuormitus
Ei mahdollisuutta vaikuttaa	2. Vaikutusmahdollisuudet	Mahdollisuus vaikuttaa
Puutteellinen palkitseminen	3. Palkkiot	Tunnustukset ja palkkiot
Hajanainen työyhteisö	4. Yhteisöllisyys	Yhteisöllisyyden tunne
Oikeudenmukaisuuden puuttuminen	5. Oikeudenmukaisuus	Reiluus, kunnioitus ja oikeudenmukaisuus
Arvokonflikti	6. Arvot	Työn mielekkyys

Kuvio 1. Työuupumuksen yhteydet työoloihin
(Leiter & Maslach 2000; Kinnunen & Hättinen 2008, 51)

Työhyvinvointi ja työkyky

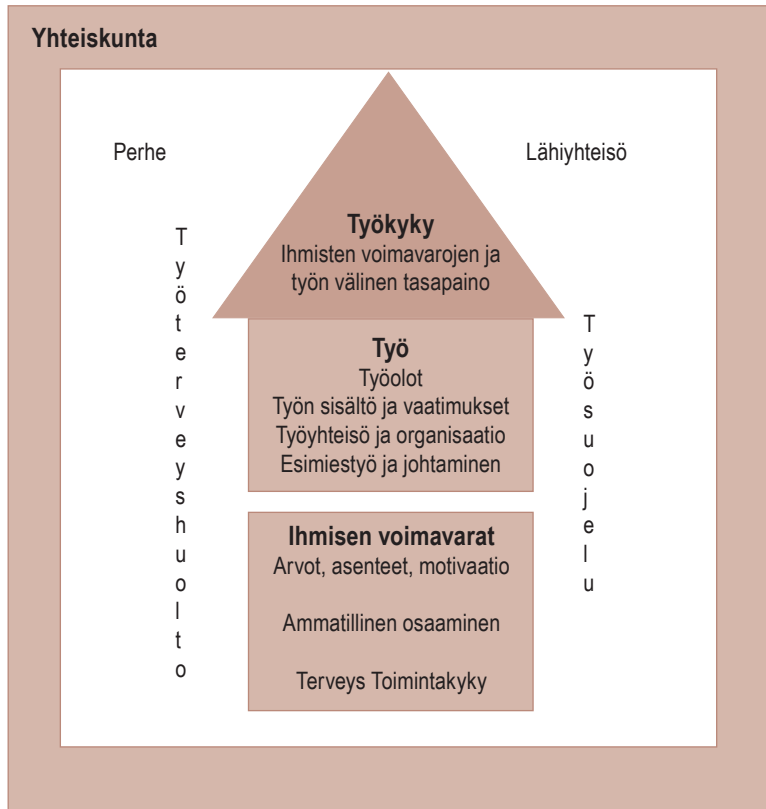
Hyvinvoiva henkilöstö on organisaation vahvuus. Yhteiskuntatieteilijät ovat tarkastelleet työhyvinvointia yrityksen menestyksen näkökulmasta. Siinä yksilön hyvinvointi ja organisaation menestys nähdään saman kolikon kääntöpuolina. Työhyvinvointiin panostaminen ei ole pelkkä kulu, vaan itsensä monin kerroin takaisin maksava investointi, vaikkakin työhyvinvoinnin ja organisaation menestyksen yhteydet ovat vaikeasti määriteltäviä ja mitattavia. Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan puhutaan myös työelämän laadusta ja luovasta työotteesta. Kansainvälinen työjärjestö ILO (International Labour Organization) ja EU (European Commission) käyttävät hyvän työn -käsitettä (decent work). (Pyöriä 2012, 7–22.) Euroopan komission käännosteksteissä decent work -käsite viittaa ihmisarvoiseen työhön. Se on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa yhdistyvät vapaasti valittu tuottava työ, työoikeus, sosiaaliturva, työmarkkinaosapuolten vuoropuhelu ja sukupuoleen liittyvien näkökohtien huomioonottaminen. (European Commission 2006.) Pyöriä (2012) korostaa, että työhyvinvointi on yksilön ja koko työyhteisön asia, johon kaikki voivat vaikuttaa omalla toiminnallaan. Työelämän kehittämisessä pitäisi päästäkin yli periaatteenomaisesta vastakkainasettelusta työnantajan ja työntekijän välillä, sillä laadukkaamman työelämän kehittämiseksi tarvitaan keskinäistä luottamusta ja vastavuoroisuutta.

Työhyvinvointia koskevan tutkimuksen perinne on yli sata vuotta. Tänä aikana tutkimus on muuttunut työturvallisuuden ja yksilön sairauden painottamisesta työyhteisön toimivuuden ja terveyden edistämiseen. (Manka 2012.) Työtyytyväisyyden tutkimus alkoi 1930-luvulla (Pöyhönen 1975, 6). Aiemmin työhyvinvointia tarkasteltiin kielteisestä näkökulmasta, pääosin stressin ja uupumisen näkökulmasta. Tämän tarkastelun perusteella stressi- ja uupumisoireiden puuttuminen tulkittiin hyvinvoinniksi. Nykyään työhyvinvoinnilla tarkoitetaan muutakin kuin oireiden puuttumista. (Kinnunen & Feldt 2008, 13.) On myös esitetty, että tyytymättömyys työhön aiheutuu eri tekijöistä kuin tyytyväisyys. Kannustavia sekä työtyytyväisyyttä ja myönteisiä työasenteita lisääviä tekijöitä ovat me-

nestyminen työssä, tunnustus, työn sisältö, vastuu ja virikkeisyys. Työtyytymättömyyttä aiheuttavat työympäristössä, henkilöstöpolitiikassa, palkkauksessa, ihmissuhteissa, työnjohdossa ja hallinnossa esiintyvät puutteet. (Herzberg 1987; Järvensivu & Piirainen 2012, 81–82.) Herzberg (1987) määrittelee työtyytyväisyyttä aiheuttavat tekijät motivaatiotekijöiksi ja tyytymättömyyttä tekijät hygienia-tekijöiksi. Hänen mukaansa työtyytyväisyyteen johtaneista tekijöistä suurin osa on motivaatiotekijöitä. Vastaavasti työtyytymättömyyttä aiheuttavista tekijöistä huomattava osa liittyy hygienia-tekijöihin. Herzbergin teoriaa on kritisoitu paljon. Pöyhösen (1975, 57–63) mukaan tutkijoiden kritiikki on kohdistunut muun muassa siihen, että tyytymättömyyttä ja tyytyväisyyttä aiheuttaisivat eri tekijät. Samoin on kritisoitu sitä, että Herzberg on virheellisesti sekoittanut motivaation ja tyytyväisyyden. Myös Pöyhönen toteaa, että psykologisesti tarkasteltuna on vaikea ajatella, että työtyytyväisyys ja työtyytymättömyys ovat kaksi eri dimensiota. Hän pitää Herzbergin ”teoriaa” lähinnä empiirisenä yleistyksenä, joka pitää vain tietyillä ehdoilla.

Työhyvinvointiin vaikuttavat fyysisen turvallisuuden lisäksi psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi, johtaminen, työtehtävät ja osaaminen, työolosuhteet ja -välineet sekä työyhteisö ja sen jäsenet. Kiteytetysti sanottuna ihmiset voivat työssään hyvin, kun työ on heille merkityksellistä eli he voivat vaikuttaa työhönsä liittyviin järjestelyihin, hallitsevat työnsä, tuntevat olevansa arvostettuja ja täysivaltaisia työyhteisön jäseniä sekä heitä johdetaan ja kohdellaan oikeudenmukaisesti. (Pakka & Rätty 2010, 6.) Työhyvinvointi on jokaiselle yksilöllinen kokemus, mutta yksilölliset kokemukset vaikuttavat ja peilautuvat koko työyhteisöön. Manka (2012) korostaa, että työhyvinvointia voidaan saavuttaa yksilön ja työpaikan, työn, esimiehen sekä työtovereiden positiivisen ja aktiivisen vuorovaikutussuhteen kautta.

Ilmarinen (2006, 79–81, 117) on tutkinut työkykyyn vaikuttavia tekijöitä, jotka muodostuvat ihmiseen voimavarojen ja työn vaatimusten tasapainosta. Esitetyssä viitekehityksessä voimavarat koostuvat henkilön terveydestä ja toimintakyvystä, koulutuksesta ja osaamisesta sekä arvoista ja asenteista. Työ pitää sisällään työympäristön ja -yhteisön sekä sen sisällön, vaatimukset, organisoinnin ja johtamisen eli esimiestyön. Ilmarisen esittämässä neljäkerroksellisessä (kuvio 2) fyysinen ja psyykinen terveys sekä sosiaalinen toimintakyky muodostavat työkyvyn pohjakerroksen. Toimintakyky on yleiskäsite, jolla tarkoitetaan ihmisen elämänsä elämään liittyviä edellytyksiä ja mahdollisuuksia selviytyä erilaisista tehtävistä, haasteista ja harrastuksista. Muutokset toimintakyvyssä ja terveydessä heijastuvat työkykyyn. Seuraavat kerrokset koskevat työntekijän ammattitaitoa ja osaamista. Kolmannen kerroksen kuuluvat työntekijän arvot, asenteet ja motivaatio. Neljäs kerros – työ ja siihen liittyvät tekijät – on merkittävin, ja se vaikuttaa siten myös alempiin kerroksiin. Kuten Ilmarinen toteaa, työkyky ei ole irrallaan työntekijän ympäröivästä elämästä ja yhteiskunnasta, vaan siihen vaikuttavat työ, perhe ja lähiympäristö. Samoin työkyvyn ylläpitämiseen vaikuttavat työterveyshuolto ja työsuojeluorganisaatio.



Kuvio 2. Työkyky ja siihen vaikuttavat tekijät
(Ilmarinen 2006, 80)

Työnimu ja työnilo

Työuupumuksen (burnout) rinnalla ja vastapainona muun muassa Maslach ja Leiterin (1997) sekä Schaufeli ym. (2002) ovat käyttäneet työhyvinvointiin liittyvää ilmausta ”engagement”, jonka Hakanen (2002) oli aiemmin suomentanut työnimukseksi. Mäkikankaan, Feldtin ja Kinnusen (2008, 68–69) mukaan työuupumustutkijat Maslach ja Leiter (1997) pitivät työnimua työuupumuksen vastakohtana, joka koostuu työntekijöiden energisyyden (energy), sitoutuneisuuden (involment) ja pystyvyyden (efficacy) kokemuksista. Heidän mukaansa energisyys on vastakohta uupumisasteiselle väsymiselle, sitoutuneisuus kyynisyydelle ja pystyvyys ammatillisen itsetunnon heikkenemiselle, jolloin vastakohtaisina niitä voidaan mitata samoilla mittareilla. Maslachin ja Leiterin (1997) näkemyksestä poiketen Schaufeli ym. (2002) näkevät työnimun ja työuupumuksen toisilleen vastakkaisina, mutta kuitenkin toisistaan erillisiä ilmiöitä. Tämän perusteella niitä ei voi mitata samalla menetelmällä. Schaufeli ym. (2002) pitävät työnimua suhteellisen pysyvänä ja myönteisenä tunne- ja motivaatiotilana. Työnimua kuvastavat työntekijän kokemukset tarmokkuu-

desta (vigor), omistautumisesta (dedication) ja työhön uppoutumisesta (absorption). Tarmokkuudella tarkoitetaan energisyyden, vireyden ja sinnikkyuden kokemuksia sekä halua panostaa työhön. Omistautuminen viittaa kokemukseen työn merkityksellisyydestä ja haasteellisuudesta, työn kokemista inspiroivaksi sekä innokkuuden ja ylpeyden kokemista työssään. Uppoutumiseen liittyy syvä keskittyminen työhön, mikä tuo nautintoa ja josta voi olla vaikea irrottautua.

Mäkikangas ym. (2008, 69) näkevät yhtymäkohtia työnimulla ja Gardellin (1971) käytämällä työnilon käsitteellä, johon liittyy muun muassa merkityksellisyyden ja sitoutumisen kokemuksia. Samoin ne näkevät yhtymäkohtia Csikszentmihalyin (1975) esittämän flow-kokemuksen (ns. virtaus) kanssa. Flow-kokemukseen liittyy myös voimakas tehtävään keskittyminen, hallinnan ja kontrollin tunne sekä nautintoa tuottava pätevyyden tunne. Tämän mukaan flow-tunne liittyy voimakkaasti työnimun uppoutumista kuvaavaan osa-alueeseen. Ero on kuitenkin näiden tunteiden kestossa. Flow on lyhytaikainen elämys. Sitä vastoin työnimu on pysyvämpi tila, joka ei kohdistu yksinomaan tiettyyn tehtäväsuoritukseen.

Työnimun on todettu edistävän organisaatioiden taloudellista menestystä, työhön ja työpaikkaan sitoutumista, vähäisempää aikomusta jäädä eläkkeelle, työssä suoriutumista, kuten aloitteellisuutta, tehtävistä suoriutumista ja innovatiivisuutta sekä elämäntyytyväisyyttä ja jopa psykosomaattista terveyttä. (Hakanen & Seppälä 2013, 118.)

Manka (2012) esittää, että työnilo muodostuu organisaation työhyvinvointia edistävästä piirteistä ja työntekijästä itsestään. Se ilmenee yksilössä työnilona ja -imuna. Vaikka organisaatiossa kaikki ominaisuudet tukisivat yksilön työhyvinvointia, työntekijä tulkitsee työpaikkaansa omien asenteidensa pohjalta. Lisäksi siihen vaikuttavat hänen psyykinen pääomansa, mahdollisuutensa vaikuttaa työhönsä, työyhteisöönsä, terveyteensä ja fyysinen kuntonsa. Eri työntekijöiden työhyvinvointi voi samassa työyhteisössä vaihdella suuresti.

Varila ja Viholainen (2000, 132–136) havaitsivat tutkimuksessaan, että työnilo koettiin yleensä paremminkin lyhyt- kuin pitkäkestoisena. Kyseessä oli lähinnä hetken huuma kuin pitkäkestoinen ilo. Iloa pitkäjänteisestä työpuurtamisesta piti lyhytkestoisena noin kaksi kolmasosaa tutkituista henkilöistä. Lähes kaikkien mukaan työnilo oli vahva ja voimakas tunne. Ilon kokeminen oli usein voimakkaampi, jos sen eteen oli joutunut työskentelemään ahkerasti ja kovin panoksin. Toisaalta on myös perusiloisia ihmisiä, joiden iloisuus ei tunnu loppuvan koskaan ja jotka nauttivat aamulla töihin menosta. Työnilon kokeminen voi liittyä johonkin pitkäkestoiseen tehtävään tai projektiin, joka tuottaa myönteisiä tuntemuksia suurimman osan ajasta. Pitkään jatkuneen yhtäjaksoisen ilon voitaneen tulkita muuttuneen mielialaksi ja niin sanotuksi yleiseksi tyytyväisyydeksi työhön.

Työnilo näkyy työntekijässä kokonaisvaltaisesti, ja se koetaan merkittävänä työntekijän voiman ja energian lähteenä. Siitä on hyötyä työntekijälle ja hänen toiminnoille. Työntekijöistä neljä viidestä tunsi, että ilontunteet työpaikalla antavat energiaa ja voimaa tehdä töitä jatkossakin. Noin neljäsosa koki, että työnilon myötä myös työn tulokset ja työnhy-

vinvointi paranevat. Muita työn ilon vaikutuksia olivat työn mielekkyyden paraneminen, kehittymishalu, minäkuvan kuten itseluottamuksen paraneminen, sosiaalisuus sekä yleinen positiivinen asennoitumistapa. Ilontunteet auttavat vähemmän miellyttävien asioiden hoitamisessa. Ne edistävät työntekijöiden motivaatiota, minkä myötä työntekijät ovat valmiita kehittämään itseään ja työtänsä. Mikäli työstä puuttuu ilo kokonaan, seurauksena voi olla työuupumus- ja stressi. (Varila & Viholainen 2000, 144.)

Tässä luvussa paneuduin erityisesti työn kuormitustekijöihin ja sen vastapainoksi työn kannustaviin tekijöihin, jotka koskettavat monella tavoin myös vanhustyössä toimivia hoitajia. Lisäksi tarkastelin työn merkitystä, jolla on edelleen merkittävä asema ihmisen elämässä. Työtä tehdään sekä rahanansaitsemisen että sen sisällön vuoksi. Erityisesti naisille työn sisällöllä on ollut suurempi merkitys kuin palkalla. Muun muassa työntekijöiden ikä vaikuttaa työhön suhtautumiseen. Iäkkäämmille työssä pärjääminen vaikuttaa heidän omanarvontunteeseensa. On ollut suoranainen eetos olla työteliäs ja pärjätä siinä. Nuoremmissa sukupolvilla painottuvat palkka ja hyvät etenemismahdollisuudet. Heille teknologia, virtuaalisuus ja verkostot ovat keskeisessä asemassa.

Tiivistettynä työkyky muodostuu henkilön voimavarojen ja työn vaatimusten tasapainosta. Työhyvinvointiin vaikuttavat fyysinen turvallisuus, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi, johtaminen, työtehtävät ja osaaminen, työolosuhteet ja -välineet sekä työyhteisö kaikkine jäsenineen.

Seurantatutkimusten perusteella on yllättävää, että vähiten muutosta on tapahtunut työn ruumiillisessa rasittavuudessa, vaikka työvaiheiden teknistymisen olettaisi vähentäneen sitä. Osaltaan tähän on vaikuttanut palveluammattien yleisyys, kuten hoitotyö, joka on fyysisesti raskasta. Liiallinen psyykinen kuormitus aiheuttaa stressiä ja työuupumusta, vaikka sopivassa suhteessa stressi voi olla myös positiivista. Kiire on yleisesti todettu keskeiseksi kuormitustekijäksi työpaikoilla, mikä yleensä johtuu liian vähäisestä henkilöstömäärästä. Työn sosiologisessa tutkimuksessa on työn kuormittavuuden rinnalle noussut työn työnimua, työniloa ja flow-tunnetta koskeva tutkimus. Näistä työnimua pidetään pitkäkestoisena tunnetilana, kun taas työnilo ja flow ovat lyhytkestoisempia.

2.2 Vanhusten hoiva naisten työnä ja ammattina

Hoiva-ammattien kehitys vanhustyössä

Naiset ovat olleet kautta aikojen päävastuussa kotitaloudesta sekä hoivasta. Tämä jatkumo on toistunut sukupolvelta toiselle. Monille naisille hoivatyö on ollut väylä itsenäiseen toimeentuloon, omaan ammattiin ja työmarkkinoille. Tällä hetkelläkin hoivatyö vanhusparissa on huomattava naisten työllistäjä. Hoiva on monien ammattien kirjo. Vanhuspalveluissa toimii eri koulutuksen saaneita ammattihenkilöitä eri nimikkeillä. Työtä

tehdään vanhusten kodeissa, erilaisissa palveluasunnoissa, hoivakodeissa, vanhainkodeissa sekä erilaisissa laitoksissa.

Diakonissan ammatti oli naisten vanhimpia kodin ulkopuolisia ammatteja (Sinkkonen 1967, 15–19). Kirkon palveluksessa kiertävät diakonissat olivat monessa maaseutukunnassa ensimmäisiä sairaanhoitajia. Jo 1900-luvun alussa valmistuneet diakonissat saivat lääkintöhallitukselta samat oikeudet kuin valtion sairaanhoitajakurssin käyneet. (Henriksson 1998, 97.) Sairaanhoitajat, kättilöt ja terveysisaret olivat myös ensimmäisiä ja ainoita palkattuja sosiaalipalvelun työntekijöitä (Satka 1994).

Kodinhoitajat ja kotiavustajat ovat olleet keskeisessä asemassa vanhuspalvelujen tuottamisessa. Alkujaan kodinhoitajien koulutus tähtäsi lapsiperheiden auttamiseen, mutta melko pian asiakkaiksi tuli myös vanhuksia. Jo vuonna 1960 kaikesta kotihoidon avusta 40 % annettiin vanhuksille. (Satka 1994, 291, 323.) Kodinhoitajien koulutuksen juuret juontavat 1900-luvun alkupuolen kansalaisjärjestöjen aloitteellisuuteen, jolloin haettiin kansallista eheyttämistä. Silloinen keskiluokka pyrki juurruttamaan kansalais-ideologiaansa ja perhemalliaan työväenluokan keskuuteen. Keinoina olivat hyväntekeväisyys ja kasvatus. Muun muassa Martta-liiton tavoitteena oli opastaa maaseudun naisia selviytymään paremmin kotiäidin töistä. Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliitto perustettiin 1920. Liiton tavoitteena oli yhdistää kansakunta ja vähentää luokkavastakohtaisuuksia sekä parantaa kodin ja naisten työn arvostusta. Liitto ehdotti jo vuonna 1931 kodinhoitajatarlaitoksen perustamista. (Simonen 1987, 56–58; 1990, 39–43.) Vuodesta 1939 alkaen järjestettiin kotitalous- ja emäntäkouluissa kodinhoitajakursseja. Samana vuonna aloitettiin ensimmäinen kodinhoitajakoulu. (Rauhala 1994, 20.)

Kolmas taho, joka koulutti naisia kotitaloustöiden tekemiseen, oli vuonna 1941 perustettu Väestöliitto (Väestöliitto). Se aloitti kotisisäarkoulutuksen vuonna 1945. Simonen (1987, 58–60) esittää, kuinka Väestöliiton perustamisen taustalla oli käynnissä oleva sota. Naisten työpanosta tarvittiin monilla aloilla, kun miehet olivat rintamalla. Perheiden hyvinvointi riippui paljon naisista. Väestömäärä ja väestön kasvu pysähtyivät. Pula koulutetuista hoitoapulaisista oli pysyvä, kun teollisuus samanaikaisesti palkkasi lisää naisia töihin. Kotisarien koulutus aloitettiin lähinnä keskiluokan perheiden arvostetuiksi kotiapulaisiksi. (Simonen 1987, 58–59.) Kotisartoiminta aloitettiin ensin kaupungeissa (Simonen 1990, 54), kun taas Mannerheimin Lastensuojeluliiton kiertävien kodinhoitajien tavoitteena oli auttaa maaseudun monilapsisia perheitä (Simonen 1987, 60).

Ensimmäinen kodinhoitajien sukupolvi oli lähtöisin maalta. Tämä sukupolvi oli tottunut raskaaseen ruumiilliseen työhön. Työtunteja ei laskettu. Työtä pyrittiin tekemään asiakkaan tarpeiden mukaan. (Simonen 1990, 108; Satka 1994, 325.) Naiset nähtiin itsestään selvästi sopiviksi ”valtion huolenpidontyöläisiksi”, kun 1950-luvulla toteutettiin väestö- ja perhepoliittisia lakeja. Naisten rooliin yhteiskunnassa ja perheessä katsottiin kuuluvan, että he pitävät huolta muista. (Simonen 1986, 219.)

Muutokset kodinhoitajien identiteetissä ja työehdoissa tapahtuivat samanaikaisesti 1960-luvulla kaupunkilaistumisen ja sitä seuranneiden arvojen ja normien murrosten

kanssa. Kodinhoitajista enää osa oli maaseudulta tulleita, sillä myös työväestön tytöt alkoivat kouluttautua kodinhoitajiksi. Vuodesta 1966 lähtien ammatti tarjosi mahdollisuuden päästä vakinaiseen kunnan virkaan. Tosin samanaikaisesti työtahti kiristyi, kun avunsaajien määrä kasvoi ja työ muuttui siivousvaltaisemmaksi. Apua saavien vanhusperheiden määrä kasvoi eikä työtä voinut enää tehdä samassa perheessä vaan päivittäin käytiin useammassa asiakasperheessä. (Satka 1994, 325–326.) Samanaikaisesti kentälle tuli lyhyemmän kurssimuotoisen koulutuksen saaneita kotiaavustajia (Rauhala 1994, 20).

Nuorimmalle kodinhoitajajoukolle kodinhoitajan ammatti oli yksi ammatti muiden joukossa. Monet pitivät kodinhoitajan työtä fyysisesti raskaana, työoloja ja palkkausta huonoina. Nuoret kodinhoitajat katsoivat, että heillä oli oikeus vapaa-aikaan ja aikaa omalle perheelle kuten muillakin palkkatyöläisillä. He suhtautuivat kriittisesti ajatusmalliin, että kodinhoitajan työ olisi heille kutsumus. Näin hoivatyössä siirryttiin vähitellen palkkatyön aikaan. Ristiriitoja saattoi tulla vanhempien ja nuorempien työntekijöiden kesken koskien työtapoja. Tosin nuoremmatkaan työntekijät eivät pitäneet kiinni tiukoista työajoista, vaan he joustivat asiakkaan tilanteen mukaan. Hoivatyölle ominaiset naistyön piirteet, kokonaisvaltainen vastuu apua tarvitsevasta, eivät kadonneet, vaikka työntekijän identiteetti ja naisen asema kokivat voimakkaan murroksen 1960-luvulla. (Satka 1994, 326.)

Merkittävä koulutuksellinen muutos tapahtui 1990-luvulla, jonka alkupuolelle ajoittui suuri lama. Tuolloin kodinhoitajien ja -avustajien koulutus lopetettiin ja se korvattiin lähihoitajien koulutuksella. Lähihoitajakoulutuksen aloittamisen tavoitteena oli tuottaa monialaista ja joustavaa työvoimaa sosiaali- ja terveysalan ammattihierarkian keskiportaille korkea-asteen koulutuksen sekä ammattitutkinnon suorittaneiden ja kouluttamattomien työntekijöiden välille. Perustutkinnossa yhdistettiin seitsemän terveysalan (perushoitaja, lastenhoitaja, mielenterveyshoitaja, hammashoitaja, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, kuntahoitaja ja jalkojenhoitaja) ja kolme sosiaalialan (kodinhoitaja, päiväkotityöntekijä ja kehitysvammahoitaja) tutkintoa toisen asteen ammatilliseksi tutkinnoksi. (Henriksson 2008; Henriksson & Tiitinen 2011, 120–121.)

Tuolloin, 1990-luvulla, kunnallinen kotihoito keskittyi eniten apua tarvitsevien ja iäkkäämpien hoivaan. Se muuttui yhä enemmän sairaanhoidolliseksi, kun kodinhoitotöitä karsittiin. (Voutilainen ym. 2007, 174.) Ennen kotisairaanhoidon ja -palvelun yhdistymistä kotihoidoksi terveyskeskusten järjestämässä kotisairaanhoidossa työskenteli terveydenhoitajia, sairaanhoitajia ja perushoitajia. Sosiaalitoimeen kuuluneessa kotipalvelussa toimi kodinhoitajia ja kotiaavustajia. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen taustalla oli uusliberalistinen ajattelu, jossa korostettiin julkisten palvelujen tehostamista. (Wrede & Henriksson 2004, 211–214.)

Kun kunnallinen kotihoito muuttui sairaanhoidollisemmaksi, myös sairaanhoidollisen pätevyyden omaavien työntekijöiden tarve kasvoi. Tästä pätevyysvaatimuksesta käytiin kiistaa sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien ammattiliitosten välillä 1990-luvulla. Vuonna 2002 terveydenhoitajat laillistettiin sekä terveydenhoitajiksi että sairaanhoitajiksi, mikä mahdollisti terveydenhoitajien toimimisen kotisairaanhoidossa. (Emt., 215.)

Vanhustyö on suuri työllistäjä. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen mukaan vanhusten sosiaalipalveluissa toimi yhteensä 79 420 työntekijää vuonna 2013 (THL 2015b, 3). Suurin osa heistä, lähes kaksi kolmasosaa toimi julkisella sektorilla. Yksityisellä sektorilla toimi yhteensä runsas kolmasosa: yrityksissä yli viidennes ja järjestöissä noin joka seitsemäs. Vanhuspalveluissa yksityisellä sektorilla toimivien työntekijöiden määrä on noussut vuodesta 2000 vuoteen 2013 noin neljäsosasta runsaaseen kolmannekseen.

Yksi tulevaisuuden kysymys on, saadaanko alalle riittävästi hoitajia, kun lähivuosina kuntien terveys- ja sosiaalitoimen henkilöstöstä siirtyy paljon työntekijöitä eläkkeelle. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL 2013, 3) mukaan noin 17 % työntekijöistä saavuttaa vuoteen 2020 mennessä 67 vuoden iän ja suurin osa heistä siirtyy eläkkeelle. Vuoteen 2025 mennessä 67 vuoden iän saavuttaneiden määrän arvioidaan olevan jopa lähes 28 % vuoden 2012 henkilöstöstä. Esimerkiksi kotipalvelun työntekijöistä yli neljäsosa täyttää 67 vuotta vuoteen 2020 mennessä ja kolmasosa 2025 mennessä. Myös Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008, 5) esitti huolensa siitä, miten suurten ikäluokkien tullessa varsinaiseen vanhuusikään heidän hoitamiseensa saadaan rekrytoitua alalla pysyviä ja osaavia työntekijöitä, jotka jaksavat ja pystyvät myös kehittämään työtään.

Tulevaisuuden hoitoalan työntekijöiden riittävydestä on kirjoittanut myös Finne-Soveri (2006). Hän ehdottaa työajan joustavampaa jakamista ja yksittäistä räätälöintiä sekä palkkausjärjestelmän kehittämistä nykyistä joustavammaksi houkuttelemaan pienten lasten vanhempia tai eläkkeelle siirtyneitä työntekijöitä pysymään työelämässä. Hän ei näe, että ”kaikki tekee kaikkea” -tyyppinen tehtävien jako kiinnostaa nuorempia sairaanhoitajia. Sen sijaan tulisi pohtia, voitaisiinko laajaa, 65–75-vuotiaiden ikäryhmää motivoida tekemään hoiva-alan töitä ja millaisilla ehdoilla. He ovat enimmäkseen melko terveitä ja hyväkuntoisia. Toisena mahdollisuutena Finne-Soveri esittää maahanmuuttajien ohjaamista hoiva-alalle. Näin tapahtuikin, mikä tuli esille myös Niemisen (2011, 74) tutkimuksessa. Työvoimapulan uhkaamassa tilanteessa Suomi tähyää apua terveydenhuollon kansainvälisiltä sairaanhoitajatyömarkkinoilta, joissa useat länsimaat ovat kilpailleet ammattitaitoisista sairaanhoitajista jo vuosikymmeniä. Tämä suuntaus näyttäisi vain voimistuneen viime vuosien aikana. Valtiollisten toimijoiden rinnalle on tullut muita tahoja, kuten kaupungeja, rekrytointifirmoja ja koulutuksen tarjoajia.

Julkunen (2004, 178) nostaa esille sen, kuinka epävirallinen hoiva on tullut osaksi sosiaalipoliittista keskustelua ja ajattelua, vaikka sille annettava tuki on vähäistä. Omaisten panostusta vanhusten hoivaan peräänkuulutetaan niin koti- kuin laitoshoidossa. Tästä voi olla seurauksena se, että sosiaalipalveluihin saatetaan palkata vähemmän ammatillisia toimijoita. Julkunen mukaan merkkejä vähemmän ammatillistuneesta toiminnasta on vanhuspalvelujen liittäminen turva-, vartiointi- ja puhelinpalveluihin ja siivousfirmoihin. Toisaalta vanhusten läheisten hoitajajoukoissa voi olla hyvinkin pitkälle kouluttautuneita hoitajia.

Hoivaa vai hoitoa?

Naisten hoiva-ammattit ovat kehittyneet kotitöiden ja naisiin yhdistettyjen luonteenpiirteiden ja ominaisuuksien pohjalta. Tieteenalasta ja sektorista riippuen hoito ja hoiva määritellään hieman eri tavoin. Rauhalan (1994) mukaan hoiva- ja hoitotyön tavoitteena on tarjota arkielämässä välittömiä palveluja ja apua kaikenikäisille terveille ja sairaille. ETENE (2008, 3) määrittelee vanhusten hoidon sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöksi.

Hoitotyö yhdistetään terveydenhuollon työhön, kun taas hoiva liitetään sosiaalisen sektorin työhön. Hoitotyö on sairaanhoidollista työtä, jolloin se on kehittynyt lääketieteen edistymisen myötä. Tästä johtuen hoitotyöllä on vankempi ammatillinen perusta, kun taas sosiaalisen sektorin tuottama hoiva on tasapainoilut samanaikaisesti käsitteiden ammatillisuus ja epäammattillisuus sekä julkinen ja yksityinen kanssa. (Aarva 2009.) Toisaalta on olettava huomioon, että ammattinimikkeet ovat tarkoin säädeltyjä. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (2017a, b) on taho, joka pitää rekisteriä ja valvoo terveyden- ja sosiaalihuollon ammattihenkilöstöä ja heidän ammattioikeuksiaan. Terveydenhuollossa on monia laillistettuja ammattinimikkeitä, kuten lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti. Sosiaalihuollon puolella laillistettuja ammattinimikkeitä ovat sosiaalityöntekijä, sosionomi ja geronomi ja kuntoutuksen ohjaaja. Nimikesuojattuja ovat lähihoitaja, kodinhoitaja ja kehitysvammaisten ohjaaja.

Useita hoivatehtäviä pidetään jokapäiväisinä rutiineina, naisten luontaisina arkiaskareina, vastuina ja osaamisalueina (Tedre 1999; Aarva 2009). Naistutkimus alkoikin 1970- ja 1980-luvuilla kritisoida yhteiskuntatieteellisten teorioiden sokeutta naisten tekemälle uusintavalle työlle. Aluksi tarkasteltiin naisten uusintamis- eli reproduktiotyötä yksityiselämässä. Vaadittiin, että naisten tekemä kotityö tuli aiempaa paremmin tunnustaa tuotannon edellytykseksi ja sinänsä tuottavaksi toiminnaksi. Reproduktio ei ole pelkästään materiaalien edellytysten uudistamista, vaan se on myös yhteiskunnallisten suhteiden ylläpitämistä ja uusintamista. (Rantalaiho 1986; Tedre 2004.) Kuten Anttonen ja Zechner (2009, 41) kiteyttävät, hoivatutkimuksessa keskityttiin 1980-luvulla naisten ja naisen hoivatoimijuuden tutkimukseen. Hoivatoimijuuteen yhdistettiin rakkaus, vastuullisuus, toisten tarpeiden huomioonottaminen, empaattisuus, omistautuminen ja kaikkalainen huolenpito toisista.

Suomessa hoiva-sanan juuret johtavat angloamerikkalaisissa keskusteluissa käytettyyn sanaan ”care” (hoito, huolenpito, hoiva) ja sen erilaisiin johdannaisiin (caring, caregiving, care-taking, care-receiving). Anttonen ja Zechner (2009, 16–17) arvelevat, että juuri ”care”-sanan saama vahva jalansija vaikutti siihen, että suomenkielisissä keskusteluissa käytetään ”huolenpidon” asemesta lyhyttä ja iskevää sanaa ”hoiva”. Sen käyttö yleistyi suomenkieleen vasta 1980-luvulla. Sitä ennen hoivasta oli käytetty muita kuvaavia käsitteitä, kuten huolenpito, auttaminen ja hoito tai hoitaminen. Hoivasta alkoi kuitenkin tulla käsite, kun naistutkijat 1980-luvulla tarkastelivat naisten palkattoman työn erityisyyttä ja yhteiskunnallista merkitystä.

Onko vanhustyö hoivaa vai hoitoa? Kun tarkastelee nykyistä vanhustyötä, siihen liittyy sekä hoitoa että hoivaa. Vanhustyöllä ovat vahvat juuret sosiaalisektorin työnä, mutta käytännössä vanhustyö on tullut aiempaa sairaanhoidollisemmaksi. Rantalaiho (2004, 238) pitää hoivaa lähinnä tutkijoiden ja viranomaisten luomana käsitteenä, kun taas työntekijät itse käyttävät sitä harvoin. Viranomaisten puheissa hoivaan sisältyy arkista maallikkomaisuutta ja rutiineja, joiden välttämättömyydelle ei ole terveydenhoidollisia perusteluja. Rantalaiho näkee, että hoivalla on ollut sekä käytännöllinen että abstrakti ja moraalis-filosofinen ulottuvuus. Sosiaalipolitiikan tutkimuskeskusteluissa hoivalla on edelleen paikkansa. Ammatilliseen puhekieleen hoivan käsite pääsi vain väliaikaisesti, kun 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa sosiaali- ja terveyssektoreita uhkasi lähes työvoimapula. Tuolloin ammatilaistenkin oli mahdollista puhua naisten arkisen hoivatyön aliarvostamisesta, minkä nähtiin leimaavan myös terveys- ja sosiaalityön ammatillista arvostusta. Työmarkkinat kriisiytyivät, kun laman myötä sosiaali- ja terveyspalveluja karsittiin ja julkinen sektori tehosti ja säästi. Tässä tilanteessa alan ammattilaisille tuli tärkeäksi painottaa koulutustaan ja erityisosaamistaan erotuksena maallikkohoivaamisesta. Hoivan käsitteen häivyttämisellä oli siten myös yhteiskunnalliset seurauksensa. Sitä mukaan kuin ammatilliset projektit luonnollistivat hoivan sisältöä, samat projektit häivyttivät sukupuolen näkyvyyttä, ruumiillisuutta ja naiseuteen kulttuurisesti liittyvää moraalista vastuuta huolenpidosta.

Aikanaan kodinhoitajat ja -avustajat hoitivat vanhusten kotia tekemällä kotitaloustöitä ja siivoamalla sitä. Vanhustyössä toimivat työntekijät osallistuvat myös vanhusten hygienian hoitoon, jota he tekevät edelleen. Tedre (2004, 63–65) on analysoinut siivousta ja kylvettämistä kulttuurisesta näkökulmasta tarkastellen niitä sekä arjen käytäntöinä että työntekijöiden asenteina. Millä perusteella jokin työ voidaan luokitella jollekin ammattiryhmälle kuuluvaksi tai ei-kuuluvaksi? Sosiologian klassikko Hughesin (1958) luokitteluun nojautuen siivous ja kylvettäminen ovat kulttuurissamme koettu ”likaisiksi töiksi”, jotka yhteiskunnallisissa työnjaoissa ovat kuuluneet alempiarvoisille ryhmille. Likaisiin töihin on yhdistetty intiimiyden ja ruumiillisuuden aspektit, joita Twigg (2000) on korostanut tutkiessaan kylvettämiseen liittyviä jännitteitä. Hochschild (1983) on puolestaan nostanut esiin hoivaan liitetyn tunnetyn, jossa välittyvän tunteen kautta pyritään vaikuttamaan muiden tunnetilaan. Emotionaaliseen työhön sisältyy huolenpitoa toisista, toisten tarpeiden tulkittamista ja niihin vastaamista. Se edellyttää, että työntekijä pystyy kontrolloimaan omia tunteitaan jopa niissä tilanteissa, jotka ovat ristiriidassa hänen sisäisen tunnetilansa kanssa. Emotionaalinen työ voi siten olla työntekijälle tuskallista ja näännyttävää, mutta myös palkitsevaa.

Korvajärvi (1986) on tarkastellut sukupuolten välistä työnjakoa ja työn organisoitumista vastuurationaalisuuden käsitteen kautta. Vastuurationaalinen toiminta tunnistaa toisten ihmisten aseman ja tarpeet, osaa samaistua niihin sekä toimia ja orientoitua niiden mukaisesti tai ainakin ottaa ne huomioon. Vastuurationaalisen toiminnan päämääränä on yhteisön säilyminen ja sen jäsenten hyvinvointi. (Korvajärvi 1986, 181–182; Järvensivu 2010, 124.)

Varhaisessa naistutkimuksessa hoivaa tarkasteltiin etupäässä työn ja työntekijän näkökulmasta. Vähemmälle huomiolle on jäänyt hoivan saajan näkemykset ja kokemukset. Näkökulma rakentui kritiikkinä paternalistisiin, miesten toiminnasta ja isän oikeudesta käsin rakennettuihin tulkintamalleihin, jotka toistivat perinteisiä perhemalleja myös perheen ulkopuolista maailmaa käsittelevissä tutkimuksissa. Henriksson (1998, 27) pitää Ashleyn (1976) tutkimusta ensimmäisinä hoitotieteen tutkimuksina, joissa nostettiin esille naisten alistettu asema terveydenhuollossa ”sairaalaperheen seksiminä”. Tämä sukupuolten välinen yhteiskunnallinen työnjako näkyi sairaalassa siten, että miehet/lääkärit johtivat, naiset/hoitajat avustivat ja asiakas/potilas oli lapsen roolissa.

Reaktion koulutettujen terveysammattilaisten valta-asemaan ja kontrollipyrkimykseen – naisliikkeen kanssa samoihin aikoihin – erityyppiset itseapuliikkeet erityisesti Britanniassa ja USA:ssa aktivoituivat puolustamaan kansalaisia ja maallikkoja oman terveytensä asiantuntijoina ja yhteiskunnallisina toimijoina (ks. Stacey 1984; Henriksson 2010, 120–123). Anttonen ja Zechner (2009) muistuttavat puolestaan sitä, kuinka vammaistutkimuksen ja -järjestöjen myötävaikutuksella sosiaalipalvelujen tutkimuksessa alkoi näkyä asetelma, jossa vanhukset ja vammaiset nähtiin oman elämänsä tekijöinä ja autonomisina toimijoina. Samalla tavoin Alanen (2001a, 166–167) tuo esille, kuinka lapsia koskeva sosiologinen tutkimus alkoi 1980-luvulla. Täten myös lapset alettiin nähdä toimijoina yhteiskunnassa.

Siinä missä perinteiset perhemallit korostivat miehen/isän valtaa, äidinhoivalle rakentuvat tulkintamallit painottivat naisen/hoivaajan asemaa. Näissä malleissa hoidon ja hoivan tarvitsija asetui väistämättä lapsen rooliin, hierarkkisesti alemmalle tasolle. Nämä epätasa-arvoisuuteen perustuvat asetelmat infantilisoivat aikuisia hoivan ja hoidon tarvitsijoina, heikentävät heidän toimijuuttaan ja itsemääräämisoikeuttaan. Vanhat ihmiset voivat kokea pahaa mieltä ja tuntea itsensä loukatuiksi, jos auttaja horjuttaa heidän itsemääräämisoikeuttaan huolimatta siitä, kuinka vilpittömiä he auttamispyrkimyksissään ovat. (Waerness & Ringen 1987, 165–166.)

Twigg (2000, 71–76) muistuttaa siitä, miten hoivan vastaanottajat haluavat suojella omaa reviiriään ja yksityisyyttään sekoittamatta hoivasuhteeseen henkilökohtaisia suhteita, sukulaisiaan tai ystäviään. Taustalla on pelko siitä, että hoivan vastaanottaja saattaa menettää tai heikentää näihin suhteisiin liittyvää persoonansa osaa. Useissa tutkimuksissa tuodaankin esiin se, miten esimerkiksi vanhat naiset toivovat saavansa konkreettista apua ennen kaikkea muilta kuin omaisilta (Waerness 1987, 40–45; Arber & Ginn 1991, 139; Fennell, Phillipson & Evers 1988, 112; Tedre 1999, 141). Vaikka vanhukset haluavat asua kodissaan mahdollisimman pitkään, he toivovat saavansa apua mieluummin muualta kuin lähiomaisilta (Vaarama ym. 2001, 15; Aaltonen ym. 2014, 259). Waerness (1987, 42) tähdentää sitä, kuinka vanhukset kaipaavat lapsiltaan ennen kaikkea emotionaalista tukea eivätkä niinkään taloudellista apua, yhteistaloudessa asumista tai henkilökohtaista hoitoa. Uudemmissa tutkimuksissa on kuitenkin tullut esille, että läheisten hoivassa on usein kyse molemminpuolisesta riippuvuudesta, aidosta kaksisuuntaisesta vastavuoroisuudesta sekä

hoivaajan ja hoivan tarvitsijan roolien sekoittumisesta tai vaihtumisesta (Nolan, Grant & Keady 1996; Anttonen & Zechner 2009, 41).

Hierarkioita ja työnjakokiistoja

Paasivaara (2002, 132–135, 154) kuvaa tutkimuksessaan, kuinka teollistumisen kasvaessa tayloristiset työn eriyttämistavat siirtyivät teollisesta työstä laitospäiseen vanhusten hoivaan (liite 1). Työajat antoivat kehityksen, jonka aikana tietyt tehtävät oli suoritettava. Kello oli keskeinen tekijä määriteltäessä hoitamisen perusteita. Vanhusten hoidossa aika-kehitys hahmoteltiin teollisuuden esikuvan mukaisesti. Työt pilkottiin eri osiin. Rutiineja toistettiin taylorilaisten oppien mukaan ja niillä varmistettiin hoidon hyvä tulos, mutta sillä kontrolloitiin myös hoitajien toimintaa. Työntekijöiden toimenkuvat olivat tarkkaan määritelty. Sairaanhoidaja vastasi lääkityksestä ja hoitotoimenpiteistä, apuhoitajat tekivät perushoitoon ja välilliseen hoitoon kuuluvia työtehtäviä. Hoitajien toimintaan liittyi sosiaalisten etikettien hallinta. Heidän oli sisäistettävä tiukka nokkimisjärjestys, mistä on esimerkkinä yhden Paasivaran haastatteleman henkilön kuvaus tämän hierarkian toteutumisesta käytännössä:

Ensin tuli muistaakseni jotkut (kunnalliskodin) ulkopuoliset henkilöt, sitten tuli lääkärin, ylihoitaja, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, apuhoitaja, sairaala-apulaiset ja sairaalabiiret ja sitten pitkä, pitkä väli ja sitten vasta opiskelijat. Se oli hyvä, kun tajusi sen oman asemansa.

Ruotsalaisen Franssénin 1990-luvulle sijoittuvassa sairaalassa ja hoivakotiin kohdistuvassa etnografisessa tutkimuksessa oli havaittavissa, kuinka osa rutiinistöistä oli suunniteltu ja ohjattu etukäteen ylhäältä käsin lääketieteellisen-hallinnollisen järjestelmän mukaan. Rutiinien hajaantuminen ulottui eri ammattiryhmien erilaisiin vastuu- ja työalueisiin. Sairaanhoidajilla, joilla oli muodollisesti korkeampi ammatillinen osaaminen, oli laajempi valtuutus tehdä lääketieteellisiä ja sairaanhoidollisia sekä hallinnollisia tehtäviä kuin alemmalla hoitohenkilökunnalla. Muodolliset organisatoriset ehdot ja statuskonfliktit eivät kuitenkaan yksinomaan selittäneet naisten toimintamalleja. Ammattiperustaista työnjakoa ja hierarkiaa vahvisti ”aitauskonflikti”, jolla pyrittiin saaman arvostusta ja asemaa omalle ammattikunnalle. (Franssén 1997, 224–225.) Aitauskonfliktissa on samoja piirteitä kuin Krögerin (2009a) ja Glasbyn (2003) mainitsemassa Berliinin muuri -vertauksessa sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon välillä.

Työn ja ammattien sosiologiassa on tutkittu työnjakoa. Witz (1990) määrittelee ammatillisen sulkemisen (occupational closure) toimintatavaksi, joilla suljetaan työnjaollisia rajoja toisilta ammattikunnilta ja niin sanotusti otetaan haltuun toisten töitä. Strategioina käytetään ulos- tai sisäänsulkemista, rajanvetoa tai kaksinkertaista poissulkemista. Ulosulkemis- ja rajanvetostrategiat perustuvat sosiaaliseen tai ammatilliseen hierarkiaan. Sisäänsulkeva ja kaksikertainen poissulkeva strategia puolestaan kuvaavat alhaisemmassa

sosiaalisessa tai ammatillisessa asemassa olevien vastapyrkimyksiä omien oikeuksiensa puolustamisessa. Esimerkiksi Suomessa kotihoidossa hoitotyön ammattikunnat pyrkivät vahvistamaan asemiaan ottamalla haltuunsa hierarkiassa ylempänä olevien ammatilaitten tehtäviä, kuten sairaanhoitajat lääkäreiltä. Samalla hoitotyön ammatilaiset pyrkivät estämään, etteivät alemmat ammattiryhmät (lähihoitajat) vie heidän tehtäviään. Myös ammattiliittojen välillä on ollut kiistoja siitä, kenen toiminta-alueetta kotihoito on. (Wrede & Henriksson 2004; Suominen & Henriksson 2008.) Vastaavanlaisia työnjakokiistoja ja eri ammattikuntien ulossulkemista on tutkittu Yhdysvalloissa, jossa niitä vahvisti vielä rotu- ja luokkaerot (Glazer 1991).

Merkillepantavaa on, että naisten hoiva-ammattien muotoutumista ja ammatillisia ehtoja määrittelevät muut kuin ammattikunta itse. Pyykkö (2004, 112–113) osoitti, kuinka vahvat ammattikunnat, kuten papit, lääkärit ja lakimiehet ovat määritelleet hoiva-ammattilaisten paikkaa ja toimintaa. Tutkimuksessaan Pyykkö tarkasteli ammatillisen seurakuntadiakonin muotoutumista ja työnjaollisen paikan siirtymää Abbottin (1988) ammatillisen järjestelmän ja valtuutuksen (jurisdiction) käsitteiden valossa. Abbottin mukaan ammatit muodostuvat ympäröivään yhteiskuntaan juurtuneen ammatillisten suhteiden järjestelmän, jossa toiminta-alueet muotoutuvat jatkuvasti uudelleen ja niistä taistellaan. Ammatin legitimaatio eli julkinen tunnustus on tärkeä toimivallan sekä ammattien välisten suhteiden kannalta. Samalla toiminta-alueella toimivien ammattikuntien työnjaot perustuvat hierarkioille. Niitä jäsentävät niin tiedolliset erot kuin tietoperustaan liittyvät kulttuuriset merkitykset ja sosiaalinen valta. Ammatillisessa järjestelmässä miesten ammatit ja miehiseksi määrittynyt tieto ovat perinteisesti asettuneet hierarkiassa korkeammalle kuin naisten ammatit ja niiden edustama tieto.

Pyykkö käytti valtuutusta laajempaa ammatillisen toiminta-alueen käsitettä, joka muotoutuu yhtäaikaaisesti yhteiskunnan usealla alueella: lainsäädännössä, julkisessa mielipiteessä ja työyhteisössä, koska valtuutus viittaa lähinnä lainsäädännön merkitykseen. Lainsäädännössä ja julkisissa mielipiteissä toiminta-alue voi olla varsin vakiintunut, kun taas työpaikoilla työnjako sovitaan monesti tilannekohtaisesti. Näin oli asianlaita esimerkiksi kotihoidossa (Suominen & Henriksson 2008), jossa työnjakoa toteutettiin limittäin ja lommittain tiimikohtaisesti, tehtävälähtöisesti, asiakaslähtöisesti, työntekijän ammatillisen osaamisen mukaan tai resurssilähtöisesti.

Franssén tarkasteli hoivan toteutumista hoitajien ajatuksissa ja käytännössä. Ryhmien epävirallisessa toimintamallissa ilmeni normijärjestelmä, joka oli osa ammattiryhmien välistä kilpailua. Ryhmänormien kautta henkilö tuli hyväksytyksi omaan ammattiryhmäänsä. Eri ryhmät asettivat vaatimuksia yhteiselle toimintatavalle, jossa etusijalle asetettiin rutiinitehtävien hoitaminen ennen potilaiden huomioimista. Franssén nimesi tämän kollegiaaliseksi orientoitumiseksi, johon kuuluivat sekä sosiaaliset että työsuuntautuneet ulottuvuudet. Sosiaalisuuden tarve näkyi muun muassa siten, että naiset hakeutuivat ajoittain toistensa seuraan rutiinitehtävien välillä. Potilasorientaation mukainen toimintatapa, jossa rutiinitehtävien väliin jäävää aikaa olisi käytetty enemmän yksilöllisen hoivan tuottami-

seen, ei siten toteutunut. Mahdollinen selitys tälle oli se, että naiset halusivat voimistaa sosiaalisia suhteitaan ryhmätyössä, mikä suosi myös yhteisiä intressejä. (Franssén 1997, 226–227.) Molanderin (2014, 70) tutkimus osoitti, kuinka eri ammattiryhmien solidaarisuus ilmeni erimieleisyyttä aiheuttavissa tilanteissa. Normina oli, että erimielisyystilanteissa pidettiin oman ammattiryhmän puolta.

Franssén (1997, 228–229) havaitsi, kuinka hoitajien työaika vaikutti heidän ajatteluunsa ja toteutuneeseen toimintaansa. Sekä koko- että osa-aikaisilla oli ongelmia saada potilas-orientoituneita suunnitelmia käytännön tasolle. Osa-aikaisille hoitajille tuotti ongelmia saada kokonaisnäkemys ja katkeamaton yhteys potilaisiin. Lyhyemmän työajan vuoksi osa-aikaisilla työntekijöillä ei ollut samanlaisia edellytyksiä tutustua potilaisiin ja saada informaatiota hoitotilanteesta. Vastaavasti kokopäiväisillä työntekijöillä ei ollut aikaa levätä riittävästi vapaa-ajalla työvuorojen välillä, jotta he jaksaisivat fyysisesti ja psyykkisesti rasittavaa työtä. Koettu väsymys, stressi ja välinpitämättömyys estivät heitä sitoutumasta potilaan emotionaalisiin tarpeisiin.

Töiden hajanaisuus, ammatillinen hierarkia sekä samanaikaisesti koettu työpaine, turhautuminen, riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet aiheuttivat erilaisia yhteensovittamisen ongelmia ja muita ihmissuhdejännitteitä. Viitaten moneen aiempaan tutkimukseen Franssén (1997, 226) toteaaakin, että suhteilla työnjohtoon on suuri merkitys työilmapiiriin. Syväsen ja Kokkosen (2011, 11) tutkimus toi esille, kuinka vanhuspalvelutyössä koettu fyysinen ja henkinen kuormitus, uramahdollisuuksien puuttuminen ja huonot työkäytännöt johtivat henkilöstön suureen vaihtuvuuteen. Lisäksi ongelmia aiheutti se, ettei esimiehillä ollut riittävästi aikaa, voimavaroja eikä keinoja paneutua ja kohdentaa omia voimavaroja riittävästi työyhteisöjen työ- ja toimintatapojen kehittämiseen ja henkilöstön osaamisen vahvistamiseen yksilötasolla. Malinin (1996, 112) tutkimus osoitti, että yli puolet kotihoidon työntekijöistä koki työntekijäryhmien huonon yhteistyön ja yhteisten tavoitteiden puuttumisen estävän hyvän kotihoidon toteutumista. Muita huonontavia tekijöitä olivat työntekijäpula, suuri työmäärä ja -tahti sekä huono tiedonkulku vanhuksen asioissa eri hoitopaikkojen välillä.

Haapakorpi ja Haapola (2008, 99) havaitsivat, että kotihoidon työ ankkuroitui kahteen jännitteeseen ulottuvuuteen. Yhtäältä työntekijät kokivat työnsä varsin tyydyttäväksi, sisällöltään ja luonteeltaan palkitsevaksi. Toisaalta he tunsivat työnsä henkisesti ja fyysisesti kuormittavaksi. Kotihoidon kriittisenä kohtana tutkijat pitivät sitä, ettei työn kuormitus selätä työn sisällön ja luonteen tuomaa tyydytystä. Kuormitus pysyy hallinnassa, kun ote työhön pysyy työntekijällä eikä muutu ulkoa ohjautuvaksi.

Työn ja perheen yhteensovittaminen

Työn ja perheen yhteensovittamisella on pitkä historiansa. Naisten pysyessä kotona lastenhoitoa ei määritelty ongelmaksi. Yhteiskunnalliseksi ongelmaksi se muodostui vasta silloin, kun naiset tulivat työmarkkinoille, sillä teollisessa yhteiskunnassa lapset nähtiin

ennen kaikkea naisten lapsina. (Salmi 2004, 4–5.) Suomessa työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen tuli poliittisen keskustelun aiheeksi 1960-luvulla. Erityiseksi kohteeksi nousivat perheellisten naisten ansiomahdollisuudet ja lasten päivähoidon kysymykset. (Lammi-Taskula, Salmi & Parrukoski 2009, 12.) Salmi (2004, 2–3) tähdentääkin, että työn ja perheen yhdistäminen on eräs nyky-yhteiskunnan kehityksen solmukohtia. Siinä kohtaavat kolme kenttää, jotka leikkaavat toisiaan sekä ihmisten arkielämässä että yhteiskuntapolitiikassa: työelämä ja työpolitiikka, perhe-elämä ja sosiaalipolitiikka, sukupuolen rakentuminen, naisten ja miesten tasa-arvoinen asema sekä toimintamahdollisuudet työelämässä ja perheessä.

Helposti ajatellaan, että työn ja perheen yhteensovittaminen koskee pelkästään pienten lasten perheitä. Näin ei kuitenkaan ole. Työn ja perheen yhteensovittaminen ulottuu kaikkiin perheen vaiheisiin. Se ulottuu yli lasten ja vanhempien muodostamaan kahden sukupolven perheeseen koskien myös omille vanhemmille annettavaa apua sekä isovanhempien antamaa apua lastensa perheille. (Lammi-Taskula, Suhonen & Salmi 2004, 97; Lammi-Taskula, Salmi & Parrukoski 2009, 13.) Malinin (1996, 85) tutkimus osoitti, että kotihoitoa saavista vanhuksista yli kaksi viidesosaa sai apua arkipäivän toimissa lapsilta tai lapsenlapsilta, kun taas Lammi-Taskulan ym. (2004, 108) mukaan kaksi viidestä yli 60-vuotiaista hoiti ainakin joskus lapsenlapsiaan ja joka viides ainakin kerran kuussa. Vanhemmilta saatu apu ei rajoittunut pelkästään lastenhoitoon. Yli puolet *Työ ja Perhe* -kyselyyn (1996–1997) vastanneista oli saanut vanhemmiltaan apua noin kerran kuussa. Henkisen tuen antaminen oli tässä suhteessa yleisin muoto, kuten oli myös työikäisten lasten antama apu vanhemmilleen.

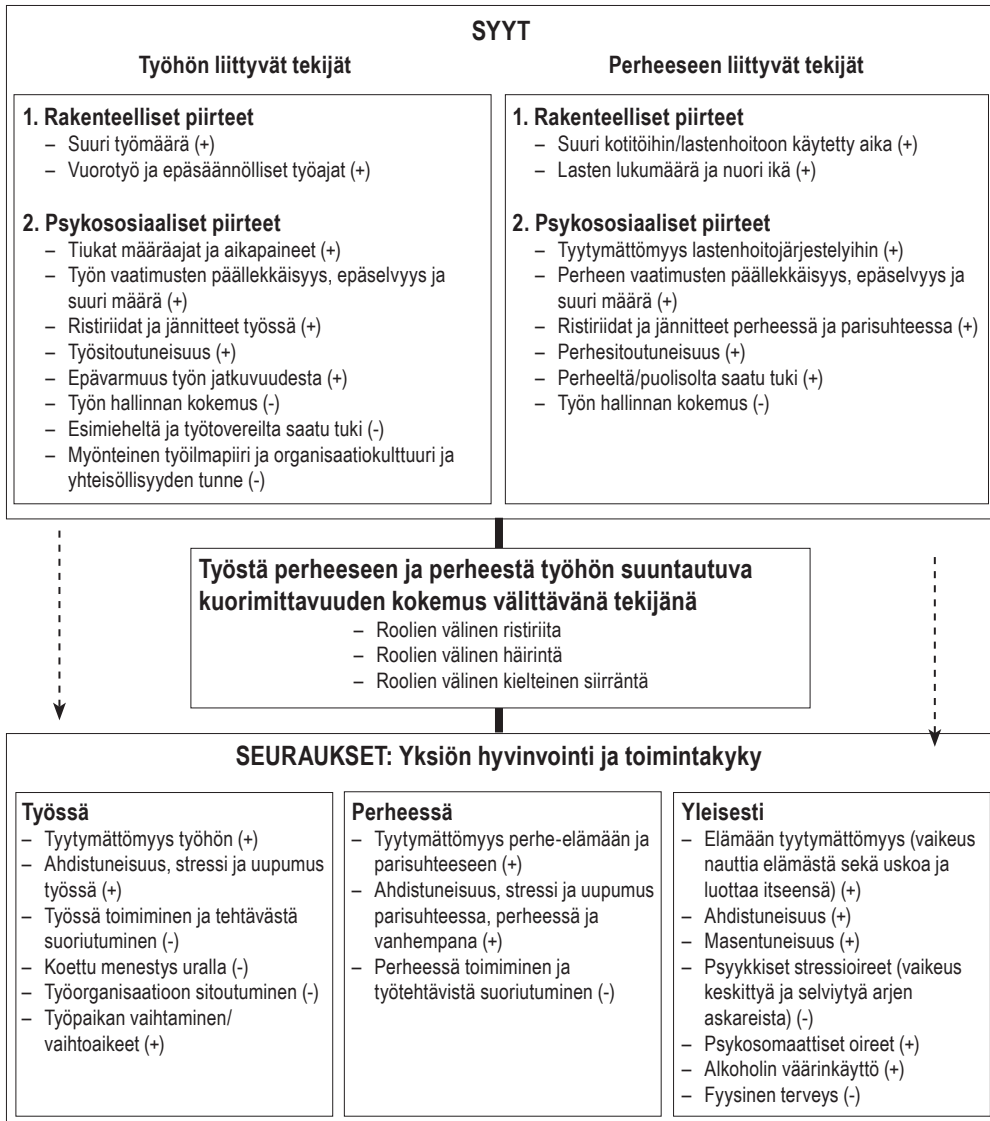
Myös Sutela ja Lehto (2014, 181–182) havaitsivat, kuinka osalle palkansaajista saattaa kertyä oman kotitalouden ulkopuolista huolenpitovastuuta samanaikaisesti sekä lapsista että aikuisista. Tavallisesti tähän tilanteeseen joutuu hiljattain omista ”ruuhkavuosistaan” selvinnyt yli viisikymppinen naispalkansaaja, jonka omat lapset ovat lähteneet pois kotoa. He auttavat joko ikääntyneitä, apua tarvitsevia omaisiaan ja lastensa perheitä. Vähintään 55 vuotta täyttäneistä naisista 61 %:lla oli vastuita joko lapsista tai aikuista tai näistä molemmista. Samanikäisillä miehilläkin oli huolenpitovastuita reilusti yli puolella joko lapsista, aikuista tai molemmista. Merkille pantavaa on, etteivät palkansaajat pitäneet kotitalouden ulkopuolista hoitovastuuta erityisen kuormittavana. Selvästi yli puolet oli sitä mieltä, ettei se kuormittanut heitä lainkaan. Reilu kymmenesosa piti kotitalouden ulkopuolista hoitovastuuta täysin tai jokseenkin kuormittavana. Kuormittavuus oli kuitenkin kasvanut vuosien myötä, sillä aiemmin vuonna 2008 lähes kaksi kolmasosaa ei pitänyt lainkaan kuormittavana kotitalouden ulkopuolista hoitovastuuta.

Franssén (1997, 235–236) pani merkille, että potilas- ja kollegaorientaation lisäksi ristipaineita aiheutti perheorientaatio. Hän kiteytti nämä jännitteet hoivan kolmiodraamaksi. Potilasorientaatiossa painopiste oli heikkojen ja sairaiden hoidossa ja hoivassa. Kollegiaalisessa orientaatiossa painottui työkavereiden ja muiden työhön liittyvien suhteiden huomioiminen. Perheorientaatiossa painottuivat omat perheenjäsenet ja muut läheiset,

jotka olivat palkallisen työn ulkopuolella. Naiset yrittivät tasapainoilla näiden kolmen ryhmän odotusten välillä. Naisilla oli siten myös kolminkertainen lojaliteettikonflikti sen suhteen, mitä ryhmää priorisoida ja kenen tarpeiden mukaan omaa toimintaa ja ajattelua tuli suunnata.

Rantanen ja Kinnunen (2008, 246–252) kiteyttivät stressiteorioiden pohjalta laaditussa katsauksessa työn ja perheen vuorovaikutusta ja niiden seurauksista. Tässä mallissa (kuvio 3) työhön ja perheeseen liittyvät piirteet jaetaan rakenteellisiin eli ajankäytöllisiin piirteisiin ja psykososiaalisiin eli elämänhallintaan liittyviin laadullisiin kokemuksiin. Henkilön työ- ja perheroolien kuormittavuuteen ja hyvinvointiin vaikuttaa näiden roolien määrä. Jos työ- ja perhe-elämässä on pelkästään stressitekijöitä, ne lisäävät yksilön työ- ja perheroolien kuormittavuutta uhmaten siten työntekijän hyvinvointia ja toimintakykyä. Sen sijaan myönteisessä tilanteessa työ ja perhe voivat toimia voimavaroina. Työ ja perhe vaikuttavat yksilön hyvinvointiin ja toimintakykyyn joko suoraan tai työ- ja perheroolien välittävän kuormituksen kautta. Ihmisten toimintatavat ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä. Niiden ei oleteta tuovan samanlaisia ratkaisuja työn ja perheen välisen tasapainon saavuttamiseksi, vaan hallintaroolit korostavat yksilön aktiivista roolia näiden rajojen yksilöllisessä hallinnassa.

Työn ja perheen välisen rajapinnan hallintaan vaikuttaa niin ajatuksissa tehtävä henkinen työ kuin näkyvä toiminta. Ensiksi mainittu koskee sitä, ylläpitääkö yksilö lujaa vai väljää rajanvetoa työn ja perheen välillä. Luja raja näiden välillä ilmenee läpäisemättömyytenä, joustamattomuutena ja sulautumattomuutena. Läpäisevyys tarkoittaa sitä, kuinka paljon työ- ja perheasiat sekä työn ja perheen herättämät tunnetilat vaikuttavat tai kuinka yksilö sallii niiden vaikuttavan toiseen elämänalueeseen. Joustavuus määrittää sitä, missä määrin työ ja perhe venyvät tai kuinka paljon yksilö sallii niiden venyvän toisen elämänalueen tarpeiden mukaan. Sulautuminen muodostuu sekä läpäisevyyden että joustavuuden määrästä. Kun ne ovat suuria, työn ja perheen välillä ei ole juurikaan rajaa, vaan yksilö toimii työn ja perheen välisellä raja-alueella. Luja raja -strategian mukaisesti toimiva henkilö suhtautuu vastahakoisesti niin ylitöihin ja töiden viemiseen kotiin kuin myös perheenjäsenten puheluihin tai tarpeiden hoitamiseen kesken työpäivän. Sitä vastoin väljää strategiaa soveltava yksilö yhdistää työpäivään perheen asioiden hoitoa ja vastaavasti hoitaa työasioita myös vapaa-ajalla. (Emt., 249.)



Kuvio 3. Työn ja perheen välisen vuorovaikutuksen syyt ja seuraukset

Plus-merkki viittaa positiiviseen ja miinus-merkki negatiiviseen yhteyteen nuolella yhdistettyjen käsitteiden välillä (Rantanen & Kinnunen 2008, 247.)

Sosiaali- ja terveysalalla hankalimmiksi koettiin työaikojen suhteen työpaikat, joissa tehtiin kolmivuorotyötä, kuten terveyskeskusten vuodeosastot ja vanhainkodit. Vähiten vaikeuksia koettiin kohteissa, joissa tehtiin poikkeuksetta päivätyötä, kuten lasten päiväkodeissa. (Laine & Kokkinen 2013, 204.) Noin kaksi viidestä *Työ ja perhe* -kyselyyn vastanneista koki, että heillä oli usein tai jatkuvasti liian vähän aikaa perheilleen. Perheellä

tässä yhteydessä tarkoitettiin lapsia, puolisoa ja omia vanhempia. Lasten ikä vaikutti vanhempien ajanpuutteen kokemiseen. Mitä nuorempi lapsi oli, sitä useammin vanhemmat halusivat viettää enemmän aikaa lastensa kanssa kuin mitä se oli mahdollista työn takia. Alle kouluikäisten äideistä noin joka kolmas ja isistä joka neljäs tunti usein tai jatkuvasti, että aikaa lapsille oli liian vähän. Yleisesti tarkasteltuna perhe oli se, joka työaikojen suhteen jousti ristiriitatilanteissa. Noin neljäsosa arvioi perheen joutuvan joskus syrjään, kun henkilö uppoutui työhönsä. Sen sijaan harvoilla kotiasiat estivät keskittymisen työhön. (Lammi-Taskula & Salmi 2004, 34–36.)

Tässä luvussa tarkastelin hoivaa ja hoitoa eri käsitteiden valossa, näiden naisvaltaisten ammattien kehittymistä sekä työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyviä ristipaineita. Vanhusten hoiva- ja hoitotyö on suuri naisten työllistäjä. Naisille se on ollut väylä omaan ammattiin ja työmarkkinoille. Keskustelua on käyty siitä, onko vanhuksille tuotettavassa palvelussa kysymys hoivasta vai hoidosta. Hoitotyö on yhdistetty terveydenhuoltoon ja hoiva sosiaalisektorin tuottamaan työhön. Hoiva on ollut paljolti tutkijoiden ja viranomaisten käyttämä käsite, kun taas työntekijät itse käyttävät sitä harvoin.

Vanhusten hoitoa ja hoivaa tehdään vanhusten kodeissa, erilaisissa palvelutaloissa, vanhainkodeissa, hoivakodeissa ja erilaisissa laitoksissa. Paljon vanhuksia hoitavat heidän omaisensa. Aiemmin sosiaalitoimen alaisuuteen kuuluneet kodinhoitajat ja -avustajat hoitivat vanhukselle tuotettujen palvelujen lisäksi vanhusten koteja. Terveyskeskusten alaisuuteen kuulunut kotisairaanhoido tuotti sairaanhoidollisia palveluja. Siinä toimi terveydenhoitajia, sairaanhoitajia ja perushoitajia. Tilanne muuttui 1990-luvulla, kun kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistettiin kotihoidoksi. Laman seurauksena kunnallinen kotihoito keskittyi eniten apua tarvitsevien hoitoon, jolloin kotihoito tuli sairaanhoidollisemmaksi. Kodinhoitajien ja -avustajien koulutuksen lakkauttamisen jälkeen vanhusten hoito- ja hoiva-alalle tulivat uutena ammattikuntana lähihoitajat. Monien ammattikuntien toimiminen samalla työkentällä luo pohjaa rajanveto-ongelmille eri ammattikuntien välillä. Ristiriitatilanteita saattaa muodostua myös eri sukupolvien välille. Samoin on todettu, että töiden ammatillisen hierarkian lisäksi niiden hajanaisuus, samanaikaisesti koettu työpaine, turhautuminen, riittämättömyyden ja syyllisyyden tunne aiheuttavat työntekijöille erilaisia yhteensovittamisongelmia ja ihmissuhdeongelmia. Jännitteelliseksi voi muodostua myös työn ja perheen yhteensovittaminen. Työntekijät joutuvat tekemään rajanvetoa siitä, kuinka avointa tai suljettua rajaa he pitävät töiden ja kodin välillä. Yleisesti se on ollut perhe, joka on joutanut työaikojen suhteen.

2.3 Teknologia vanhustyössä

Teknologian tulo osaksi ihmisten arkea

Kirjaimellisesti teknologia tarkoittaa *tekhnen logosta* eli ”oppia tekniikasta”. Suomen kielessä sana ”teknologia” tarkoitti pitkään oppia raaka-aineiden jalostuksesta. Englannin kielen kautta siitä tuli meilläkin yleisesti käyttöön tekniikkaan liittyvien laitteiden, järjestelmien sekä (nykyään usein tiedepohjaisten) taitojen ja tietojen yleisnimi. (Niiniluoto 2000, 16.) Mielenkiintoisena toteamuksena Lemola (2000, 12) esittää, että teknologian tieteellistyminen on palauttanut ihmiselle sen aseman, jonka koneellistuminen siltä vei. Hän esittää, että tiedemiehet ja insinöörit ovat tämän päivän käsityöläisiä. Perusteluna toteamukselleen Lemola näkee tieteen ja teknologian yhteenkasvamisen. Se on tuottanut joko suoraan tai välillisesti suunnattoman määrän teknologisia keksintöjä ja innovaatioita sekä luonut verkostoja yritysten teollisuuslaboratorioiden ja yliopistojen välille.

Teknologian tutkimus alkoi kiinnostaa teknologian historian, sosiologian ja antropologian tutkijoita 1980-luvulla, jolloin teknologiatutkimus alkoi hyötyä muiden tieteenalojen tutkimuksista ja päinvastoin. Teknologian sisällön kuvaamista pidettiin tärkeänä, jotta ymmärrettäisiin teknologiamuutoksen dynamiikka. Tutkijat totesivat, ettei teknologia ole vain tekniikkaa, vaan siihen sisältyy paljon sosiaalisia, taloudellisia ja poliittisia ulottuvuuksia. (Leskinen 2000, 176.) Samansuuntaisia ajatuksia esitti myös Pantzar (1996, 131). Hän näkee, että parhaimmissa innovaatioissa on yhdistynyt teknologia, sosiologia, antropologia, psykologia ja ekonomia. Samoin Leikas (2014a, 108) nostaa esille monitieteellisyyden merkityksen teknologian kehittämisessä, jossa sosiologialla ja sosiaalipsykologialla on yhä merkittävämpi osa palvelun suunnittelussa ja muotoilussa. Sosiologia ja siihen läheisesti liittyvät tieteen alat, kuten kulttuuritutkimus, etnografia ja kasvatustieteet antavat arvokasta tietoa erilaisten ihmisten ajattelutavoista, arvoista, asenteista ja tarpeista.

Pantzar (1996, 130–131) esittelee teknologian tutkimukseen liittyvän *teknologian sosiaalisen muokkaantumisen* näkökulman (social shaping of technology). Tälle näkökulmalle on tyypillistä tieteensosiologisesti virittynyt kiinnostus innovaatioiden alkuperästä, niiden omaksumisesta ja yhteiskunnallisista seuraamuksista. Selkeä yhdistävä tekijä eri tutkijoiden välillä on äärimmäisen kriittinen suhtautuminen teknologiseen determinismiin. Pantzar näkee, ettei teknologia etene yksisuuntaisesti suunnittelijan pöydältä kuluttajien käyttöön, vaan keksinnöt syntyvät ja kesyntyvät tietyssä sosiaalisessa ja poliittisessa toimintaympäristössä. Innovaatioiden leviämässä on oleellista se, että ne kytetään kääntämään kielen tavoin eri käyttöyhteyksiin sopiviksi. Innovaatioiden leviämässä onkin kyse sekä materiaalin että merkityksen siirto-operaatiosta.

Tuotteen onnistunut markkinoille saaminen edellyttää onnistumista monella tasolla. Yleisin syy teknologiaennusteiden epäonnistumiseen ovat teknologiainnostuksen sokeuttamat ennustajat. Välttämättä kaikki, mikä toimii teollisuudessa tai laboratoriossa, ei toimi ihmisten arjessa (vrt. Pantzar 2000, 20). Menestyvän tuotteen on täytettävä kolme

ehtoa. Sen tulee olla teknisesti toteutettavissa ja taloudellisesti kannattava. Tärkein ehto on hyödykkeen tuottama käyttöarvo, joka määräytyy vasta kokemuksen kautta. Toisaalta toistuvat ja turvalliset rutiinit sekä elämän pienet ilot ja turhuudet merkitsevät kuluttajalle usein enemmän kuin tarkoituksenmukaisuus tai tehokkuus.

Olemme oppineet käyttämään kodinkoneita, mutta ne ovat ”oppineet käyttämään” myös meitä. Tietoyhteiskunta ja tietotekniikka vaativat uudenlaisia jatkuvaan oppimiseen sopeutuvia ihmisiä. Tuotteiden vakiintumiseen vaikuttavat yksilöllisten mieltymisten lisäksi laaja-alaiset kulttuuriset tulkinnat ja erilaiset rakenteelliset kytkennät, kuten puhelin. Ilman sitä toiminta nyky-yhteiskunnassa olisi lähes mahdotonta. (Emt., 20–22.) Vuonna 2014 suomalaisista kotitalouksista 99 %:lla oli matkapuhelin ja älypuhelin 65 %:lla (Tilastokeskus 2014). Tilastoluvut kertovat, kuinka merkittäviä puhelimet ovat arkielämässä ja kuinka ne sananmukaisesti kulkevat mukana. Esimerkiksi julkisissa liikennevälineissä moni matkustajista näplää kännykkäänsä tai älypuhelimensa korvanapit korvissa tai ilman. Samoin kuntosaleilla kännykkää saatetaan näppäillä kuntoilun lomassa ja aikana. Apuvälineistä muun muassa silmälasit ovat sulautuneet täysin ihmisten elämään niin kiinteästi, ettei niitä enää mielletä apuvälineiksi. Ne ovat käyneet teknologisen tuotteen kehityskulun ja tulleet sitä kautta osaksi arkeamme. Niistä on tullut yksi pukeutumisen tehoste. Samoin televisiosta on tullut tärkeä osa arkipäivää, jolloin se vaikuttaa jopa meidän arkipäivämme. Varsinkin varttuneemmat television katsojat koontuvat iltaisin television ääreen katsomaan puoli yhdeksän uutisia, vaikka uutistarjontaa tulee useilta tahoilta päivän aikana.

Geronteknologia

Ikäteknologiaan kuuluviksi tuotteiksi määritellään hyvää ikääntymistä tukevat tuotteet, palvelut ja infrastruktuuri sekä sosiaaliset, fyysiset että informaatioympäristöt. Synonyyminä käytetään usein geronteknologiaa, joka on monitieteellinen ala. Teknologian puolelta siihen voidaan liittää sen eri osa-alueita, kuten kemiantekniikka, lääkitätekniikka, arkkitehtuuri, tieto- ja viestintätekniikka, robotiikka ja ergonomia. Lisäksi ikäteknologiaan liittyy ikääntymistä käsitteleviä tieteenaloja, kuten psykologia, biologia sekä sosiaali- ja lääketieteen alat. (Leikas 2014b, 19.) Geronteknologialla on viisi roolia: 1) ongelmien ennaltaehkäisy, 2) vahvuuksien korostaminen ja hyödyntäminen, 3) heikkenevien kykyjen kompensoiminen 4) hoivatyön tukeminen ja 5) tutkimuksen edistäminen (Harrington & Harrington 2000, 24–26; Leikas 2008, 39; 2014b, 19).

Ikäteknologiaa (geronteknologiaa) laajempi käsite on hyvinvointitekniikka. Melkas ja Pekkarinen (2014, 210) sisällyttävät hyvinvointitekniikan osaksi apuvälinetekniikkaa, kommunikaatio- ja viestintätekniikkaa, sosiaalisen teknologian ja turvallisuuden, terveystekniikat erilaisine seuranta- ja mittauslaitteineen, esteettömän suunnittelun ja Design for All -ajattelun, gerontekniikan sekä asiakas- ja potilastietojärjestelmät.

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunta aloitti geronteknologian arvioinnin vuodenvaihteessa 1998/1999. Ikäihmisten itsenäistä suoriutumista tukevissa arviointikriteereissä painotettiin sitä, että teknologisten ratkaisujen tulee edistää ikäihmisten keskinäistä ja muiden ikäryhmien kanssa pidettävää yhteydenpitoa ja kanssakäymistä. Teknologian tulee mahdollistaa ikäihmisten liikkumisen kodin ulkopuolella ja tukea heitä kotona ja kotipiirin liittyvissä asioissa. Tärkeänä pidettiin sitä, että teknologialla voidaan tukea todettujen tautien hoitoa ja terveysriskejä sekä vahvistaa ikäihmisen turvallisuudentunnetta. Lisäksi teknologian odotettiin keventävän läheisten ja hoitajien hoitotaakkaa. Odotuksia kohdistettiin myös palvelurakenteen muutoksille. (Törmä, Nieminen & Hietikko 2001.)

Myös Raappana ja Melkas (2009, 9–10) näkevät, että teknologian käytön ensisijainen tavoite on edistää asiakkaan hyvinvointia. Alatavoitteena voi olla tehokas työprosessien sujuvoittaminen. Osa ihmisen suorittamista tehtävistä voidaan korvata teknologialla, jolloin työntekijän aikaa säästyy tai työ tulee fyysisesti kevyemmäksi. Osa teknologiatuotteista ja -laitteista on suunniteltu erityisesti henkilön kotona asumisen tukemiseen, kun taas osa tuotteista on suunniteltu hoiva- ja hoitotyöhön. Teknologian rooli hoiva- ja hoitotyössä voi ehkäistä ongelmia, korostaa vahvuuksia, kompensoida heikkeneviä kykyjä ja tukea hoiva-työtä.

Teknologian hankinta, käyttöönotto ja hyväksyttävyyys

Pantzar (1996, 131) tutki teknologian sosiaalista muokkautumisesta. Onko kuitenkin vielä niin, että hänen esittämänsä teknologian sosiaalinen muokkautuminen on vasta alkutekijöissään vanhusten hoivapalvelujen tuottamisessa. Yhteiskunnallisella tasolla teknologiaa pyritään hyödyntämään mahdollisimman paljon vanhusten hoidossa, mutta sen sosiaalinen hyväksyttävyyys vielä mietityttää. Muun muassa Raappana ja Melkas (2009, 5) ovat todenneet, että teknologian rooli ja käyttö vanhuspalveluissa on monelta kohdin harmaata aluetta, jota ei ole määritelty ja jonka vaikutuksia ei tunneta. Samoin eri tahoilla tulee esille huonoja kokemuksia. Kuten Pantzar (2000, 20) korostaa, laitteiden todellinen käyttöarvo määräytyy vasta kokemuksen kautta.

Monista eduistaan huolimatta teknologia ei hyödytä kaikkia ihmisiä tai he eivät hyväksy uusia teknologisia apuvälineitä tai -laitteita, minkä vuoksi tarvetilanne on huolellisesti arvioitava. Monet ikäihmiset toivottavat teknologian tervetulleeksi, vaikka useat saattavat pitää sitä yksityisyyttä loukkaavana. Ikäihmisellä saattaa olla myös näköön, kuuloon ja puheeseen liittyviä heikkouksia, jotka voivat estää joidenkin teknologioiden käytön. Samoin henkilön heikentyneet fyysiset ja kognitiiviset kyvyt voivat aiheuttaa vaikeuksia joidenkin laitteiden käytössä. (Miskelly 2001.) Harrington ja Harrington (2000, 60) nostavat esille tuotteiden mahdollisen stigmatisoivan vaikutuksen. Tuotteet ja ratkaisut, jotka sopivat kaikille, poistavat myös siihen liittyvää stigmatisoitumista. Courtney (2008) on todennut, että yksityisyyden tarve on monelle vanhukselle tärkeä, kun puhutaan esimerkiksi van-

husten asuintiloissa käytettävästä IT-tekniologiasta. Yksityisyyden säilyttäminen voi olla vanhuksille esteenä hyväksyä ”älykotien” IT-tekniologiaa.

Leikas (2014a, 103) jakaa epäonnistuneen ikätekniologian kahteen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat laitteet, joiden muotokieli sisältä voimakkaan viestin käyttäjän raihnaisuudesta. Nämä tuotteet eivät saa yleensä hyväksyntää ja niiden käyttöä välteään viimeiseen asti. Toinen ryhmä ovat tieto- ja viestintätekniologian tuotteet, jotka on usein suunniteltu nuorten maailman näkökulmasta. Nämä tuotteet tai palvelut eivät sovi emotionaalisella tasolla ikääntyneen maailmaan, jolloin ne saatetaan kokea kompleksisina, hämmentävinä ja esteettisesti arveluttavina.

Tyypillisesti tekniologiaa ratkaisuja suunnittelevat nuoret (miehet), jolloin laitteiden, ohjelmien ja erilaisten ratkaisujen helppokäyttöisyys toteutuu heidän näkökulmastaan. Yleensä ikäihmisiltä kysytään itseltään sangen harvoin, mitä he toivovat ja ajattelevat teknisten ratkaisujen käyttömahdollisuuksista ja rooleista omassa elämässään. (Nordlund ym. 2014a, 11, 20–21.) Toisaalta Mäen (2011) tekemän koosteen perusteella esimerkiksi vuosina 1993–2013 Suomessa tehtyjä tai menossa olevia ikätekniologiahankkeita oli monia, yhteensä 52.

Muun muassa Hämäläinen ym. (2014, 55) havaitsivat, että markkinoilla oli runsaasti sellaista tekniologiaa, jonka kehittämisen lähtökohtana oli päästä mukaan kasvaville ikäihmismarkkinoille tarjoamalla jo olemassa olevaa tekniologiaa joko sellaisenaan tai hieman muokattuna. Samoin markkinoinnissa saattoi olla nähtävissä vääristyneen turvattomuuden luomista turvaratkaisujen markkinoinnissa. Raappana ja Melkas (2009, 5–6) ovat todenneet, että tekniologian käyttöönoton tavoitteet ovat monesti epäselviä. Niissäkin tapauksissa, joissa tekniologian käytölle on selkeä tavoite, tavoitteita ei useinkaan saavuteta. Osaltaan tähän on syynä heikko ennakkosuunnittelu. Samoin työntekijöiden perehdyttämisessä on puutteita. Usein tekniologian käyttöönotto työpaikoilla voi jopa heikentää työhyvinvointia. Vääränlainen tekniologia, tekniologiajärjestelmän jonkin osan puuttuminen tai liiallinen tekniologia häiritsevät työprosesseja ja aiheuttavat helposti uupumista ja työmotivaation laskua. Myös Leiponen ja Ylä-Anttila (2000, 139) havaitsivat, kuinka yrityksiin liian nopeassa tahdissa tuotettu tekniologia voi aluksi aiheuttaa tuottavuuden heikkenemistä, koska työntekijät eivät ehdi omaksua sitä. Tuottavuus paranee ja tekniologian koko hyöty saadaan käyttöön, kun tekemällä oppimiselle annetaan riittävästi aikaa.

Apua tekniologian hyödyntämiseen hoivatyössä on etsitty muun muassa tekniologiahoitajien avulla. Tekniologiahoitajan tehtävänä on opastaa, kuinka tekniologiaa voidaan hyödyntää muun muassa kotihoitopalvelussa. (Sairaanhoitajaliitto 2009.) Sinällään tämä on hyvä esimerkki siitä, kuinka työntekijöille tuodulla ohjauksella ja tuella säästetään aikaa varsinaiseen hoitotyöhön ja laitteiden käyttöominaisuudet tulevat käyttöönotetuiksi.

Tekniologiapäätöksissä ensimmäinen askel on tiedostaa, että ne tarvitsevat ympärilleen toimivan järjestelmän, jotta siitä on hyötyä niin asiakkaille kuin työntekijöille. Parhaimmat päätökset syntyvät, kun työntekijät saavat osallistua päätöksentekoon. Vain sellainen tekniologia, joka on oikeassa paikassa oikeaan aikaan, lisää palveluiden vaikuttavuutta,

tuloksellisuutta, työhyvinvointia ja turvaa laadukkaiden palvelujen saannin. Käytännössä työntekijöillä ei ole juurikaan mahdollisuuksia vaikuttaa teknologiapäätöksiin, koska he eivät tiedä, mitä teknologiaa on olemassa ja mihin sitä voidaan käyttää. Sama tilanne on usein myös kuntapäätäjillä ja työpaikkojen esimiehillä. Vanhuspalveluissa teknologialta odotetaan paljon, mutta usein se tarjoaa huomattavasti odotuksia vähemmän. (Raappana & Melkas 2009, 6, 14.)

Myös Hämäläinen ym. (2014, 54–55) tulivat samansuuntaisiin johtopäätöksiin. Hankinnoista vastaavilla tahoilla ei ole aina käytössään riittäviä tietoja mahdollisista teknologioista eikä ikäihmisten todellisista tarpeista. Lisäksi oli havaittavissa, ettei osa ikäihmisille suunnatusta teknologiasta vastannut heidän todellisia tarpeitaan. Hankinnoissa teknologiat ja niitä hyödyntävät palvelut tulisi nähdä kokonaisuutena. Teknologisia hankintapäätöksiä tehdessä pitäisi jo varhaisessa vaiheessa pohtia erilaisten teknologisten tuotteiden ja järjestelmien yhteensopivuutta, jolloin päästään eroon yksittäisistä laitteista ja teknologiakokonaisuuksista tulee helpommin hallittavia. Samoin uusia rakennuksia ja niiden varustetasoa suunniteltaessa tulisi pohtia myöhemmin mahdollisesti tarvittavaa teknologiaa, jotta vältetään tuolloin suurilta muutoksilta.

Paljon on puhuttu siitä, että teknologialla pyritään korvaamaan ihmistyö. Kunnan ja yksityisten vanhuspalveluyksiköiden teknologisia tarpeita selvittävässä osuudessa haastateltiin yksiköiden henkilökuntaa ja johtoa. Haastattelujen mukaan hoitajamitoituksen vaatimukset ovat ratkaisevia siinä, sijoitetaanko kohteeseen teknologiaa. Jos teknologian käyttöä ei kompensoida hoitajamäärän vähentämisellä, kalliita teknologisia investointeja on vaikea tehdä. Samalla tuotiin esille, että teknologiankäytön ja henkilöstömitoituksen tulisi kulkea käsikädessä eikä teknologialla voida korvata hoitajia. Teknologia on tervetullut, jos se antaa hoitajille enemmän aikaa olla ikäihmisten lähellä. Samoin korostettiin kordinomaisuuden säilyttämistä. Teknologia ei saa olla liian hallitsevaa, ”rumaa” eikä kodista saa rakentaa valvontakeskusta. (Emt., 37–38.)

Teknologiahankintoihin vaikuttavat myös viranomaisten ohjeet ja jopa niiden alueelliset tulkinnat. Usein teknologisia järjestelmien hintoja pidettiin niin korkeina, ettei yksittäisellä kotihoidon asiakkaalla ole niihin varaa. Toisaalta omaiset ja läheiset nähtiin potentiaalisena ryhmänä, joka voisi ostaa ikäihmisen kotiin teknologiaa ja lisäksi itse seurata tehtyjä hälytyksiä. (Emt., 37.)

Aiemmin tehty tutkimus *Kotitalouskoneiden käyttöturvallisuus – turvalaitteiden ja -varusteiden toimivuus* osoitti, että kotipalvelun henkilökunnalla oli vähän tietoa esimerkiksi lieden turvavarusteista, joilla voitaisiin lisätä heidän asiakkaidensa asumisturvallisuutta. Hoitajat toivoivatkin, että heillä olisi mahdollisuus tutustua erilaisiin turvajärjestelmiin. (Rytkönen & Reisbacka 2002.) Kotihoidon työntekijöiden, asiakkaiden ja omaisten tueksi laadittuja oppaita *Ikäihmisten arjen toiminnot ja niiden turvallinen hallinta* (Reisbacka & Rytkönen 2014) ja *Ikäihmisten arkea helpottavia tuotteita ja ratkaisuja* (Rytkönen & Reisbacka 2014) voivat hyödyntää hoitajien lisäksi vanhusten asuntojen muutostöitä suunnittelevat ja tekevät tahot. Esimerkinomaisesti Leikas ja Laukka (2014, 184) nostavat esille,

kuinka rollaattoreiden saatavuutta voitaisiin helpottaa laittamalla niitä esille pyöräliikkeisiin ja tavaratalojen urheiluosastoille. Lisäksi kirjoittajia harmittaa se, etteivät rollaattorit ole olleet suunnittelijoiden lempikohteita. Kirjoittajat painottavatkin teknologian suunnittelussa tuotteen esteettisyyttä sen hyväksyttävyyden yhtenä osatekijänä.

Teknologian odotuksia ja uhkakuvia

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on monia odotuksia, jotka kohdistuvat teknologiaan. Sosiaali- ja terveysministeriö laati vuonna 1996 ensimmäisen kansallisen strategian informaatioteknologian käytöstä terveydenhoito- ja hyvinvointipalveluissa, jota koskevan aloitteen hallitus oli tehnyt edellisenä vuonna. Tavoitteena oli kansalaiskeskeinen ja saumaton palvelurakenne. Yksi sen keskeisimmistä päämääristä oli erilaisten palvelujen (sosiaalinen, yksityinen ja erikoissairaanhoidon) horisontaalinen integrointi. Tarkoituksena oli luoda tehokas, helppokäyttöinen, edullinen ja korkealaatuista terveyspalvelua tuottava järjestelmä, jossa otetaan huomioon myös eri lainsäädännöt, kuten henkilötietolaki. Järjestelmän palveluja on kehitetty vuosien varrella. Tästä huolimatta tietojen siirto sosiaali- ja terveyspuolella ei ole ollut ongelmatonta. (Hämäläinen ym. 2013a, 25, 95.) WHO:n (2016, 6, 14, 28) tilastojen (1990–2015) mukaan Suomi oli alkupäässä WHO:n jäsenmaista, johon oli laadittu tieto- ja viestintätekniikkaan (eHealth) perustuva strategia ja politiikka. San Marino laati sen vuonna 1990 ja Suomi 1995. Tällä hetkellä yli puolella WHO:n jäsenvaltioista on eHealth-strategia. Samoin suurimmalla osasta maista oli ainakin yksi mHealth (mobile health) -pohjainen aloite. mHealth:n avulla voidaan tarjota terveydenhuollon palveluja alueilla, joissa internet-palvelujen ja perinteisen terveydenhuollon palvelut ovat hankalasti saatavissa, mutta joihin on järjestetty matkapuhelininfrastruktuuri. Mobiilipohjaisen teknologian toimittaminen on myös halvempaa kuin henkilökohtaisten palvelujen tarjoaminen.

Erialaisten ohjelmistojen yhteensovittaminen on ollut jo pitkään kaikkien osapuolten toiveena. Kuntien ja kuntayhtymien edustajat pitivät tärkeimpinä ohjelmistojen kehittämiskohteina sähköisen asioinnin, rajapintojen ja yhteyksien, dokumentoinnin ja kirjaimisen kehittämistä. Muita, harvemmin mainittuja tavoitteita olivat palvelujen sähköisen tiedonsiirron kehittäminen helppokäyttöisemmäksi ja joustavammaksi. Yksityisten palveluntuottajien kehitystarpeet olivat osin samansuuntaisia kuin julkisella puolella. Myös siellä esille nousivat tietopalvelujen hankintaan ja suunnitteluun liittyvät teemat. Ohjelmilta toivottiin joustavuutta, kehittymiskykyä ja reagointikykyä muuttuviin tarpeisiin sekä taloushallinnon ohjelmien sopivuus käytössä oleviin ohjelmiin. (Kärki, Laaksonen & Hyppönen 2012, 56–57.)

Paikallistason haasteina koettiin kuntaliitosten kehitystarpeet, haasteet henkilökunnan atk:n ja ohjelmistojen käyttötaidoissa, huonosti toimivat ohjelmistot ja prosessien monimutkaisuus. Lisäksi mainittiin rajapintoja koskevat ongelmat ja niiden huono toteutuminen ohjelmistoissa. Tavoitteiksi esitettiin sähköisen asioinnin ja hakemusten

kehittäminen, esimerkiksi vammaispalveluihin ja toimeentulotukeen. Muut yksittäiset kehittämistarpeet koskivat ajanvarausta, palautusjärjestelmää, hyvinvointi-TV:tä, mobiilikirjauksia, interaktiivisten laitteiden kehittämistä sekä asiakkaiden tiedonsaantimahdollisuuksia ja osallisuuden edistämistä. (Emt., 56.)

Tietojärjestelmien onnistuneesta yhdistämisestä mainittakoon Kelan kehittämä Kanta-tietoverkko, johon on yhdistetty terveydenhuollon asiakkaiden tietoja ja eResepti. Omätietokannasta asiakas itse voi katsoa omia terveystietojaan ja reseptejään. Toisaalta Wessman tutkijaryhmineen (2013) viittaa niin sanottuun digitaaliseen kuiluun, jolla tarkoitetaan tieto- ja viestintäteknologian hyötyjen epätasaista jakautumista. Kuilu ilmenee ikääntyneiden ja muun väestön välillä, sillä ikäihmiset käyttävät teknologiaa selvästi vähemmän kuin muu väestö. Kuilu on myös ikääntyneiden eri ryhmissä. Toiset ikääntyneet ovat aktiivisia teknologian käyttäjiä, kun taas toiset vierastavat sitä ja sinnittelevät mieluummin vanhojen ja tuttujen ratkaisujen varassa. Ikääntyneillä, jotka olivat olleet johtavassa asemassa ja joilla oli paljon läheisiä, oli muita useammin erilaisia teknologisia laitteita käytössä (Intosalmi, Nykänen & Stenberg 2013).

Myös Nordlund ym. (2014b, 4–7) esittivät huolensa siitä, etteivät kaikki kansalaiset ole tasa-arvoisessa asemassa taitojensa ja laitteiston osalta yleistyvien tietojärjestelmien ja erilaisten maksuautomaattien vuoksi. Yksi ryhmä ovat vanhukset, jotka ovat joutuneet myöhemmässä elämänsä vaiheessa opettelemaan niiden käyttöä. Tällä hetkellä asiointipalvelut siirtyvät vielä aiempaa enemmän tietokoneella tehtäväksi, kun pankkien asiakaspalvelua sekä otto- ja maksupäätteitä vähennetään. Aiempien tutkimusten mukaan 75–89-vuotiaista henkilöistä tietokone oli kolmasosalla, kun taas matkapuhelin oli yhdeksällä kymmenestä. Kaikki ikääntyneet eivät pidä tietokoneen käyttöä tarpeellisena. Yli neljä vastaajaa kymmenestä oli sitä mieltä, että pärjätykseen nyky-yhteiskunnassa kaikkien ei tarvitse osata käyttää tietokonetta. Tätä mieltä olivat eniten ne, joilla ei ollut tietokonetta ja jotka eivät olleet saaneet opetusta tietokoneen käytöstä sekä vanhimmat, 85–89-vuotiaat henkilöt. Tietokoneen käyttäjistä yli yhdeksän kymmenestä piti sitä itsellensä hyödyllisenä.

Asioita hoidetaan tietokoneen lisäksi erilaisten maksupäätteiden ja automaattien avulla: käteistä rahaa nostetaan automaatista tai laskut maksetaan automaatin kautta, kassoilla asiakas luetuttaa kanta-asiakaskortin, niin sanotuilla kylmäasemilla polttoaine maksetaan automaatilla, junalippuja ostetaan automaatista jne. Kaikki ikäihmiset eivät käytä maksupäätteitä tai automaatteja. Erityisesti tämä koskee vanhempia ikäluokkia. Vaikka yleisimpiä maksupäätteiden, pankki- ja polttoaineautomaatin käyttö koettiin helpoksi, automaateissa on edelleen kehitettävää. Maksupäätteiden ja automaattien erilaisuus tuotti hankaluutta, käyttötilanteen rauhattomuus ja turvattomuus sekä automaattien muotoilu. Ikäihmiselle automaattien käyttöä voivat hankaloittaa muun muassa tottumattomuus automaattien käyttöön, automaatin näppäimien pieni koko ja näytön tekstin pienuus. (Nykänen & Virkkunen 2014, 42, 55.)

Yksi syy tieto- ja viestintäteknologian vaikeakäyttöisyyteen vanhuksilla on vääristä lähtökohdista suunnitellut käyttöliittymät. Käyttöliittymät on suunniteltu joko vanhuutta

korostaviksi tai jopa leimaaviksi tai niissä ei ole otettu huomioon aistien heikentymisestä johtuvia toiminnanheikkouksia. Esimerkiksi yksinäisyyden tunteen lievittämiseen ja kommunikoinnin kehittämiseen on paljon erilaista teknologiaa. Jos laitteet ovat heikkonäköiselle tai jäykkäsormiselle vanhukselle vaikeasti käytettäviä, kehitystyö kääntyy itseään vastaan. Samalla palvelun haltuunotto evätään niiltä henkilöiltä, jotka sitä tarvitsisivat. (Leikas 2014a, 104–105.)

Tietokoneen osalta henkilökohtainen opastus ja tuttuus lisäävät kiinnostusta sen käyttöön. Henkilöistä, jotka halusivat saada opastusta tai neuvontaa tietokoneen käytöstä, yli kahdeksan henkilöä kymmenestä toivoi saavansa sitä läheisiltään ja yli puolet ikäisiltään vertaisohjaajilta tai kansalaisopiston opettajilta. Noin kahdeksan ikäihmistä kymmenestä totesi oppivansa käyttämään tietokonetta siinä missä nuoretkin, kunhan saavat oikeaa opetusta. (Nordlund ym. 2014b, 6.) Toisaalta on todettava, että nyt alkaa vanhusten palveluasumisen piiriin tulla sellaisia vanhuksia, jotka tuovat myös oman tietokoneen mukanaan.

Muiden tavoin Karisto (2014, 237–240) näkee tekoälyssä sekä mahdollisuuksia että kauhukuvia. Hän esittää, etteivät teknologiset ratkaisut välttämättä lisää vanhusten hyvinvointia, vaikka niillä voitaisiin korvata ihmisten työtä ja lisätä tuottavuutta. Kauhukuvana hän pitää tilannetta, että tulevaisuudessa robotit ruokkisivat vanhuksia ja pitäisivät heille seuraa. Samassa yhteydessä hän kuvaa, kuinka turvallisuuden lisäämiseksi tarkoitettu laite voi vähentää henkilön autonomiaa, kuten geriatriatuoli ja hygieniahaalari. Toisaalta teknologia voi vähentää sosiaalisia suhteita ja murentaa sosiaalisuutta, mutta toisaalta sen avulla vanhuksille voidaan tuottaa iloa. Esimerkkinä Karisto esittelee vanhuksille suunnatun ”muistitikun”, johon voidaan tallentaa heille tärkeitä elämäntilanteita kuvien, äänien ja tekstien muodossa. Melkas ja Pekkarinen (2014, 211) mainitsevat tulevaisuuden hyvinvointiteknologian näkymistä erilaisten hoito- ja hyvinvointirobottien kehittelyn. Muina kehitysnäkyminä he luettelevat:

- 1) omaehtoisten, ennaltaehkäisevien toimintatapojen kehittämisen
- 2) mobile health (mHealth) esimerkiksi kotihoidon mobiilijärjestelmät työn ohjaukseen ja asiakastiedon keräämiseen
- 3) vanhusten hoivapuolen laajat vaikutusmahdollisuudet, kuten hälytys-, kutsu- ja valvontajärjestelmät, aktiiviset ja passiiviset anturit ja ilmaisimet, muistuttajat ja ajastimet ja terveydentilan jatkuva seuranta sensoreilla
- 4) tietotekniikan yleiset trendit, kuten järjestelmien ja palvelujen automatisoituminen entisestään, järjestelmien aiempaa parempi räätälöiminen käyttäjille sekä järjestelmien integroituminen.

On ilmeistä, että tulevaisuuden vanhuksat ovat tottuneet käyttämään tietokonetta elämänsä aikana, jolloin sitä voidaan hyödyntää omaehtoisessa terveyden seurannassa. Kotona tehdyt mittaukset siirtyvät ammattilaisten tietokoneille ja heidän arvioitaviksi, mikä täydentää ammattilaisten tekemää hoivaa. Tämä mahdollistaa myös sen, että kasvava määrä kroonisesti sairaita vanhuksia voi asua omassa kodissaan. Edistynyt terveysteknologia ja

laitteiden pienentynyt koko ja moninaisuus ovat mahdollistaneet niiden siirreltävyiden. ICT (=Information and Communication Technology) mahdollistaa potilaiden ja terveydenhoidon ammattilaisten vuorovaikutuksen, mikä osaltaan parantaa hoivan laatua. Älykkäät sensorit mittaavat muun muassa verenpainetta, pulssia, kehon lämpötilaa, verenokeria ja sydämen sähköistä toimintaa. Tietokoneet voivat seurata kodissa tapahtuvia toimintoja, kuten valojen, radion ja television päälle laittamista ja sulkemista. Synteettisesti tuotettu ääni voi muistuttaa vanhusta lääkkeiden ottamisesta, ruokavaliosta, hoitoimenpiteistä sekä lääkärissä tai muiden terveydenhoidon ammattilaisten käynneistä. (Lesnoff-Caravaglia 2007.)

Finne-Soveri (2006) on arvioinut, että tulevaisuuden ikäihmiset osallistuvat aktiivisesti itsensä hoitamiseen. Hän korostaa, että iäkäs kykenee oppimaan uutta. Tulevaisuuden vanhussukupolvi on käyttänyt työelämänsä aikana tietokonetta, internetiä ja matkapuhelinta. Heille somaattisten sairauksien seuranta, liikuntakykyyn liittyvien ongelmien kompensointi tai sosiaalisten yhteyksien ylläpito erilaisten teknisten sovellusten turvin tuskin muodostuu ongelmaksi. Uudet tekniset välineet ovat aiempia käyttökelpoisempia vanhuspalveluissa ja vähentävät hoivahenkilöstön tarvetta. Tärkeää on kuitenkin oivaltaa, kenen käytössä ja mihin tarkoitukseen ne ovat hyödyksi: vanhuksen itsensä, hänen omaisensa tai läheisensä, hoivaavan henkilökunnan vai heidän kaikkien.

Digitalisointi lisääntyy kaikilla yhteiskunnan alueilla. Tämän yhteydessä Sipilän hallitus esittikin digitalisoinnin lisäämisen eri toiminta-alueilla yhdeksi hallituksensa kärkitavoitteeksi (Karjalainen 2015). Valtioneuvoston periaateluonnoksen mukaan robotiikan ja automaation käyttöä esitetään nostettavan vuoteen 2020 huomattavasti kaikilla toimialoilla. Uudistetun laatusuosituksen väliotsikko ”Teknologiasta kaikki irti” kuvastaa hyvin, kuinka laajasti teknologiaa suunnitellaan hyödynnettävän muun muassa vanhuspalveluissa. (STM & Kuntaliitto 2017, 26.) Robotisaatiolla nähdään uusia mahdollisuuksia iäkkäiden asumisessa ja palveluissa. Robotiikkaa käytetään Japanissa jo nyt vanhusten hoivassa (Masui 2016; The Japan Times 2016). Japani on 1980-luvulta alkaen ollut robotiikan edelläkävijämaa ja nykyisin yksi maailman johtavista robotiikan kehittäjistä. Japanin tavoitteena on keventää robotiikan avulla hoitoalan työntekijöiden työtaakkaa ja parantaa työtyytyväisyyttä, kohentaa työn tehokkuutta ja laatua sekä vähentää hoitotyössä tarvittavien työntekijöiden määrää. (Kangasniemi & Andersson 2016, 46.) Robotiikkaa voidaan käyttää iäkkäiden palveluissa osana omahoitoa, omaishoitajien tukena sekä henkilöstön työtehtävissä, hallinnollisissa ja organisaatioissa. Lähtökohtana tulee kuitenkin olla, että teknologialla tuetaan iäkkään henkilön itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta, parannetaan palvelua sekä kehitetään ja vahvistetaan henkilöstön työtä. Iäkkäiden kotona asumista voidaan tukea hyödyntämällä älykästä talotekniikkaa. Teknologialla on kasvavia mahdollisuuksia uudenlaiseen yhteydenpitoon iäkkään henkilön ja hänen lähipiirinsä kanssa sekä muiden hoitoa ja palvelua tarjoavien tahojen kanssa. Odotuksina on, että monitoimiset kotiapurobotit ja muut teknologiasovellukset voisivat pidentää iäkkäiden henkilöiden ja liikuntarajoitteisten henkilöiden kotona asumisen aikaa. Kehittyneen ki-

nestetiikan odotetaan lisäävän asiakkaiden omaa liikkumista ja samalla tukevan henkilöstön työtä. Robotiikan nähdään lisäävän ja parantavan iäkkäiden kognitiivisia taitoja, oma-toimisuutta, itsenäisyyttä ja yksityisyyttä. Jo nyt on jo käytössä erilaisia vuorovaikutus-, seura- ja terapiarobotteja. Samanaikaisesti on varmistettava se, että iäkkäät ihmiset, heidän omaiset ja henkilöstö saavat riittävästi tukea ohjausta ja neuvontaa teknologian käyttöön-
otossa. (STM & Kuntaliitto 2017, 26–27.)

On arvioitu, että noin viidesosa sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävistä pystyt-
täisiin korvaamaan muutaman vuoden kuluessa robotiikan ja automatiikan sovelluksil-
la. Alussa teknologisten ratkaisujen investointi- ja käyttökustannukset voivat olla suuria. Niiden hyödyn odotetaan realisoituvan ajan kuluessa vähentäen henkilöstön määrällistä
tarvetta. Robotiikka voi korvata välillistä asiakasaikaa, kuten tarvikkeiden ja laitteiden
siirtelyä, aterioiden kuljetusta sekä osaa lääkehoidosta koneellisen lääkeannostelun muo-
dossa. Säästöjä hoitotyöntekijöiden työajoissa ja -kuormituksessa odotetaan saatavan, kun
robotteja käytetään asiakkaiden nostamisessa, siirtämisessä ja asiakkaan oman liikkumi-
sen tukena. Robotiikalla nähdään käyttömahdollisuuksia myös hallinnollisissa tehtävissä,
kuten aikaa vievien työvuorolistojen laatimisessa. Samoin yhteensopivien tietojärjestelmi-
en kehittäminen on merkittävässä asemassa teknologian hyödyntämisessä. (Kangasniemi
& Andersson 2016, 35–37, STM & Kuntaliitto 2017, 26–27.) Kangasniemi ja Andersson
(2016, 35–37) arvioivat kuitenkin, että sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävien osittai-
nen korvaaminen robotiikalla tuskin johtaa hoitotyöntekijöiden määrän vähentämiseen,
koska väestön ikärakenteen vanheneminen lisää alan työvoimatarvetta. Robottien myötä
hoitajien työpanos painottuisi entistä enemmän varsinaiseen hoitotyöhön.

Tässä luvussa olen tarkastellut teknologian hankintaa ja sen merkitystä sekä hoitajien että
vanhusten osalta. Vanhuspalveluissa teknologian käyttö on vielä monelta osin harmaata
aluetta, minkä vuoksi pidän sen tutkimista erityisen tärkeänä ja ajankohtaisena. Tekno-
logian onnistunut käyttöönotto alkaa jo laitteen suunnittelusta ja se vaatii monien tie-
teenalojen yhteistyötä. Tyypillisesti teknologiaa suunnittelevat nuoret miehet, jotka itse
hallitsevat hyvin teknologian suomat käyttömahdollisuudet, mutta heillä on puutteellisia
tietoja teknologian käyttäjien toimintakyvyistä ja -edellytyksistä. Toinen solmukohta liit-
tyy laitteen hankintaan ja käyttöönottoon. Vanhuspalveluissa teknologian hankkija voi
olla vanhuspalvelun tuottaja, vanhuksen omainen tai vanhus itse.

Vanhuspalveluissa teknologian valintapäätöstä mietittäessä on pohdittava sitä, kenen
ehdoilla jokin teknologiaratkaisu hankintaan. Pyritäänkö teknologialla tukemaan ja tur-
vaamaan vanhuksen omatoimisuutta ja arjesta selviytymistä vai haetaanko sillä helpotusta
hoivahenkilöstön tai omaisten työhön vähentämällä heidän fyysisistä ja henkistä kuormi-
tustaan. Isommissa hankinnoissa kysymys on myös taloudellista näkökulmista. Useam-
massa yhteydessä on todettu, ettei teknologialla tule korvata ihmisten välistä huolenpitoa.
Hoitajien kannalta on oleellista, että teknologiasta tulee heidän työnsä helpottaja eikä han-
kaloittaja. Aiemmin on muun muassa havaittu, että teknologian käyttöönotto on saatta-
nut heikentää työntekijöiden työhyvinvointia työpaikoilla.

Suuri yhteiskunnallinen kysymys on, kuinka vanhusväestö tulee pärjäämään palvelujen digitalisoinnin yleistettyä ja missä määrin se aiheuttaa eriarvoistumista. Monet yhteiskunnan palvelut ovat siirtyneet nettiin tai mobiililaitteilla toimiviksi. Monelle vanhukselle tämä voi olla rajoittava tekijä palvelujen hyödyntämiseksi ja saamiseksi. Toisaalta vanhusien joukkoon tulee koko ajan henkilöitä, jotka ovat jo työelämänsä aikana tottuneet käyttämään tietokonetta ja sen erilaisia sovellutuksia.

Robotiikalla nähdään uusia mahdollisuuksia osana iäkkäiden ihmisten itsehoitoa, omaishoidon tukena sekä vanhuspalveluissa henkilöstön työtehtävissä, hallinnossa ja organisaatiossa. On kuitenkin oletettavaa, ettei sairaanhoitajien ja lähihoitajien töiden osittainen korvaaminen johda heidän määränsä vähentämiseen työpaikoilla, koska väestön ikärakenteen vanheneminen lisää väistämättä työvoimatarvetta.

2.4 Sosiaaligerontologia

Vanheneminen yhteiskunnassa

Sosiologisessa tutkimuksessa vanhuus ja ikääntyminen ovat olleet marginaalisessa asemassa (Fennell, Phillipson & Evers 1988, 170; Turner 1989, 588–594; Arber & Ginn 1991, 18–32). Arber ja Ginn (1991) kirjoittavat, kuinka sosiologisessa tutkimuksessa etenkin vanhemmat naiset ovat jääneet vähälle huomiolla, vaikka naisten osuus vanhusväestössä on miehiä suurempi. Jyrkämän (2001) mukaan vanhenemista ja ikääntymistä koskeva sosiologinen tutkimus on liittynyt monitahoiseen sukupolvi- ja elämäntutkimukseen. On keskusteltu sosiologisista, kulttuurisista ja historiallisista sukupolvista. Sosiologiassa keskeisimpiä vanhuuteen liittyviä teorioita ovat klassiset yksilöteoriat, kuten irtaantumis-, aktiivisuus- ja jatkuvuusteoria. Eroistaan huolimatta niiden yhteisenä tavoitteena on tarkastella sopeutumista vanhenemiseen ja kuinka sen myötä voidaan saavuttaa hyvä vanhuus.

Irtantumisteorian mukaisesti vanhetessaan ihminen irtaantuu sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Se on vapaaehtoista, toivottua ja molemminpuolista johtaen tyytyväisyyteen ja hyvään vanhuuteen. Aktiivisuusteoriassa keskeisiä käsitteitä ovat aktiivisuus, tasapainoisuus ja sopeutuminen roolimenetyksiin ja tyytyväisyys elämään. Siinä vanheneminen johtaa aktiivisuuden ylläpitämiseen ja menetettyjen mahdollisuuksien korvaamiseen jollakin toisella tavalla. Jatkuvuusteoriassa keskeistä on se, että ihmiset ovat motivoituneita jatkamaan niiden sopeuttavien koneistojen käyttöä, jotka ovat muodostaneet heille elämän myötä. Jatkuvuus voi tarkoittaa niin muuttumattomuutta kuin kehittymistä.

Vanhenemista koskevaa yhteiskuntatieteellistä tutkimusta, sosiaaligerontologiaa, pidetään yleisen gerontologian eli vanhuustieteen osa-alueena. Sosiaaligerontologian keskeinen alue on sosiologinen ja sosiaalipsykologinen vanhenemistutkimus, jossa tarkastellaan vanhenemisen sosiaalisia ja yhteiskunnallisia ulottuvuuksia suhteessa biologiseen ja psyykkiseen vanhenemiseen. Ihmisen kronologinen, biologinen ja psyykinen ikä karttavat ajassa ja paikassa. Vanheneva henkilö on jäsen erilaisissa yhteisöissä ja ryhmissä. Yhteiskunta

osa-alueineen ja toimintatasoineen luo ympäristön ja puitteet vanhenemiselle ja vanhana olemiselle. Nämä puitteet eivät ole olleet kaikille samanlaiset, kuten Jyrkämä (2001, 275–276) korostaa. Jyrkämä ja Randell (1987, 6–7) jakavat käsityksen, jossa Koskinen ja Pohjolainen (1986) jaottelevat suomalaisen sosiaaligerontologiatutkimuksen neljään ryhmään. Ensimmäisen ryhmän muodostavat varsinaiset sosiaaligerontologiset tutkimukset, jotka nojautuvat sosiologiseen tai sosiaaligerontologiseen teorianmuodostukseen. Toiseen kuuluvat muilla tieteenaloilla, kuten sosiaalipolitiikassa, psykologiassa ja sosiaalipsykologiassa, vanhusväestöä koskevat tutkimukset. Kolmannen ryhmän muodostavat tutkimukset, joissa jokin osa liittyy sosiaaligerontologiaan. Neljännen ryhmän muodostavat tutkimukset, selvitykset ja kokeiluprojektit, jotka liittyvät suoranaisesti vanhustyöhön.

Jyrkämä on koonnut sosiologian klassikoiden näkemyksiä ikääntymisestä. Parsons (1961; 1965) tarkasteli 1940-luvulla ihmisen koko elämänsä painottaen kuitenkin enemmän nuoruusiän sosialisatiota. Kaksikymmentä vuotta myöhemmin eli 1960-luvun alussa Parsons näyttäytyi irtaantumisteorian puolestapuhujana. Hän toi kuitenkin esille, ettei vanheneminen tapahdu pelkästään irtaantumisena jostakin, vaan myös johonkin. Rosenmayr (1976, 227–230) käytti tutkimuksissaan käsitettä gerososiologia. Hänen mukaansa se on osa erityistä ikäsosiologiaa eli sosiologista tutkimusta ikäryhmistä ja ikävaiheista. Ikäsosiologiaan lukeutui myös Riley, joka sisällytti siihen ikääntymisen elämänsä kestävänä sosiaalisena prosessina ja iän muuttuvan yhteiskunnan ja ryhmien rakenteellisena piirteenä. (Sit. Jyrkämä 2001, 270–272.)

Marx (1974) viittasi sukupuoli- ja ikäeroihin, kun hän tarkasteli työntekeä varhaisemman talonpoikaisperheen maalaispatriarkkaisessa taloudessa. Merkillä pantavaa oli, että kuvatessaan työväenluokan asemaa kapitalismissa, Marx ei tarkastellut ikääntyviä tai jo ikääntyneitä työntekijöitä eikä ikää sinänsä eräänä yhteiskunnan jakautumisperusteena. Weber (1978) puolestaan käsittelee gerontokratiaa, vanhempainvaltaa, yhtenä traditionaalisen hallinnan alkeistyyppinä ja pohti sen muotoja. Weber pohti vanhojen arvostusta perinteisessä yhteiskunnassa. Durkheim (1990) tarkasteli työnjakotutkimuksessaan perinnöllisyyttä ja perimistä. Hänen mukaansa oikeus eläkkeeseen liittyi alun perin isänperintönä suvussa kulkevaan omaisuuteen. Itsemurha-tutkimuksessaan Durkheim (1985) analysoi itsemurhien esiintymistä suhteessa ikään ja ikäkausiin. Tönnies (1955) käsittelee jossain määrin nuoruutta ja vanhuutta ihmisen elämänsä näkökulmasta. Hänen mukaansa vanheneminen näyttäytyi yksilön kehityksenä kohti viisautta ja sen tunnistamista, mikä ”on hyvää elämälle ja ruumiille ja lopulta hänen sielulle”. (Emt., 270–271.)

Muista klassikoista Jyrkämä (2001, 271) tuo esille Mannheimin (1964), joka sivusi ikää ja ikääntymistä. Jyrkämä pitää häntä sosiologisen sukupolvitutkimuksen aloittajana. Myös Alanen (2001b, 102–104) pitää Mannheimia jokseenkin harvinaisena ilmiönä omana aikanaan ja sen jälkeenkin, kun hän julkaisi vuonna 1928 sukupolvikäsitteistöä käsittelevän esseensä ja loi analyyttisen kehikon kulttuurisosiologialle. Mannheim päätyi näkemykseen, että kulttuurisia ilmiöitä saattaa ymmärtää vain ottamalla huomioon sen sosiaalisen ja historiallisen toimintaympäristön, jossa ne kulloinkin muodostuvat omanlaisikseen.

Sukupolvi on yksi kulttuurinen ilmiö. Se muotoutuu nimenomaan silloin, kun tiettyyn ikäryhmään kuuluneet ihmiset, useimmiten nuoruusvuosinaan, elävät saman historiallisen tapahtuman ja kokevat sen itselleen merkitykselliseksi yhteisten kokemusten kautta. Näiden kokemusten kautta heille muodostuu samanlainen käsitys itsestä ja suhteesta maailmaan. Tämä tietoisuus ilmenee ikäryhmää yhdistävänä maailmankatsomuskuvana, joka saattaa merkitä myös samanlaista poliittista suuntautumista. Tämä yhtenäinen ja yhteinen maailmankuva sekä samanlaiset asenteet säilyvät usein samaan sukupolveen kuuluvien elämänkulun vaiheissa. Sukupolven jäsenet säilyttävät yleensä heitä yhdistävän identiteettinsä. Tällaisista tapahtumista mainittakoon maailmansodan kokeneet henkilöt ja aatevirtauksista 1960-luvun eurooppalainen antiautoritaarinen liike.

Giddens (2001, 162–163) on pohtinut kahta ikääntymisen ristiriitaista prosessia. Yhtäältä moderneissa yhteiskunnissa ikääntyneillä näyttää olevan vähemmän statusta kuin heillä oli esimoderneissa kulttuureissa, joissa korkea ikä yhdistettiin viisauteen ja he olivat usein yhteisönsä päätöksentekijöitä. Vanhempia ihmisiä ei enää pidetä arvokkaina viisauden varastoina, vaan ajastaan jäljessä olevina. Toisaalta tämän päivän vanhemmat ihmiset ovat entistä vähemmän taipuvaisia hyväksymään väistämätöntä ikääntymisen mukanaan tuomaa ruumiin rapistumista. Yhä useammin ikääntyminen ei ole enää sitä, mitä aiemmin pidettiin luonnollisena. Mikä aiemmin liittyi väistämättä vanhenemiseen, sitä hidastetaan kehittyneen lääketieteen ja ravitsemuksen avulla. Parantuneen ravitsemuksen, hygienian ja terveydenhoidon ansioista ihmiset voivat elää keskimääräisesti kauemmin kuin vuosisata sitten. Läntisissä teollisuusmaissa vanhuusikään tulevat kohortit ovat aiempia kohortteja terveempiä. Aholola ja Henriksson (2016, 45–46) tuovat esille, kuinka aktiivinen ikääntyvä henkilö on keskeisessä asemassa myös suomalaisissa vanhuspoliittisissa ohjelmissa. Niissä korostetaan toimenpiteitä, jotka luovat mahdollisuuksia itsenäiselle ja aktiiviselle vanhuudelle sekä hyvälle ja merkitykselliselle elämälle kuolemaan saakka. Nämä kansalliset asiakirjat pohjautuvat tutkimustiedon lisäksi OECD:n ja EU:n toimintaohjeisiin, kuten European Commission (2012) ”Active aging” -ohjelmaan. Aholola ja Henriksson nostavat esille eurooppalaisten, aktiivisen vanhuuden puolestapuhujien rinnalle kuitenkin huolen siitä, kuinka hauraat vanhukset ovat vaarassa jäädä nykyisen politiikka-agendan ulkopuolelle.

Malin (1996, 23) tähdentää, kuinka vanhuuteen liitetään helposti erilaisia stereotyyppiä joko mystifioimalla, ihannoimalla tai aliarvioimalla vanhuksia. Mystifioinnissa vanhukset nähdään yhtenäisenä massana, toisenlaisena kuin muut ihmiset, mikä kaavamaisesti suhtautumista vanhuksiin. Ihannoinnissa vanhuksia yksipuolisesti ihannoidaan ja kielletään vanhuuteen ja muihin elämänvaiheeseen liittyviä hämmentäviä tai kielteisiä ominaisuuksia, kuten seksuaalisuus ja aggressiivisuus. Aliarvioinnissa korostetaan ikääntymistä koskevia rajoituksia ja menetyksiä, ja sivuutetaan ikääntymisen myönteiset ulottuvuudet. Malin toteaaakin, että yksipuoliset käsitykset vanhuksista tyypistävät heidän ihmisyyttään ja kielteiset kulttuurikuvat murentavat heidän omanarvontuntoa. Kielteistä kuvaa vanhuksista ylläpitää myös joukkotiedotusvälineiden esille nostama näkökulma vanhuksista

nuorempien sukupolvien kustannustaakkana. Myös Aaltonen ym. (2014, 253) havaitsivat, että politiikka-asiakirjoissa vanhus on ennen kaikkea määrällinen rasite ja terveydellinen haaste.

Erilaiset iät

Ikääntymispoliittiseen keskusteluun on vaikuttanut voimakkaasti eliniän pidentyminen ja siitä seurannut yhteiskunnan väestörakenteen ikääntyminen. Työvoiman ikääntymisen myötä on alettu puhua ikääntyvistä (yli 45-vuotiaat) ja ikääntyneistä (yli 55-vuotiaat) työntekijöistä (Ilmarinen 2006, 60). Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeutettuja henkilöitä. Ikääntyminen määritellään ihmisen toimintakyvyn mukaan. Siinä iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Finlex 2012; STM & Kuntaliitto 2017, 34.) Lahti (2012) kuvaa, kuinka noin 80–85 vuoden ikäisenä monella ihmisellä voimat alkavat vähetä ja he alkavat pikkuhiljaa luopua harrastuksistaan. Tehtävistä ja toimista luopuminen voi olla omaehtoista eli aktiivista vanhenemista tai passiivista vanhenemista, jossa luopuminen tapahtuu olosuhteiden pakosta. Voutilainen ym. (2007, 160) esittää, kuinka ikääntymiseen, rampauttamiseen ja pitkäaikaissairauteen liittyvä toimintakyky alkaa heiketä asteittain. Ensimmäiseksi karsiutuvat päivittäiset toiminnat, kuten yhteiskunnallinen harrastustoiminta. Seuraavaksi hankaluuksia ilmenee niin sanotuissa välinetoiminnoissa, kuten pankkiasioiden hoitamisessa, siivouksessa ja puhelimen käytössä. Viimeiseksi toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin. Niiden on todettu heikkenevän seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolilta nouseminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen ja syöminen.

Ihmisen ikääntymistä voidaan tarkastella myös biologisesta, psykologisesta, kronologisesta ja sosiaalisesta näkökulmasta. Biologinen ikä liittyy fyysisiin ja fysiologisiin muutoksiin. Sitä arvioidaan elimistön toimintakyvyn, kunnon ja ulkonäön perusteella. Sen arviointiperusteet ovat erilaiset miehillä ja naisilla jo lapsuudesta ja nuoruudesta lähtien. Sukupuolten välinen erottelu – poikien ja miesten iän arviointi toimintakyvyn ja naisten ulkonäön mukaan – on vain vahvistunut iän karttuessa. Naisten asema on perustunut hedelmällisyyteen ja nuoruuteen liittyvien merkkien säilyttämiseen, mistä johtuen biologinen vanheneminen ja ruumiillisen iän tuomat merkit ovat vaikuttaneet naisten sosiaaliseen asemaan voimakkaammin kuin miesten asemaan. Naiset ovat pyrkineet manipuloidaan ruumiillisen iän merkkejä häivyttämällä ja peittämällä vanhenemisen merkkejä. Tässä suhteessa on kuitenkin tapahtunut asenteellista muutosta, sillä ulkonäkömuutokset ovat alkaneet huolettaa myös miehiä. (Rantamaa 2001.) Erilaisesta suhtautumisesta ikääntymisen biologisiin vaikutuksiin miesten ja naisten osalta voidaan mainita harmaantuva

tukka. Naiselle se voi toimia negatiivisena ikääntymisen merkkinä, kun miehelle se tuo iän luomaa charmia ja arvokkuutta. (Jyrkämä 2001, 274.)

Psykologisen iän arviointiperusteet pohjautuvat psykometriseen tai aistien toimintaan, kognitiivisiin taitoihin, persoonallisuuden piirteisiin tai käyttäytymiseen. Muun muassa tunteiden hallinta arvioidaan ikäsidonnaisesti. Erityisesti lapsuudessa ja nuoruudessa eritellään kehitysvaiheita, jotka luovat normin yksilön kasvulle ja kehitykselle. Ikäkausilla ovat omat kehitystehtävät, ja ne ovat hierarkkisessa järjestyksessä. Ikäkausiin sidottujen tehtävien ja niiden perättäisen suorittamisen myötä ihmisen ajatellaan kehittyvän tiedoissaan ja taidoissaan yhä ylemmälle tasolle elämänsä aikana. Psykkisen kehityksen tarkastelussa on käytetty myös kehityksellisen iän käsitettä. Biologisessa ja psykologisessa iässä on olennaista, että tietyn kronologisen iän tai kronologisesti rajatun ikäkauden oletetaan vastaavan tiettyä fyysistä tai psykologista kehityksen vaihetta. (Rantamaa 2001, 56–57.)

Kronologisella eli niin sanotulla kalenteri-ikäällä tarkoitetaan elinajan mittaa tietyllä hetkellä. Se tarkoittaa sitä, kuinka monta vuotta on kulunut syntymästä tarkasteluhetkeen. Sosiaalisella iällä voidaan viitata sekä yksilöiden elämänvaiheisiin että yksilön tai ryhmän sosiaaliseen asemaan yhteiskunnassa. Perinteisessä sosiologisessa käsitteistössä sosiaalista ikää voidaan lähestyä myös ikäroolien ja -normien näkökulmasta. (Emt., 52, 58.) Ihminen voi sosiaaliselta iältään olla samanaikaisesti monen ikäinen biologisen ja psykkisen iän tavoin. Vaikka henkilön kronologinen ikä on sama, niin jonkin toisen asian suhteen henkilö voi olla samanaikaisesti nuori aloittelija ja toisessa suhteessa vanhempi ja kokenut tekijä. (Laslett 1996; Rantamaa 2001, 61.) Näiden lisäksi Rantamaa esittelee (2001, 62–63) eri tutkijoiden määrittelemiä ikäiä, kuten persoonallinen, subjektiivinen ja kokemuksellinen ikä. Henkilön persoonallinen ikä liittyy yksilön elämässään asettamiin tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseen. Sen määrittelyssä ei korostu kronologinen ikä vaan se, miten ihminen kokee omassa elämässään edenneensä, tietyssä elämäntilanteessa osana historiallista ja kulttuurista aikaa. Subjektiivisessa iässä on persoonallista ikää henkilökohtaisempi ja eksistentiaalisempi kokemus itsestä ja iästä. Siinä nousevat esille filosofiset pohdinnat minästä ja iästä. Kokemuksellisessa iässä erotellaan neljä iän ulottuvuutta: ikä, jonka ikäinen tuntee olevansa (feel-age); ikä, jonka ikäiseltä omasta mielestään näyttää (look-age), ikä, joka liittyy arvioon suoriutua erilaisista tehtävistä (do-age) ja ikä, joka määrittelee kiinnostuksen kohteita (interest-age).

Ihmisten kronologinen ja muu ikä eivät mene yleensä yksiin. Ihmiset kokevat olevansa noin 3,6–4,8 vuotta nuorempia, mitä on heidän kronologinen ikänsä. Toiveiältään henkilöt haluaisivat olla keskimäärin 9,9 vuotta nuorempia kuin mitä on heidän kronologinen ikänsä. (Barness-Farrell, Rumery & Swody 2002; Ilmarinen 2006, 64.) Taulukkoon 1 on koottuna ikääntymiseen liittyviä määreitä osiossa esitellyistä lähteistä.

Siirtyminen ikävaiheesta toiseen tapahtuu yksilöllisesti eikä niille voida antaa tarkkaa ikähaarukkaa. Ensimmäiseen vaiheeseen liittyy riippuvuus, sosealistuminen ja koulutus. Toiseen ikävaiheeseen kuuluu monia vaiheita, kuten kypsytminen, ansiotyö, säästäminen, uranrakennus, perheenmuodostus, lisääntyminen ja jälkikasvusta huolehtiminen, vastuu

Taulukko 1. Ikääntymiseen liittyviä määritelmiä
Lähteet: Laslett 1996, Jyrkämä 2001, Rantamaa 2001, Ilmarinen 2006.

Ikäkausi	Vaikuttavia tekijöitä
Biologinen ikä	<ul style="list-style-type: none"> – liittyy fyysiisiin ja fysiologisiin muutoksiin – vanhenemismuutokset ovat suurelta osin hitaita ja näkymättömiä – arvioidaan toimintakyvyn, kunnon ja ulkonäön perusteella <p>Perusteet erilaiset miehillä ja naisilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pojilla ja miehillä tärkeitä: koko, pituus ja paino – tytöillä ja naisilla: korostuu pituus ja vartalon muotojen naisellisuus, kauneus – vaikuttavat naisten sosiaaliseen asemaan enemmän kuin miehillä
Psykologinen ikä	<ul style="list-style-type: none"> – kehityksellinen ikä – arviointiperusteet pohjautuvat psykometriseen tai aistien toimintaan, kognitiivisiin taitoihin, persoonallisuuden piirteisiin tai käyttäytymiseen – tunteiden hallinnan kehitysvaiheet – vanhenemismuutokset ovat suurelta osin hitaita ja näkymättömiä
Kronologinen ikä	<ul style="list-style-type: none"> – niin sanottu kalenteri-ikä – kuinka monta vuotta on kulunut syntymästä tarkasteluhetkeen – tietty kronologinen ikä vastaa tiettyä fyysistä ja psyykkistä ikää <p>Työelämän mukaan jaoteltu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ikääntyvä 45+ – ikääntynyt 55+ – työelämän jälkeinen ikä, ns. kolmas ikä – vanhuus eli neljäs ikä 80-85, jossa luopuminen tehtävistä voi olla aktiivista omaehtoista luopumista tai passiivista luopumista
Sosiaalinen ikä	<ul style="list-style-type: none"> – voidaan lähestyä ikäroolien ja ikänormien näkökulmasta – liittyy elämän katkos- ja murroskohtiin – henkilön asema ja tulkinta muuttavat sitä <p>Ikäkerrostumat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vaihe: riippuvuus, sosiaalistuminen, koulutus 2. vaihe, aikuisuus: kypsyminen, ansiotyö, perhe, ura, vastuu riippuvuussuhteessa olevista, valmistautuminen itsensä toteuttamiseen 3. vaihe, itsensä toteuttaminen: vapautuminen toisen vaiheen huolista, "elämän kruunu" 4. vaihe, lopullinen riippuvuus, voimattomuus ja kuolema <p>Persoonallinen ikä:</p> <ul style="list-style-type: none"> – liittyy yksilön elämässään asettamiin tavoitteisiin ja niiden saavuttamiseen – miten ihminen kokee omassa elämässään edenneensä <p>Subjekttiivinen ikä: filosofinen, eksistentiaalinen kokemus itsestä ja iästä</p> <p>Kokemuksellinen ikä:</p> <ul style="list-style-type: none"> – jonka ikäinen tuntee olevansa (feel-age) – jonka ikäiseltä omasta mielestään näyttää (look-age) – joka liittyy arvioon suoritua erilaisista tehtävistä (do-age) – joka määrittelee kiinnostuksen kohteita (interest-age)

riippuvuussuhteessa olevista vanhemmista ja nuorista, kuuluminen tuottaviin organisaitioihin ja alistuminen niiden valtaan, itsenä toteuttaminen sekä valmistautuminen täyteen itsensä toteuttamiseen. Kolmanteen vaiheeseen kuuluvat autonomia ja itsensä toteuttaminen, vapautuminen toisen vaiheen huolista, pyrkiminen vapaasti valittuihin toiveisiin, kulttuurinen toiminta ja tyydytys eli niin sanottu Elämän kruunu. Neljännessä vaiheessa tulee riippuvuus, voimattomuus ja kuolema. (Laslett 1996; Väyrynen 2003, 24–25.) Tätä neljännettä vaihetta elävät vanhuksset ovat oman tutkimukseni vanhuspalvelun asiakkaat.

Ikävaiheiden järjestyksen ei tarvitse olla sidottuja ikään eikä saavutusten ajankohtaan. Henkilö voi elää kolmatta vaihetta samanaikaisesti toisen elämänvaiheen kanssa, jos hän on saavuttanut asettamansa huiput ja perhetilanne on vakiintunut. Kolmatta vaihetta voi elää jopa ensimmäistä vaihetta elävä menestyvä urheilija tai artisti, jonka huippuvuodet ajoittuvat nuoruuteen. (Laslett 1996.) Tästä meillä on hyvänä esimerkkinä menneiden vuosien mäkihyppääjät, jotka olivat lajinsa maailman huipulla sangen nuorina.

Kolmannen ikävaiheen merkityksellisyyttä ikääntyville osoittaa myös Fogelholmin ym. (2013, 13) tekemä seurantatutkimus vuosina 2002–2012. Siinä havaittiin, että eläkeiän alussa eletään aktiivista aikaa harrastaen vanhaa ja uutta, oppien ja opiskellen, matkustellen ja viettäen sosiaalista elämää. Tutkijat pitävät ilmeisenä, että hyvin monelle ja erityisesti fyysisesti ja henkisesti raskasta työtä tehneille, kolmas ikä on upeimpia elämänvaiheita. Edessä koetaan olevan mahdollisuuksia, hieman kuten nuoruudessa.

Irttaantuminen jostakin ja eläköityminen eivät tuo mukanaan pelkästään vapaa-aikaa, kuten Turner (1989, 598–600) toteaa pohtiessaan eläköitymistä. Se voi ennakoida voimien vähenemistä ja sosiaalisen aseman heikkenemistä. Muun muassa Britanniassa on arvioitu, että eläköitymisen vuoksi tulot vähenevät keskimäärin viisikymmentä prosenttia. USA:ssa on todettu, että sosiaaliseen irttaantumiseen vaikuttavat enemmän ihmisten sairaudet kuin ”luonnollinen” sosiaalinen irttaantuminen esimerkiksi vähentämällä osallistumistaan vapaa-ajan toimintaan. Turner pohtii myös vanhuuteen liittyvää stigmatisoitumista sosiaalisen vaihdon ja vastavuoroisuuden kautta. Siinä sosiaalista vuorovaikutusta voidaan pitää loputtomana vaihtona, mikä luo vastavuoroisuuden normin. Tämän paradigman perusteella riippuvuus on sosiaalisesti hyväksyttävää vain silloin, kun palautus on liitettävissä aiempaan tai tulevaisuudessa tapahtuvaan vaihtoon. Vastavuoroisuuden puuttumisella on merkittävä sosiaalinen ja moraalinen vaikutus palveluista riippuvien henkilöiden, perheiden ja ryhmien statukseen. Näissä yhteyksissä sosiaalisen vaihdon puuttuminen on perusselitys stigmalle, joka liitetään hyväntekeväisyyden, verotusetujen tai sosiaalisen hyvinvoinnin saajiin. Riippuvuus voi aiheutua pitkittyneestä työttömyydestä, äärimmäisestä köyhyydestä ja elämän pituisesta vammaisuudesta. Tähän liittyvät eläkeläiset, jotka ovat riippuvaisia hyvinvoinnista ja jotka joutuvat kilpailemaan muun muassa sosiaalietuuksista työttömien nuorten kanssa. Vanhusten osalta stigma voi ilmetä kielenkäytössä viittaamalla vanhuutta toiseen lapsuuteen.

Koskinen (1994, 11) puhuu ageismistä eli ikäsorrosta, jossa vanhuksiksi luokiteltuja kohdellaan huonosti tai säälivästi. Englantilaiset ja yhdysvaltalaiset tutkijat puhuvat säälitävästä tai myönteisestä ageismistä ja toisaalta konfliktipitoisesta tai kielteisestä ageismistä. Säälitävästä ageismistä on kyse, kun kaikki vanhukset nähdään sairaina, köyhinä ja huollon tarpeessa olevina, joille täytyy suunnata ikäspesifisiä palveluja. Kielteinen ikäsorto korostaa puolestaan sitä, että vanhukset ovat taloudellisesti hyvinvoivia ja heillä on enemmän poliittista vaikutusvaltaa yhteiskunnassa. Näistä huolimatta he ovat yhteiskunnalle suuri rasitus esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjinä.

Vanhenemisprosessia säännellään sosiaalisesti ja kulttuurisesti ikänormien kautta, joissa jotakin käyttäytymistapaa pidetään sopivampana tai hyväksyttävänä tietyntyypisille ihmisille. Samoin ikänormit antavat määreitä, mitä ihmisen tulisi tehdä eri-ikäisinä, kuten avioitua tai milloin jotain henkilöä aloitetaan kutsua vanhaksi tai -pojaksi. Näistä huolimatta vanhuus ja vanhana oleminen ovat kokonaisuudessaan ilmiö, jota jatkuvasti toteutetaan, uusinnetaan ja muutetaan. (Jyrkämä 2001, 274–277.) Tätä esittää myös Foner (1996), vaikka hän toteaa ikään liittyvien normien olemassaolon. Hänen mukaansa esimerkiksi opiskelua ei enää liitetä yksistään nuoruuteen, vaan siitä on tullut elinikäistä oppimista. Perheen nuorempien sukupolvien käsitys poikkeaa vanhempien sukupolvien käsityksestä siirtymisestä vanhemmuuteen. Nuorempien sukupolvien avioitumisikä on noussut. Muutokset näkyvät myös symbolisina, kuten ihmisten pukeutumisessa. (Jyrkämä 2001.) Toisaalta vanheneminen ja vanhuuskäsitys ovat historiallisesti muuttuvia ja siten aikaansa sidottuja. Niihin vaikuttavat yhteiskunnan rakenteelliset piirteet, kuten taloudellinen tuotantotapa, väestöllinen kehitys ja keskimääräinen elinajanodote, sukupuolijärjestelmä, luokkajako, uskonnolliset olot, poliittinen järjestelmä, erilaiset yhteiskunnalliset instituutiot sekä näiden yhteisvaikutukset vanhuuskäsityksen muotoutumiseen. (Koskinen 1994, 12.)

Kriisiytyvä huoltosuhde

Suomen väestö vanhenee koko ajan. Tilastokeskuksen (2009) väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee 17 %:sta 27 %:iin vuoteen 2040 mennessä ja 29 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Vastaavasti työikäisten (15–64-vuotiaiden) osuus väestöstä pienee 66 %:sta 58 %:iin vuoteen 2040 ja 56 %:iin vuoteen 2060 mennessä. Työikäisten määrä alkoi vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat tulivat eläkeikään.

Väestön ikääntyminen alkaa näkyä myös huoltosuhteen muutoksena. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja eläkeikäisten määrä 100 työikäistä kohti nousee nopeasti. Vuoden 2008 lopussa huoltosuhde oli 50,3 ja sen ennustetaan nousevan 70,5:seen vuoteen 2026 mennessä. Vuonna 2060 väestöllinen huoltosuhde olisi jo 79,1. (Tilastokeskus 2009.) Tulevaisuutta ajatellen ennusteet ovat huolestuttavia, jos tähän ei löydetä mitään uutta ratkaisua.

Tällä hetkellä 65 vuotta täyttäneitä on reilu miljoona. Heistä suurin osa, lähes miljoona henkilöä, elää arkeaan itsenäisesti. Palveluja säännöllisesti käyttäviä on noin 150 000. Säännöllisiä kotiin annettavia palveluita (kotihoitoa tai omaishoidon tukea) saa noin 95 000 henkilöä. Tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa tai terveyskeskussairaaloissa ympärivuokautista hoitoa saa noin 50 000 henkilöä. 65 vuotta täyttäneen väestön säännöllisten palvelujen kustannuksista 70 % kohdentui ympärivuorokautiseen, 25 % kotihoitoon ja omaishoidon tukeen kolme prosenttia. Kokonaiskustannukset olivat kaikkiaan 4,5 miljardia euroa vuonna 2015. (STM & Kuntaliitto 2017, 10–13.)

STM:n (2013) mukaan laitospaikkoja vähentämällä ja ohjaamalla toimintaa avopalvelujen puolelle voidaan palvelukustannuksissa säästää. STM:n laskelmien perusteella yli 75-vuotiaiden laitoshoidon vähentäminen 4,3 %:sta (vuonna 2011) 2–3 %:iin (vuonna 2017) vähentäisi kustannusten kasvua yli 300 miljoonaa euroa.

Suomi ei ole ollut yksin näiden ongelmien kanssa. Denton ym. (2002) kirjoittavat, kuinka useimmat teollisuusmaat, kuten Kanada, Yhdysvallat, Iso-Britannia, Ruotsi, Saksa, Ranska ja Alankomaat etsivät kustannustehokkaita ratkaisuja kasvaviin terveydenhuoltokustannuksiin ja alijäämärahoitukseen kasvavan vanhusväestön vuoksi. Näissä suunnitelmissa suuntauksena on siirtyä kalliista akuuttihoitoon laitoksista avo- ja kotihoitoon, mikä aiheuttaa huomattavia muutoksia kotihoitoon sektorille.

Tässä sosiaaligerontologiaan kuuluvassa luvussa kohdistin tarkasteluni hoitajien asiakaisiin eli vanhuksiin. Ikääntymisen moninaisuutta kuvastaa se, lähestytäänkö vanhuutta biologisen, psykologisen, kronologisen vai sosiaalisen iän kautta. Noin 80–85 vuoden ikäisenä monella ihmisellä voimat alkavat vähetä ja luopuminen aktiviteeteista alkaa.

Omassa tarkastelussani nostan esille, kuinka yhteiskunta eri osa-alueineen ja toimintatavoin luo puitteet vanhenemiselle ja vanhana olemiselle. Tällä tarkastelulla haluan valaista, kuinka moninaista vanheneminen voi olla yhteiskunnassa. Merkille pantavaa oli, että sosiologisessa tutkimuksessa vanhuus ja vanhukset olivat pitkään marginaalisessa asemassa. Vanhuuteen liittyvien yksilöteorioiden, kuten irtaantumis-, aktiivisuus- ja jatkuvuusteorioiden perusteella voidaan tarkastella, kuinka vanheneva ihminen sopeutuu omaan vanhenemiseen yhteiskunnassa.

Sukupolvet kohtaavat vanhustyössä. Tutkimukseni hoitajien asiakkaat ovat pääasiassa niin sanottua neljättä vaihetta elämässään elävät vanhukset, jotka ovat voimattomia ja riippuvaisia hoidosta. Hoitajat puolestaan kuuluvat pääasiassa ikäkerrostumaan kaksi, johon liittyy muun muassa ansiotyö, perhe ja vastuu riippuvuussuhteessa olevista. Osa hoitajista on jo lähellä kolmatta ikävaihetta, jolloin on vapauduttu toisen vaiheen huolehtimisvelvollisuuksista omassa perheessä ja jolloin aikaa jää itsensä toteuttamiselle.

Luvun lopussa tarkastelin tilastojen valossa kriisiytyvää huoltosuhdetta, kun suuret ikäluokat alkoivat tulla eläkeikään ja samanaikaisesti vanhusten määrä kasvaa, mikä on Suomen lisäksi monen muun maan keskeinen huolenaihe.

2.5 Vanhuspalvelujen vaiheet ja vanhusten asema

Kunnalliskodeista vanhainkodiksi

Kunnalliskodit olivat merkittävässä asemassa vanhuspalvelujen toteuttamisessa. Toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä kunnalliskoteja muutettiin vanhainkodeiksi. (Koskinen 1983, 45–46; Koskinen ym. 1998, 44.) Laitoshuoltoon turvauduttiin lähinnä silloin, kun avohuollon toimenpiteet eivät enää riittäneet (Urponen 1994, 231).

Vanhusten köyhäinhoito oli vielä 1930-luvulla kehittymätöntä. Siitä oli kuitenkin erotettavissa kotiavustus, hoito yksityiskodissa ja laitoshoido, joka saattoi olla hoitoa erityishoitolaitoksessa tai kunnalliskodissa. Kunnalliskotiin otetut olivat ankaran kurin alla. Köyhäinhoidon saaja oli velvollinen alistumaan huoltolautakunnan valvontaan. Laitoshoidossa olevilla henkilöillä oli velvollisuus osallistua heille sopiviin työtehtäviin ja he olivat velvollisia noudattamaan laitosten ohjesääntöjen mukaista järjestystä. Tämän lisäksi huoltolautakunta oli oikeutettu ottamaan haltuunsa hoidettavan omaisuuden ja käyttämään sitä hoitokustannusten kattamiseen. Hoidettava sai pitää vain hartauskirjansa, kihla- ja vihkisormuksensa ja muut pienemmät tarvikkeensa. Tästä johtuen laitoshoido oli vielä 1930-luvulla viimesijainen ja pelottava vaihtoehto, johon kukaan ei halunnut siirtyä. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 155–156.)

Köyhäinhoito oli viimeinen keino, jossa puutteeseen joutunutta henkilöä autettiin julkisen vallan taholta. Köyhäinhoitolain mukaan lasten tuli varojensa mukaan ja tarpeen vaatiessa elättää vanhempiansa. Vielä vuonna 1956 huoltoapulain tullessa voimaan oli ehdollinen elatusvelvollisuus, jonka mukaan jokainen oli velvollinen tarvittaessa huolehtimaan vanhemmistaan kykyjensä mukaan. (Emt., 152–153.) Vuonna 1970 laista poistettiin lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan (Salanko-Vuorela ym. 2006) ja vuonna 1977 puolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus (Ala-Nikkola 2003, 18; Salanko-Vuorela ym. 2006).

Sodan jälkeinen kaupungistuminen vaikutti vanhusten hoivaan

Vanhusten hoiva nousi yhteiskunnalliseksi kysymykseksi toisen maailmansodan jälkeen, kun ihmisten elinikä nousi ja vanhusten määrä kasvoi. Samanaikaisesti naiset lähtivät töihin kodin ulkopuolelle, asuntopulan vuoksi oli hankala saada omaa asuntoa ja inflaatio söi säästöt. (Satka 1994.) Yhteiskunta alkoi kaupungistua 1960-luvulla. Naisten mennessä töihin kodin ulkopuolelle heitä oli vähemmän huolehtimassa iäkkäitä omaisia kotona. (Wrede & Henriksson 2004, 210.) Universaaliin arvoihin nojaavassa hyvinvointivaltiossa vanhuksista huolehtimista ei enää pidetty lasten velvollisuutena, vaan vanhuksille järjestettäviä julkisia palveluita ohjasi yksilön sosiaalisia oikeuksia korostava arvopohja. (Paasivaara 2002; Wrede & Henriksson 2004, 210.)

Palveluja tuli tarjota kansalaisen kriteerit täyttävälle ikään ja sukupuoleen katsomatta, mikä pohjautui keynesiläiseen talouspoliittiseen ajatteluun. Sosiaalipolitiikalla tähdättiin talouden tukemiseen, mutta ylimmäksi päämääräksi kirjattiin ”kansalaisten paras”. (Kuusi 1963; Satka 1994, 304.) Vanhusten suuri avun tarve näkyi muun muassa siinä, että jo 1960-luvun alkupuolella noin kaksi viidesosaa kaikesta kodinhoitoavusta annettiin vanhuksille (Satka 1994, 323).

Kansalaisten omavastuu korostui laman myötä

Hyvinvointivaltio joutui 1970-luvulta lähtien arvostelun kohteeksi liiallisen byrokratian, tehottomuuden, kansalaisten riippuvuuden lisäämisen ja passiivisen holhoamisen vuoksi. Taloustilanteen heiketessä levisi angloamerikkalainen uusliberalismi, joka korosti kansalaisten omaa velvollisuutta ja vastuuta sosiaalisten ongelmien ratkaisuisa. (Koskinen ym. 1998, 155.) Molander (2014, 38) pitää murroskautena 1970-luvuun öljykriisiä, joka vaikutti kansantaloudelliseen ajatteluun. Sen jälkeen siirryttiin vähitellen hyvinvointivaltiosta ”kilpailuvaltioon.” Hoitolaitoksista tuli tulosyksiköitä. Samanaikaisesti henkilökunnalta alettiin vaatia ammattiosaamisen lisäksi tehokkuus-, säästö-, ja kustannusvastuuta avun tarvitsijoihin kohdistuvan yksilökeskeisen ajattelun rinnalle ja näiden ristipaineiden sie-tämistä.

Sipilä (2006) näkee, että kilpailuvaltiota rakennettaessa hyvinvointipolitiikkaa on pidetty ongelmana. Tavoitteena on ollut julkisen sektorin vähentäminen ja yksityisen lisääminen, mitä on perusteltu julkisen sektorin tuottavuuden hitaammalla kehityksellä. Sairaat ja vanhuksot ovat jääneet häviäjiksi, kun politiikka on painottanut kilpailukykyä ja investointia ihmisiin. Sipilä (2005, 14) onkin pohtinut, onko kilpailuvaltio enää kiinnostunut vanhuudesta ja sairaudesta. Hän ei allekirjoita yleisesti esitettyä väitettä, että talous vastaa tuotannosta ja sosiaalipolitiikka jakaisi tuotannon tuloksia kulutettavaksi. Perusteluina tälle hän esittää sen, ettei talous toimi ilman ihmisiä ja heidän toimintakykyään. Hyvinvointiyhteiskunta on se järjestelmä, joka tukee perheitä toimintakykyisten ihmisten kasvattamiseksi. Sosiaalipolitiikka on järjestelmä, joka pitää huolta ihmisten toimintakyvystä, järjestää perushuolenpidon vammaisille ja vanhuksille antaen siten lupauksen yhteisyydestä. Sipilä näkee, että demokratia ja markkinatalous elävät vakaassa ja pitkäaikaisessa parisuhteessa. Molemmat lisäävät toistensa todennäköisyyttä ja tukevat toisen kehitystä. Samoin molemmat kasvattavat luottamusta tuntemattomiin ihmisiin, mitä Sipilä pitää hyvinvointivaltion syntyminen edellytyksenä.

Paasivaara (2002, 138–155) käsitteli, kuinka 1970-luvulta lähtien vanhuspalveluissa kustannustietoisen ajattelun ohella voimistui yksilökeskeinen ajattelu. Paasivaara on nimenmyt aikakauden 1970-1990 elävöittäminen jaksoksi, jolloin yleiset humanistiset ja individualistiset arvot voimistuivat yhteiskunnassa. Vanhusten hoitoa ei enää nähty persoonattomana kollektiivisena tehtävänä. Vanhus nähtiin itsenäisenä, tasavertaisena ja toimivana subjektina. Vanhusten hoitoon tuli mukaan henkinen huolto, johon kytkeytyi myös fyysinen kuntoutus. Vuorovaikutusta vanhusten kanssa edistettiin. Hoitajien jatkuvaa kouluttautumista pidettiin välttämättömänä ammatillisten tietojen ja taitojen ylläpitämiseksi. Liitteessä 1 on Paasivaaran laatima kiteytys suomalaisten vanhuspalvelujen kehittymisestä 1930-luvulta 2000-luvulle saakka.

Laitoshoitopaikkojen määrä pysyi korkeana aina 1980-luvulle saakka, jolloin niitä aloitettiin purkaa. Samalla ovet avautuivat yksityisille hoivapalveluille. Laitoshuolto nähtiin yhtenä palvelutyypinä muiden palvelujen joukossa. Avo- ja laitoshuollon toimenpiteet eivät olleet enää toistensa vaihtoehtoja, vaan toisiaan täydentäviä palveluja ihmisten vaihtelevien

tarpeiden mukaan. Samalla avautui mahdollisuus ostopalveluina hankittaville yksityiselle sosiaaliselle työlle. (Satka 1994.)

Samanaikaisesti vanhusten hoivatyössä oli useita toimijoita. Sosiaalitoimi vastasi vanhusten kotipalvelusta ja laitoshoidosta, kun taas vanhusten kotisairaanhoido kuuluu vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain mukaan terveyskeskuksille. Kotihoitosairaanhoido huolehti pitkäaikaissairaiden kotona tehtävistä yksinkertaisista hoitotoimenpiteistä, kun taas sairaimmat hoidettiin terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Oikeus kotipalveluun muotoiltiin vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa. Tämän seurauksena lähes puolet 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä kuului kotipalvelun piiriin 1980-luvun lopulla. (Wrede & Henriksson 2004, 210–211.)

Tedren (1999) mukaan jo 1980-luvulla alkaneessa vanhusten hoivaa koskevassa keskustelussa korostui avohuoltoretoriikka ja -politiikka, mikä kehityssuunta oli havaittavissa koko EU:n alueella. Erityisesti 1990-luvulla voimistunutta keskustelua käytiin julkisen sektorin ja muiden toimijoiden välisestä työnjaosta. Keskustelua käytiin valtion vastuun uudelleen määrittämisestä ja siitä, kuinka ihmisten itsensä, yksityisten yritysten ja kansalaisyhteiskuntien tulee ottaa aiempaa suurempaa roolia ja vastuuta vanhusten hoivan järjestämisestä. Sen seurauksena muun muassa kotipalvelusta poistettiin siivous. Laitoshuollon purkaminen avohuollosi johti siihen, että kotipalvelun piiriin tuli vanhuksia, jotka aiemmin olisivat olleet sairaaloiden vuodeosastolla. Asiakkaini tuli vanhuksia, jotka eivät pystyneet enää omin avuin nousemaan vuoteesta, eivät syömään eikä käymään vessassa. Kotiin toimitettava hoiva muuttui entistä intiimimmäksi hoivaksi.

Yhdistetty kotihoito

Uusliberalistinen ajattelu korosti julkisen palvelutoiminnan tehostamista, jonka seurauksena vanhusten avohuollossa yhdistettiin kotipalvelu ja -sairaanhoido. Hoivayritysten, järjestöjen ja omaisten roolia vanhusten hoidossa on kehitetty monimuuttujamallin mukaisesti, jossa kunnalliset palvelut jäävät viime käden vaihtoehdoksi, johon ovat oikeutettuja vain iäkkäimmät ja sairaimmat vanhuksset. (Wrede & Henriksson 2004, 211.)

Paasivaara (2002, 152–155) nimessä 1990-luvulla alkaneen kehitysvaiheen tasapainoillevaksi hoitotyöksi. Hoidon tuli olla tehokasta ja kustannustietoista. Hoitajista tuli erikoisosaajia. Toimintatapa aiheutti hoitohenkilökunnan stressaantumista. Kiire vaikeutti mahdollisuuksia hoitaa vanhuksia niin hyvin kuin hoitaja olisi halunnut tehdä. Samalla kiinnitettiin huomiota vanhuksen ja hoitajan kohtaamiseen ja yhdessä tekemiseen. Kunnallisella tasolla päätöksenteko voimistui. Uusia toimintavaihtoehtoja työstettiin. Käyttöön tuli omavalvonta ja -vastuu. Vanhainkodista alkoi tulla monitoimitalomaisia ja niissä pyrittiin panostamaan hoidon laatuun.

Vuoden 1993 alussa sosiaalipalvelujen valtionohjaus siirtyi kunnille (Satka 1994, 331). Saman vuosikymmenen alkupuolelle ajoittui myös suuri lama, jolloin kunnat joutuivat rahoituskriisiin. Kotipalvelun resurssija leikattiin noin 40 %, vaikka valtakunnalliseksi

tavoitteeksi oli esitetty vanhusten avohuollon kehittäminen. (Vaarama ym. 2001; Wrede & Henriksson 2004, 210–211.) Keskusjohtoisen toimintamallin purkamisen tausta oli kunnallisten palvelujen tehokkuuden lisääminen, johon nojaten poliittiset päättäjät suosivat yli sektoreiden menevää kotihoitoa, joka yhdisti sosiaalisen ja lääketieteellisen hoidon. (Henriksson & Wrede 2008, 136–137.) Näiden palvelujen yhdistäminen aloitettiin kokeiluluontoisesti vuonna 2005 (Finlex 2010). Käytännössä kotihoidon palvelutasoksi määriteltiin vain perushoito, johon kuuluu lääkehuollon, sairaanhoidon, ravinnon ja hygienian turvaaminen (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 8). Tukipalvelut, kuten ateriapalvelu, siivous, kylvytys ja kuljetuspalvelut, täydentävät kotihoitoa.

Kodinhoitajien tarjoamasta kodinhoidosta siirryttiin lähihoitajien asiakkaiden kodissa tarjoamaan hoitoon, jossa sairaanhoidolliset tarpeet painottuvat enemmän kuin sosiaaliset tarpeet. Muutos tehtiin, vaikka palvelun käyttäjät yleisesti vastustivat kodinhoitoavun lakkauttamista. (Kröger 2009a, 105–106.) On myös todettu, että kodilla ja kodin siisteydellä on vaikutusta vanhojen ihmisten identiteettiin, elämänlaatuun ja hyvinvointiin. (Voutilainen ym. 2007; Evertsson & Johansson 2008, 170; Kröger 2009a, 106.)

Sosiaali- ja terveystalouden yhdistäminen yhteiseksi kotihoidoksi ei tapahtunut ongelmitta. Sektoreiden toimintakulttuuri, organisoitavat ja esimerkiksi asiakasmaksujärjestelmät erosivat toisistaan. Lisäksi ne olivat erilaisten ammattien toimintakenttiä. Lisääntyvien kustannuspaineiden vuoksi kumpikin sektori pyrki karsimaan sellaisia toimintoja, joita ei katsottu kuuluvaksi omaan vastuualueeseen, vaan jotka voitiin määritellä oman vastualueen ulkopuolelle. Oli tilanteita, joissa sairaalat kotiuttivat iäkkäitä potilaita aiempaa nopeammin, mikä kotihoidon näkökulmasta usein tapahtui ennakoimattomasti. (Voutilainen ym. 2007, 170; Kröger 2009a, 105.)

Hoivan tuottamiseen osallistuu useita toimijatahoja ja ammattiryhmiä. Kröger (2009a, 99) analysoi, kuinka toiminta-alueiden rajaaminen tavalla tai toisella on näkynyt niin hoivapalvelujen organisoinnissa kuin hoivan arjessa. Työnjaolliset rajalinjat ovat aikansa tuotteita, mistä johtuen ne ovat jatkuvassa muutoksessa. Muutokset eivät kuitenkaan ole irrallaan menneestä, vaan niitä leimaa muun sosiaalipolitiikan tavoin tukeutuminen menneisyydestä omaksuttuihin linjauksiin ja toimintamalleihin polkuriippuvuuden tavoin, jossa aikanaan syntyneet rajalinjat vaikuttavat hoivan eri toimijoiden välillä nykyhetken hoivapolitiikassa ja tekevät tietyistä toimintavaihtoehdoista toisia mahdollisimpia tai mahdollisempia.

Terveystalouden on todettu ohjaavan merkittävästi sosiaalipalvelujen toteutumista. Esimerkiksi sairaalasta kotiutettavilla vanhuksilla oli käytännössä etuoikeus sekä laitostettua kotihoitoon. Tämän seurauksena lääketieteelliset perustelut ohjasivat sosiaalitoimen tarjoamien hoivapalvelujen tarvearviointia ja myöntämistä. Usein tämä johti siihen, että vanhuksen oli lähes mahdotonta päästä sosiaalipalvelujen piiriin ilman sairaalajaksoa. (Ala-Nikkola 2003, 56–59; Kröger 2009a, 105.) Tästä johtuen apua vaille saattoi jäädä sellaisia ikääntyneitä ihmisiä, jotka eivät tarvitse sairaanhoitoa, vaan he olisivat tarvinneet perinteistä kotipalvelua eli tukea päivittäisessä selviytymisessä. Kaiken kaikkiaan vanhus-

ten sosiaalipalvelusta muotoutui terveydenhuollon tukipalvelu, jossa palvelutarpeen määrittelyä ja palvelujen tarjoamista ohjasivat arkielämän tarpeiden asemesta lääketieteelliset ja sairaanhoidolliset tavoitteet. (Vaarama, Voutilainen & Kauppinen 2004, 55; Wrede & Henriksson 2004; Kröger 2009a, 105.)

Kotihoidossa mahdollisimman pitkään

Suomessa vanhuspalvelujen kehittämistavoitteena on vähentää laitoshoidoa ja tukea ikäihmisten kotona asumista. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2008, 30) esitti tavoitteeksi, että jo vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä: yli 90 % asuu kotona, 13–14 % on säännöllisen kotihoidon piirissä, 5–6 % on tehostetun palveluasumisen piirissä, 5–6 % saa omaishoidon tukea ja 3 % on hoidossa vanhainkodissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastolla.

Myös 1.7.2013 voimaan tullessa vanhuspalvelulaissa *Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* (980/2012) korostetaan kotihoidon merkitystä. Palvelut on sovittava sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloistakin palvelutarvetta. Pitkäaikainen iäkkään henkilön laitoshoido tulee kysymykseen vain silloin, jos siihen on lääketieteelliset tai asiakasturvallisuuteen liittyvät perusteet. Iäkkäälle tehdään kokonaisvaltainen palvelutarpeen kartoitus. Lain mukaan toimintayksikössä olevan henkilön on saatava tarvitsemaansa huolenpitoa vuorokaudesta riippumatta ja henkilökuntaa on oltava riittävästi kaikkina vuorokauden aikana. (Finlex 2012.)

Kotihoidon myötä kasvoi myös omaishoitajien merkitys (Henriksson & Wrede 2008, 136–137). Vaarama ja Noro (2005) kuitenkin huomauttavat, että vain murto-osa omaishoitajista sai omaishoidon tukea. Vuonna 1998 kaikkiaan 136 000 yli 60-vuotiasta sai apua vain omaisilta, vaikka he olivat jatkuvan avun tarpeessa. Noin puolet sai apua omalta puolisolta ja noin kaksi viidesosaa omilta lapsilta. Tikkasen (2016, 14) mukaan Suomessa oli vuonna 2014 noin 24 000 yli 65-vuotiasta omaishoidon tuen sopimuksen tehnyttä omaishoitajaa. Omaishoitotukea saavien määrä oli pysynyt lähes samansuuruisena mitä se oli ollut vuonna 2010, vaikka vanhusten määrä on kasvanut (Juntunen & Salminen 2011, 3). Tämän lisäksi on paljon ihmisiä, jotka hoitavat läheisiään julkisen palvelujärjestelmän tukena. Fennell ym. (1988, 173) kumoavat myytin, että nykyisin ihmiset hoivaisivat aiempaa vähemmän vanhoja sukulaisiaan. Sen osalta on jatkuvuutta ja jatkumattomuutta. Kirjoittajat kuitenkin painottavat, että tulevaisuudessa emme voi nojautua vanhoihin tapoihin ja kotitalouksien rakenteisiin vanhusten hoivan osalta. Siinä on otettava huomioon, että erilaiset asenteet ja näkökulmat vaikuttavat muuttuvissa olosuhteissa ihmisten käyttäytymisen prioriteetteihin ja malleihin.

Tällä hetkellä vanhusten hoivaa tuottavia asumispalveluja on eri nimikkeellä. Lith (2012, 7) määrittelee palveluasumisen avohuoltoon kuuluvan kotipalvelun ja laitoshoidon välimuotona heille, jotka tarvitsevat asumisessaan päivittäin ulkopuolista apua. Palve-

luasumista voi olla ryhmä- ja palvelukodissa tai palvelutalossa, jossa asukkaalla on käytössä oma asunto. Tavallisessa palveluasumisessa (palvelutaloissa) asukas käyttää asumista tukevia palveluja tarpeensa mukaan. Asumista tukevia yksilöllisiä palveluja ovat esimerkiksi hoito- ja hoivapalvelut, terveydenhoito, kuntoutus, kodinhoitoapu, ateriapalvelu, henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvät palvelut, turvapalvelut ja avustaminen muissa arkiaskareissa. Palvelutaloissa ei ole henkilökuntaa öisin. Kun asukkaan kunto on huonompi ja hoidon tarve on suurempi, kysymykseen tulee tehostettu tai tuettu palveluasuminen, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden.

Tällä vuosituhannella on yksityisen ja julkisen palvelutuottajien yhteistoiminta arkipäivää. Palvelujen hankinnassa on käytössä myös niin sanottu PPP-malli (public-private-partnership). Tällaisessa mallissa sekä julkinen että yksityinen toimija sitoutuvat tietyn ajaksi kehittämään hyödykkeitä tai palveluita jakaen keskenään toteutukseen liittyvät kustannukset, riskit ja tulot. PPP-malleissa molemmat toimijat tuovat yhteistyösuhteeseen joko fyysisiä tai aineettomia resurssiaan. Siinä korostuvat erityisesti kumppanuusajattelu sekä pitkän aikavälin hyödyt. (Hämäläisen ym. 2013b, 24–25.)

Myös kolmannella sektorilla toimii vanhuspalveluluihin ja vanhusten asioiden eteenpäin viemiseen erikoistuneita järjestöjä. Kirkon järjestämä diakoniatyötä kuuluu kolmannen sektorin ryhmään. Sen keskittyminen kotisairaanhoidon jäi historiaan 1970-luvulla. Nykyisin kirkon diakonia on keskittynyt henkiseen ja hengelliseen tukeen. (Pyykkö 2004, 114, 137.)

Hoitajamitoitus ja sote-uudistus

Hoitajamitoituksesta on käyty pitkään kovaa väantöä eri toimijoiden kesken. Hallitus oli jossakin vaiheessa esittämässä vähimmäishoitajamääräksi 0,4 hoitajaa yhtä hoidettavaa kohti (YLE 2015a). Uudistetussa laatusuosituksessa vuosille 2017–2019 vähimmäismitoitus säilyi 0,5:ssä tehostetussa palveluasumisessa, mutta suosituksen mukaan iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuvaan henkilöstömäärään voidaan sisällyttää muita työntekijäryhmiä sekä ottaa huomioon esimerkiksi iäkkäiden turvallisuutta lisäävää ja henkilöstön työn määrään vaikuttavaa teknologiaa. (STM 2016; STM & Kuntaliitto 2017, 22.) Lisäksi uutena ohjausmuotona vanhuspalvelulain ja laatusuosituksen ohella toimii hallituksen kärkihanke *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa*, joka osaltaan toimeenpanee uudistetun laatusuosituksen sisältöjä. (STM & Kuntaliitto 2017, 8.)

Kunnilla on ollut keskeinen rooli hyvinvointipalvelujen toteuttajina. Ne ovat pitkälti voineet määrittää oman hoivapolitiikkansa. Lisääntynyt kuntien autonomia yhdistettynä niiden taloudellisiin ongelmiin johti kuntien eriytymiseen. Kun kunnat saivat vapaammin päättää omista palveluista, tapahtui kuntien jakautumista rikkaisiin ja köyhiin kuntiin sekä alueelliseen ja kuntakohtaiseen eriarvoisuuteen palveluissa. (Kalliola & Nakari 2010, 140.) Kuntien erilainen hoivapolitiikka on vaikuttanut muun muassa siihen, mitä

hoivapalveluja asukkailla on ollut saatavilla. Erityisesti tämä on kohdistunut sellaisten palvelujen saatavuuteen, joihin käyttäjillä ei ole ollut vahvoja juridisia oikeuksia, kuten on subjektiivinen oikeus lasten päivähoitoon. Käytännössä kunnat ovat varanneet tietyt resurssit ja kohdistaneet tarjoamansa palvelut niitä eniten tarvitseville. Käytännössä tämä on saattanut johtaa sangen mielivaltaiseen tilanteeseen. Esimerkiksi uusien omaishoidon tukipäätösten tekeminen on saatettu lopettaa kesken kauden, mikäli kunnan talousarviovuodelle alun perin varaama määräraha on käytetty loppuun. Kunnat ovat voineet päättää, kenelle se vanhuspalvelunsa kohdistavat ja ketkä jäävät siitä ilman. Näiden lisäksi kuntien välillä on ollut eroja käytettävien kriteerien ja palvelujen suhteen. (Kröger 2009a, 102–103.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksen eli niin sanotun sote-uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, lisätä valinnanvapautta, turvata peruspalvelut koko maassa ja hillitä kustannuksia. Suomessa on noin 200 erilaista kunnallista organisaatiota, joilla on ollut järjestämis- ja tuottamismäärärahat sote-palveluista. Kunnat itse ovat saaneet päättää, kuinka paljon ne käyttävät rahaa sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tulevaisuudessa niiden järjestämismäärärahat siirtyvät vaaleilla valittaville 18 maakunnalle. Kuntien menoissa on ollut huomattavia eroja (2300–5500 euroa/asukas) sosiaalipalvelujen tuottamisessa. Pienemmät kustannukset saattavat olla merkki tehokkaasti hoidetuista palveluista tai sitä, ettei palveluja ole tarjottu yhtä kattavasti kuin toisaalla. (STM 2014.) Sote-uudistuksen sisällöstä ja sen vaikutuksista on käyty vilkasta keskustelua puolesta ja vastaan. On kritisoitu sitä, kuinka palvelut toteutetaan itsehallintoalueiden reuna-alueilla. Samoin kysymyksiä on herättänyt se, kuinka pienet vanhusten hoivapalveluyrittäjät pärjäävät jatkossa isoille hoiva-alan yrittäjille ja mitä palveluja jää julkisen rahoituksen tuottamiksi palveluiksi.

Etiikka vanhustyössä

Vanhusten hoitoon eettiset kysymykset koskettavat kiinteästi hoitajien arkista työtä. Tar kastelen näitä eettisiä kysymyksiä yleisellä tasolla ja teknologian käytön näkökulmasta. Jyrkämä (2015, 35–40) on lähestynyt vanhustyön liittyviä eettisiä kysymyksiä pohtimalla arvokkuus-käsitteen tulkinnallisuutta ja esiintymistä vanhuspalvelulaissa. Pohdinnan innoittajana hänellä on yhteiskunnallinen tavoite, jonka mukaan vanhusten hoivassa lisätään vanhusten kotihoitoa ja vähennetään laitoshoidon määrää. Arvokkuus liitetään usein vanhuuteen. Aiheellisesti Jyrkämä kysyy, liittyykö vanhuuden yhteydessä esille otettu arvokkuus siihen, että vanhuus olisi lähtökohtaisesti ei-arvokasta, jolloin tarvitaan vanhuuden arvokkuuden korostamista. Onko tuolloin kyseessä yleiset vanhuus- ja vanhuskäsitykset? Ovatko ne seurausta vanhuuteen liittyvien arvokkuus- ja eettisyysvaateiden noudattamisesta vai pyritäänkö ylhäältäpäin tulevalle arvokkuuden korostamisella irtaantua ikäihmisiin kohdistusvasta ikäystyrjinnästä?

Jyrkämä (2015) hakee vastauksia kysymyksiin etiikasta. Vanhustenhoidossa yleisesti hyväksytyjä periaatteita ovat hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, itsemääräämisoikeuden ylläpitäminen, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden turvaaminen, ihmisiin

kohdistuva kunnioitus sekä arvokkuuden ja ihmisarvon tunnustaminen. Käsitteiden tulokinnallisuuden helpottamiseksi Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on laatinut suositukset *Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta* (ETENE 2011) sekä *Vanhuus ja hoidon etiikka* (ETENE 2008). Kuten Jyrkämä korostaa, etiikka ei ole kokoelma sääntöjä, vaan se on arkipäiväinen, jatkuva ja tilannesidonnainen prosessi. Hän tuo havainnollisesti esille käytännön tilanteita, joissa joudutaan pohtimaan eettisten näkökohtien toteutumista: Miten saadaan varmistettua vanhusten asianmukaiset hoito- ja palvelusetjut oikea-aikaisesti ja mahdollisuuksien mukaan myös ennakkoidusti? Millaisissa tilanteissa kotona asumisen pitkittyminen ei enää merkitse hyvän tekemistä ja pahan välttämistä? Pohdittavana on myös, milloin itsemääräämisoikeutta ei enää ole, milloin tilanne muuttuu epäkunnioittavaksi, epäarvokkaaksi ja nöyryyttäväksi. Erityisen ongelmallisia tässä suhteessa ovat toimintakyvyltään heikentyneet ja dementoituneet yksinasuvat vanhukset, vanhuspalvelujen maksukykyyn liittyvä eriarvoisuus ja omaishoitajuuteen liittyvä ylikuormitus niin hoidettavan kuin hoitajan osalta ja työntekijöiden nöyryyttäminen. Monen kannalta yksi tärkeimmistä kysymistä on, miten määritellään kotihoidon riittämättömyys. Voidaanko kriteereinä pitää sitä, että ulko-ovi on pakko sulkea, vanhuksella on kyvyttömyys huolehtia henkilökohtaisesta hygieniastaan, totaalinen liikkumattomuus, tietämättömyys siitä missä ollaan, kyvyttömyys reflektoida omaa tilaansa ja tilannetta tai toimintamahdollisuuksien tyypistyminen?

Molander (2015, 33–34) esittää, kuinka hoivatyöntekijät joutuvat työssään erilaisten eettisten kysymysten eteen. Molander puhuu eettisestä kuormituksesta. Sillä hän viittaa työntekijöiden suorasti tai epäsuorasti ilmaistuun huolenaiheeseen siitä, tekivätkö he työssään oikeita ratkaisuja ja toimivatko oikein. Lisäksi siihen luetaan kuuluvaksi työntekijöiden tunnontuskat, kun he epäilevät tehneensä tai toimineensa tavoilla, joita he eivät pidä oikeina tai parhaana mahdollisena hoidettavan kannalta. Moraalisella stressillä viitataan olosuhteisiin, joissa institutionaaliset ja organisatoriset tekijät estävät työntekijöitä toimimasta arvojensa mukaisesti. Moraalista ja eettistä stressiä on käytetty myös rinnakkaisina käsitteinä

Vanhustyöhön liittyvät eettiset kysymykset nousivat taas kerran julkisen keskustelun aiheeksi, kun Valviran (2016) teettämä tutkimus *Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana* julkistettiin. Tulokset osoittivat, että suurin osa työntekijöistä oli havainnut jonkinlaista kaltoinkohtelua. Asukkaiden oikeus hyvään kohteluun ei toteutunut kaikissa yksiköissä. Yleisimmin havaittuja kaltoinkohtelun muotoja olivat ulkoilun laiminlyönti, karkea, epäasiallinen tai lapsenomainen kielenkäyttö sekä määrääminen, rankaiseminen ja moittiminen. Harvinaisimpia kaltoinkohtelutilanteita olivat seksuaalinen häirintä ja hyväksikäyttö sekä lääkkeiden, rahan tai tavaroiden anastaminen.

Useimmin kaltoinkohtelijana oli toinen työntekijä tai/ja toinen asukas. Tutkimus kuitenkin osoitti, että kaltoinkohtelun havainneiden suuresta määrästä huolimatta vanhus- ja vanhustyötoimi toimi pääosin hyvin ja suuri osa kaltoinkohtelutapausten taustalla oli kuitenkin lievemästä päästä.

Kaltoinkohtelun riskiä lisäsivät kiire, henkilöresurssien puute ja yksikön koko. Suurissa yksiköissä kaltoinkohtelua esiintyi enemmän kuin pienissä yksiköissä. Lisäksi tutkimuksesta ilmeni, että vanhusten hoitoyksiköissä oli laajasti puutteita omavalvonnassa, ilmoitusvelvollisuuden toteutumisessa, riskinarvioinnissa, kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja tilanteisiin puuttumisessa.

Kaltoinkohtelu määritellään luottamuksellisessa suhteessa tapahtuvaksi teoksi tai tekemättä jättämiseksi, joka vaarantaa ikäihmisten hyvinvointia, turvallisuutta tai terveyttä. Sitä voi esiintyä läheisessä ihmissuhteissa, laitoshoidossa ja asumispalveluissa asukkaiden välillä sekä omaisten tai henkilökunnan taholta. Valviran (2016, 6) mukaisesti

Kaltoinkohtelu voi olla fyysistä väkivaltaa, psyykkistä tai sosiaalista kaltoinkohtelua, seksuaalista tai taloudellista hyväksikäyttöä, hoidon ja avun laiminlyöntiä tai muuta oikeuksien rajoittamista ja loukkaamista sekä ikäihmisen ihmisarvoa alentavaa kohtelua. Psyykkinen ja sosiaalinen kaltoinkohtelu voi olla sanallista: määräilyä, moittimista tai rankaisemista tai karkeaa, epäasiallista tai lapsenomaista kielenkäyttöä. Se voi myös olla asukkaan toiveiden ja tahdon huomiotta jättämistä, eristämistä ja yksin jättämistä vastoin asukkaan tahtoa, vähättelyä ja mitätöintiä. Fyysistä kaltoinkohtelua ovat kovakouraisuus hoitotoimenpiteissä, liikkumisen rajoittaminen, pakottaminen tiettyihin toimenpiteisiin ja pahoinpitely. Seksuaalista hyväksikäyttöä on mikä tahansa sellainen seksuaalinen kontakti, johon asukas ei ole halukas tai jota hän ei ymmärrä ja johon hän ei kykene antamaan lupaa.

Lisääntyvä teknologian käyttö tuo mukanaan erilaisia teknologioita kysymyksiä, jotka ovat sangen monimerkityksellisiä eikä niihin ole aina käytettävissä standardiratkaisua. Eettinen dilemma aiheutuu, kun käsissä on kaksi tai useampi ongelman tai tilanteen ratkaisemiseen liittyvää vaihtoehtoa. Ratkaisuvaihtoehtoja pohtiessamme joudutaan puntaroidaan ratkaisun hyviä puolia ja haittoja, jotka saattavat olla hyvinkin ristiriitaisia. (Ikonen & Leikas 2014, 162.)

Teknologian käyttö lisääntyy vanhusten hoivassa teknologian kehittyessä ja hoivaa tarvitsevien vanhusten lisääntyessä (ETENE 2010). Sen merkitys myös korostuu, kun kotona hoidetaan aiempaa useammin toimintakyvyiltään heikentyneitä, raskastakin hoitoa tarvitsevia vanhuksia. Samanaikaisesti hoitoalojen työvoimapula kasvaa. ETENE kuitenkin näkee, että teknologia antaa uusia vastauksia yhteiskunnan lisääntyviin haasteisiin. Samalla se nostaa esille teknologian suunnittelua, soveltamista ja seurauksia koskevia eettisiä kysymyksiä. Eettisten periaatteiden mukaisesti teknologialla pyritään tukemaan hyvää elämää, ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, osallisuutta, inhimillistä hoitoa ja huolenpitoa. Sen käyttöönotossa on otettava huomioon vaikutukset käyttäjien elämään ja henkilöstön työolosuhteisiin. Yksityisyyden tukeminen edellyttää omatoimisen selviytymisen rakentamista mahdollisimman pitkälle henkilön omien kykyjen varaan. Yksityisyyden suojaaminen kattaa ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen intimitetin ja henkilökohtaiset tiedot. Muun muassa erilaisilla turvalaitteilla edistetään vanhusten turvallisuutta ja tuetaan heidän turvallisuuden tunnetta. Turvalaitteiden käytöstä huolimatta edellytetään, että

henkilökohtaista apua on saatavissa, tieto vaaratilanteista välittyä ja auttaja on nopeasti tavoitettavissa. Lisäksi ohjeissa täsmennetään sitä, ettei teknologialla tule korvata ihmisten kasvokkaisia kontakteja, vaikka sosiaalisen median avulla vanhukselle voidaan luoda ja ylläpitää sosiaalisia kontakteja.

Leikas (2008) korostaa itsemääräämisoikeuden ja omien vaikutusmahdollisuuksien tärkeyttä ihmisten hyvinvoinnin kannalta. Periaatteessa ihmisellä tulee olla tietoinen mahdollisuus valita, millaista teknologiaa hän haluaa käyttää. Valinta voi koskea teknologian laatua, määrää ja käyttötarkoitusta. Vanhuksilla itsemääräämisoikeuden ja huolenpidon yhteensovittaminen aiheuttaa usein eettisiä kysymyksiä. Selvimmin ne tulevat esille muistisairaiden kohdalla, joiden sairaus voi estää heitä ymmärtämästä omaa parastaan. Kuten Leikas painottaa, eettisten kysymysten huomioonottaminen tulee olla oleellinen osa ikä- ja teknologian suunnittelussa. Eettiset kysymykset nousevat erityisesti esille teknologioissa, joihin liittyy mahdollisuus valvoa ja tunnistaa käyttäjiä. Mobiiliteknologia, langattomat verkot, jokapaikan tietoteknologia ja läsnä olevat älyratkaisut erilaisine sulautettuine laitteineen mahdollistavat proaktiivisen henkilön monitoroinnin ja vastaamaan siihen ilman henkilön tietoista vuorovaikutusta. Verkkojen ja palvelujen käytöstä kerääntyy paljon suojattavia tunniste- ja henkilötietoja, joissa korostuu yksityisyyden ja kuluttajasuojan turvaaminen.

Tässä luvussa kuvasin sitä kehitystä, minkä suomalainen vanhusten hoiva on käynyt yhteiskunnallisen kehityksen myötä. Varattomien vanhusten hoito oli vielä 1930-luvulla sangen kehittymätöntä. Kunnalliskotiin otetut vanhuksat olivat ankaran kurin alla, mistä johtuen laitoshoidoa pidettiin viimeisenä ja jopa pelottavana vaihtoehtona. Yhteiskunnalliseksi kysymykseksi vanhusten hoito nousi erityisesti toisen maailman sodan jälkeen, kun ihmisten elinikä nousi ja vanhusten määrä kasvoi. Yhteiskunta kaupunkilaistui 1960-luvulla ja naiset lähtivät suuremmissa määrin töihin kodin ulkopuolelle, jolloin heitä oli vähenevässä määrin kotona huolehtimassa omista vanhemmistaan. Muutos näkyi muun muassa siinä, että jo 1960-luvun alkupuolella kotihoitoavusta kaksi viidesosaa annettiin vanhustalouksille. Alkujaanhan kotihoitoapu oli suunnattu lapsiperheiden auttamiseksi.

Taloustilanteen heiketessä 1970-luvulla aloitettiin korostaa kansalaisten omaa velvollisuutta ja vastuuta sosiaalisten ongelmien ratkaisuisissa. Laitospaikkojen määrä pysyi korkeana aina 1980-luvulle saakka, jolloin aloitettiin niiden purkaminen. 1990-luvulle ajoittunut rahoituskriisi vähensi kotipalvelujen resursseja jopa 40 %, mikä vaikutti vanhusten saamaan palveluun ja hoitajien työhön. Ennen kotipalvelussa hoidettiin myös kotia, mutta nykyiseen kotihoitoon sisältyy vain perushoito, kuten lääkehoito, sairaanhoito sekä ja ravinnon ja hygienian turvaaminen.

Yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi on asetettu, että vanhuksat voisivat asua omilla kotissaan mahdollisimman pitkään. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että kotihoidon piirissä on hyvinkin heikkokuntoisia vanhuksia. Heikkokuntoisten vanhusten määrä vaikuttaa osaltaan hoitajien työn kuormitukseen. Yksi suuri kysymys on hoitajamitoitus ja sen vaikutus hoitajien työhön ja vanhusten samaan hoidon tasoon. Näiden erilaisten osateki-

jöiden yhteensovittaminen sekä lisääntyvä teknologian käyttö herättävät monenlaisia eettisiä kysymyksiä yhteiskunnan tasolla sekä hoitajien omassa työssä. Näiden lisäksi vanhus-ten hoiva on monien toimijoiden ja ammattikuntien pelikenttä, mikä luo osaltaan erilaisia jännitteitä hoitajien työhön.

3 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa esittelen tutkimuskysymykseni. Lisäksi kuvaan tutkimukseni metodologista lähtökohtaa ennen tutkimuksen aineisto- ja menetelmäosuutta. Aineiston esittelyn yhteydessä tarkastelen myös tutkimukseni validiteettia ja reliabiliteettia. Luvun lopussa esittelen kyselyyn vastanneiden hoitajien taustatietoja.

3.1 Tutkimuksen kohde ja tutkimuskysymykset

Tutkimukseni lähtökohtana on ajatus, että hyvinvointivaltion tavoite on tuottaa vanhushpalveluja laadukkaasti ja tehokkaasti. Tutkimuksen keskiössä ovat vanhustyössä toimivat hoivatyöntekijät, jotka käytännössä toteuttavat ylhäältä päin suunniteltua ja ohjattua vanhusten hoivaa. He joutuvat työssään kohtaamaan erilaisia ristipaineita monelta suunnalta. Tarkastelen hoitajien työhön liittyviä kuormittavuus- ja kannustavuustekijöitä työn ja työyhteisön, asiakkaan ja teknologian näkökohdista.

Tutkimukseni näkökulmat on kuvattuna kuviossa 4. Kuvion ylälaatikko kuvaa, kuinka yhteiskunnallinen ohjaus luo raamit ja puitteet vanhusten hoivatyön toteuttamiseksi. Yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi on asetettu, että vanhuksat voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään joko itsenäisesti, omaisten tai erilaisten tukipalvelujen avulla. Voidaan puhua jopa kotona asumisen eektoksesta. Vanhusten hoivapalveluja ohjaa vanhushpalvelulaki. Hoitajien työnkuormitukseen vaikuttaa oleellisesti hoitajamitoitus ja se, kuinka sitä sovelletaan. Merkittävä tulevaisuuden kysymys on, kuinka sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus tulee vaikuttamaan vanhushpalvelujen toteuttamiseen. Tähän asti se on ollut kuntien vastuulla. Sote-uudistuksen kautta se siirtyy maakunnille. Suuntauksena on ollut myös vanhushpalvelujen yksityistäminen. Vanhushpalveluissa toimivien hoitajien ammatillista pätevyyttä ohjataan koulutuksen ja luvanvaraisten ammattinimikkeiden kautta.

Hoivatyö on ollut ja on edelleen naisvaltainen ala. Se on ollut naisille väylä saada oma ammatti ja päästä palkalliseen työhön. Ihmisille työ merkitsee muutakin kuin taloudellista varmuutta. Työ itsessään voi olla merkityksellinen. Arkityössään hoivatyöntekijät joutuvat kysymyksen eteen, kuinka omat voimavarat riittävät kuormituksen hallintaan ja tuliko toimittua eettisesti oikein. Palkkatyön lisäksi moni hoitaja kantaa päävastuun kotitöistä, huolehtii lapsistaan ja mahdollisesti myös omista vanhemmistaan.

Työyhteisö työtovereineen ja esimiehineen ovat merkityksellisiä työntekijän työssä jakamisen kannalta. Työpaikalla vallitseva organisaatiokulttuuri luo yleiset toimintatavat työpaikoilla. Vanhustyö on eri ammattien pelikenttä, jossa toimii eri koulutuksen saaneita

työntekijöitä. Hoito- ja hoivatyö on hierarkkinen ala, ja eri ammattien välillä on kilpailua. Omaa ammatillisuutta on ylläpidettävä ja sitä on puolustettava. Lisäksi eri ikäisillä työntekijöillä voi olla eriäviä näkemyksiä työn tekemisestä.

Teknologia on tullut osaksi vanhuspalveluja niin hoitajien omassa työssä kuin vanhusten arjessa. Teknologian avulla haetaan työntekijöiden työn helpottamista ja vanhusten arjesta selviytymistä. Sillä pyritään myös kustannussäästöihin. Tietotekniikka on kiinteä osa hoitajien työtä. Ennen kirjaukset tehtiin paperille, nyt ne kirjataan tietokoneelle. Tietotekniikka tuli nopeasti vanhustyöhön, jolloin erityisesti vanhemmat työntekijät joutuivat työssään opettelemaan tietoteknisiä taitoja. Hoito- ja hoivatyössä yleisenä ongelmana ovat usein vaihtuvat ohjelmat ja erilaisten tietokantojen yhteensopimattomuus. Eri tietokantojen yhteensovittaminen ei ole yksinkertaista, koska samalla on varmistettava tietojen luotettavuus ja henkilöiden tietoturva. Yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi on asetettu digitalisaation ja robotisaation mahdollisimman suuri hyödyntäminen, mikä tulee osaltaan vaikuttamaan hoitajien työhön.

Vanhusten hoitaminen on henkilökohtaista asiakastyötä. Hoitajat auttavat vanhuksia erilaisissa toimintaympäristöissä. Hoivatyön tavoitteena on tuottaa vanhuksille yksilöllistä palvelua, jossa otetaan huomioon vanhuksen sosiaaliset oikeudet ja samalla varmistetaan hänen asumisturvallisuutensa.

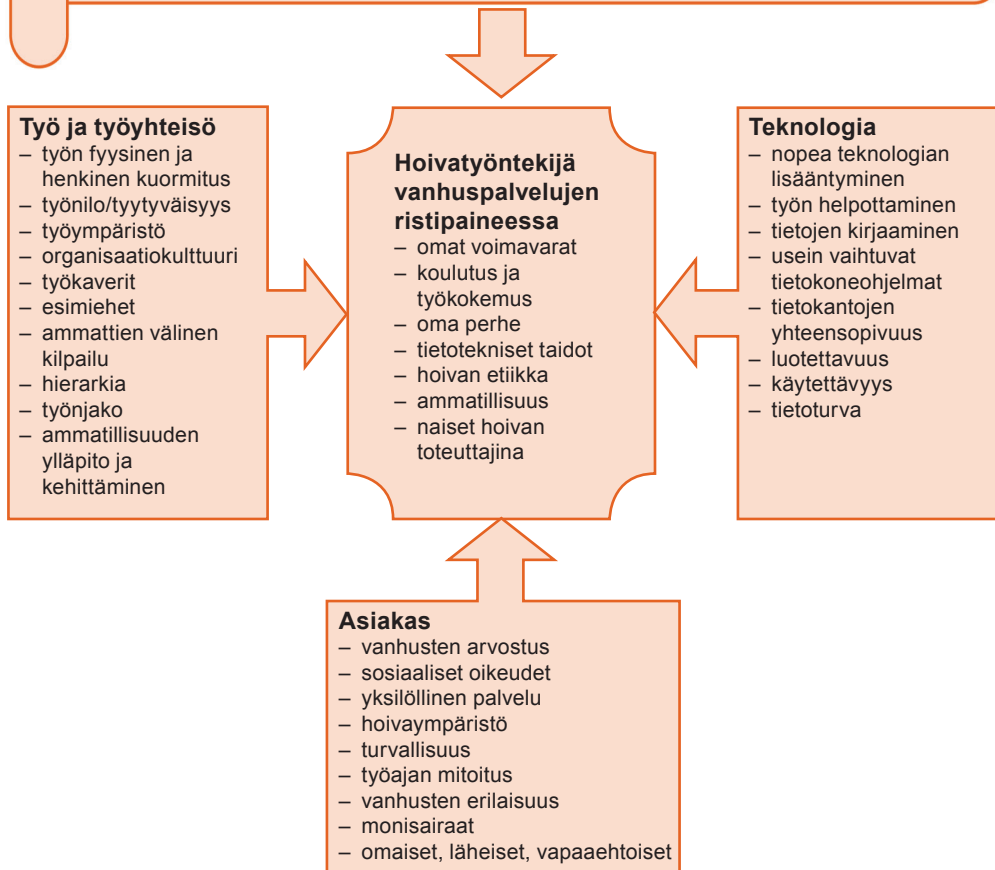
Vanhustyö on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa. Aikaa yhtä asiakasta kohden on rajoitetusti. Monet autettavat vanhukset ovat heikkokuntoisia ja monisairaita. Muistisairaita on paljon. Vanhusten hoivaan osallistuvat omaiset ja muut läheiset, joilla on vanhuksen ohella omat näkemyksensä vanhusten hoivan toteuttamistavoista. Samoin vanhusten hoivassa toimii vapaaehtoisia, ja niiden määrän toivotaan lisääntyvän. Hoivan muodosta riippumatta vanhuksen on voitava kokea, että häntä myös arvostetaan. Vanhushoivan arvostus heijastuu myös hoitajien kokemaan arvostukseen, mikä vaikuttaa osaltaan heidän työhyvinvointiinsa.

Tutkimuksessani kysyn:

1. Mitkä tekijät kuormittavat hoivatyöntekijöitä ja miten he kokevat sen vanhustyössä?
2. Mitkä tekijät kannustavat hoivatyöntekijöitä ja mitkä auttavat heitä työstä palautumisessa?
3. Millaisia kokemuksia hoivatyöntekijöillä on teknologian käytöstä vanhustyössä?

Yhteiskunnallinen konteksti: Tehokkaiden ja laadukkaiden vanhustalvueluiden järjestäminen

- hyvinvointiyhteiskunnan turvaaminen
- huoltosuhde
- kustannustehokkuus
- kotona asumisen eetos
- yksityistäminen
- vanhustalvuelulaki
- sosiaali- ja terveystalvuelujen uudistus ns. sote
- hoitajamitoitus
- vanhustyön arvostus
- ammatillinen pätevyys ja osaaminen



Kuvio 4. Tutkimukseni näkökulmat

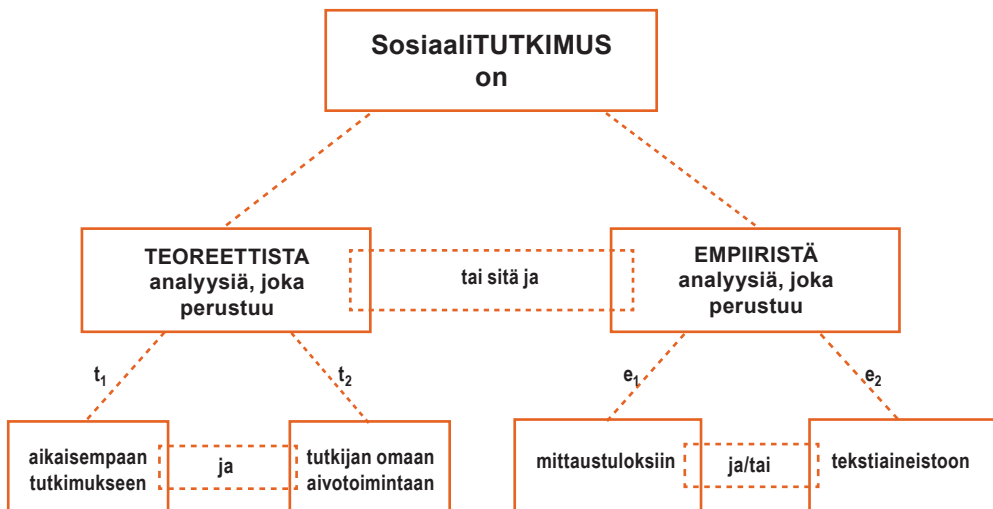
3.2 Aineisto ja menetelmät

Metodologinen lähtökohta

Tutkimukseni metodologisena ohjenuorana käytin Tötön (2005, 10–11) laatimaa rakennetta sosiaalitutkimuksen sisällöstä ja menetelmistä. Hän näkee, että sosiaalitutkimus on aikaisempaan tutkimukseen ja tutkijan omaan aivotoimintaan nojaavaa teoreettista analysointia tai/ja siihen yhdistettynä myös empiiristä analyysiä. Empiirinen analyysi voi muodostua mittaustuloksia ja/tai tekstianalyseista kuten on nähtävissä Tötön ”rautalangasta taivutetusta” rakennekaaviosta (kuvio 5). Määritelmässään Töttö luokittelee muun muassa nauhoituksista purettu haastattelut tekstiaineistoksi.

Omassa tutkimuksessani pyrin yhdistämään teoreettista analyysiä ja empiriaa. Teoreettinen osuus muodostuu aiemmista tutkimuksista, joita tarkastelen oman tutkimukseni kannalta. Tutkimukseni empiirinen osa muodostuu pääasiassa vanhustyössä toimiville hoitajille tehdystä postikyselystä. Kyselyn tuloksia täydensin hoitajien kirjoittamilla avovastauksilla ja hoitajien haastatteluista litteroiduilla teksteillä. Näiden pohjalta esitän tutkimukseni tulokset ja tarkastelen niiden relevanssia.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat pääasiassa määrällisiksi aineistoksi luokiteltavia monivalintakysymyksiä. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä saadaan tietoa jonkin asian yleisyydestä ja tulosten käsittely on mekaanisempaa kuin laadullisen aineistojen käsittely. Kyselylomaketta laatiessani perehdyin aiempiin tutkimuksiin ja kyselyaineistoihin. Osan kysymyksistä laadin oman harkintani ja asiantuntijoiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella.



Kuvio 5. Sosiaalitutkimuksen elementit ja kokoamishjeet
(Töttö 2005, 10)

Lomakekyselytutkimuksen ongelma on se, että sen ulkopuolelle saattaa jäädä aiheita, jotka olisivat merkityksellisiä tutkimuksen kannalta. Samoin kysymyksiin vastaamiseen jää aina tulkinnanvaraa, vaikka tutkija on pyrkinyt laatimaan kysymykset mahdollisimman selkeiksi. Tämän ongelman minimoimiseksi jätin hoitajille mahdollisuuden kirjoittaa itse omia näkemyksiä työstään. Avoimia vastauksia tuli paljon, ja ne auttoivat minua kyselyaineiston syvällisemmässä tarkastelussa.

Tulosten käsittelyssä siteeraankin runsaasti hoitajien avovastauksia ja muutamia otteita hoitajien ryhmähaastatteluista. Alasuutari (2001) kuvaa, kuinka lomaketutkimuksen tuloksia on hyvä lukea löytääkseen sellaisia tilastollisia löydöksiä, joihin laadullinen aineisto voisi tarjota mielekkään tai aiempaa paremman tulkinnan. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan ”makrohavaintojen” ohella käyttää johtolankoina yksittäistapauksia tai sitaatteja, jotka antavat hyvän tulkintavihjeen tai kuvaavat hyvin jotain tulkintaa. Laadullisen tutkimusaineiston analyysissä tavoitteena on tarkastella kokonaisuuksia. Siinä ei pyritä rakentamaan argumentointia yksilöiden eroihin eri muuttujien suhteen. Analyysi muodostuu havaintojen pelkistämisestä ja tulosten tulkinnasta, josta Alasuutari käyttää kuvainnollista ilmausta arvoituksen ratkaiseminen. Vihjeiden ja johtolankojen avulla voidaan mahdollisesti tehdä päätelmiä sellaisesta, mikä ei ole havaittavissa paljain silmin. Sitä vastoin selvityksenä voidaan pitää jotain sellaista ilmiön kuvausta, jossa ei yritetä mennä asioiden taakse. Ominaista laadulliselle aineistolle on sen ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja kompleksisuus. Asioita ei välttämättä oteta sellaisena kuin miltä ne näyttävät. Metodია voidaan pitää huonona, jos se ei anna yllätysmahdollisuutta. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että siinä voidaan kerätä aineistoa, jota voidaan tarkastella monella tavoin. Tämä on laadullisen tutkimuksen haaste, koska siinä jotain ilmiötä voidaan käänellä ja katsella monelta kantilta ja problematisoida jokaista itsestään selvää näkökulmaa.

Omassa tutkimuksessani pidin hyvänä käyttämäni triangulaarista tutkimusmenetelmää, jossa kyselyaineistoni tuloksia täydensin hoitajien kirjoittamilla avovastauksilla ja osittain myös hoitajien haastatteluilla. Avovastausten purku, työstäminen ja tulkinta olivat aikaa vieviä, mutta tutkimukseni kannalta kiinnostavia ja hyödyllisiä. Hoitajien kirjoittamien avovastausten merkitys kasvoi tutkimustulosten analyysivaiheessa. Niissä tuli hyvin esille tutkittavien hoitajien oma näkemys ja ääni.

Tutkimusaineiston keruu, työstäminen ja luotettavuuden tarkastelu

Tutkimukseni kysely tehtiin TupaTurva-hankkeessa mukana olleissa kunnissa: Tampere, Kuopio liitoskuntineen (Riistavesi, Vehmersalmi ja Karttula), peruspalvelukeskus Oivaan kuuluneet kunnat (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) ja peruskuntayhtymä Karviaiseen kuuluneet kunnat (Karkkila, Nummi-Pusula ja Vihti). Se kohdistettiin Suomen lähi- ja perushoitajaliiton (SuPer ry) jäsenistölle, koska sen jäsenistöön kuuluu paljon vanhusten hoivatyötä tekeviä työntekijöitä. SuPerin hallituksen myöntämän luvan kyselyn toteuttamiseksi sain joulukuussa 2011. Postikysely lähetettiin 1300 su-

perilaiselle huhtikuun alussa 2012 ja uusintavastauspyyntö saman kuun lopussa (liitteet 2–3). Kyselyn lähettämisen valintakriteereinä olivat: toimialana vanhustenhoito, kotihoito tai työpaikkana vanhuspalveluihin viittaava nimi sekä tietty paikkakunta. Näiden valintakriteereiden perusteella otanta olisi ollut 1538 henkilöä. Alkuperäisen suunnitelman ja budjetoinnin perusteella otoskoko pidettiin kuitenkin 1300 henkilössä, minkä vuoksi osoitetiedoista poistettiin joka seitsemäs. SuPer toimitti osoitetiedot postitusfirmaan, joka hoiti postituksen lisäksi kyselylomakkeen kopioinnin. Itse en nähnyt kyselyn saajien nimiä enkä osoitteita, koska ne ovat luottamuksellisia tietoja SuPer:n ja sen jäsenistön välillä. Aineiston keruutavaksi valitsin perinteisen kirjekyselyn, koska sillä tavoin pyrin saavuttamaan sähköistä kyselyä paremmin kohderyhmän jäseniä, sillä kaikilla SuPer:n jäsenillä ei ollut sähköpostiosoitetta. Lisäksi SuPer:n edustajan mukaan osa heidän järjestön omista sähköpostilähetyksistä oli palautunut, koska vastaanottajaa ei tavoitettu.

Kyselylomakkeessa vastaajaa pyydettiin kirjoittamaan toimipaikan postinumero. Paikkakunnan määrittämiseksi käytin postin paikkakuntakohtaista hakupalvelua (www.posti.fi/postinumerohaku). Jos paikkakunnan nimi ei ollut kyselyssä ennakoon määritellyissä paikkakuntaluetteloissa, paikkakunnan etäisyyden määritin internet-palvelimen (<http://www.vaelimatka.org/>) kautta. Tämän perusteella vastauksia tuli laajemmalla alueelta kuin TupaTurva-hankkeessa mukana olleista kunnista. Vastaukset muodostivat kuitenkin tiivistymiä kyselykuntien ympäristöön ja niiden lähiympäristöön. Tampereelta ja sen lähi-alueelta vastauksista tuli kolmannes, kuten myös Kuopiosta lähiympäristöineen. Muista Pohjois-Savon ja Pohjois-Karjalan alueelta vastauksia tuli 6 % sekä yksi vastaus Kainuun alueelta. Oivan ja sen lähikuntien alueelta tulleiden vastausten määrä oli 16 % ja Karviaisen ja sen lähialueelta 2 %. Vastaajista 11 % jätti ilmoittamatta toimipisteensä postinumeron.

Kyselyyn tuli tilastollisesti käsiteltäviä vastauksia $N=357$ kappaletta. Vastauslomakkeita palautui yhteensä 387, joista 30 kpl oli tyhjiä. Palautettujen lomakkeiden mukaan vastausprosentti oli 30 %. Se oli samaa luokkaa (28–29 %), mitä oli SuPer:n omissa sähköisissä kyselyissä. (SuPer 2012a, 29; 2012b, 19.) Osaltaan alhaiseen vastausprosenttiin vaikutti se, että kysely oli pitkä. Lomakkeessa oli 59 kysymystä, jotka olivat pääasiallisesti monivalintakysymyksiä (liite 2). Oletuksenani oli, että vastaajien on helpompi vastata pitkään kyselyyn paperille tulostettuna kuin sähköisesti. Paperimuodossa olevaa kyselylomaketta voi täyttää eri jaksoissa ja paikoissa. Kyselyn pituutta kritisoi muutama vastaaja avovastauksissaan. Toisaalta joissakin lomakkeissa annettiin myönteistä palautetta siitä, että asiaa ylipäättään tutkitaan. Mahdollista on, että kyselyyn vastasi muita enemmän sellaisia hoitajia, jotka olivat työssään kohdanneet ongelmia ja halusivat viestittää niistä tutkimuksen kautta. Ikäjakauman perusteella vastaajien joukko muodostui suurimmaksi osaksi iäkkäämmistä, yli 45 vuotta olevista hoitajista. On mahdollista, että iäkkäämmät henkilöt ovat aktiivisempia ja tunnollisempia vastaamaan kyselyhin kuin nuoret henkilöt. Lähtökohtaisesti minulla ei ollut tietoa kyselyn saaneiden hoitajien ikäjakaumasta, joten en pystynyt tekemään katoanalyysiä vastaajien iän perusteella.

Osaltaan alhaiseen vastausprosenttiin on vaikuttanut se, että kyselylomake oli mennyt sellaisille hoitajille, jotka eivät asuneet tai toimineet saatekirjeessä mainituissa kunnissa. Tämä ilmeni siinä, kun eräät kyselyn saaneet henkilöt ottivat minuun yhteyttä. He tiedustelivat, koskeeko kysely myös heitä, vaikka he eivät asu kyselyn alkulehdellä mainituissa kunnissa. Muistutuskirjeessä pyysin kaikkia kyselyn saaneita vastaamaan kyselyyn riippumatta siitä, missä kunnassa heidän toimipaikkansa oli (liite 3). Näiden lisäksi yksi mahdollinen syy kyselyyn vastaamattomuuteen on se, etteivät ihmiset enää jaksaa tai muuten halua vastata kaikkiin kyselyihin. Yleisenä trendinä on ollut vastausprosenttien aleneminen kyselytutkimuksissa.

Vastaukset käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Tulosten analyysissä käytin apuna Nummenmaan (2009) kirjaa *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät* sekä Nummenmaan ym. (1997) *Tutkimusaineiston analyysi*. Laadin kyselylomakkeen syöttöpohjan SPSS-ohjelmaan ja tein tilastoanalyysin. Työtoverini syötti tiedot tietokoneelle ja kirjoitti vastauksiin kirjoitetut avovastaukset ylös lomakekohtaisesti, mikä sujuvoitti tulosten käsittelyä.

Kokonaistuloksen hahmottamiseksi yhdistin samantyyppisiä muuttujia ristiintaulukointia varten. Kotihoidosta, kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta muodostin yhdistetty kotihoito -muuttujan. Samoin yhdistin ryhmä- ja hoivakodit samaksi hoivakoti-muuttujaksi. Yksittäiset päivätoiminnassa tai kuntoutustoiminnassa olevat vastaukset yhdistin muuttajaksi ”muut”. Muita siihen ryhmään kuuluvia toimipaikkoja olivat vapaaehtoistoiminnan keskus, lyhytaikaisten hoito-osasto, ehkäisevä perhetoiminta sekä palvelu- ja toimintakeskus.

Osa hoitajista toimi useammassa paikassa tai he muuten halusivat tarkentaa toimipaikkaansa, koska he (n=25) olivat valinneet useamman kohdan annetuista toimipaikkanimikkeistä. Tältä osin tiivistettiin tuloksia jatkokäsittelyä varten. Vastaukset, joissa oli valittu esimerkiksi kotipalvelu + kotisairaanhoido yhtenäistettiin kotihoidoksi. Samoin oli muutama vastaus, joissa vanhainkodin lisäksi mainittiin palvelukeskus, palvelutalo tai hoivakoti. Nämä koodattiin vanhainkodiksi. Jos valittujen toimipaikkojen joukossa oli tehostetun palveluasumisen yksikkö, kohta koodattiin sen mukaisesti.

Hoitajien iästä tein luokkamuuttujat: 22–29 vuotta, 30–39 vuotta, 40–49 vuotta, 50–59 vuotta ja 60–65 vuotta. Ikään perustuvan ristiintaulukoinnin tein kysymyksistä, joissa tiedustelin hoitajien jaksamista työskennellä samassa työpaikassa kahden vuoden kuluttua (kysymys 56) ja kiinnostusta jatkaa työssä saavutetun eläkeiän jälkeen (kysymys 57). Toiset ristiintaulukoinnit tein tuloksista, joissa tarkastelin erilaisten työtehtävien yleisyyttä erityyppisissä työpaikoissa. Luokkien yhdistämisestä huolimatta aineistoon jäi niin paljon pieniä luokkia, ettei khi-neliötestin tekeminen ei ollut realistista. Tässä yhteydessä en kuitenkaan pitänyt tarkoituksenmukaisena yhdistää luokkia lisää.

Työn kuormittavuutta tarkastelin χ^2 -testin avulla kysymyksessä 38, jossa tiedusteltiin työn haittatekijöitä. Samoin tein χ^2 -testin kysymykselle 37, jossa tiedusteltiin tunteuksia työvuoron jälkeen. Kyseessä olevalla testillä tarkastellaan, onko kahden muuttujan välinen riippuvuus tilastollisesti merkitsevä vai johtuuko ero mahdollisesti sattumasta.

Näitä analyysejä varten yhdistin iät kahteen luokkaan: 22–39 vuotta ja 40–65 vuotta. Samoin yhdistin työpaikat kahteen luokkaan: kotihoito ja laitoshoido. Lisäksi yhdistin kuormitusta kuvaavat asteikot kolmeen luokkaan.

Kahden kysymyksen (36 ja 38) osalta tein faktorianalyysin selvittääkseni työhön liittyviä kuormittavia ja kannustavia tekijöitä. Faktorianalyysin tavoitteena on tiivistää tietoa eri muuttujista yksinkertaisempaan muotoon. Siinä haetaan latentteja muuttujia, joita ei voi suoraan mitata, mutta joiden oletetaan vaikuttavan vaihteluun muuttujissa. Lisäksi siinä pyritään selvittämään, miten muuttujien väliset korrelaatiot kasaantuvat eli millä muuttujilla on keskenään samanlaista vaihtelua. Toisaalta siinä tavoitellaan muuttujien riippumattomuutta toisista faktoreista. (Nummenmaa 2009, 397.)

Kysymys 36 *Miten hyvin seuraavat väittämät soveltuvat nykyiseen työhösi?* sisälsi yhteensä 30 väittämää, joilla pyrin löytämään työn kannustavia tekijöitä. Kysymyksellä 38 *Miten haitalliseksi koet seuraavat tekijät nykyisessä työssäsi?* pyrin selvittämään työntekijöitä kuormittavia tekijöitä. Tähän kysymykseen sisältyi yhteensä 47 väittämää. Molempiin kysymyksiin liittyi Likert-asteikon tyyppisesti viisi väittämää: ei lainkaan, vähän, jonkin verran, melko paljon ja paljon. Nummenmaa (2009, 406–407) esittää, että faktorianalyysia varten aineiston on oltava riittävän suuri. Suositeltavana hän pitää vähintään 500 havaintoa ja mielellään yli 1000. Hän kuitenkin toteaa, että noin 200 havaintoa on melko vaatimaton, mutta sillä määrällä voidaan jo tehdä faktorianalyysi. Lisäksi tutkittavia pitää olla vähintään kaksi kertaa niin paljon kuin analysoitavia muuttujia. Samoin tutkittavia on oltava vähintään 20 kertaa niin paljon kuin on faktoreita. Itselläni oli vastaajia 357, joten näiden vaatimusten perusteella faktorianalyysin esivaatimukset täyttyivät.

Faktorianalyysin alussa käytin aineistolähtöistä eksploratiivista lähestymistapaa. Siinä tutkijalla ei ole etukäteen vahvoja odotuksia löydettyjen faktoreiden määrästä ja tulkinasta. Alkukartoitusvaiheessa käytin kommunaliteetin raja-arvona 0,30 ja sitä suurempia latauksia. Kommunaliteetilla mitataan sitä, kuinka hyvin yksittäisen muuttujan vaihtelua voidaan kuvata yhdessä kaikkien faktoreiden avulla (Nummenmaa 2009, 403). Faktori-määrien vähentämiseksi ja tuloksen tulkinnan selkeyttämiseksi lopullisessa faktorianalyysissä käytin kysymyksessä 36 *Miten hyvin seuraavat väittämät soveltuvat nykyiseen työhösi tai Sinuun itseesi?* latauksen raja-arvona 0,40 ja kysymyksessä 38 *Miten haitalliseksi koet seuraavat tekijät nykyisessä työssäsi?* raja-arvona 0,5. Kysymysten analysoinnin aloitin suorakulmaisella *varimax-rotatiolla*. Faktoreista laaditut kuvaajat ja tulostaulukot osoittivat, että eräät muuttujat latautuivat samanaikaisesti eri faktoreille eli niillä oli yhteyttä toisiinsa. Tämän jälkeen tein uudet analyysit käyttäen vinokulmaista oblimin-rotatiota, joka on käytetyimpiä vinorotaatioita (Nummenmaa ym. 1997, 245). Tulosten tarkastelu pohjautuu vinorotaatiolla saatuihin tuloksiin.

Molemmissa faktorianalyyseissa muuttujat korreloivat keskenään. Työntekijöiden haittatekijöitä selvittävässä osiossa KMO-mitta oli 0,926 ja Bartlett-testin tulos (sig. 0,000) (liite 16). Tästä ryhmästä kolme faktoria (työntekijävajaus ja heikot työtilat, tyytymättömyys esimiehiin ja asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys) korreloivat positiivisesti

keskenään (0,322–0,498). Sen sijaan faktori kyräilevä ilmapiiri korreloi muiden muuttujien kanssa negatiivisesti (-0,359...-0,510). Työn kannustavuutta selvittävässä analyysissä testin KMO-mitan arvo oli (0,924) ja Bartlett-testien tulos (sig. 0,000) (liite 19), jotka osaltaan ilmaisevat muuttujien korreloitumista (Nummenmaa ym. 1997, 250). Nämä tulokset puolisivat faktorianalyysin käyttöä. Faktoreiden korrelaatiot olivat 0,393–0,576.

Faktoreiden reliabiliteetit (Cronbachin alfat) olivat korkeita. Analyysissä, jossa tarkastelin hoivatyöntekijöiden haittatekijöitä, faktoreiden reliabiliteetit olivat 0,803–0,925. Analyysissä, jossa tarkastelin työntekijöiden työntekijöiden kannustavuuteen liittyviä tekijöitä, reliabiliteetit olivat 0,779–0,908.

Tutkimuksen validiteetin varmistamiseksi käytin kyselylomakkeessa osittain samoja kysymysaiheita ja kysymyksiä, joita on käytetty aiemmissa alan tutkimuksissa, kuten Krögerin ym. (2009b, 120–131) yhteispohjoismaisessa NORDCARE (Omsorgsvardag i Norden) -tutkimuksessa ja Santamäen ym. (2005, liite 1) tutkimuksessa. Osa kysymyksistä, kuten teknologiaa koskevat kysymykset laadittiin erikseen tätä kyselyä varten. En tehnyt lomakkeelle koekyselyä, mutta sen sisällön arvioi useampi asiantuntija. Faktoriansalyysin korkeat reliabiliteetti-arvot tukivat kyselyn validiteettia. Nummenmaan (2009, 366) mukaan validiteetti kuvaa sitä, kuinka hyvin mittaukset sisältävät informaatiota tarkastelun kohteena olevasta käsitteestä.

Hoitajilta tuli runsaasti vapaamuotoisia vastauksia kyselylomakkeen lopun kysymyksiin. *Jos Sinä saisit päättää, mitä muutoksia haluaisit toteuttaa vanhusten hoivassa/hoidossa?* -kysymykseen tuli yhteensä 271 vastausta (75,9 %) ja kysymykseen *Jos Sinulla on jotain muuta aiheeseen tai tutkimukseen liittyvää, niin kirjoita siitä*, tuli yhteensä 69 vastausta (19,5 %). Lisäksi erillisten vastausten kohtaan ”jotain muuta” monet hoitajat olivat kirjoittaneet kannanottojaan. Avovastauksissa hoitajat käsitelivät paljon vanhustalvelujen sisältöä ja kehittämistarpeita. Pidän ilmeisenä, että nämä vanhustalveluihin liittyvät vastaukset heijastavat osaltaan myös työntekijöiden työhyvinvointia joko suoraan tai välillisesti. Avovastaukset antoivat lisätietoa kyselyaineiston tulkintaan. Hoitajien kirjoittamien vastausten runsaasta määrästä voidaan päätellä, että vastaajat olivat paneutuneet kysymyksiin ja aiheet olivat heille tärkeitä. Hoitajat olivat kirjoittaneet asiansa lyhyesti ja ytimekkäästi. Kirjoittajat olivat mitä ilmeisimmin tehneet omassa mielessään valintaa siitä, mitä asiaa he pitivät kirjoittamisen arvoisena. Uskon näiden ja hoitajien ryhmähaastatteluista poimittujen otteiden puhuttelevan minun lisäksi lukijoita. Tästä johtuen tulosten käsittelyssä käytän melko runsaasti lainauksia vastaajien kirjoituksista. Niiden yhteydessä oleva numerointi viittaa lomakenumerointiin.

Purin hoitajien avovastauksia aineistolähtöisten teemojen mukaan. Aluksi luin tekstistä läpi saadakseni yleiskuvan teemoista. Seuraavassa vaiheessa tein yksityiskohtaisen koodauslistan luetun aineiston perusteella käyttäen kirjain- ja numerotunnuksia. Jatkoanalyysissä tein uuden jaottelun, jossa tiivistin samansuuntaiset vastaukset eri aihealueiksi. Jatkoin vastausten tiivistämistä aihealueittain vielä kolmannen kerran käyttäen apuna tukkimiehen kirjanpitoa. Viimeisessä analyysivaiheessa tarkistin vielä kerran tukkimiehen kirjan-

pidon tulokset lukemalla tekstit uudelleen. Tekstiaineiston analyysivaihe oli työläs, mutta antoisa.

Hoitajien ryhmähaastatteluja oli neljä, jotka tehtiin TupaTurva-hanketta varten keväällä ja syksyllä 2012. Haastattelijoita oli kaksi. Itse olin toinen haastattelijoista ja tutkijakollega toinen. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Tekstien analyysin jaoimme yhdessä työtoverini kanssa. Näitä tuloksia hyödynnän osittain tässä tutkimuksessa. Kolme haastattelua tehtiin kotihoidossa ja yksi tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa. Ryhmähaastatteluihin osallistui 5–6 työntekijää. Yhteensä haastateltavia oli 23, joista yksi oli mies. Joukossa oli pitkään alalla olleita (38 vuotta) sekä vasta alalle tulleita. Työntekijöiden esimiehet kokosivat haastateltavan ryhmän, mutta he eivät osallistuneet haastatteluihin. Haastattelut tehtiin työntekijöiden toimitiloissa. Sitä en tiedä, millä perusteella haastateltavat oli valittu ja oliko osa haastateltavista kieltäytynyt siitä. Haastattelujen perusteella oli kuitenkin tulkittavissa, ettei ryhmiin oltu valittu vain johdolle myötämielisiä hoitajia. Kuten aina, osa ryhmän jäsenistä oli aktiivisempia puhujia. Haastatteluissa kuitenkin pyrimme siihen, että myös hiljaisemmat henkilöt osallistuivat keskusteluun. Tekstissä haastatteluryhmä on merkitty H-kirjaimella. Lisäksi TupaTurvassa tehtiin asiantuntijahaastatteluja, joita olen osittain hyödyntänyt tässä tutkimuksessa.

Haastateltavat henkilöt saivat teemaluettelon aiheista, joita käytettiin haastattelun pohjana. Teemat olivat: asiakkaiden toimintakyky ja sen muutokset, hoitajien tekemät työt vanhusten kotona, töiden solmukohdat/ongelmat, omaisten osallistuminen vanhusten hoivaan, miten työnantaja voisi edistää työntekijöiden työssä jaksamista, millaisista teknisistä laitteista olisi hyötyä asiakkaiden arjessa ja hoitajien omassa työssä, asuntojen varusteet ja niiden toimivuus asiakkaan näkökulmasta, miten asiakkaat selviävät arkitoimista, kuten ruokailusta, siivouksesta, hygienian hoidosta, virkistytymisestä ja sosiaalisesta kanssakäymisestä.

Hoitajien haastattelujen purkua helpotti se, että itse olin toinen haastattelijoista. Haastatteluista oli aiemmin tehty tiivistelmät TupaTurva-hankkeessa mukana olleille tilaajahoille, mikä nopeutti haastatteluaineiston käyttöä tässä tutkimuksessa. Rajasin aineistosta analyysini kohteiksi ne osiot, jotka liittyvät tämän tutkimuksen kysymyksiin.

Ryhmähaastattelun etuina Suominen ja Henriksson (2008, 627) pitävät sitä, että osallistujat ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ryhmän jäsenet auttavat toisiaan muistamaan asioita, jotka yksilöhaastatteluissa voivat jäädä pimentoon. Toisaalta yhteisön paine saattaa yhdenmukaistaa käytyä puhetta tai jotkut osallistujat jäävät taka-alalle.

Omissa haastatteluissa oli havaittavissa, kuinka toisen kommentti auttoi muita jatkaamaan käsiteltävää teemaa. Haastatteluissa oli havaittavissa, että muutamat hoitajat olivat aktiivisempia keskustelijoita, vaikka keskustelun vetäjinä pyrimme antamaan tilaa myös hiljaisemmille keskustelijoille.

Hoitajien taustatietoja

Hoitajien kolme yleisintä työpaikkaa olivat vanhainkoti (30 %), tehostettu palveluasuminen (24 %) ja kotihoito (27 %) joko yhdistetyssä kotihoidossa (18 %), kotipalvelussa (9 %) tai kotisairaanhoidossa (0,6 %). Pienempi määrä hoitajia toimi hoivakodissa (4 %), ryhmäkodissa (3 %), päivätoiminnassa tai kuntoutuksessa (0,6 %), terveyskeskuksen vuodeosastolla (3 %) tai jossakin muussa sairaalassa (2 %), joista osa oli psykiatrian tai muun pitkäaikaishoidon osasto. Muut (2 %) toimivat vapaaehtoistoiminnan keskuksessa, lyhytahoito-osastolla, ehkäisevässä perhetoiminnassa tai palvelu- tai toimintakeskuksessa.

Julkinen sektori oli edelleen suurin työnantaja vanhusten hoivapuolella, vaikka julkisuudessa puhutaan paljon vanhustalouden yksityistämistä. Kyselyvuonna (2012) yli neljällä vastaajalla viidestä työnantajana oli kunta, kuntayhtymä tai kaupunki (78 %) tai kunnallinen liikelaitos (5 %). Yksityisen yrityksen palveluksessa oli lähes 12 % vastanneista: suuryrityksiä oli 9 % ja pienissä yrityksissä 3 %. Jonkin verran (4 %) hoitajia työskenteli osuuskunnissa, säätiöissä, järjestöissä tai yhdistyksissä. Lisäksi oli pieni joukko (2 %), jotka toimivat kirkon tai seurakuntayhtymän parissa. Pari yksittäistä henkilöä toimi keikkalaisena, jolloin heidän työnantajansa vaihtelivat.

Myös NORDCARE-aineiston keräämisvuonna 2005 suomalaisista vanhusten hoivatyöntekijöistä 84 % toimi julkisella puolella (Kröger, Vuorensyrjä & Leinonen 2009a, 21–22), mikä oli samaa luokkaa kuin omassa tutkimuksessani. Prosenttiosuudet kuitenkin poikkeavat hieman Terveyden ja hyvinvointilaitoksen tilastoista (THL 2015b, 3). Sen perusteella vuonna 2013 lähes kaksi kolmasosaa toimi julkisella sektorilla ja yksityisellä runsas kolmasosa: yrityksissä yli viidennes ja järjestöissä 15 %. Vertailun vuoksi mainittakoon, että muissa Pohjoismaissa hoivatyöntekijät olivat yleisimmin julkisen (93–99 %) kuin yksityisen työnantajan palveluksessa. Eniten julkisella sektorilla työssä olevia oli Norjassa. (Emt., 21–22.)

Kyselyyn vastanneista lähes kaikki olivat naisia. Miesten osuus vastanneista oli lähes samaa (1,4 %) luokkaa, mitä se oli vuonna 2005 tehdyssä NORDCARE-tutkimuksessa. Sen mukaan vähiten miehiä oli hoiva-alalla Suomessa (1,7 %). Ruotsissa miespuolisten hoivatyöntekijöiden osuus oli 7 %, Norjassa 5 % ja Tanskassa 2 %. (Emt., 21–22.)

Koulutukseltaan lähes kaksi kolmasosaa oli lähihoitajia ja reilu neljännes perushoitajia. Muut yleisimmät olivat apuhoitaja (8 %) ja kodinhoitaja (7 %). Vanhusten hoiva-alalle oli tultu sekä lisäkoulutuksen että uudelleen koulutautumisen kautta. Monella hoitajalla oli taustalla jokin muu terveydenhoidon- tai sosiaalialan koulutus. Moni oli aiemmin toiminut lasten parissa perhepäivähoitajana tai päiväkotiaavustajana. Muutama hoitaja oli erikoistunut vanhusten hoitoon tai muistisairauksiin. Lisäksi hoitajilla oli muita erikoistumisalueita, kuten kivunhoito, mielenterveys, lääkitys sekä ihoon ja lihakseen annettavat pistokset. (Liite 4.) Yli kolmasosalla hoitajista oli myös jokin muu kuin sosiaali- tai terveydenhoidon koulutus. Tyypillisimpiä koulutusaloja olivat ammattikeittiöön ja ruokatalouteen liittyvä koulutus, kaupallinen, siivous ja kiinteistöhoito sekä vaatetusala ja hotelli- ja ravintola-ala. (Liite 5.) Kröger ym. (2009b, 112) pitivätkin suomalaisten hoitajien vahvuus-

tena pitkää koulutusta ja työkokemusta. Krögerin ja Vuorensyrjän (2009, 47–48) mukaan suomalaiset hoivatyöntekijät olivat koulutetumpia kuin muissa Pohjoismaissa.

Tutkimusaineistoni joukossa oli henkilöitä, joilla oli 2–3 aiempaa koulutusta taustalla. Jatko- ja lisäkouluttautuminen näyttäisi olevan yleistä hoiva- ja hoitoalalla, sillä myös sairaanhoitajakoulutukseen tulleista opiskelijoista keskimäärin kolmasosalla oli jokin terveysasteen koulutus taustalla (Santamäki ym. 2009, 17–18). Myös Suomisen ja Henriksenin (2008, 628) tutkimuksen kotihoidossa toimivilla lähihoitajilla ja kodinhoitajilla oli taustalla kotiaavustajan kurssi tai jokin muu koulutus, esimerkiksi merkonomin tutkinto. Lähes kaikilla oli aiempaa työkokemusta muilta kuin hoitoalalta, kuten tehdastyöstä tai kaupanalalta.

Ammattinimikkeen mukaan selvästi suurin ryhmä, lähes kolme neljäsosaa oli lähihoitajia. Heidän joukossa oli myös muutama hoitaja, joilla oli lähihoitajan nimikkeen lisäksi perushoitajan, hoitajan tai apuhoitajan nimike. Varsinaisten perushoitajien osuus oli viidennes. Muut ammattinimikkeet, kuten hoitaja, sairaanhoitaja, kuntohoitaja, kotihoitaja, vastaava perushoitaja, ohjaaja, kotiutushoitaja, muistihoitaja, olivat selvästi vähäisempiä.

Maahanmuuttajia oli vähän, hieman yli kaksi prosenttia vastaajista. Eniten muualla syntyneitä tuli Ruotsista, Venäjältä ja Virosta. Yksittäisiä henkilöitä oli kotoisin Filippiineiltä ja Kiinasta. Myös aiemmin tehdyssä pohjoismaisessa vertailussa maahanmuuttajataustaisten hoitajien osuus Suomessa oli alhainen, alle yhden prosentin. Muista Pohjoismaista Norjassa ja Tanskassa maahanmuuttajia oli 4–5 %. Eniten, reilusti yli kymmenesosa maahanmuuttajataustaisia hoivatyöntekijöitä oli Ruotsissa. Heistä suurin ryhmä oli syntynyt Suomessa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 48.) Pohjoismaiseen tutkimukseen verrattuna lisääntyvä maahanmuuttajien määrä Suomen vanhusten hoitajina alkaa pikkuhiljaa näkyä kyselyissä. Toisaalta molemmissa tutkimuksissa maahanmuuttajien vastausmääriin on voinut vaikuttaa vähentävästi heidän suomen kielen taitonsa.

THL:n (2015b, 10) mukaan terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä lähihoitajista runsas viisi ja sairaanhoitajista alle neljä prosenttia oli maahanmuuttotautaisia. Yleisesti tarkasteltuna maahanmuuttajataustaisia oli keskimääräistä enemmän pitkää koulutusta vaativissa ammateissa lääkäreinä ja hammaslääkäreinä ja toisaalta vähemmän koulutusta edellyttävissä ammateissa, kuten sairaala- ja laitosapulaisina ja muissa avustavissa ammateissa noin kymmenesosa.

3.3 Tutkijan positio ja tutkimuksen etiikka

Tutkimusaiheeni syntyi ollessani mukana *Tulevaisuuden palvelukoti – seniori-ikäisten turvapalvelut, TupaTurva* -hankeessa (2010–2013), jonka tarkoituksena oli ikäihmisten itsenäisen selviytymisen ja turvallisuuden varmistaminen. Se oli Tekesin rahoittama tutkimus-, yritys- ja kuntakonsortiohanke. Väitöstyöni oli mukana hankkeen suunnitteluvaiheessa. Hankkeessa kehitettiin asiakkaiden tarpeisiin ja arvoihin perustuvia turvallisuus- ja palvelukotimalleja sekä kotona asumista tukevia ratkaisuja. Teknologian käytettävyys

vanhustyössä oli osa hanketta ja sitä koskeva osuus on julkaistu TupaTurvan loppuraportissa. (Hämäläinen ym. 2014.)

Hankkeen aikana minulla oli tilaisuus tutustua erilaisiin vanhusten ja ikäihmisten asu-
miskohteisiin ja palveluihin (n=8). Osassa kohteista asukkaat asuivat omissa asunnoissaan
ilman erityispalveluja tai palvelu oli niissä tarvittaessa saatavissa. Toisissa kohteissa, kuten
hoivakodissa ja tehostetun palvelun yksiköissä asukkaiden palveluntarve oli suuri. Lisäksi
TupaTurvan puitteissa haastateltiin vanhustyön ja asumisen asiantuntijoita (n=5). Nämä
keskustelut ja havainnot antoivat itselleni lisänäkemyksiä vanhushoivapalvelun käytännön to-
teuttamisesta. Lisäksi hankkeen aikana pidetyt työpajat, seminaarit ja muut tapaamiset ja
keskustelut valottivat vanhusten hoivan tilannetta eri tahoilta. Nämä lähtökohdat antoivat
minulle pohjaa hahmottaa sitä ympäristöä, jossa hoitajat tekevät työtänsä.

Tutkimuksen suunnittelu- ja työstövaiheessa vaikuttavat tutkijan henkilökohtaiset
kiinnostuksen kohteet ja arvomaailma. Ne heijastuvat osittain myös tulosten esittelyyn ja
kannanottoihin, vaikka tutkijana pyrkii mahdollisimman analyyttiseen ja objektiiviseen
esitystapaan. Itseäni henkilökohtaisesti kiinnostaa vanhusten asema ja heidän saamansa
hoivapalvelut. Kiinnostustani ovat lisänneet julkisuudessa esitetyt kriittiset esimerkit van-
husten hoivan tasosta ja siihen liittyvä eettinen keskustelu. Lisäksi arvostan niitä hoitajia,
jotka ovat jaksaneet ja jaksavat tehdä vanhusten hoivatyötä. Nämä molemmat näkökulmat
varmaankin heijastuvat tutkimuksessani.

Osaltaan tutkimusaiheeni valintaan vaikuttivat aiemmat tutkimukset, joissa olin mu-
kana. Niissä tarkasteltiin muun muassa teknologian käytettävyyttä kotitalouksissa ja sen
turvallisuusvaikutuksia, kuten projekteissa *Kotitalouskoneiden käyttöturvallisuus – turva-
laitteiden ja -varusteiden toimivuus* (Rytkönen & Reisbacka 2002) ja *Kotitalouskoneiden
käyttöturvallisuuden edistäminen* (Reisbacka & Rytkönen 1999). Samoin ikäihmisten asu-
miseen liittyvät tutkimukset *Vanhusten ja vammaisten itsenäistä selviytymistä pesutiloissa
helpottavia ratkaisuja* (Alkula ym. 1997) ja *Ikäihmisten itsenäinen asuminen maaseudulla
– edellytyksiä ja haasteita – tutkimus Padasjoella ja Töysässä* (Kivilehto ym. 2006) antoi-
vat mahdollisuuden tarkastella samanaikaisesti vanhusten asuinoloja sekä asukkaan että
siellä toimivien työntekijän näkökulmasta. Vuosien varrella olin mukana kotityöpalvelua
koskevissa työntutkimuksissa, kuten *Ammatillisen kotisiivouksen kuormittavuus ja puh-
taustuloksen laatu* (Reisbacka ym. 2008) ja *Ammatillisen kotisiivouksen hyviä käytäntöjä
ja kehittämistarpeita* (Reisbacka & Rytkönen 2010). Myös nämä projektit perehdyttivät
minua havainnoimaan ihmisten kotiympäristöä toisen työpaikkana. Aiempi koulutukseni
– pääaineena kodin teknologia – on antanut perusteita tarkastella teknologian käytettä-
vyyttä eri näkökulmista. En kuitenkaan pidä teknologiaa itseisarvona. Näen sillä monia
käyttökohteita ja tarkoituksia muun muassa kotitaloustyön rationalisoinnissa ja työn hel-
pottamisessa, mutta sen tulee olla helposti käytettävää ja asiakaslähtöistä. Itselläni ei ole
suoranaista hoito- tai hoiva-alan työkokemusta. Terveysalan toimintakulttuuriin pääsin
kuitenkin hieman kurkistamaan opiskeluaikana, kun toimin siivoojana ja siivoustyönjoh-

tajana terveysasemilla. Omaisen asemassa olen vierailut erilaisissa vanhusten hoito- ja hoivapaikoissa.

Tutkimusaineiston keruussa ja käsittelyssä olen pyrkinyt tarkkuuteen ja huolellisuuteen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaisesti. Tutkimustulosten aineisto-otteissa olen jättänyt sitaateissa tunnistukseen liittyvät tiedot pois, jotta vastaajan henkilöllisyys ei paljastu. Kuula (2001) tarkoittaa henkilötiedoilla luonnollista henkilöä taikka hänen ominaisuuksiaan tai elinolosuhteitaan kuvaavia merkintöjä, jotka voidaan tunnistaa häntä tai hänen perhettään tai hänen kanssaan yhdessä taloudessa eläviä koskeviksi.

Kyselytutkimuksen saatekirjeessä (liite 2) kerroin tutkimuksen käyttötarkoituksen, yhteystiedot ja vastaajan anonymiteetin turvaamisen. Postikyselyn saajien yhteystiedot olivat pelkästään ammattiliiton tiedossa, jotta luottamus näiden tahojen välillä säilyy.

Hoitajien ryhmähaastattelun aluksi kerroimme hankkeesta haastateltaville. Heille myös kerrottiin, ettei heidän tunnistetietojaan tulla kertomaan raportoinnissa, vaikka haastattelun aluksi heitä pyydettiin esittelemään itsensä ja kertomaan, kuinka kauan he olivat toimineet vanhusten hoivatyössä. Tämä tehtiin litteroinnin helpottamiseksi. Tulokset esitän työssäni niin, ettei haastateltavaa henkilöä voi tunnistaa tekstistä.

4 Tulokset

Tulosluku jakautuu kolmeen alalukuun, joissa käsittelen hoivatyön kuormittavuutta, sen vastapainona työn kannustavuutta ja teknologian käyttöä vanhustyössä. Tarkastelen tuloksia aiemmin tehtyihin alan tutkimuksiin.

Aluksi käsittelen työn kuormittavuutta, jota tulee monelta suunnalta. Tarkastelen muun muassa iän ja vuorotyön vaikutusta työn kuormittavuuteen. Tilastollisten analyysien lisäksi käytän hoitajien kirjoittamia avovastauksia, joissa he kuvaavat työnsä arkipäivää ja työnsä kehittämistoiveita. Pidän ilmeisenä, että nämä hoitajien esittämät näkemykset vanhushpalvelujen ongelmista ja kehittämistarpeista heijastavat hoitajien kuormitustekijöitä heidän työssään.

Vanhustyöhön sisältyy monia kannustavia tekijöitä. Esittelen muun muassa tekijöitä, jotka innoittivat hoitajia hakeutumaan hoiva-alalle ja auttavat heitä jaksamaan työssään. Osioon liittyy myös tarkastelu, jossa käsittelen työn kannustavia tekijöitä. Lopuksi paneudun siihen, mikä auttaa hoitajia palautumaan työstään.

Viimeisessä alaluvussa tarkastelen teknologian käyttöä ja käytettävyyttä yleisellä tasolla sekä tietokoneen ja kännykän käytettävyyttä hoitajien omassa työssä. Osion lopussa esittelen hoitajien kokemuksia ja näkemyksiä vanhusten turvallisuuden ja omatoimisuuden tukemiseen tarkoitettujen laitteiden ja välineiden käytettävyyttä hoitajien oman työn ja vanhusten arjen tukena.

4.1 Hoivatyön kuormittavuus

Ikääntyminen, vuorotyö ja määräaikaiset työsuhteet

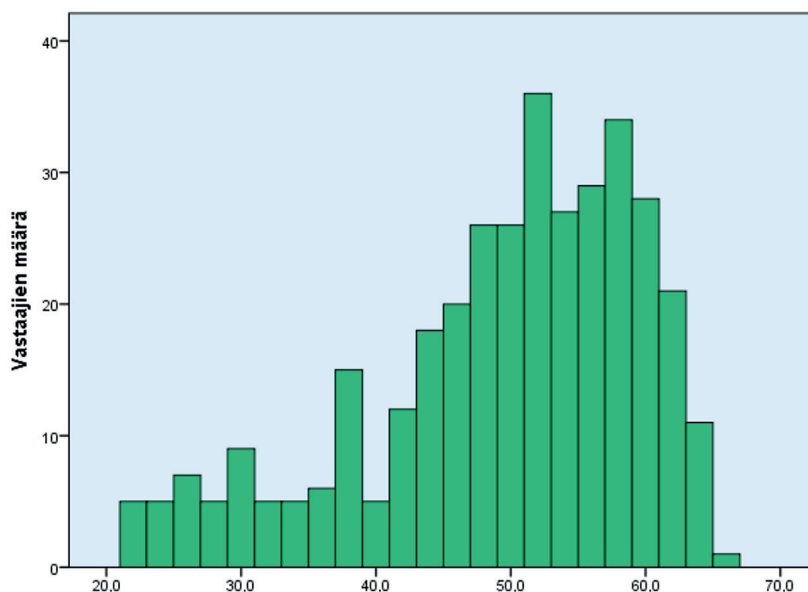
Kyselyyn vastanneiden hoitajien keski-ikä oli 48,9 vuotta. Se oli keskimääräistä korkeampi verrattuna muihin naispalkansaajiin ja aiempiin alan tutkimuksiin. Suomalaisten naispalkansaajien keski-ikä vuonna 2013 oli 44,3 vuotta (Sutela & Lehto 2014, 19). Toljamon ja Perälän (2008, 25) tekemässä seurantatutkimuksessa vuonna 2001 kotihoidon henkilöstön keski-ikä oli koekunnissa 46 vuotta ja vertailukunnissa 44,2 vuotta. Kahta vuotta myöhemmin eli vuonna 2003 koekuntien henkilöstön keski-ikä oli 47,1 vuotta ja vertailukuntien 45,3 vuotta eli molemmissa kuntaryhmissä vanhusten hoivahenkilöstön keski-ikä oli hieman noussut. Samoin Krögerin ym. (2009a, 21–22) tutkimuksessa suomalaisten hoitajien keski-ikä (45,2 vuotta) oli hieman alhaisempi, mitä se oli omassa tutkimuksessani.

Tuolloin muissa Pohjoismaissa hoitajien keski-ikä oli tuolloin 44,1–47,0 vuotta. Alhaisin keski-ikä oli Ruotsissa ja korkein Norjassa.

Selvä enemmistö eli yli kaksi viidesosaa kyselyyni vastanneista hoitajista oli 50–59-vuotiaita, mikä näkyy havainnollisesti kuviossa 6. Seuraavaksi eniten eli neljännes vastaajista kuului ikäryhmään 40–49 vuotta, kun taas sitä nuorempien vastaajien määrä oli vähäisempää: 30–39-vuotiaita oli noin kymmenesosa ja 22–29-vuotiaita reilusti alle sen. Iäkkäämpään ikäryhmään (60–65 vuotta) kuului yli kymmenesosa. Ikääntyvien työntekijöiden huomattava määrä hoivatyöntekijöiden keskuudessa ei ole mitenkään erillinen ilmiö, sillä työvoimatutkimusten perusteella 55–64-vuotiaiden työllisyysasteet alkoivat nousta selvästi 1990-luvun lamavuosien jälkeen. Vuonna 1997 edellä mainitun ikäryhmän naisilla työllisyysaste oli 34 %, kun se vuonna 2013 oli 61 %. (Sutela & Lehto 2014, 19.)

Tarkastelin iän vaikutusta työn kuormittavuuteen χ^2 -testillä. Tulosten mukaan iäkkäämmät (40–65 vuotta) hoitajat kokivat työssään enemmän fyysistä kuormitusta ja rasitusta kuin nuoremmat työntekijät (22–39 vuotta) ($p=,048$, liite 15). Iäkkäämmistä hoitajista reilusti yli puolet koki työnsä fyysisesti melko tai erittäin rasittavana ja kuormittavana, kun vastaavan suuruista kuormitusta nuoremmassa ikäluokassa tunsi vajaa 40 %.

Analyysissäni ilmeni muitakin eroja työssä koettujen haittatekijöiden ja iän suhteen. Ikääntyneempiä häiritsi nuorempia enemmän vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä ($p=,011$), työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten ($p=,000$), työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus ($p=,027$), huono tiedon kulku ($p=,025$), ylläpidetään näennäsilmapiiriä, ettei ongelmia ole ($p=,018$) ja asiakkaiden mo-



Kuvio 6. Kyselyyn vastanneiden hoitajien ikäjakauma

niongelmaisuus ($p=,014$). Samoin ikääntyneimmät hoitajat kokivat nuoria useammin, että he joutuvat kantamaan yksin liikaa vastuuta asiakkaista. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä.

Tulokset kuvastavat mitä ilmeisimmin sitä käytännön tilannetta, kuinka vanhemmille työntekijöille annetaan nuorempia enemmän kokemusperäistä vastuuta tai he ottavat sitä luonnostaan. On ilmeistä, että kokemusperäisestä tietämyksestä johtuen vanhemmille hoitajille ohjautuu nuorempia hoitajia useammin uusien ja vaihtuvien hoitajien perehdytys ja opiskelijoiden arviointi oppilaitoksia varten, minkä vuoksi he kokevat nämä tehtävät nuorempia hoitajia kuormittavammin. Ikääntyneempiä hoitajia huoletti nuorempia useammin myös asiakkaiden moniongelmaisuus. Nämä voivat olla myös viitteitä eri ikäpolvien suhtautumisesta työhönsä. Aiemmissa tutkimuksissa myös Tedre (1999) ja Molander (2014) havaitsivat eroja nuorempien ja iäkkäämpien työntekijöiden suhtautumisessa vanhustyön sisältöön.

Ikääntyneempiä hoitajia harmitti nuorempia hoitajia yleisemmin se, että työyhteisössä ylläpidetään näennäsilmapiiriä, ettei ongelmia ole. Heitä huoletti myös työnantajan resurssien puute. Mahdollisesti pitkän työuransa aikana he olivat havainneet yrityksen tai työyhteisön toimintakulttuurin liittyviä ongelmia.

Myös avovastauksissaan hoitajat ottivat kantaa siihen, kuinka ikääntyminen lisää työn rasittavuuden ja kuormituksen tuntua:

... Lisää kuntoutus ym. tarvikkeita osastolle, mitkä säästäisi hoitajien selkää, käsiä ym. koska hoitotyö raskasta ja hoitajat jo keski-ikässä olevia, joilla jokaisella jo jotakin vaivaa... (1128)

Ikääntyneet työntekijät voisivat tehdä lyhyempiä työviikkoja. Työ on nykyisellään niin kuormittavaa ettei enää ole voimia. Vapaapäivinä palautuminen vaikeaa... (719)

Iän vaikutusta työn kuormittavuuteen on todettu aiemmissa tutkimuksissa. Ikääntymisen myötä työntekijän toimintakyky heikkenee, mihin tulisi kiinnittää erityisesti huomiota raskaissa ruumiillisissa töissä ja ihmissuhdeammateissa (Huuhtanen ym. 1996). Toisaalta ikääntyvien työntekijöiden etuna on kognitiivisten kykyjen lisääntyminen ja elämäkokemus. Työkyvyn heikkeneminen ja työn vaatimusten yhteensovittaminen vaativat niiden tasapainottamista. Työstä tulee entistä kuormittavampaa ja väsyttävämpää, jos toimintakyky heikkenee, mutta työn vaatimukset pysyvät entisellään. Ikääntyneillä työntekijöillä työstä palautuminen ja elpyminen tulevat entistä tärkeämmiksi, koska vanhemmat työntekijät liikkuvat lähempänä maksimisuorituskykynsä rajoja kuin nuoremmat työntekijät. (Ilmarinen 2006.)

Kyselyni perusteella työpaikkojen vaihtuvuus haittasi vain muutamaa prosenttia hoitajista. Koostuihan suurin osa laitospaikoissa toimivista hoitajista, jolloin työpaikka pysyy samana. Vaihtuvat työpaikat haittasivatkin enemmän kotihoidossa toimivia hoitajia kuin laitospaikoissa toimivia hoitajia ($p=,006$). Kotihoidossa työskentelevistä hoitajista reilusti yli joka kymmenettä hoitajaa vaivasi alati vaihtuvat työpisteet lähes aina tai usein. Vastaava

osuus laitospaikoissa toimivilla hoitajilla oli noin puolta vähemmän eli noin 5 %. (Liite 15.) Sitä vastoin vuorotyön rasitus kohdistui enemmän laitospaikoissa toimiviin hoitajiin ($p=,003$), joista noin viidennes piti melko tai erittäin suurena haittatekijänä vuorotyötä. Kotihoidossa vastaava osuus oli 8 %. Tulokset kuvastavat työn luonnetta eri hoiva- ja hoivapaikoissa. Vuorotyö ja erityisesti kolmivuorotyö liittyy laitostyyppisiin kohteisiin, joiden asiakkaat tarvitsevat hoitoa ja apua ympäri vuorokauden.

Avovastauksissaan muutamat hoitajat esittivät muutosehdotuksia työaikoihin joko vuorotyön tai iän perusteella. Osa toivoi, että he voisivat vaikuttaa nykyistä paremmin työaikoihinsa. Ratkaisuna epäsäännöllisten työvuorojen tilalle ehdotettiin ergonomisia ja autonomisia työvuoroja sekä kiertäviä listoja, jotta työntekijä pystyy suunnittelemaan paremmin vapaa-aikaansa. Vuorotyöjärjestystä toivottiin muutettavan nykyistä sopivammaksi: ei illasta aamuun -vuoroja, ei viikkovapaita ykkösvapaina, vaan peräkkäisinä päivinä eikä 7–8 päivän työputkia. Ikääntyneemmälle henkilölle toivottiin mahdollisuutta ottaa vuorotyökorvaus ajassa eikä rahassa. Pekkaspäivät toivottiin kokopäiväisinä.

Myös Kivimäki ja Karttunen (2008, 222–224) ovat tutkineet sairaalassa toimivien työntekijöiden näkemyksiä työajoista ja niiden vaikutuksia. Vaikka heidän tutkimuksensa sijoittuu sairaalaan, siinä on nähtävissä yhtymäkohtia ympärivuorokautisiin vanhusten hoito- ja hoivapaikkoihin. Kivimäen ja Karttusen tutkimus osoitti, kuinka työajat ovat yksilölle keskeinen työhön ja työhyvinvointiin liittyvä tekijä. Terveystenhoitoalalla työvuorojen jatkuva, usein melko epäsäännöllinen vaihtuminen aamu-, ilta- ja yövuorojen välillä kuormitti työntekijöitä. Yleisesti tarkasteltuna työntekijöistä yli puolet oli sitä mieltä, että työaikatoivomukset otettiin melko usein huomioon. Reilusti yli neljäsosan mukaan ne otettiin huomioon aina. Nämä luvut koskettivat erityisesti sairaanhoitajia ja perushoitajia. Sen sijaan laitosapulaiset kokivat, että heidän toiveitaan otettiin huomioon muita harvemmin. Tulkinallisesti tämä voi olla viite siitä, kuinka työyhteisössä heikoimmassa asemassa olevan työntekijän ääni jää vähemmälle huomiolle.

Työvuorolistat eivät vaikuta ainoastaan itse työntekijään, vaan niillä on vaikutusta myös työntekijän perheeseen, ystäviin, harrastuksiin ja vapaa-ajan järjestämiseen. Reilusti yli puolet sairaalantyöntekijöistä kaipasi mahdollisuutta säästää vapaita myöhemmin pidettävään pidempään vapaaseen. Eniten sitä toivoivat lääkärit, mutta kannatus oli suuri sairaanhoitajilla, perushoitajilla ja laitosapulaisilla. Samoin elämäntilanteen mukaan puolet työntekijöistä halusi järjestellä työaikaansa tarvittaessa uudelleen. Myös työajan liukumaa kannatti kaksi viidesosaa työntekijöistä. Eniten sitä toivoivat sairaanhoitajat ja lääkärit. Työntekijöistä noin 4–6 kymmenestä oli kiinnostunut uusista työaikamalleista, kuten työaikapankista, tiivistetystä työviikosta, vuorotteluvapaista ja osa-aikalisästä. (Emt., 224–226.) Franssén (1997) havaitsi omassa tutkimuksessaan, kuinka osa hoitajista oli hakeutunut hoitotyöhön ja epäsäännöllisiin työaikoihin, jotta voisi paremmin yhdistää työn ja perheen.

Tutkimukseni hoitajista yli neljä viidestä oli vakituisessa työssä ja reilu kymmenesosa määräaikaisena. Määräaikaisuuden kesto vaihteli kuukaudesta 36 kuukauteen keskiarvon

ollessa 9,9 kk ja mediaanin 6,8 kk. Yksi vastaaja teki määräaikaisuuksia äitiyslomien vuoksi. Eräs hoitaja toikin esille sen, kuinka määräaikaisuutta aina jatketaan, kun edellinen umpeutuu. Tämä kuvastaa sitä käytännön tilannetta, kuinka määräaikaisuuksia edelleenkin ketjutetaan. Omassa tutkimuksessani hoitajista vain muutamaa prosenttia huoletti melko tai erittäin paljon työpaikan menettäminen (liite 14).

Toljamon ja Perälän (2008, 26) tutkimuksessa kotihoidon henkilöstöstä noin yhdeksän hoitajaa kymmenestä oli vakituudessa työsuhteessa vuonna 2003. Sekä oman tutkimukseni että Toljamon ja Perälän tutkimusten vakinaisten osuudet olivat jonkin verran korkeammat, mitä ne olivat NORDCARE-tutkimuksen aikoihin vuonna 2005. Silloin vakituudessa työsuhteessa oli noin kolme neljäsosaa ja määräaikaisina viidennes. Muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalaiset hoivatyöntekijät työskentelivät muita yleisemmin määräaikaisissa työsuhteissa, ja he olivat useammin kokoaikaisessa työsuhteessa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 47–49.)

Työntekijän kannalta määräaikaisuus luo epävarmuutta. Määräaikaiset työntekijät voivat kokea epätasa-arvoista kohtelua ja jopa syrjintää työpaikoilla. (Emt., 49.) Ylöstalo ja Jukka (2009, 174–175) huomauttavat, että vuonna 2009 reilusti joka kymmenes palkansaajista oli havainnut työpaikallaan muun muassa osa-aikaisten ja tilapäisten työntekijöiden syrjintää, joten kyseessä ei ole mitenkään harvinainen ja vähäpätöinen ilmiö.

Vanhustyössä toimivilla työntekijöillä on kuitenkin keskimääräistä useammin vakituinen työpaikka kuin muilla toimialoilla. Työmarkkinarakenne on pysynyt yllättävän samanlaisena 2000-luvulla. Työllisistä noin kaksi kolmesta oli normaalissa työsuhteessa vuosina 2000 ja 2013. (Sutela & Lehto 2014, 33.) Työsuhde-epävarmuus on kasaantunut ennen muuta naisille, nuorille, toimihenkilöille ja julkiselle sektorille. Julkisen sektorin määräaikaisten osuus (24 %) oli huomattavasti keskimääräistä määräaikaisuusosuutta (14 %) suurempi. Määräaikaisia eniten oli töissä, joissa oli usein muodollisesti määritellyt pätevyysvaatimukset. Eniten määräaikaisuuksia käyttävät alat Suomessa olivat koulutus ja terveydenhuolto. (Saloniemi & Virtasen 2010, 103.)

Omassa tutkimuksessani suurin osa hoitajista toimi joko kolmivuorotyössä (46 %) tai kaksivuorotyössä (42 %). Muutamat tekivät säännöllistä päivätyötä tai yötyötä. Vaihtelevia vuoroja tekevien joukossa oli kaksivuorotyötä ja viikonloppuja tekeviä hoitajia, opintopaalla olevia, ensisijaisesti öitä ja osittain myös muita vuoroja tekeviä hoitajia, keikkahommia tekevä eläkeläinen, jaksotyöläinen ja varahenkilö. Hoitajista yhdeksän kymmenestä työskenteli kokoaikaisesti ja loput osa-aikaisesti. Ne henkilöt, jotka ilmoittivat osa-aikaisen työaikansa pituuden, tekivät keskimäärin 20,2 t/viikko mediaanin ollessa 19,7 t/viikko. Lyhyimmillään osa-aikaisuus oli 8 t/viikko ja pisimmillään 32 t/viikko. Osa-aikaisista työntekijöistä osa oli osatyökyvyttömyyseläkkeellä, osa-aikaeläkkeellä tai toimi keikkatyössä.

Omassa tutkimuksessani hoitajilta tiedusteltiin työaikajärjestelyn omavalintaisuutta. Kysymykseen vastanneista (n=289) reilusti yli puolet totesi, ettei työaikajärjestely ollut heidän oma valintansa. Lähes viidennes jätti vastaamatta tähän kysymykseen.

Hoitajamäärän vähyys ja ylityöt

Arkisin hoitajilla oli keskimäärin 10,7 asiakasta mediaanin ollessa 10 (taulukko 2). Reilusti yli puolet piti asiakasmäärää sopivana. Maksimissaan hoidettavia asiakkaita oli 41. Kohde oli terveyskeskuksen vuodeosasto. Keskimääräisesti hoidettavat asiakasmäärät vaihtelivat arkipäivisin toimipaikoittain yhdeksästä neljääntoista.

Arki-iltaisin hoidettavia vanhuksia oli keskiarvon 13,8 ja mediaanin mukaan 13,5, mitä kaksi kolmasosaa hoitajista piti liian suurena määränä. Maksimissaan hoidettavia asiakasta oli 41. Paikka oli sama kuin edellä eli terveyskeskuksen vuodeosasto. Keskimääräisesti hoidettavat asiakasmäärät vaihtelivat arki-iltaisin toimipaikoittain 12:sta 16:sta.

Lauantaisin ja sunnuntaisin hoidettavia asiakkaita oli keskimäärin 13,5 mediaanin ollessa 12,5. Enemmistö, kuusi hoitajaa kymmenestä piti tätä määrää liian suurena. Keskimääräisesti hoidettavat asiakasmäärät vaihtelivat viikonloppuisin toimipaikoittain 11:sta 50:een. Suurimmillaan asiakasmäärät olivat öisin. Tuolloin hoidettavia asiakkaita oli 32 mediaanin ollessa 30. Reilusti yli puolet hoitajista piti öisin hoidettavien asiakkaiden määrää liian suurena. Toimipaikkakohtaisen tarkastelun perusteella hoidettavia asiakkaita yhtä hoitajaa kohti oli 27–100. Lukuun on suhtauduttava varoen. Muutamassa vastauksessa asiakasmäärä olikin suhteutettu hoitajien kokonaismäärän mukaan. Näistä toisessa arkipäivisin ja -iltaisin sekä viikonloppuisin 10 asiakasta kohti oli kaksi hoitajaa. Öisin kahden hoitajan vastuulla oli 52 asiakasta. Toisessa paikassa 28 asiakasta hoiti kuusi hoitajaa, iltaisin neljä hoitajaa ja viikonloppuisin viisi. Kahdessa kohteessa öisin oli hoitamassa kolme hoitajaa 100 asiakasta. Eräissä vastauksessa todettiin, että 45 asiakasta on sopiva määrä, jos myös toinen yökkö on koulutettu.

Taulukko 2. Keskimääräiset asiakasmäärät ja hoitajien kokemukset niiden sopivuudesta

	Asiakasmäärä		Asiakasmäärän sopivuus hoitajien mukaan (%)			Vastaajia
	Keskiarvo	Mediaani	Liian pieni	Sopiva	Liian suuri	
Arkisin	10,7	10,0		57,7	42,3	312*
Arki-iltoina	13,8	13,5	0,7	34,2	65,1	295**
Lauantaisin–sunnuntaisin	13,5	12,5	0,3	38,9	60,8	296***
Öisin	32,0	30,0	1,2	43,6	55,2	172****

*) joukosta poistettu vastaajat (n=6) jotka eivät tehneet päivävuoroa tai joilla ei ollut asiakaskontakteja

**) poistettu vastaajat (n=7), jotka eivät tehneet iltoja tai joilla ei ollut asiakaskontakteja

***) poistettu vastaajat (n=6), jotka eivät tehneet viikonloppuja tai joilla ei ollut asiakaskontakteja

****) poistettu vastaajat (n=89), jotka eivät tee öitä tai joilla ei ole asiakaskontakteja

Tutkimukseni tulokset osoittavat, että arkisin suomaisten hoitajien keskimääräiset (9–14) asiakasmäärät erilaisissa hoivapaikoissa (palvelutalo, ryhmä- ja hoivakoti, terveyskeskuksen vuodeosasto, tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti ja sairaala) ovat hieman pienentyneet siitä, mitä ne olivat Krögerin ja Vuorensyrjän (2009, 50) tekemässä tutkimuksessa.

Siinä suomalaisissa laitospaikoissa (vanhainkodissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla ja asumispalveluyksikössä) päivävuoron aikana oli keskimäärin 14 asiakasta hoitajaa kohti. Muiden pohjoismaalaisten osalta luvut olivat selvästi alhaisemmat kuin Suomessa: tanskalaisilla 6, norjalaisilla 7 ja ruotsalaisilla 8. Iltavuorossa ja viikonloppuisin erot eri maiden välillä pysyivät lähes samoina. Kaikissa maissa asiakasmäärät yhtä työntekijää kohti nousivat iltavuorossa jonkin verran verrattuna päivävuoroon, mikä oli havaittavissa myös omassa tutkimuksessani.

Hoidettavien määrät hoitajaa kohden nousivat myös yövuorossa. Oman tutkimukseni hoivapaikoissa (palvelutalo, ryhmä- ja hoivakoti, terveyskeskuksen vuodeosasto, tehostettu palvelutalo, vanhainkoti, sairaala) hoidettavat asiakasmäärät (27–38) olivat öisin jonkin verran suuremmat, mitä ne olivat Krögerin ja Vuorensyrjän (2009) tutkimuksessa. Siinä suurimmat asiakasmäärät öisin olivat Suomessa (29 asiakasta/työntekijä) ja Tanskassa (26 asiakasta/työntekijä), kun vastaavat osuudet Ruotsissa olivat 17 ja Norjassa 16 asiakasta hoitajaa kohti.

Tutkimukseni perusteella yhdistetyn kotihoidon asiakasmäärät työntekijää kohti näyttäisivät jonkin verran nousseen Suomessa vuosien varrella. Tutkimuksessani yhdistetyn kotihoidon asiakasmäärät olivat päivisin keskimäärin 9, arki-iltaisina 15, öisin 16 sekä viikonloppuisin lauantaina ja sunnuntaina 15. Krögerin ja Vuorensyrjän (2009) tutkimuksessa yhdistetyn kotihoidon luvut Suomen osalta olivat seuraavat: arkipäivisin 7, iltavuorossa 12, viikonloppuisin 13 ja öisin 12 asiakasta. Vertailun vuoksi todettakoon, että Toljamon ja Perälän (2008, 25) tutkimuksessa kotihoidon työntekijöillä oli työpäivän aikana keskimäärin 7–8 asiakasta.

Pohjoismainen vertailututkimus osoitti, kuinka kotihoidon asiakasmäärissä oli eroja eri maiden välillä. Arkena päivällä työntekijöillä oli 7–8 asiakasta (vähiten Suomessa ja eniten Tanskassa), iltavuorossa 10–20 asiakasta (vähiten Ruotsissa ja eniten Tanskassa), viikonloppuisin 10–13 asiakasta (vähiten Ruotsissa ja eniten Tanskassa) ja öisin 5–12 asiakasta (vähiten Ruotsissa ja eniten Tanskassa). Yöhoitajamääriin Kröger ja Vuorensyrjä kehottavat suhtautumaan varauksella, sillä näistä kohteista vastauksia saatiin alle 10 henkilöltä Tanskassa ja Suomessa. (Kröger & Vuorensyrjä 2009.)

Omassa tutkimuksessani palkallista ylityötä teki noin 85 % hoitajista. Suurin osa, neljä hoitajaa kymmenestä teki palkallista ylityötä harvemmin kuin kerran kuussa (liite 6). Noin yli viidesosa teki sitä viikoittain tai jopa päivittäin. Paljon tehtiin myös palkatonta ylityötä, sillä yli puolet teki sitä ajoittain ja neljäsosa viikoittain tai jopa päivittäin. Osaltaan ylitöihin vaikutti henkilöstöpula. Henkilöstöpulaa koki lähes päivittäin joka neljäs, viikoittain yli kolmannes tai kuukausittain joka neljäs työntekijä henkilökunnan sairauslomien, muiden vapaiden tai täyttämättömien virkojen vuoksi. Kiireinen työtahti johti myös ruokataukojen lyhentämiseen tai sen väliin jättämiseen. Vastanneista vain vajaa kymmenesosa ilmoitti, ettei koskaan jättänyt ruokailutaukoa pitämättä tai lyhentämättä liiallisten työtehtävien vuoksi. Enemmistö, kuusi hoitajaa kymmenestä jätti ruokatauon pitämättä tai lyhensi sitä viikoittain tai jopa päivittäin, mikä pidemmän päälle kuormittaa hoitajia.

Krögerin (2009b, 26–27) tutkimuksessa suomalaisista hoivatyöntekijöistä työmääränsä piti liiallisena 25–64 %. Vähiten sitä kokivat kotihoidossa/-palvelussa toimivat työntekijät ja eniten terveyskeskusten vuodeosastolla toimivat työntekijät. Myös vanhainkotien henkilökunnasta reilusti yli puolet piti työmäärää liian suurena. Palveluyksiköissä sekä muissa työpaikoissa työmäärän liialliseksi koki reilu kolmannes. Kröger ja Vuorensyrjä (2009, 50) kuitenkin painottivat sitä, että pohjoismaisia lukuja verrattaessa on otettava huomioon hoivayksiköiden suuruudet. Suurissa laitoksissa työskentelevillä oli suurempi määrä asiakaskontakteja kuin pienemmissä hoivalaitoksissa ja kotihoidossa. Mahdollisesti suomaisen hoitajien suuremmat asiakasmäärät johtuivat suuremmista laitostyöntekijöistä tai töiden organisoinnista.

Myös Valviran (2016, 9–10, 19) tutkimus paljasti, kuinka vanhusten ympärivuorokautisessa asumisyksiköissä työskentelevistä työntekijöistä vain kaksi viidesosaa oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että vakituista henkilökuntaa oli riittävästi. Tehostetussa palveluasumisessa olevat asukkaat olivat aiempaa huonokuntoisempia. Kolmasosa hoitajista ilmoitti, että henkilökunnan vähäisyydestä johtuen heillä ei välttämättä ollut aina riittävästi aikaa tarjota asukkaille heidän tarpeidensa mukaista yksilöllistä hoivaa. Tästä huolimatta lähes kaikki hoitajat kokivat, että toimipaikassa pystyttiin vastaamaan asukkaiden perustarpeisiin, kuten vessassa käynteihin. Samoin asukkaiden turvallisuudesta pystyttiin huolehtimaan hyvin, mutta neljäsosan mukaan asukkaille ei ollut tarpeeksi virikkeitä.

Kivimäen ja Karttusen (2008, 222–224) tutkimus puolestaan osoitti, kuinka sairaalatyöhön kaivattiin lisää työntekijöitä perustehtävien hoitamiseen. Yleisimmät syyt ylitöiden tekemiseen olivat työntekijämäärän vajuus ja työn mitoitus. Työntekijävajauksesta johtuvia ylitöitä tekivät eniten sairaanhoitajat, perushoitajat ja laitosapulaiset, joista sitä teki kaksi kolmasosaa. Työn mitoituksen vuoksi eniten ylitöitä tekivät lääkärit ja sihteerit: lääkäreistä noin kolme neljäsosaa ja sihtereistä puolet. Vähiten mitoituksesta johtuvia ylitöitä tekivät laitosapulaiset, joista sitä teki noin kuudesosa. Töiden sujumuuden vuoksi ylitöitä teki neljännes. Muut syyt ylitöiden tekemiseen olivat: työnantaja edellyttää, vapaa-ajat ja lisäansiot.

Krögerin (2009c, 40–41) tutkimus paljasti myös, että henkilökunnan puute oli (40–48 %:lla) suurin ongelma työpaikoilla. Viikoittainen työvoimapuute koski eniten lähihoitajia ja vähiten hoitoapulaisia. Palkatonta ylityötä tekivät kaikki nimikkeestä (perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja, hoitoapulainen ja muut) riippuen 6–19 %. Eniten viikoittaista palkatonta ylityötä tekivät lähihoitajat ja vähiten hoitoapulaiset. Noin viidesosa kodinhoitajista ja lähihoitajista teki myös palkallista ylityötä. Perushoitajista reilusti joka kymmenes ja muista hoivatyöntekijöistä noin joka kymmenes ilmoitti tekevänsä palkallista ylityötä.

Kyselyni hoitajien avovastauksissa tuli selvästi esille, kuinka hoitajamäärän vähyys ja töiden paljous harmittivat ja sitä tietä myös kuormittivat useita hoitajia. Lähes puolet (n=165) hoitajista toivoi lisää tai riittävästi henkilöitä vanhustyöhön. Perusteluina oli se, että hoidettavien vanhusten kunto on nykyisin aiempaa heikompi ja he tarvitsevat enemmän hoivaa ja tukea. Monessa vastauksessa (n=22) korostettiin sitä, että työntekijöiden

tulee olla ammattitaitoisia. Kuormituksen aiheuttajiksi todettiin myös sijaisten puute tai kouluttamattomien sijaisten käyttö sairauslomien ja muiden lomien aikana. Kouluttamattomien lomittajien käyttämisen todettiin lisäävän koulutettujen vastuuta. Lomittajien toivottiin olevan vakituisia keikkatyöntekijöiden sijaan, kuten eräs hoitaja kirjoitti avovastauksessaan:

... Sitten kun sairaslomia on paljon, välttämättä ei oteta sijasta, niin ne jotka yrittävät jaksaa olla töissä ilman sairaslomia uupuvat työtaakan alle... (1128)

Monessa (n=17) avovastauksessa otettiin voimakkaasti kantaa hoitajamitoitukseen. Hoitajat toivoivat täsmennystä siihen, mitkä työntekijä voidaan laskea mukaan mitoitukseen, kuten eräs vastaaja kirjoitti:

Selvät ohjeet henkilömitoitukseen, ettei työnantajapuoli ”kikkaile” sijaisia henkilövahvuuteen ja saa näin tilanteen näyttämään paperilla hyvältä. (763)

Samoin mitoituksessa toivottiin otettavan huomioon asiakkaiden kunto ja hoitoisuus. Sen toivottiin koskevan myös kotihoitoa. Mitoitusta toivottiin laitettavaksi vanhuspalvelulakiin, pelkkää suositusta ei pidetty riittävänä. Eräissä avovastauksissa annettiin palautetta valvonnan kehittämiseksi tai sen heikosta toteutumisesta:

Haluaisin lakkauttaa sosiaalilautakunnat. Koska heiltä puuttuu täysin ymmärrys. Ei ole tietoa, on vaan politiikka. Lautakunnissa pitäisi istua sellaiset henkilöt, jotka ovat terveydenhuollon ammattilaisia! Aivan turhaa rahan haaskausta kokouspalkkioissa... (1300)

Hoitajamitoitus on ollut julkisuuden kestoaihe pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palveluja koskevia laatusuosituksia 2001, 2008 ja 2013. Uusin laatusuositus valmistui kesällä 2017 (STM & Kuntaliitto 2017). Ensimmäinen laatusuositus oli yleisluonteinen. Henkilömitoituksen osalta siinä ohjeistettiin hyödyntämään toisten kuntien käytäntöjä sekä valtakunnallisia että pohjoismaisia esimerkkejä. Mitoituksen tueksi annettiin valtakunnalliset keskiarvot koko henkilöstön ja hoitohenkilöstön osalta: vanhainkoti (0,61–0,69 koko henkilöstö ja 0,42 hoitohenkilöstö), terveyskeskus (0,86 koko henkilöstö ja 0,66 hoitohenkilökunta) ja tehostettu palveluasuminen (0,36 koko henkilöstö, tietoa hoitohenkilöstön osalta ei ollut). Ohjeet henkilöstön pätevydestä olivat yleisluonteisia, kuten ”iäkkäitä ihmisiä hoitavan henkilöstön tulee olla tehtävään soveltuva ja tavoitteena on, että henkilöstöllä on mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveyden hoidossa vaadittava kelpoisuus”. Henkilöiltä, joilta puuttui säädetty pätevyys, tuli olla mahdollisuus ammattitaidon täydentämiseen. (STM & Kuntaliitto 2001, 16, 23.)

Seuraavassa laatusuosituksessa (STM & Kuntaliitto 2008, 34–36) oli viittauksia sosiaali- ja terveydenhuoltolakeihin henkilöstön pätevyysvaatimuksista sekä luettelo ammattipätevyyksistä, joita voidaan laskea mukaan henkilöstömitoitukseen. Tavoitteeksi esitettiin,

että kaikilla ikääntyneiden parissa toimivilla sosiaali- ja terveyspalveluissa toimivilla työntekijöillä on sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammatillinen koulutus sekä perus-, jatko-, ja/tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. Laatusuosituksissa oli vähimmäismitoituksen lisäksi suosituksia hyvästä mitoituksesta. Ympäri vuorokautisessa hoitoyksikössä vähimmäismäärästä oli 0,5–0,6 hoitotyöntekijää yhtä asiakasta kohti. Korkeampi vähimmäismitoitus (0,6) oli suositeltava silloin, kun asiakkailta oli vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvänä henkilöstömitoituksena pidettiin 0,7–0,8. Jos terveyskeskusten vuodeosastoilla, jossa oli lääketieteellistä hoitoa vaativia asiakkaita pitkäaikaishoidossa, vähimmäismitoituksena pidettiin 0,6–0,7 ja hyvänä 0,8 hoitajaa asiakasta kohden.

Kolmannen, vuonna 2013 laatusuosituksen tarkoituksena oli tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain eli niin kutsutun vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatusuositukset olivat aiempia suosituksia yksityiskohtaisempia ja laajempia. Muun muassa kotihoidon osalta lueteltiin, mitä tehtäviä kuuluu kotihoidon välillisiin ja välittömiin tehtäviin. Suositus tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodeissa oli 0,50 hoitotyöntekijää asiakasta kohti ja terveyskeskusten vuodeosastojen pitkäaikaishoidolla 0,60–0,70 hoitotyöntekijää yhtä asiakasta kohti. Samassa julkaisussa oli tehty myös seuranta suositusten toteutumisesta. Tulokset osoittivat, että vuosina 2009–2011 tehostetussa palveluasumisessa henkilöstömitoitus oli noussut 0,57:stä 0,65:een, vanhainkodeissa 0,64:stä 0,65:een ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla 0,67:stä 0,70:ään. (STM & Kuntaliitto 2013.)

Vanhuslain valmisteluvaiheessa käytiin sängen vilkasta keskustelua siitä, pitääkö lakiin laittaa sitovia määräyksiä henkilöstömitoituksesta. Lakiin ei kuitenkaan säädetty numeerista määrystä henkilöstömitoitusta. Eduskunta kuitenkin edellytti, että henkilömitoituksessa seurataan erityisesti 0,50 mitoituksen alittumista. Vanhuspalvelulain avaaminen nähtiin tarpeelliseksi, jos vuoden 2014 seurannassa havaitaan yksikin henkilömitoitus alle 0,5 ympäri vuorokautisessa yksikössä. (Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2014, 141.)

Kesäkuun lopussa 2017 valmistui neljäs uudistettu laatusuositus (STM & Kuntaliitto 2017, 6, 20–22). Suosituksessa on otettu huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevia muutoksia, hallitusohjelman ja julkisen talouden suunniteltuja tavoitteita sekä tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Suosituksen hyödyntäjänä mainitaan muun muassa tulevat maakuntapäätäjät. Hallitus edellytti, että henkilöstömitoituksen suositukset ovat yhdenmukaiset julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla. Henkilöstömitoitukseen voidaan laskea aiempaa joustavammin perusteina iäkkäiden hoitoon ja huolenpitoon osallistuvaa henkilökuntaa.

Onko tästä seurauksena se, että vanhusten hoitoon palkataan jatkossa vähemmän koulutettua ja alemmpipalkkaisia työntekijöitä? Helsingin Sanomien (11.10.2017) artikkelin ”Hoitajien määrä on kutistunut” perusteella tällaisia viitteitä on jo nähtävissä. Haastateltavana oli ollut muun muassa SuPerin edustaja. Artikkelin mukaan koulutettujen vanhusten

hoitajien määrä varsinaisessa hoitotyössä on vähentynyt, kun hoitohenkilöstöön voidaan laskea mukaan muitakin ammattiryhmiä kuin koulutettuja hoitajia. Heitä ovat esimerkiksi fysio- ja toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, sosionomit, hoiva-avustajat ja viriketoiminnan ohjaajat siltä osin kuin he osallistuvat välittömään asiakastyöhön.

Vuoden 2017 laatusuosituksella haetaan julkiseen talouteen noin 33,5 miljoonan euron säästöä vuoden 2019 loppuun mennessä. Esityksen mukaan henkilöstömäärää suunniteltaessa ja arvioitaessa on otettava huomioon: 1) asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve, 2) palvelurakenne, palvelujen tuottaminen ja saatavuus; 3) henkilöstöön ja työn organisointiin liittyvät tekijät; 4) julkisten ja yksityisten palveluntuottajien yhdenmukainen ohjaus, valvonta ja seuranta. Henkilöstön toteutunut vähimmäismitoitustaso tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä tulee olla vähintään 0,50. Lisäksi esityksessä ohjeistetaan, kuinka määritetään kotihoidon henkilöstön määrä. (STM & Kuntaliitto 2017.)

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että hoitajamitoitus vaikuttaa hoitotyön laatuun. On havaittu positiivinen yhteys riittävän henkilöstömäärän ja hyvän hoidon sekä laadun välillä. Riittämättömällä, vääränlaisella ja liian vähän koulutetulla henkilöstöllä sekä hoitajien työtaakalla on todettu olevan negatiivinen yhteys hoitajien suhtautumisessa asiakkaisiin ja asiakkaiden kokemaan hoidon laatuun kotihoidossa. (Andersson ym. 1998; Schnelle ym. 2004; Perälä, Grönroos & Sarvi 2006.) Useissa tutkimuksissa on myös havaittu, että henkilöstön koulutuksella on suurempi vaikutus hoitotyön laatuun kuin henkilöstömäärällä (Muurinen 2003; Voutilainen 2004).

Noro ym. (2014) esittävät, ettei henkilömitoitustilanne ole yksiselitteinen. Siihen vaikuttavat asiakkaiden palvelutarve ja yksikön toimintamalli. Samoin henkilömitoituksen seuraamisessa ovat omat hankaluutensa, koska seurantajaksolla asiakkaiden ja henkilökunnan määrät saattavat vaihdella. Jos henkilömitoitusta on suunniteltu lähelle 0,5 mitoitusta, se on herkkä mittausajankohdan henkilöstö- ja asiakasmäärän suhteen. Jos toimintayksikössä koettiin henkilöstömäärän ja osaamistason vastaavan asiakkaiden tarvetta, toteutunut mitoitustaso alitti harvemmin tason 0,5.

Ongelmat eivät rajoittuneet pelkään henkilöstömäärän vähyyteen, sillä hoitajat kaipasivat työnjakoon selkeyttä. Kyselyyni vastanneista vain viidesosa koki, ettei työnjaossa ollut koskaan epäselvyyttä. Noin kolmasosalla oli epäselvyyttä töissä harvemmin kuin kerran kuussa. Toisaalta lähes samassa määrin oli hoitajia, joiden mukaan työnjaossa oli epäselvyyksiä viikoittain tai lähes päivittäisiä.

Hoitajien vastauksissa oli havaittavissa tiettyä ammatti- ja tehtäväperustaista työnjakoa, mikä tuli esille myös Franssénin (1997) tutkimuksessa. Eräs tutkimukseni hoitajista toivoi töiden eriyttämistä siten, että vähemmän koulutetut henkilöt hoitaisivat asukkaiden vaatehuollon, siivouksen ja vanhusten ulkoiluttamisen, jolloin varsinaisille hoitajille jäisi enemmän aikaa paneutua varsinaiseen hoitotyöhön. Lisäksi toivottiin erillisiä kuntohoitajia ja virikeohjaajia. Eräs vastaaja toivoi lisää sairaanhoitajia, jotta lähi- ja perushoitajat saisivat keskittyä perushoittoon.

Töihin tultiin sairaana. Lähes kolme hoitajaa neljästä oli ollut sairaana töissä viimeisen 12 kuukauden aikana, vaikka terveydentilan vuoksi olisi pitänyt olla sairauslomalla. Enemmistö, reilu kolmasosa oli ollut sairaana töissä 2–5 kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana ja noin seitsemäsosa jopa enemmän kuin viisi kertaa. Ainoastaan hieman yli neljäsosa ei ollut sairaana töissä kertaakaan viimeisen 12 kuukauden aikana ja viidesosa vain kerran. Oletettavasti töihin tultiin myös sairaina, koska työstä poisjäämisen lisäksi siten muiden työntekijöiden kuormitusta.

Alalle hakeutuvien soveltuvuus mietityttää

Muutamissa avovastauksissa hoitajat ottivat kantaa vanhustyöhön hakeutuvien soveltuvuudesta alalle. Se on aihe, joka on tullut esille aiemmissa tutkimuksissa ja julkisissa keskusteluissa. Aihe on tärkeä, koska vanhusten hoivatyö on mitä suuremmassa määrin ihmisläheistä työtä. Oletettavaa on, että alalle sopimattomat työtoverit vaikuttavat työyhteisön toimivuuteen ja sitä kautta myös työn kuormittavuuteen. Asian parantamiseksi alalle aikoville toivottiin soveltuvuuskartoitusta. Valintakriteerinä ei saisi olla pelkkä työllistyminen, kuten eräs hoitaja kirjoitti:

... Tänä päivänä hoitoalan työntekijämateriaali on hyvin kirjavaa ja välillä tuntuu, että lähiboitajaksi pyritään kouluttamaan kaikki työttömät työnhakijat, jotka eivät kaikki varmasti sovellu hoitotyöhön millekään alueelle... (20).

Eräs hoitaja puuttui vanhusten hoivatyön arkiseen sisältöön, joka ei ole kaikille alalle aikoville selvillä. Samoin hän painotti monen muun hoitajan tavoin läsnäolon ja kosketuksen merkitystä ihmisläheisessä hoivatyössä:

Koneet ja laitteet ei korvaa ihmistä – käsiä – kosketusta – läsnäoloa ja hoivaa. Oikeanlaisia ihmisiä hoitoalalle, ahkeria, motivoituneita, pitää olla kiinnostunut ihmistä/asukkaista. Ei tietokoneista ja hienoista ”hoitajan töistä”, niitä hienoja, siistejä töitä on vähän työpäivässä. Fyysistä likaista työtä paljon enemmän. Keskustelutaitoisia, oma-aloitteisia ja vanhuksen voimavaroja ylläpitäviä hoivaajia – kanssakulkijoita. Aina ei välttämättä se suuri hoitajien määrä ole tärkeintä. Vähemmälläkin pärjää kun oppii tekemään tarpeellisen. (1009)

Samaa alalle sopivuutta tähdensivät Suomisen ja Henrikssonin (2008, 632) haastattelemat kotihoidon työntekijät. He pitivät tärkeänä, että alalle aikovilla on ”persoonallisuutta ja silmää työlle”. Suurin osa Toljamon ja Perälän (2008, 30) tutkimuksen osallistuneista kotihoidon työntekijöistä tähdensi, että ikääntyneiden parissa työskentely vaatii jatkuvaa uusien asioiden oppimista, luovuutta ja taitojen kehittämistä. Työssä on mahdollista tehdä erilaisia asioita. Myös osa Valviran (2016, 24) tutkimukseen osallistuneista hoitajista toivoi vanhusten hoivatyöhön sopimattomien henkilöiden karsimista soveltuvuustesteillä jo koulutukseen otettaessa ja koulutuksen sisällön kehittämistä.

Koulutuksen kehittämiseksi tutkimukseni hoitajat esittivät soveltuvuustestien lisäksi 18 vuoden alaikäraja ja koulutuksen alkuvaiheeseen sijoitettua kokeilujaksoa vanhainkodissa tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kokeilujakson aikana opiskelijat näkisivät työn raskauden monissa muodoissaan. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien toivottiin osaaavan suomea riittävän hyvin, jotta he pystyvät kommunikoimaan hyvin vanhusten kanssa ja tuntevat suomalaisen toimintakulttuurin. Pari vastaajaa perusteli ammattikoulutuksen saaneiden työntekijöiden tärkeyttä asiakasturvallisuudella.

Hoitajien koulutukseen liittyi palaute, joka koski työharjoittelussa olevien opiskelijoiden motivaatiota ja arviointia. Vastaaja piti opiskelijoiden arviointia kuormittavana ja turhien lomakkeiden täyttämisenä. Hänestä parempi vaihtoehto oli aiemmin käytössä ollut menetelmä, jossa useampi hoitaja antoi arvioinnin harjoittelujakson lopussa. Kirjoittaja toivoi, että myös opettajat kävisivät harjoittelemassa työpaikoilla opiskelijoiden kanssa, jotta vastuuta ei siirretä pelkästään työpaikan henkilökunnalle. Kyselyni perusteella laitoshoidossa toimivia hoitajia haittasi kotihoidossa toimivia hoitajia enemmän se, että työajasta meni liikaa aikaa opiskelijoiden arvostelemiseen oppilaitoksia varten ($p=,009$, liite 15): Eräs vastaaja pohti, missä määrin koulutuksessa käsitellään vanhusten seksuaaliteettä ja hammashoidon merkitystä vanhusten terveyden kannalta.

Malinin (1996, 59) laatiman tutkimuskoosteen perusteella hyvää kotihoitoa määrittävät työntekijöiden henkilökohtaiset ominaisuudet ja pätevyys, vanhusten ja työntekijän välisen suhteen toimivuus, vakiohoitajat ja työntekijöiden kiireettömyys sekä säännölliset käyntiajat ja saatavuus. Laitoshoidon osalta Elovainio (1997) ja Molander (2014, 110–111) havaitsivat, kuinka vanhukset eivät uskalla valittaa ja kritisoida hoitoa siinä pelossa, että jäävät vaille apua. Hoitajia ohjaavat byrokratian säännöt voivat julkilausumattomasti laajentua koskemaan myös asiakkaita, joiden tulee sopeutua organisaation asettamiin vaatimuksiin ja sääntöihin.

Monisairaita vanhuksia sekä fyysisesti kuormittavia töitä ja työolosuhteita

Reilusti yli puolet hoitajista kutsui hoidettavia vanhuksia asukkaiksi ja yli kolmas osa asiakkaiksi. Muita käytettyjä nimiä olivat henkilön oma etunimi ($n=4$), sukunimen yhteyteen laitettu vaari-sana, herrasmies, muistisairas tai kuntoutuja. (Liite 7.) Hoitajien asiakkaat olivat neljättä vaihetta elämässään eläviä vanhuksia, jotka olivat riippuvaisia saamastaan hoidosta ja joista monet olivat voimattomia. Vanhuksista lähes kaksi kolmasosaa kuului ikäryhmään 76–85 vuotta. Myös vanhoja, yli 85-vuotiata vanhuksia oli reilu kolmannes asiakaskunnasta, kun taas 75-vuotiaiden tai sitä nuorempien asiakkaiden määrä oli vain hieman yli 2 %. (Liite 8.) Omassa tutkimuksessani en voinut laskea hoidettavien keski-ikä, koska käytin kyselylomakkeessa luokiteltua kysymystä. Tältä osin yksityiskohtaisempaa tietoa oli saatavilla Väyrysen ja Kurosen (2013) tutkimuksesta, jossa vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asiakkaiden keski-ikä oli 83,5 vuotta.

Vanhukset olivat toimintakunnoltaan haasteellisia. Monet hoidettavat tarvitsevat apua päivittäisissä toimissa. Lähes yhdeksän hoitajaa kymmenestä ilmoitti, että nykyisin hoidettavat vanhukset olivat heikkokuntoisempia kuin aiemmin hoidettavat. Palvelun tarve näkyi siinä, että hoidettavista lähes kaikki tai useimmat tarvitsivat apua päivittäisissä toimissa. Yli viidesosalla hoitajista useimmat tai kaikki hoidettavat olivat vuodepotilaita. (Liite 9.)

Dementiaa sairastavien määrä oli suuri. Hoitajista lähes kaksi kolmasosaa ilmoitti, että kaikilla tai useimmilla hoidettavilla vanhuksilla oli dementia. Tulosta tukevat STM:n (2012) tilastot, joiden mukaan noin neljällä viidesosalla ympärivuorokautisessa hoidossa olevista ihmisistä on muistioireita tai diagnosoitu muistisairaus. Vuonna 2020 Suomessa on arvioitu olevan noin 130 000 vähintään keskivaikeaa muistisairasta henkilöä. Dementiaa sairastavien määrät ovat suuria, kun tarkastelee nykyisiä ja tulevaisuuden lukuja. Myönteistä on, että dementiasairauksista on aloitettu puhua yleisesti. Samalla on tuotu esille, kuinka dementiaa voidaan ehkäistä tai hidastaa omilla toimintavoilla. Nämä eivät kuitenkaan poista sitä kysymystä, kuinka kasvava muistisairaiden hoito ja hoiva voidaan toteuttaa tulevaisuudessa.

Huoli kotihoidon muistisairaiden lisääntyneestä määrästä ja heidän heikentyneestä toimintakyvystä tuli esille myös hoitajien ryhmähaastatteluissa, kuten eräs haastateltava asian ilmaisi:

Et kyllä tää semmonen pommi on tää dementia. (H2)

Hoitajat usein murehtivat siitä, kuinka huonokuntoiset vanhukset selviytyvät kotioloissaan. Erityisesti huoli oli muistisairaista asiakkaista, jotka lähtevät ulos kotoaan eivätkä osaa enää palata kotiin. Turvallisuuden kannalta liesi on muistamattomille ongelmallinen. Osalta asiakkaista ruoanlaittaminen ei enää onnistunut, vaan hoitajat kävivät valmistamassa tai lämmittämässä ruoan. Osalla asiakkaista oli myös katsottava, että henkilö alkoi syödä ja sai otettua lääkkeitä. Muistisairaavat saattoivat käyttäytyä ajoittain aggressiivisesti, mikä vaikuttaa hoitajien turvallisuuteen ja turvattomuuden tunteeseen. Yhdessä ryhmäkeskustelussa hoitajat kertoivat, että muistisairaavat voivat pitää jopa puolisoaan vieraana ja kotiinsa tunkeutuvana henkilönä, jota vastaan on tarve puolustautua.

Heikentynyt kuulo ja näkökyky olivat yleisiä. Kyselyn hoitajista neljäsosalla useimmilla hoidettavilla oli heikentynyt kuulo. Vastaava osuus näkökyvyn osalta oli hieman alhaisempi eli vajaa viidennes. Alkoholi-ongelmaisten määrä näkyi hoidettavien joukossa. Hoitajista reilusti yli puolet oli sitä mieltä, että muutamalla heidän asiakkaistaan oli alkoholi-ongelma. Vanhusten alkoholin käyttö on noussut myös yleisen keskustelun kohteeksi. Vanhuspalvelujen piiriin alkaa tulla vanhuksia, jotka ovat tottuneet käyttämään aiempia sukupolvia yleisimmin alkoholia, mikä tuo uuden ulottuvuuden tulevaisuuden vanhusten hoitoon.

Vanhusten monimuotoiset sairaudet nousivat esille myös hoitajien eritellyissä ”jotain muuta” -vastauksissa. Lueteltujen sairauksien määrä oli pitkä ja moninainen. Näistä ylei-

simmat olivat käytöshäiriö tai aggressiivisuus (n=7), rajoittunut liikuntakyky (n=6), inkontinenssi (n=3) ja toispuoleinen halvaus (n=2) (liite 9).

Mediaanin mukaan hoitajien työajasta 80 % meni välittömään asiakastyöhön ja siihen sisältyi paljon fyysistä työtä. Asiakastyöhön liittyvään raportointiin meni 15 % työajasta. Loput työajasta meni muihin tehtäviin, kuten esimies- ja hallinnollisiin tehtäviin, kokouksiin ja perehdyttämiseen. Muut erikseen ilmoitetut työt koskivat siivousta, jätehuoltoa sekä ruokahuoltoa joko keittiössä tai ruoanjakelussa ja sen jälkisiivousta sekä pyykkihuoltoa. (Liite 10.) Monet hoitajat ilmoittivat vastaukset vaihteluvälinä, mikä osaltaan kuvastaa heidän työtään. Päivät eivät ole toistensa kaltaisia, ja eri työt jakautuvat työntekijöiden kesken. Se tuli esille myös puuttuvien vastausten jakautumisessa. Eniten puuttuvia vastauksia oli kokouksia sekä uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä koskevien kysymysten joukossa. Eriytyminen oli havaittavissa minimi- ja maksimijajoissa. Esimerkiksi välittömään asiakastyöhön menevä aika vaihteli 10 %:sta 100 %:iin ja asiakastyöhön liittyvä raportointi 1–70 %. Myös Toljamon ja Perälän (2008, 25) kyselyssä oli suurta vaihtelua vastaajamäärissä ja työtehtävissä. Siinä tutkimuksessa yhden työvuoron aikana asiakkaan hoitoon ja hoivaan kotona kului noin viisi tuntia, muiden asiakasryhmien hoitoon kaksi-kolme tuntia ja työn kehittämiseen lähes kaksi tuntia.

Tutkimustulokseni vahvistivat nykyistä käytäntöä, jossa vanhusten päivittäinen hoiva- ja hoitotyö muodostuu pääasiassa hygienian hoidosta, ruokailusta huolehtimisesta, hoitotoimenpiteiden tekemisestä ja lääkkeiden jakamisesta. Muut yleisimmät tehtävät olivat asiakkaan liikkumisen tukeminen, kuten auttaminen siirtymisessä pyörätuoliin tai sänkyyn sekä kävelemisessä. Lisäksi asiakkaiden lohduttaminen ja tukeminen olivat päivittäisiä toimia. Viikoittain yleisimmin tehtäviä olivat vanhusten auttaminen saunottamisessa, hiusten laittaminen ja jalkahoitojen antaminen. Myös asiakkaan omaisten lohduttaminen oli viikoittaista tai sitä harvemmin tapahtuvaa. (Liite 11.) Monet vanhukset kaipaavat jutuseuraa, kuten eräs haastateltava hoitaja kertoi ryhmähaastattelussa. (H4)

Hoivatyön fyysinen kuormitus ilmeni huonoina työasentoina ja nostoina. Hoitajista kaksi kolmasosaa nosti, siirsi tai kantoi jotain painavaa lähes päivittäin. Samoin työasennot olivat huonoja. Hoitajista kolme neljästä työskenteli kyyryssä, vääntyneissä tai muuten epämukavissa tai hankalissa työasennoissa lähes päivittäin. (Liite 6.) Eräs hoitaja arveli avovastauksessaan, etteivät nuoret hoitajat hakeudu alalle raskaiden töiden vuoksi:

...Aukkaat ovat todella huonokuntoisia sekä psyykkisesti että fyysisesti, hoitajat joutuvat todella koville, aina ei ole työparia, kun tehdään nostoja, siirtoja tms. Nuoret hoitajat eivät halua tehdä niin raskasta työtä. Mitä siitä seuraa – työvoimapula. Tuodaan ulkolaisia hoitajia? Tekevät halvemmalla ja ovat ”sidottuja” yksityisiin firmoihin. (671)

Lähes kaikki hoitajat auttoivat vanhuksia päivittäin hygienian hoidossa, kuten suihkussa ja wc-käynneissä tai vaipan vaihdossa. Kahdeksan hoitajaa kymmenestä teki sitä useasti päivän aikana. Useimmin hygienian hoitoon liittyvät avustustoimet toistuivat päivän aika-

na vanhainkodeissa, ryhmä- ja hoivakodeissa, tehotetussa palveluasumisessa ja sairaalassa. Jonkin verran vähäisempiä ne olivat kotihoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tosin kotihoidossakin hoitajista reilusti yli puolet auttoi vanhuksia hygienian hoidossa useita kertoja päivän aikana. Reilusti yli kolmasosalla se kuului ainakin päivittäisiin tehtäviin.

Yli kahdeksan hoitajaa kymmenestä auttoi vanhusta siirtymään pyörätuolista tai vuoteesta päivittäin tai useita kertoja päivän aikana (liite 11). Avustamisen tarve kuvastaa osaltaan asiakkaiden kuntoa eri kohteissa. Terveyskeskuksen vuodeosastolla, tehostetussa palveluasumisessa, vanhankodissa ja sairaalassa kuusi-kahdeksan hoitajaa kymmenestä auttoi asiakkaita useita kertoja päivän aikana pyörätuoliin tai vuoteeseen siirtymisessä. Myös palvelutaloissa sekä ryhmä- ja hoivakodeissa näitä tehtäviä teki noin puolet hoitajista useita kertoja päivän aikana, kun kotihoidossa sitä teki useita kertoja päivittäin alle joka kymmenes hoitaja. Tosin sielläkin näitä avustamistehtäviä oli noin reilulla kolmasosalla päivittäin.

Reilusti yli puolet hoitajista työskenteli liian kuumissa tai kosteissa olosuhteissa päivittäin ja kolmasosa viikoittain (liite 6). Muun muassa saunottamiseen hoitajista noin puolet osallistui viikoittain (liite 11). Viikoittaiset saunottamistapahtumat olivat keskimääräistä yleisimpiä palvelutaloissa, tehostetussa palveluasumisessa sekä ryhmä- ja hoivakodissa. Myös muutamilla hoitajilla kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa ja vanhainkodissa vanhusten saunottaminen oli päivittäistä. Työpäivään saattoi sisältyä monia suihkutuksia. Kotihoidossa tilanne koettiin kuormittavaksi talvella, ”kun pitää mennä pakkaseen ja suihkuun ja taas pakkaseen jne.” Lisäksi helteiset kesäpäivät aiheuttivat ongelmia. Kotihoidossa likaiset olosuhteet koettiin haittatekijänä, kuten eräässä vastauksessa todettiin.

Useinkaan yksityiskotien hygieniatiloja ei ole suunniteltu siten, että siellä olisi tilaa avustavalle henkilölle. Hoitajat joutuvat auttamaan asiakasta ahtaissa tiloissa, jolloin työasennosta tulee huono. Joissakin kohteissa peseytymistiloista on ensin poistettava muita tavaroita, jotta siellä mahtuu peseytymään. Peseytymis- ja saunatilat voivat sijaita muissa kerroksissa kuin asuintilat, jolloin heikosti liikkuvan vanhuksen siirtyminen kapeissa portaissa on rasittavaa ja joissakin tapauksissa myös turvallisuusriski niin itse vanhukselle kuin avustaville hoitajille. Yhdessä hoitajien ryhmähaastattelussa hoitajat kuvasivat asiakkaiden hygieniatiloja ahtautta ja pääsyä peseytymistiloihin:

Ja saunoihin on hirveät rappuset, kun ne on aika usein alakerrassa. (H3)

Keskustelua wc- ja pesutilojen ahtaudesta (lisäys AR): ...niin mummon mahtuu peruttaa, mutta ite ei mahu sinne enää pesuja tekemään. (H3)

Puutteelliset puku- ja taukotilat haittasivat päivittäin reilusti yli neljäsosaa hoitajista. Noin 15–17 % hoitajista haittasivat päivittäin työnantajan taloudellisten tekijöiden niukkuus, huonot työtilat, puutteellinen välineistö ja huono ilmastointi. (Liite 14.) χ^2 -testin mukaan puutteelliset puku- ja taukotilat haittasivat enemmän kotihoidossa kuin laitospaikoissa toimivia hoitajia ($p=,011$, liite 15). Työskenteleväthän kotihoidon työntekijät ihmisten kodeissa ja joutuvat siirtymään päivän aikana paikasta toiseen. Hoitajien näkemys työolosuhteiden muutoksista jakautui kolmeen lähes yhtä suureen ryhmään. Osan mukaan

työolosuhteet olivat parantuneet viime vuosien aikana, toisen osan mukaan ne olivat huonontuneet ja kolmannen mukaan niissä ei ollut tapahtunut muutoksia.

Ryhmähaastatteluissa keskusteltiin siitä, kuinka kotihoidossa toimivien työntekijöiden toimenkuva on muuttunut vuosien varrella. Ennen kodinhoitajien tehtäviin kuului perushoidon lisäksi siivousta, kauppareissuja, ruoanlaittoa sekä maaseutualueilla puiden ja veden kantamista. Tosin maaseutumaisissa olosuhteissa hoitajien työtehtäviin saattoi kuulua vielä nykyisinkin asunnon ja saunan lämmitystä. Kotihoito on muuttunut paljon hoidollisemmaksi. Samaa on todennut Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010, 8). Myös pohjoismainen tutkimus osoitti, että suomalaisten hoitajien tehtävät liittyivät paljon perushoidon toteuttamiseen, kun taas muissa Pohjoismaissa hoitajien tehtävissä oli paljon sosiaalisia, asiakkaan kanssa tehtäviä askareita (Köger & Vuorensyrjä 2009, 51–54). Muissa Pohjoismaissa hoivatyöntekijöiden työstä vaikutti pitkälti samanlaiselta, mikä aiemmin kuului suomalaisten kodinhoitajien tehtäviin, kuten siivous ja ruoanvalmistus.

Siivous ei ole kuitenkaan täysin kaikkonnut vanhusten hoitajien työstä. Muun muassa ryhmä- ja hoivakodeissa reilu viidennes, tehostetussa palveluasumisessa vajaa viidennes, palvelutaloissa ja kotihoidossa yli joka kymmenes työntekijä siivosi esimerkiksi imuroimalla tai pyyhkimällä asiakkaiden kotia päivittäin tai useamman kerran päivässä. Parissa vastauksessa siivouksen todettiin olevan pienimuotoista siivousta esimerkiksi pesemällä wc ja tiskit tai huolehtimalla muuten yleissiisteydestä pyyhkimällä eritteitä sekä kaatuneita juomia ja ruokia. Sairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla erillinen ammattikunta hoitaa siivouksen. Siellä toimivista hoitajista yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta kukaan ei osallistunut siivoukseen.

Vanhusten henkilökohtaisten asioiden hoitaminen oli vähäisempää. Noin seitsemän-kahdeksan hoitajaa kymmenestä ilmoitti, ettei käy asiakkaan kanssa tai puolesta pankissa tai virastossa eikä osallistu kampaamo- ja jalkahoitokäynteihin. (Liite 12.) Kauppa-asioiden hoitamiseen osallistui vajaa puolet hoitajista, ja yleisintä se oli kotihoidossa. Heistä vain vajaa viidennes ilmoitti, ettei osallistu asiakkaiden kauppa-asioiden hoitamiseen. Parissa vastauksessa tarkennettiin, että hoitaja tekee kauppalistan yhdessä asiakkaan kanssa ja toimittaa sen kauppalpalveluun. Lisäksi asiakkaan maksupalvelukirjeitä saatettiin viedä postilaatikkoon.

Työssä häirintää ja väkivallalla uhkailua

Aiempien tutkimusten tavoin tutkimustulokseni osoittivat, että hoito- ja hoivatyössä toimivat hoitajat joutuvat usein väkivallan tai sen uhkailun kohteeksi. Työssään merkittävimpänä häiriötekijänä hoitajat pitivät asiakkaiden esittämää kritisointia ja haukkumista, mitä oli kokenut yli puolet hoitajista lähes päivittäin tai joka viikko. (Taulukko 3.) Haukkumista tai arvostelua kokemattomien osuus oli vain muutama prosentti. Jonkin verran edellistä vähemmän, mutta silti huomattavassa määrin eli yli kaksi hoitajaa viidestä oli kokenut asiakkaan väkivaltaista käytöstä tai uhkailua lähes joka päivä tai viikoittain. Yleisesti

tarkasteltuna hoitajien joutuminen asiakkaiden kritiikin ja haukkumisen kohteeksi päivittäin tai viikoittain oli kotihoidossa muita hoivapaikkoja vähäisempää. Kotihoidossa sen kohteeksi oli joutunut joka neljäs, kun palvelutaloissa, ryhmä- ja hoivakodeissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa ja sairaalassa sen kohteeksi oli joutunut kuudesta seitsemään hoitajaa kymmenestä.

Päivittäinen tai viikoittainen väkivalta tai sillä uhkaaminen oli yhdistetyssä kotihoitossa selvästi muita hoivapaikkoja vähäisempää. Kotihoidon työntekijöistä väkivaltaa tai sillä uhkailua oli kokenut pari prosenttia, kun palvelutalossa, ryhmä- ja hoivakodeissa, terveyskeskuksen vuodeosastolla, tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa ja sairaalassa sitä oli kokenut 4–6 hoitajaa kymmenestä päivittäin tai viikoittain. Väkivallan uhka oli läsnä kotihoidossakin, mutta harvemmin kuin laitospaikoissa. Yleisin vastaus oli, että sitä oli koettu harvemmin kuin joka kuukausi.

Hoivatyössä väkivalta tai sen uhka olivat yleisiä kaikissa Pohjoismaissa ja eniten sitä oli Suomessa (Kröger & Vuorensyrjä 2009, 57). Myös tuolloin kotihoidossa tuli vähemmän väkivaltilanteita kuin laitoshoidossa. Kodinhoitajista sitä oli kokenut prosentti, kun lähihoitajista ja perushoitajista noin viidennes oli kokenut sitä lähes päivittäin tai vähintään joka viikko. Muista hoitajista reilusti yli joka kymmenes oli joutunut väkivaltilanteeseen. (Kröger 2009c, 41.) Edellisten tutkimusten tavoin Haapakorven ja Haapolan (2008) tutkimus osoitti, että kotihoidon asiakastyössä uhkaavia tilanteita esiintyi kohtalaisen harvoin, vaikka muuten yli puolet työntekijöistä piti työnsä hyvin tai melko usein henkisesti hyvin kuormittavana. Joka neljäs työntekijä koki työnsä hyvin tai melko usein liian kuormittavaksi. Muutama prosentti hoitajista joutui tekemään hyvin usein ruumiillisesti liian raskasta työtä.

Tutkimukseni mukaan yli puolet hoitajista oli kokenut asiakkaiden lähentelyä jossakin vaiheessa. Tyypillisimmin, yli kolmasosalla, sitä tapahtui harvemmin kuin kerran kuussa. Kuitenkin on huomioitava, että hoitajista lähes joka kymmenes koki asiakkaiden taholta tulevaa sukupuolista häirintää päivittäin tai joka viikko. Asiakkaiden lisäksi heidän omaisensa kritisoivat ja haukkuivat hoitajia, kun taas sitä kokemattomien määrä oli vain hie-man yli neljännes. Lähes joka kymmenes oli joutunut asiakkaan omaisten arvostelun tai haukkumisen kohteeksi lähes päivittäin tai joka viikko. Puolet oli kokenut sitä harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Asiakkaiden omaisten käyttämän väkivallan tai sillä uhkailun kohteeksi oli joutunut viidesosa hoitajista jossakin vaiheessa. Tyypillisimmin näitä tilanteita sattui harvemmin kuin kerran kuussa. Häiriötilanteita aiheuttivat ajoittain myös työpaikoille tulevat ja uhkaavasti käyttäytyvät vieraat henkilöt. Näitä tilanteita sattui yleensä harvemmin kuin kerran kuussa. Niitä oli kokenut noin kolmasosa hoitajista.

Huolestuttava suuntaus on ollut, että väkivalta tai sen uhka on lisääntynyt suomalaisen naispalkansaajien keskuudessa parin viime vuosikymmenen aikana. Sutelan ja Lehdon (2014, 113–114) tutkimus osoitti, että naisista lähes kolmannes ja miehistä yli joka kymmenes työntekijä oli kokenut työssään väkivaltaa tai sen uhkaa ainakin joskus vuonna 2013. Hoiva- ja terveydenhoitoala ovat tyypillisimpiä aloja, joissa saattoi esiintyä väkival-

taa. Näillä aloilla reilusti yli puolet työntekijöistä oli kohdannut väkivaltaa vähintään pari kertaa kuussa tai sitä harvemmin, kun kaikilla palkansaajilla yhteenlaskettu osuus oli reilu viidennes.

NORDCARE2-seurantatutkimuksen tulokset osoittivat, että laitospaikoissa toimivilla hoitajilla viikoittainen väkivalta tai sen uhka oli kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Vuonna 2015 hoitajista sitä oli kokenut peräti 40 %. Väkivalta tai sen uhka on yleistynyt myös kotihoidossa toimivilla hoitajilla. Vuonna 2005 sitä oli kokenut 1–2 prosenttia kotihoidon hoitajista. Kymmenen vuotta myöhemmin eli vuonna 2015 väkivaltaa tai sen uhkaa oli kokenut 4 prosenttia henkilökunnasta vähittäin viikoittain ja joka kymmenes joka kuukausi. (Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil 2018, 50, 59.)

Taulukko 3. Hoitajien työssään kokemat häirintätilanteet (%)

	Lähes joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin kuin joka kuukausi	Ei koskaan	n
Asiakas kritisoi tai haukkuu työntekijää	26	28	15	25	7	356
Asiakas käyttää väkivaltaa tai uhkaa sillä työntekijää	20	23	13	33	12	354
Esimies suosii toisia työntekijöitä	4	11	17	34	34	350
Asiakas lähentelee työntekijää sukupuolisesti	3	7	9	37	45	354
Asiakkaan omainen kritisoi tai haukkuu työntekijää	2	7	13	50	28	355
Työkaveri on joutunut työpaikkakiusatuksi*	2	6	8	45	39	351
Työtoveri kritisoi tai haukkuu työntekijää	1	4	13	46	36	354
Työntekijää syytetään suotta tekemättömistä töistä	1	4	6	34	56	353
Työntekijä on joutunut muutoin työpaikkakiusatuksi*	2	2	3	23	70	349
Esimies kritisoi tai haukkuu työntekijää	0	1	3	26	69	351
Työpaikalle on tullut uhkaavasti käyttäytynyt vieras henkilö	0	0	1	36	63	355
Asiakkaan omainen käyttää väkivaltaa tai uhkaa sillä työntekijää	0	0	1	18	80	355
Asiakkaan omainen lähentelee työntekijää sukupuolisesti	0	0	0	6	94	354
Esimies lähentelee työntekijää sukupuolisesti	0	0	0	1	99	354
Työtoveri lähentelee työntekijää sukupuolisesti	0	0	0	1	99	355

* kiusaa, kyykyttää, alistaa, aliarvioi, mitätöi, sulkee yhteisön ulkopuolelle

Hoitajilta tiedusteltiin vielä erikseen, kuinka häiriötilanteita käsiteltiin työpaikoilla. Lähes kaikki viestittivät asiakkaiden tai heidän omaisten häiriökäyttäytymisestä eteenpäin.

Vajaan kolme neljäsosaa ilmoitti, että tapahtuneet uhkatilanteet käsiteltiin yhdessä työpaikoilla. Toisaalta reilusti yli joka kymmenes vastasi, ettei niitä käsitelty työpaikoilla. Muutamassa yksittäisessä avovastauksessa mainittiin, että vaaratilanteiden käsittely ”jää pöydälle”, niitä vähätellään tai niihin ei ole koskaan tullut korjausta.

Tyypillistä kuitenkin oli, että vaara- ja uhkatilanteet käytiin läpi yhteisissä tiimi- ja osastokokouksissa sekä muissa palaverissa (n=90) ja/tai niistä keskusteltiin esimiesten kanssa (n=32) ja muuten työyhteisössä (n=68). Useammassa paikassa (n=29) uhkatilanne kirjattiin ylös. Osassa näistä työpaikoista kirjaukset tehtiin HaiPro-tietokoneohjelmaan. Tapahtuneiden vaaratilanteiden pohjalta työpaikoilla haettiin ratkaisuja, kuinka tilanteet voidaan välttää seuraavilla kerroilla, kerrattiin turvallisuusohjeita tai asiakaskäynneille meni kaksi hoitajaa. Joissakin toimipaikoissa oli saatavissa työnohjausta, koulutusta ja työterveyshuollon palveluja uhka- ja vaaratilanteiden käsittelyyn. Tapahtuneista uhkatilanteista viestitettiin muun muassa työsuojelulle tai viesti toimitettiin muuten eteenpäin. Yksittäisissä tapauksissa oli oltu yhteydessä lääkäriin ja vanhuksen omaisiin. Eräs hoitaja kirjoitti avovastauksessaan, että vaaratilanteissa käytettiin apuna useampaa hoitajaa, potilas sidottiin hoitojen ajaksi ja yritettiin muutenkin parantaa tilannetta.

Työturvallisuuden ja turvallisuudentunteen ylläpitämiseksi on oleellista, että vaaratilanteisiin varaudutaan ennakoivasti. Kolmasosan mukaan työnantaja ei ollut opastanut, kuinka tulee toimia uhkaavassa vaaratilanteessa. Lähes kaksi viidesosaa ilmoitti, ettei työnantaja ollut riittävästi syventynyt työturvallisuuteen. Kuitenkin reilusti yli joka neljäs koki, että työnantaja oli syventynyt riittävästi työntekijöiden turvallisuuteen.

Hoitajat kokivat erilaista henkistä kuormitusta myös työyhteisössä. Hoitajien omassa työyhteisössä tapahtui kritisointia, arvostelua ja työpaikkakiusaamista. Hoitajat joutuivat kritisoinnin tai haukkumisen kohteeksi useammin työtovereiden kuin esimiehen taholta. Esimiehen kritisoinnin tai haukkumisen kohteeksi oli jossakin vaiheessa joutunut vajaa kolmasosa ja työtoverin kaksi kolmasosaa hoitajista.

Työpaikkakiusaamista tapahtui melko usein. Kiusaaminen ei välttämättä kohdistunut itse henkilöön, vaan kiusatuksi saattoi tulla jokin toinen työntekijä työyhteisössä. Hoitajista vajaa kolmannes oli joutunut itse työpaikkakiusatuksi ja työtovereista lähes kaksi kolmasosaa. Hoitajista yli kaksi viidestä tunsi, että häntä oli syytetty suotta tekemättömistä töistä. Myöskään esimiesten taholta saatua kohtelua ei pidetty aina tasapuolisena. Kaksi kolmasosaa oli kokenut ainakin jossakin vaiheessa, että esimies oli suosinut toisia työntekijöitä. Yleisimmin edellä mainittuja häirintätilanteita koettiin harvemmin kuin kerran kuussa.

Yleisesti tarkasteltuna työpaikkakiusaaminen eli työyhteisön jäsenen kohdistuva eristäminen, työn mitätöinti, uhkaaminen, selän takana puhuminen ja muu painostaminen ei ole mitenkään harvinaista. Naiset kokivat sitä useammin kuin miehet. Kaikista naispalkansaajista useampi kuin joka toinen oli törmännyt työpaikkakiusaamiseen ainakin satunnaisesti, kun miehillä vastaavia kokemuksia oli reilulla kolmanneksella. Naisista noin joka kolmas oli kokenut itse jossakin vaiheessa työpaikkakiusaamista, kun miehillä vastaa-

va osuus oli puolet vähemmän. Hoiva- ja terveydenhoitoaloilla työpaikkakiusaamiseen oli törmännyt reilusti yli joka toinen työntekijä. Kiusaajat olivat useimmin omia työkavereita. Naisista työtoverin kiusaamisen kohteeksi oli joutunut lähes viidennes ja miehistä vajaa joka kymmenes. Naisista lähes joka viidennes ja miehistä vajaa kymmenesosa oli joutunut esimiehen kiusaamisen kohteeksi. (Sutela & Lehto 2014, 16–118.)

Kuormitus ilmenee fyysisenä ja henkisenä uupumisena töiden jälkeen

Osa hoitajista katsoi työturvallisuutensa vaarantuneen ainakin jossain määrin. Noin viidesosa arvioi, että heidän työturvallisuutensa oli melko suuressa vaarassa ja joillakin jopa hyvin suuressa vaarassa. Kuitenkin reilusti yli puolet koki, ettei työturvallisuus ollut vaarantunut tai se oli vaarantunut vain vähäisessä määrin. Fyysisestä terveydentilan vaarantumisesta oltiin enemmän huolestuneita kuin psyykkisen terveydentilan vuoksi. Hoitajista yli puolet tunsi, että heidän fyysinen terveytensä oli melko tai hyvin suuressa vaarassa töiden vuoksi. Vastaavasti noin viidesosa arveli psyykkisen terveytensä vaarantuneen töiden vuoksi. Työturvallisuuden heikkeneminen ilmeni muun muassa työn fyysisessä raskaudessa ja heijastui myös töiden ulkopuoliseen aikaan. Lähes neljä viidestä tunsi itsensä lähes aina tai usein fyysisesti väsyneeksi töiden jälkeen. Melkein puolella oli lähes aina tai usein selkäkkipuja. (Taulukko 4.) Myös Sutelan ja Lehdon (2014, 66) tutkimus osoitti, että hoivapalveluissa ja terveydenhuollossa kuusi työntekijää kymmenestä piti työtään fyysisesti erittäin tai melko raskaana. Vertailun vuoksi mainittakoon, että ruumiillista työtä tekevistä siivoojista seitsemän työntekijää kymmenestä piti työtään erittäin tai melko raskaana.

Henkisesti itsensä uupuneeksi tunsi lähes aina tai usein puolet hoitajista. Reilusti yli joka kolmas hoitaja koki, ettei hänellä ollut aikaa ”kelata” päivän tapahtua, mikä vähentäisi työn kuormittavuuden tuntua. Henkinen kuormitus näkyi univaikeuksina ja ärsyyntymisenä. Reilu viidennes tunsi olevansa joko aina tai usein ärsyyntynyt työpäivänsä jälkeen. Työpaikan ihmissuhteet valvottivat hieman enemmän kuin huoli asiakkaiden selviytymisestä. Hoitajista noin kuudesosa poti lähes aina tai usein unettomuutta työpaikan ihmissuhteiden takia, kun taas huoli asiakkaiden selviytymisestä aiheutti unettomuutta yhtä usein yli joka kymmenelle hoitajista. (Taulukko 4.)

Työn kuormitus tuntui töiden jälkeen. χ^2 -testin perusteella työpaikan ihmissuhteet vaivasivat enemmän iäkkäämpiä (40–65 vuotta) kuin nuorempia (22–39 vuotta) hoitajia ($p=,002$). Iäkkäämmillä hoitajilla lähes viidesosalla oli univaikeuksia lähes aina tai usein työpaikan ihmissuhteiden vuoksi. Nuoremmilla hoitajilla vastaava määrä vajaa kymmenesosa. Samoin huoli asiakkaiden selviytymisestä aiheutti enemmän uniongelmia iäkkäämmille hoitajille kuin nuoremmille ($p=,009$). Iäkkäämmistä hoitajista 14 % poti uniongelmia lähes aina tai usein murehtiessaan töiden jälkeen asiakkaiden selviytymistä. Nuorempien hoitajien kohdalla osuus oli 6 % (liite 13). Asiakkaiden selviytymisestä aiheutuneita uniongelmia oli enemmän kotihoidossa kuin laitospaikoissa toimivilla hoitajilla ($p=0,04$). Lähes joka viidennellä kotihoidossa toimivalla hoitajalla oli univaikeuksia lähes aina tai usein

heidän murehtiessaan asiakkaiden selviytymistä. Vastaavanlaisia uniongelmia laitospai-koissa toimivilla hoitajilla uniongelmia oli noin joka kymmenellä hoitajalla. Myös riittä-mättömyyden tunne ja vuorotyön rasitukset aiheuttivat joillekin univaikeuksia. Edelli-sestä poiketen hoiva-alan yleinen työtilanne ei aiheuttanut työntekijöille unettomuutta. Vanhusten hoiva-alaa pidettiin varmana työpaikkana. Selvästi yli yhdeksällä kymmenestä oli univaikeuksia harvoin tai ei koskaan työsuhteen epävarmuuden vuoksi. Samoin vaihtu-vat työpaikat aiheuttivat unettomuutta harvoin tai ei koskaan. Syystä tai toisesta johtuen univaikeudet ovat työntekijät kannalta huolestuttavia. Muun muassa Manka (2012) pitää niitä yhtenä stressin ilmenemismuotona.

Taulukko 4. Hoitajien kokemat rasittavuustekijät työpäivän jälkeen (%)

	Lähes aina	Usein	Harvoin	Ei koskaan	n
Tuntee itsensä fyysisesti väsyneeksi	28	51	20	2	354
Tuntee selkäkipua	11	31	46	12	354
Tuntee itsensä henkisesti uupuneeksi	10	40	46	4	353
Ei ole aikaa ”kelata” päivän tapahtumia	6	32	55	7	345
Jatkuvasti vaihtuvat työpaikat rasittavat	2	5	24	69	349
On univaikeuksia, koska työpaikan ihmisuhteet valvottavat	2	15	50	33	353
On univaikeuksia, koska on huolestunut asiakkaittensa selviytymisestä	1	11	52	36	353
On univaikeuksia työsuhteen epävarmuuden vuoksi	1	4	26	69	353
On ärsyyntynyt	1	21	66	12	352

Avovastauksissaan hoitajat nostivat esille työhön, työyhteisöön, ikään sekä perheen ja työn yhteensovittamiseen liittyviä kuormittavuustekijöitä, kuten jatkuvan kiireen ja riittämät-tömyyden tunteen, esimiehet eivät kuunnelleet eivätkä ottaneet huomioon henkilökun-nan asiantuntemusta, vuorotyöstä johtuvat univaikeudet, solidaarisuuden puuttumisen työntekijöiden kesken, kiusaaminen, perheelle jäi vähän aikaa, iän tuoma väsymys ja kivut. Eräs hoitaja kirjoitti, ettei kiireestä valittaminen vähennä työtä, vaan aikaa kuluu turhaan ”jurputtamiseen”. Hoitajat saattoivat joutua hankalaan tilanteeseen omaisten esittämien toiveiden ja tasapuolisen asiakaskohtelun toteuttamisessa, kuten eräässä avovastauksessa (1047) todettiin. Hoitaja kaipasi tarkempia yleiskriteereitä siihen, mitä hoitajat tekevät

Tutkimukseni hoitajilla esiintyi samoja työn kuormittavuustekijöitä, joita on tullut esille aiemmissa tutkimuksissa. Krögerin (2009c, 41–42) tutkimuksessa hoitajat kokivat tehtävänimikkeestä riippuen (perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja, hoitoapulainen tai muu nimike) työn jälkeen fyysistä väsymystä (59–76 %), selkäkipua (21–44 %), henkistä uupumista (38–47 %) ja univaikeuksia (17–23 %). Perushoitajista jopa kolme neljäsosaa tunsi jatkuvaa fyysistä väsymystä. Vähiten sitä kokivat kodinhoitajat. Heistäkin lähes kol-

me viidesosaa tunsi jatkuvaa fyysistä väsymistä. Selkeästi eniten jatkuvista selkäkivuista kärsivät hoitoapulaiset ja vähiten kodinhoitajat. Perälän ym. (2006, 25) tutkimuksessa puolella kotihoidon henkilökunnasta oli ollut ongelmia ja kipuja tuki- ja liikuntaelimissä kolmen edellisen viikon aikana. Väsymys työssä ja vapaa-ajalla vaivasi noin kahta viidesosaa, varhaiset heräämiset kolmasosaa, häiriintynyt uni neljäsosaa, päänsärky, vaikeudet rentoutua ja rauhoittua ja nukahtamisvaikeudet noin viidesosaa. Vähäisemmässä määrin oli vatsakipuja, sydämen tykytystä sekä ahdistusta ja masennusta ilman ilmeistä syytä. Siukola ym. (2004, 325) havaitsivat, että laitostyyppisessä hoitotyössä toimivien hoitajien fyysinen ja erityisesti henkinen kuormitus oli lisääntynyt seurantajaksolla 1996–2003. Henkisen rasittavuuden oli kokenut lisääntyneen kahdeksan hoitajaa kymmenestä ja fyysisen rasittavuuden kuusi kymmenestä. Tutkijat pohtivat sitä, vaikuttivatko kiire ja henkilöstön vähäys osaltaan koettuun rasittavuuteen. Samoin hoivatyön fyysistä ravittavuutta oli todennäköisesti lisännyt se, että kotihoidon lisääntyessä laitoshoidossa hoidetaan aiempaa heikkokuntoisempia ja monisairaita henkilöitä.

Hoivatyön fyysinen ja henkinen kuormitus tulivat ilmi, kun hoitajilta kysyttiin työssä koettuja haittatekijöitä. Lähes puolet piti työtänsä melko tai erittäin pakkotahtisena. Vielä useampi eli hieman yli puolet piti työtänsä fyysisesti melko tai erittäin rasittavana ja kuormittavana. Hieman vähemmän, mutta silti merkittävässä määrin hoitajat kokivat myös henkistä kuormitusta. Sitä koki melko tai erittäin paljon yli neljä hoitajaa kymmenestä. Taulukkoon 5 on koottuna tiivistetysti hoitajien kokemia haittatekijöitä työssään. Siihen liittyy myös taulukko 6, johon on koottuna hoitajien iän ja työpaikan perusteella todettuja eroja työn haittatekijöistä. Vastaavat tiedot ovat laajemmin esitelty liitteissä 14–15.

Työpaikka- ja ikäkohtaisesti tuloksissa oli eroja eri työntekijäryhmien välillä. Osaa näistä eroista on käsitelty yksityiskohtaisemmin myös aiemmissa alaluvuissa. χ^2 -testin perusteella laitospaikoissa työskentelevät hoitajat kokivat työnsä useammin fyysisesti rasittavaksi/kuormittavaksi kuin kotihoidossa toimivat hoitajat ($p=0,00$). Laitospaikoissa toimivista hoitajista lähes kuusi hoitajaa kymmenestä piti työtään fyysisesti melko tai erittäin paljon rasittavana/kuormittavana, kun kotihoidossa toimivista hoitajista noin kolmannes koki työnsä työn melko tai erittäin paljon fyysisesti kuormittavaksi. Myös henkinen kuormitus koettiin suuremmaksi laitospaikoissa kuin kotihoidossa ($p=0,009$). Laitospaikoissa sitä piti melko tai erittäin paljon kuormittavana vajaa puolet hoitajista ja kotihoidossa kolmannes. Vertailuna todettakoon, että Perälän ym. (2006, 24) tutkimuksessa reilusti yli puolet kotihoidon henkilökunnasta koki työnsä melko tai erittäin kuormittavana.

Monissa hoitajien avovastauksissa puututtiin hoivatyön fyysisen ja psyykkiseen kuormittavuuteen. Työhyvinvointiin toivottiin lisäpanostusta, jotta työntekijöiden kunto, jaksaminen ja kiinnostus työhön säilyvät. Fyysinen kuormitus tuntui selässä ja raajoissa. Tästä johtuen muutama henkilö oli vaihtamassa alaa, oli osa-aikaeläkkeellä tai totesi terveytensä menneen työn kuormittavuuden vuoksi. Aina ei ollut työparia saatavissa avuksi vanhusten nostoihin ja siirtoihin. Useampi vastaaja mainitsi, että työssä jaksaminen oli tiukoilla väsymyksen vuoksi. Sen todettiin heijastuvan muun muassa työilmapiiriin ja työntekoon

sekä tappavan kiinnostuksen järjestää vanhuksille viriketoimintaa. Työ koettiin pakko-tahtiseksi ja stressaavaksi, mikä osaltaan heijastui sairauspoissaoloina ja huonona omatun-tona. Suurien asiakasmäärien vuoksi hoitajille saattoi jäädä vajaasuoriutumisen tunne, kun hoitaja ei ehtinyt hoitaa kaikkia vanhuksia toivomallaan tavalla. Töistä lähtiessä ja kotona mietittiin, tuliko ja muistiko tehdä kaikki tarvittavat tehtävät.

Noin kuusi hoitajaa kymmenestä piti erittäin tai melko paljon työtä haittaavana teki-jänä henkilökunnan liian vähäistä määrää ja jatkuvaa työntekijävajausta. Tämä heijastui monilla tavoin haitallisina kokemuksina työntekijöihin. Kolmesta neljään hoitajaa kymme-nestä koki, että työntekijöiden jaksamattomuudesta ei välitetä, määräaikaista työntekijöitä on paljon, työmäärä on kohtuuton eikä suuria sairaslomamääriä noteerata. Tämä heijastui eettisenä kuormituksena. Lähes neljä hoitajaa kymmenestä tunsu ristiriitaa ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä. Neljäsnes koki ammatillista ristiriitaa myös työntekemisen vä-lillä. Molander (2014, 33–36) havaitsi omassa tutkimuksessaan, kuinka vanhustyöntekijät ilmaisivat suullisesti tai epäsuorasti huolenaiheensa siitä, tuliko työssä tehtyä oikeita rat-kaisuja ja toimivatko he oikein. Kuormitusta lisäsivät tunnontuskat, kun hoitajat epäilevät tehneensä tai toimineensa tavoilla, joita he eivät pidä vanhuksen hyvinvoinnin kannalta toimivina. Näitä samoja kuormitustekijöitä ilmeni omankin tutkimukseni hoitajilla. Samoin NORDCARE₂-tutkimus osoitti, että kotihoidossa toimivista työntekijöistä kol-masosa ja laitospaikoissa hieman yli kolmas tunsu työssään riittämättömyyttä. Tuntemuk-set olivat kasvaneet vuosien varrella. (Kröger ym. 2018, 40, 43.)

Emotionaalinen työ vaatii työntekijöiltä voimavaroja. Hoitajat olivat merkittäviä tuen tai lohdutuksen antajia niin asiakkaille kuin heidän omaisilleen. Yli kahdeksan hoitajaa kymmenestä tuki tai lohdutti asiakasta päivittäin tai useita kertoja päivän aikana. Omaisten lohduttaminen ja tukeminen olivat harvinaisempaa. Yleisimmin sitä tehtiin kerran viikossa tai harvemmin. Hoitajilla oli usein yhteydenpitoa vanhusten omaisiin joko hei-dän tai omaisten aloitteesta. Vähäisessä määrin oli hoitajia, jotka eivät ottaneet yhteyttä asiakkaidensa omaisiin tai joihin omaiset eivät olleet ottaneet yhteyttä. Omaisten tekemät yhteydenotot olivat hieman tiheämpiä kuin hoitajien tekemät yhteydenpidot asiakkaiden omaisiin, mikä on ymmärrettävää. Omaiset voivat kysyä läheistensä vointia koti- ja vieras-käyntien yhteydessä tai tiedustella sitä puhelimitse. (Liite 11.) Denton ym. (2002, 341) ja Hochschild (1983) puhuvat emotionaalisesta työstä, johon sisältyy toisista huolehtiminen, toisten tarpeiden tulkitseminen ja niihin vastaaminen. Korvajärvi (1986, 181–182) kuvaa, kuinka rationaalisessa työssä naiset tunnistavat ja tajuavat toisen ihmisen tarpeet, samais-tuvat niihin sekä pyrkivät toimimaan niiden mukaan tai ainakin huomioimaan ne. Denton ym. (2002) painottavat emotionaalisen työn tärkeyttä hoitajille, vaikka sille ei anneta aina tunnustusta. Yrityksessä työntekijälle saatettiin sanoa, ettei hän saa sitoutua tunneperäi-sesti asiakkaisiin. Työntekijöiden kannalta tämä oli tukalaa, koska he olivat mahdollisesti toimineet saman asiakkaan kanssa kaksi-kolme vuotta, mikä oli luonut tunnesiteen asiak-kaan ja hoitajan välille. Hoitajalle aiheutti murhetta jättää asiakkaat yksin kotiinsa tietäen, ettei heidän luona käynyt muita henkilöitä.

Molander (2017, 79–80) pohti havaintojensa pohjalta, kuinka vanhusten hoidossa painotettiin fyysistä hoivaa. Emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen puoli jäivät usein taka-alalle. Tämä voidaan tulkita kiireisten työntekijöiden tavaksi suojella itseään. Välttämällä kahdenkeskisiä keskusteluja vanhusten kanssa työntekijä ei joutunut jakamaan tunteita vanhuksen kanssa. Työ saattoi käydä henkisesti raskaaksi, jos toistuvasti sitoutuu emotionaalisesti ihmiseen, josta joutuu pian luopumaan. Toisaalta oli havaittavissa, että ryhmäpaine sääteli yksittäisen hoitajan tunteenomaista paneutumista vakavasti sairaaseen asukkaaseen. Paapomista yleensä paheksuttiin työyhteisössä.

Esimiehet eivät juurikaan puuttuneet haitallisessa määrin työntekijöiden töihin. Parimminkin haittana pidettiin esimiesten piittaamattomuutta. Noin viidennes piti esimiehen piittaamattomuutta ja epäoikeudenmukaisuutta melko tai erittäin haitallisena. Näistä huolimatta enemmistö eli kolme neljäsosaa koki, etteivät huonot esimies–työntekijä-suhteet haitanneet heitä lainkaan tai haittasivat vain vähän. Samoin yli kahdeksan hoitajaa kymmenestä mainitsi, etteivät esimiehet ”kyykittäneet” työpaikoilla tai sitä esiintyi harvoin.

Taulukko 5. Hoitajien kokemat haittatekijät vanhustyössä (%)

	Melko tai erittäin paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan tai vain vähän
Työn sisältö			
Työn fyysinen rasittavuus/kuormittavuus	51	24	24
Työn henkinen rasittavuus/kuormittavuus	44	27	29
Työn pakkotahtisuus	42	30	29
Ristiriita ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä	39	27	34
Ristiriita ammattietiikan ja työn tekemisen välillä	26	31	43
Kannettava yksin liikaa vastuuta asiakkaista	20	24	56
Turhat työtehtävät	19	30	52
Kohtuuton vuorotyörasitus	18	20	62
Paljon paperityötä	17	24	59
Työ yksinäistä puurtamista	12	18	71
Työaikojen sopimattomuus	11	28	61
Fyysinen turvattomuus työpaikalla	11	18	71
Ei mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon	9	21	71
Työn yksitoikkoisuus	7	22	72

Työ- ja henkilöstömäärä			
Hoivahenkilökuntaa liian vähän	59	19	22
Jatkuva työntekijävajaus	58	21	21
Työntekijöiden jaksamattomuudesta ei välitetä	44	28	28
Määräaikaisten työntekijöiden suuri määrä	41	25	33
Kohtuuton työmäärä	37	26	38
Suuria sairauslomamääriä ei noteerata	34	24	42
Vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä	20	16	64
Työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten	19	24	57
Työpisteiden vaihtuvuus	5	10	85
Huoli työpaikan menettämisestä	4	7	89
Ulkomaalaistaustaiset työntekijät	4	7	88
Työtilat ja työnantajan taloudelliset resurssit			
Huono ilmastointi	44	19	37
Työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	38	22	40
Huonot työtilat	29	27	44
Puutteellinen välineistö	28	26	46
Puutteelliset puku- ja taukotilat	27	15	58
Työilmapiiri			
Ongelmista supistaan pienessä piirissä	33	26	42
Huono tiedonkulku	29	34	37
Puhutaan pahaa takanapäin	29	25	46
Ylläpidetään näennäisilmapiiriä, ettei ongelmia ole	17	29	54
Syylistetään toisia	14	23	64
Epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko työssä	14	22	64
Ilmapiiri on kireä	13	22	65
Eri ammattikuntien kateus	10	17	74
Työkaverit "kyttäävät" tekemisiäsi	5	14	81
Asiakassuhteet			
Asiakkaiden moniongelmaisuus	28	30	42
Asiakkaiden omaisten tyytymättömyys	14	25	62
Asiakkaiden tyytymättömyys	10	21	69
Esimiestyö			
Esimiehen piittaamattomuus	20	17	63
Esimiehen epäoikeudenmukaisuus	18	16	65
Huonot työntekijä-esimies -suhteet	11	14	75
Esimies "kyykyttää"	8	9	83
Esimiehen liiallinen puuttuminen työhön	3	11	86

Taulukko 6. Hoitajien työssään kokemia haittatekijöitä tarkasteltuna iän ja toimipaikan mukaan käyttäen kriteerinä χ^2 -testin p-arvoa

Haittana koettu tekijä	Työntekijän ikä			Toimipaikka		
	22–39 v	40–65 v	χ^2 , p-arvo	kotihoito	laitoshoito	χ^2 , p-arvo
Työn fyysinen rasittavuus/ kuormittavuus	n=66	n=282	0,048	n=95	n=245	0,000
Työn henkinen rasittavuus/ kuorimittavuus				n=95	n=244	,009
Kannettava yksin liikaa vastuuta asiakkaista				n=95	n=245	,032
Kohtuuton vuorotyöjärjestys				n=95	n=244	,003
Fyysinen turvattomuus työpaikalla				n=95	n=245	,024
Ei mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon				n=93	n=243	,001
Työn yksitoikkoisuus				n=92	n=246	,034
Vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä	n=65	n=276	,011			
Työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten	n=66	n=282	,000	n=94	n=245	,009
Työpisteiden vaihtuvuus				n=95	n=244	,006
Työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	n=66	n=278	,027	n=95	n=240	,001
Puutteelliset puku- ja taukotilat				n=95	n=245	0,011
Huono tiedonkulku	n=66	n=284	,025			
Ylläpidetään näennäisilmapiiriä, ettei ongelmia ole	n=64	n=282	,018			
Asiakkaiden moniongelmaisuus	n=65	n=283	,014			

Hoitajien avovastausten perusteella esimiehet olivat osittain vieraantuneet käytännön hoitotyöstä, minkä vuoksi heidän toivottiin osallistuvan ajoittain käytännön töihin. Eräissä vastauksessa kritisoitiin sitä, että esimiehet eivät tiedä mitään, mitä hoitotyö pitää sisällään. Uusien pomojen tekemiä muutoksia ei aina pidetty onnistuneina eikä vanhusten, omaisten ja hoitajien tilannetta parantavana.

Esimiehiin liittyviä ongelmia havaitsivat myös Perälä ym. (2006, 25) tutkimuksessaan. Siinä kotihoidon suurimmat tyytymättömyyssaiheet liittyivät esimiesten puutteellisiin johtamistaitoihin, huonoihin vuorovaikutussuhteisiin työyhteisössä ja kokemukseen omien voimavarojen riittämättömyydestä työssä. Samanlainen työtapa ei ole aina monistettavissa sellaisenaan toiseen paikkaan, vaan toimintatapaa tulisi muuttaa tarpeen mukaan, kuten eräs tutkimukseni hoitaja toivoi (1026).

Nykyään vanhusten hoitopaikoissa tapahtuu muutoksia, eivätkä organisaatioissa tapahtuvat muutokset voi olla vaikuttamatta henkilöstöön. Denton (2002, 327, 343) tutki työryhmineen Kanadassa organisaatiouudistuksen vaikutuksia kotihoidon työntekijöiden työstressiin ja tyytymättömyyteen. Organisaation uudelleen järjestely aiheutti muutoksia, kuten budjettileikkauksia, raskaampaa työnkuormitusta, työn epävarmuutta, menetyksiä organisaation työyhteisön ja työtovereiden tuessa sekä mahdollisuudessa käyttää aikaa emotionaaliseen työhön ja hoivaan. Työntekijöistä puolet piti työtään jokseenkin stressaavana ja vajaa kolmannes stressaavana tai erittäin stressaavana. Ainoastaan noin viidesosa ei pitänyt työtään stressaavana. Stressin kokeminen oli yleisempää johtajilla, esimiehillä ja koordinaattoreilla kuin muilla kotihoidon työntekijöillä. Stressistä huolimatta hoivatyöntekijöistä yli puolet oli kuitenkin tyytyväisiä työhönsä ja viidennes hyvin tyytyväisiä.

Työhyvinvoinnin kannalta palautteen saaminen esimieheltä on todettu monessa yhteydessä tärkeäksi tekijäksi. Esimiehiltä toivottiin saavan kiitosta ja arvostusta sekä sitä, että ottaisivat huomioon hoitajien näkemyksiä vanhusten hoivan suunnittelussa. Noin kolmasosa hoitajista koki melko tai erittäin haitallisena sen, että työpaikoilla ongelmista vain supistiin pienessä piirissä ja puhuttiin pahaa selän takana. Samoissa määrin haitallisiksi koettiin huono tiedonkulku. Aiempien tutkimusten tavoin (Glazer 1991; Franssén 1997; Glasby 2003; Wrede & Henriksson 2004; Kröger 2009a) työpaikoilla esiintyi ammattien välistä ristiriitaa ja rajanvetoa. Tutkimukseni hoitajista noin joka kymmenes koki, että työpaikalla oli ammattien välistä kateutta.

Monet hoitajat kuvailivat vastauksissaan työilmapiirin ongelmia. Työntekijöiden keskinäisen arvostuksen puute, ”pikkupomojen” käyttäytyminen ja kuppikuntaisuus aiheuttivat ristiriitoja useammalla työpaikalla. Vastauksissa muun muassa toivottiin suvaitsevuutta ja tasa-arvoa eri ammattikuntien kesken.

Hierarkian todettiin syövän työilmapiiriä. Niin sanottu nokkimisjärjestys saattoi ilmetä työpaikoilla pomottamisena. ”Pikkupomot” haluttiin poistettavan. Ammattikuntien eriarvoisuus ja ”nokkimisjärjestys” saattoi heijastua työpaikoilla mahdollisena työpaikkakiusaamisena ja sairauslomina.

Asiakkaiden ja heidän omaisten tyytymättömyys koettiin jossain määrin kuormittavana, vaikka asiakkaiden kiitollisuus oli yksi hoitajien voimanlähteitä työssä. Tilanne oli ambivalentti. Suurin haittatekijä liittyi asiakkaiden moniongelmaisuuuteen, mikä vaivasi yli joka neljättä työntekijää melko tai erittäin paljon. Kuten aiemmin tuli todettua, asiakkaiden moniongelmaisuus vaivasi enemmän iäkkäämpiä kuin nuorempia hoitajia ($p=0,014$), (taulukko 6 ja liite 15).

Eräessä avovastauksessa tarkasteltiin päättäjien toimintaa asiakkaan kannalta. Kirjoittajan mukaan vanhusten asioista päättävät sellaiset henkilöt, jotka eivät tiedä mitään vanhusten asioista. Esimiesten kenttätyön tarpeellisuutta perusteltiin sillä, että hoitajat osaisivat sitä kautta puuttua mahdollisiin epäkohtiin eivätkä sokaistuisi huonoihin työolosuhteisiin. Pari hoitajaa puuttui esimiesten sukulaissuhteisiin, jotka sotkevat esimiesten ja työntekijöiden välejä sekä aiheuttavat eturistiriitatilanteita.

Työolosuhteet koettiin kuormittaviksi. Noin neljää hoitajaa kymmenestä haittasi melko tai erittäin paljon huono ilmastointi ja työnantajan niukat taloudelliset resurssit. Tyytymättömyyttä aiheuttavien tekijöiden joukossa oli monia aiheita, joita Herzberg (1987) näkee tyytymättömyyden aiheuttajiksi. Sellaisina hän pitää ulkoisia eli hygienia-tekijöitä, kuten yrityksen toimintaperiaate ja hallinto, ohjaus, suhteet työnjohtoon, työolosuhteet, palkka, suhteet työtovereihin, henkilökohtainen elämä, suhtautuminen alaisiin, asema ja turvallisuus. Malinin (1996, 123) kotihoidon henkilöstökyselyssä oli osittain samoja esimiestyön ongelmia kuin omassa tutkimuksessani. Niitä olivat ristiriidat työn sisällöstä, määrästä ja laadusta, esimies uhkailee ja kiristää, ylitöitä teetetään yksipuolisesti lapsettomilla eikä esimies arvosta alaista. Toiseksi eniten tyytymättömiä työntekijät olivat huonoon palkkaan ja kolmanneksi kiireeseen. Myös huonosta ilmapiiristä valitettiin. Se näkyi siten, että toisen työtä ei arvostettu, kytättiin toisten tekemisiä eikä koettu työniloa. Toljamo ja Perälä (2008, 13) havaitsivat tyytymättömyyden aiheuttajiksi liiallisen paperityön ja kirjaamisen, eristäytymisen tunteet työtovereista, matalan palkan, vähäiset työsuhte-edut, ammatillisten kehittymismahdollisuuksien puutteen ja työn aiheuttaman henkisen stressin. Hoidon ja palvelun laadun kannalta ratkaisevia tekijöitä olivat vähentynyt työnkuormitus, paremmat työolot ja työkavereiden tapaamiskertojen tiheys.

Työntekijävajaus ja raskaat työolosuhteet korostuvat faktorianalyyssissä

Tarkastelin vanhustyössä koettuja haittatekijöitä myös faktorianalyyssin avulla. Se tuo esille piileviä yhdistelmämuuttujia, jotka muuten saattaisivat jäädä havaitsematta. Se nostaa esille sellaisia muuttujia, joita ei ole suoraan mitattu, mutta joiden oletetaan vaikuttavan vaihteluun muuttujissa. (Nummenmaa 2011, 397.) Faktoreiden joukossa nousi esille monia summamuuttujia, jotka on aiempien tutkimusten perusteella vaikuttavan työntekijöiden työhyvinvointiin. Muun muassa Pakka ja Rätty (2010) esittävät, kuinka työntekijän työhyvinvointiin vaikuttavat fyysisen turvallisuuden lisäksi psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi, johtaminen, työtehtävät ja osaaminen, työolosuhteet ja -välineet sekä työyhteisö ja sen jäsenet.

Kyselyni analyyssissä muodostui neljä faktoria, joiden kumuloitunut selitysaste oli 47,0 %. Analyyssissä korostui faktori *Työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet*, jonka selitysaste oli 34 %. Muiden faktoreiden (*kyräälevä työilmapiiri, tyytymättömyys esimiehiin ja asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys*) selitysasteet olivat vain muutaman prosentin (liite 16).

Faktorin 1 *Työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet* korkea selitysaste (34 %) kuvastaa työpaikoilla vallitsevaa tilannetta, miten merkittävästi työntekijävajaus sekä puutteelliset ja raskaat työolosuhteet heijastuvat työhön haitallisesti. Faktoriin latautui muuttujia, joiden aiheuttama haitallisuus työn kannalta on nähtävissä yksityiskohtaisemmin taulukossa 5. Faktoriin latautui henkilökunnan riittämättömyyttä ja työmäärän paljoutta kuvaavia muuttujia sekä niistä aiheutuneita liitännäisjohdannaisia (hoivahenkilökuntaa liian vä-

hän, ristiriita ammattietiikan ja henkilöpulan välillä, jatkuva työntekijävajaus, kohtuuton työ määrä, ristiriita ammattietiikan ja työntekemisen välillä, työn pakkotahtisuus, fyysinen rasittavuus/kuormittavuus). Heikkoja työolosuhteita kuvaavat muuttujat koskivat haitallisiksi koettuja työolosuhteita ja puutteellista välineistöä (huonot työtilat, puutteellinen välineistö ja työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus). Voimakkaimmin latautuivat muuttujat, jotka liittyivät liian vähäiseen hoivahenkilömäärään (0,895) ja siitä seuranneisiin haittatekijöihin, kuten ristiriita ammattietiikan ja henkilökuntapulan välillä (0,879). Faktorin reliabiliteetti oli 0,896.

Toiseen faktoriin *Kyräilevä työilmapiiri* latautui muuttujia, jotka liittyivät työyhteisön henkilöstön välisiin ongelmiin ja epäkohdista salaamiseen. Muuttujat latautuivat negatiivisesti. Sen selitysaste oli 6,0 % ja siihen latautuivat muuttujat: syyllistetään toisia, ongelmista supistaan pienessä piirissä, puhutaan pahaa takanapäin, ilmapiiri on kireä, työkaaverit kyttyävät, ylläpidetään näennäsilmapiiriä, ettei ongelmia ole, epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko työssä. Voimakkaimmin latautuivat muuttujat: syyllistetään toisia (-,891), ongelmista supistaan pienissä piireissä (-,832) ja puhutaan takanapäin (-,829). Faktorin reliabiliteetti oli 0,925.

Faktori kolmoseen *Tyytymättömyys esimiehiin* latautui esimiestyötä koskevia muuttujia, jotka kuvastivat yleisesti perusesimiestyön heikkouksia. Ne vaikuttavat heikentävästi työyhteisön työilmapiiriin ja työssä viihtyvyyteen. Faktorin selitysaste oli 3,5 % ja siihen sisältyivät muuttujat: esimiehen epäoikeudenmukaisuus, esimies kyykyttää, esimiehen piittaamattomuus, huonot työntekijä esimies -suhteet, esimiehen liiallinen puuttuminen työhön. Voimakkaimmin latautuivat muuttujat esimiehen epäoikeudenmukaisuus (0,838) ja esimies kyykyttää (0,801). Heikoimmmin latautuivat muuttujat huonot työntekijä-esimies-suhteet (0,694) ja esimiehen liiallinen puuttuminen työhön (0,618). Faktorin reliabiliteetti oli 0,887.

Neljännän faktorin *Asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys* selitysaste oli 3,6 % ja siihen kiteytyi asiakassuhteisiin liittyviä ongelmia: asiakkaiden omaisten tyytymättömyys, asiakkaiden tyytymättömyys ja moniongelmallisuus. Faktorin reliabiliteetti oli 0,803. Voimakkaimmin latautui asiakkaiden omaisten tyytymättömyys (0,873) ja heikoiden asiakkaiden moniongelmaisuus (,648).

Ensimmäisen faktorin *Työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet* ja kolmannen faktorin *Tyytymättömyys esimiehiin* välinen korrelaatio oli positiivinen (,43) (liite 16). Tämän perusteella hoitajat kokivat yhteyden esimiestyöskentelyn, työntekijävajauksen sekä heikkojen työtilojen osalta, mikä on ymmärrettävää. Esimiehet ovat keskeisessä asemassa työ- kulttuurin luomisessa ja työyhteisössä valitsevaan ilmapiiriin. He voivat osittain vaikuttaa työntekijämääriin ja siihen, missä määrin käytetään sijaisia lomien ja sairauspoissaolojen tuuraajina. Heillä on osittain vaikutusta siihen, kuinka pakkotahtiseksi työ muodostuu ja millaisissa työolosuhteissa työtä tehdään.

Faktori 1 *Työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet* ja faktori 4 *Asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys* korreloivat positiivisesti (0,5). Positiivisista korrelaatioista se oli

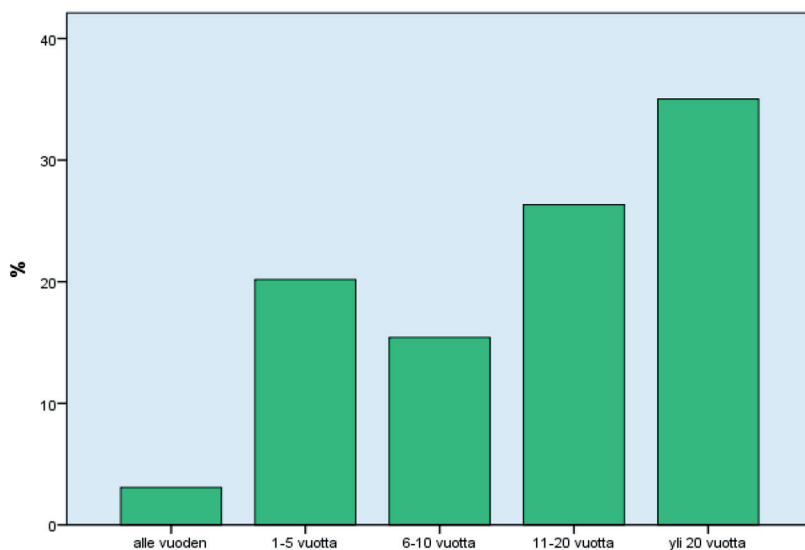
korkein. Faktoreiden positiivinen yhteys tuntuu luonnolliselta. Työtä on tehtävä nopeasti ja joissakin tapauksissa myös heikoissa työolosuhteissa, jolloin käytettävissä oleva aika yhtä asiakasta kohtaan tuntuu riittämättömältä. Moniongelmaisille asiakkaille ei ole antaa riittävästi aikaa, mikä heijastuu osittain myös asiakkaiden ja heidän omaisten tyytymättömyytenä työntekijään.

Faktori 2 *Kyräilevä työilmapiiri* korreloi negatiivisesti kaikkien muiden faktoreiden kanssa. Toisin sanoen faktorin *kyräilevä työilmapiiri* -muuttujien arvot eivät kasvaneet samansuuntaisesti muiden faktoreiden kanssa. Faktoriin sisälsi useita muuttujia, jotka kuvasivat työyhteisön ongelmallisia suhteita.

Faktori 3 *Tyytymättömyys esimiehiin* ja faktori 4 *Asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys* korreloivat positiivisesti keskenään (,32). Selityksenä ko. korrelaatioille on mahdollisesti se, että työntekijät joutuvat kokemaan sellaisia asiakkaiden valituksia, jotka eivät johdu työntekijästä itsestään vaan organisaatiosta, työn suunnittelusta ja esimiehen esimiestäidoista.

Hoivatyön kuormittavuus vaikuttaa alalla jatkamishalukkuuteen ja eläköitymiseen

Huomattava osa hoitajista oli toiminut pitkään vanhustyössä. Heille omalta tuntuva työ oli löytynyt, ja he pysyivät siinä. Yli 20 vuotta alalla toimineiden osuus oli yli kolmannes ja 11–20 vuotta yli neljännes. Toisaalta viidennes oli sellaisia, jotka olivat olleet vanhustyössä 1–5 vuotta (kuvio 7). Samoin usealla ryhmähaastattelussa mukana olleilla hoitajilla oli pitkä työhistoria vanhustyössä, mutta joukossa oli myös juuri alalle tulleita.



Kuvio 7. Hoitajien työkokemus vanhustyössä

Yksi tulevaisuuden kannalta merkittävä kysymys on, kuinka vanhustyöhön saadaan riittävästi ammattitaitoisia työntekijöitä, kun suuri määrä hoitajia siirtyy eläkkeelle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen arvon mukaan sosiaalipalveluihin avautuu seuraavien 20 vuoden aikana noin 60 000 uutta työpaikkaa. Odotettavaa on, että työvoiman lisätarve kohdistuu lähes täysin iäkkäiden kotihoidossa, asumispalveluissa ja laitoshoidossa toimivien lähihoitajien ja vastaavien ammattiryhmään. (STM & Kuntaliitto 2013.)

Toinen hoitajamäärään liittyvä kysymys on, kuinka pitkään hoivatyöntekijät jaksavat toimia samassa työssä. Kyselyyni vastanneista hoitajista kaksi kolmasosaa arvioi jaksavansa nykyisessä työssään kaksi seuraavaa vuotta. Kuitenkin yli viidennes hoitajista ei ollut varmoja tai he epäilivät jaksamistaan toimia nykyisessä työssään kahden vuoden kuluttua. Pieni osa ilmoitti, että tuskin he tulevat jaksamaan samassa työssä kahden vuoden kuluttua. Muut ilmoittivat olevansa silloin joko työelämän ulkopuolella tai he eivät halunneet jatkaa samassa työpaikassa.

Työssä jatkamisaikheet olivat lähes samaa luokkaa, mitä ne olivat vuonna 2004 tehdyssä lähihoitajakyselyssä. Tuolloin lähes kolme neljäsosaa lähihoitajista aikoi toimia lähihoitajan ammatissa tai vastaavissa tehtävissä viiden vuoden kuluttua. Henkilöistä, jotka olivat antaneet kieltäviä vastauksia, useimmat aikoiivat kouluttautua sairaanhoitajiksi tai muuten jatkokouluttua. (Vuorensyrjä 2006, 130; Henriksson & Tiitinen 2011, 128.)

Yksityiskohtaisemman tarkastelun perusteella ikäluokassa 30–49 vuotta olevista hoitajista noin kolme neljästä uskoi jaksavansa toimia samassa työpaikassa seuraavat kaksi vuotta. Työntekijöiden arviot jaksamisesta samassa työpaikassa alkoivat laskea iän karttuessa. Ikäluokassa 50–59 vuotta noin kaksi kolmesta uskoi jaksavansa samassa työpaikassaan seuraavat kaksi vuotta, mutta reilu neljännes tämän ikäluokan hoitajista ei ollut enää varmoja. Vanhimmissa ikäluokassa (60–65 vuotta) hieman yli kaksi viidesosaa arveli jaksavansa tehdä töitä kahden vuoden kuluttua nykyisessä työpaikassa. Epävarmojen osuus oli vajaa kolmannes. Tämän ikäluokan kohdalla on otettava huomioon, että noin neljännes tulee olemaan jo eläkeiässä seuraavan kahden vuoden kuluttua tai he eivät muuten osanneet vastata tähän kysymykseen.

Kiinnostava, mutta jossain määrin huolestuttava oli nuorin ryhmä, alle 30 vuotta olevat hoitajat. Heistä vain jonkin verran yli puolet arveli jaksavansa nykyisessä työpaikassaan seuraavat kaksi vuotta. Epävarmoja oli lähes viidennes ikäryhmästä. Yli joka kymmenen oli vaikea sanoa tai he eivät halunneet jatkaa nykyisissä tehtävissä kahden vuoden kuluttua. Tuloksia tarkastellessa on kuitenkin otettava huomioon, että tähän ikäluokkaan kuuluneita vastaajia oli pieni määrä (n=26), jolloin yksittäisen henkilön tulokset korostuvat ryhmässä. Mahdollisesti tämä ikäluokka vielä harkitsee, jääkö lainkaan töihin vanhustyöhön vai hakeutuuko jatkokoulutukseen sosiaali- tai terveydenhoitoalalle.

Nuoren ikäluokan epävarmuus jatkaa hoivatyössään oli näkyvässä myös NORDCARE-tutkimuksessa. Sen mukaan työuran alku- ja loppupäässä (alle 30 vuotta ja +60 vuotta) ja heistä erityisesti nuoret harkitsivat työn jättämistä vakavammin kuin työuran vakiintuneessa vaiheessa (30–60-vuotiaat) olevat henkilöt. Tosin tämä ilmiö koski tut-

kimusaineiston keräämisvuonna (2005) tilastollisesti merkittävästi vain Ruotsia, Norjaa ja Tanskaa, mutta ei Suomea. Tuolloin noin neljäsosalla merkittävimmät syyt jättää työt olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, fyysisesti ja psyykkisesti raskas työ, väsymys ja uupumus. Vajaalla viidesosassa perusteluina oli kiire, liian vähän työntekijöitä/henkilökuntaa, liian paljon asiakkaita/potilaita sekä eläke ja ikä. Joka kymmenes harkitsi jättävänsä työnsä vuorotyön, työaikojen, opiskelun, uuden alan ja huonon palkan vuoksi. (Vuorensyrjä 2009, 63–74.) Tosin NORDCARE2:n tulokset osoittivat, että kymmenen vuoden seurantaajakson aikana hoitajien ikärakenteessa on tapahtunut suuri muutos, kun suuri ikäluokka on vuoden 2005 jälkeen jäänyt eläkkeelle ja nuoret työntekijät ovat tulleet tilalle. Tämä sukupolvenvaihdos on nostanut myös henkilökunnan koulutustasoa. (Kröger ym. 2018, 79.)

Kröger ym. (2009b, 112–113) pitivät silmiinpistävinä heikkouksina hoivatyön fyysisistä ja henkistä rasittavuutta sekä korkeaa väkivallan uhkaa. Tutkijat esittivätkin huolensa siitä, kuinka vanhustyöhön saadaan jatkossa työntekijöitä. Lisäksi hoivatyöntekijöiden keski-ikä oli korkea, jolloin alalta siirtyy paljon työntekijöitä eläkkeelle. Jo tuolloin tutkijat arvelivat ongelmavyöhdin olevan valmis, kun kaikkia asiakkaiden tarpeita ei voida tyydyttää ja palveluiden maine romahtaa. Tämän seurauksena hoiva-ala ei enää kiinnostu uusia ihmisiä hakeutumaan alalle. Tähän liittyen tutkimuksen tekijät esittävätkin ratkaisuksi henkilömäärän lisäämisen sekä koti- ja laitoshoidon kehittämisen, jolloin palvelun laatu ja työolosuhteet paranevat. Tutkijat kuitenkin toteavat, että työn raskaudesta huolimatta työ koettiin motivoivaksi, kiinnostavaksi ja mielekkääksi, jotka nousivat ennen kaikkea asiakastyöstä.

Omanikin tutkimukseni hoitajista erityisesti asiakkaat saivat yli yhdeksää hoitajaa kymmenestä jatkamaan työssään. Hieman edellistä vähemmän työssä jatkamiseen vaikuttivat taloudelliset seikat, mukava työilmapiiri ja työ sellaisenaan. Noin kahdella kolmasosalla myös lyhyt työmatka ja kutsumus vaikuttivat hoivatyössä jatkamiseen. (Liite 17.) Vapaa-muotoisissa avovastauksissa työ määriteltiin päivän rytmittäjänä ja virkeänä pitäjänä. Siitä oli tullut tapa. Lisäksi lähestyvä eläkeikä, työn antama taloudellinen merkitys, paremman eläkkeen toivo ja sopiva työaika kannustivat jatkamaan töissä. Toisaalta reilu kolmannes mainitsi, että paikkakunnalla oli vaikea saada vastaavaa työpaikkaa. Työpaikan vaihdon mahdollisuudet koettiin olevan vanhemmilla hoitajilla huonommat kuin nuoremmilla. Lähes kaksi viidesosaa koki, että iäkkäämmän henkilön on vaikea saada uutta työpaikkaa. Vain muutama prosentti totesi, että nuoren henkilön on vaikea saada työpaikkaa. Vuorensyrjä (2009, 74–78) on aiemmin selvittänyt hoitajien perusteita pysyä hoiva-alalla. Tuolloin noin 40 %:lla hoitajista työ itsessään oli yleisin peruste jatkaa hoiva-alalla. Hieman vähemmän, noin kolmasosalla perusteluina olivat vanhuksien ja asiakkaiden ja noin neljäsosalla hyvä työilmapiiri.

Kyselyssä hoitajilta tiedusteltiin myös erikseen, oliko heidän työtilanteensa muuttunut viime vuosina. Hieman yli puolet koki, ettei työtilanteessa ollut tapahtunut juurikaan muutoksia viime vuosina. Kolmannes näki, että työtilanne oli parantunut viime vuosina. Työtilannetta piti huonontuneena hieman yli joka kymmenes hoitaja.

Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin hoitajien tulevaa eläkeikää. Keskimääräiseksi eläköitymisiäksi ilmoitettiin 63,8 vuotta. Vastaajista reilusti yli puolet tiesi tarkasti eläkeikänensä. Viidesosalla se oli arvaus ja reilulla kymmenesosassa ei ollut siitä tietoa. Loput antoivat liukuman eläkeiästä. Neljä viidesosaa lähellä eläkeikää (60–65 vuotta) olevista ilmoitti eläkeikänsä täsmällisenä lukuna. Vähän nuoremmassa ikäluokassa (50–59 vuotta) tietämys eläkeiästä laski. Tässä ikäryhmässä kaksi kolmasosaa tiesi eläkeikänsä tarkasti.

Monelle vastaajalle eläkeiän miettiminen ei ollut ajankohtainen tai yksinkertaisesti sitä ei voi tietää, koska yhteiskunnassa eläkeikää pyritään koko ajan nostamaan. Ikäluokissa 22–49 vuotta yhteenlaskettuna reilusti yli puolet ilmoitti eläkeiän arvioituna tai kysymysmerkillä varustettuna tai he eivät tienneet eläkeikänsä. Tähän kysymykseen vastaamattomien määrä (n=28) kuvastaa myös sitä, ettei eläkeikää osata vielä arvioida.

Samoin kyselyssä hoitajilta tiedusteltiin, olisivatko he valmiita jatkamaan työuraansa saavutettuaan eläkeiän eli käyttämään hyväksi liukuma-aikaa eläkkeelle siirtymiseen. Yhteiskunnallisesti tämä on kiinnostava aihe, kun väestö koko ajan vanhenee ja työikäisten määrä vähenee. Moni eläkeikäinen pysyy aiempia sukupolvia kauemmin hyvässä kunnossa, jolloin heillä olisi siinä mielessä mahdollisuus jatkaa työelämässä vielä eläkeikään tultuaan.

Yleisesti ottaen reilusti yli kolmannes ilmoitti, ettei jatkaisi töissä missään nimessä. Vajaa kolmannes oli valmis tekemään satunnaisia keikkahommia. Reilu viidesosa ei osannut sanoa kantaansa. Muutamat olivat valmiita jatkamaan töitä ilman työajan muutoksia tai jatkaisivat säännöllisessä osa-aikatyössä. Lähellä eläkeikää (60–65 vuotta) olevista henkilöistä hieman yli puolet olisi valmis jatkamaan työssään saavutettuaan varsinaisen eläkeiän, mikä on huomattava määrä. Eniten, vajaa kolmasosa oli kiinnostunut satunnaisista keikkahommista. Noin joka kymmenettä kiinnosti työssä jatkaminen ilman työajan muutoksia tai säännöllisenä osa-aikaisuutena. Reilu neljännes kuitenkin arveli, ettei jatkaisi työssään missään nimessä. Merkille pantavaa oli, kuinka ikäluokan 30–59 vuotta noin kaksi viidesosaa ei jatkaisi missään tapauksessa työelämässä eläkeikään saavuttuaan. Käytännössä näihin ikäluokkiin kuuluu hoitajia, joilla osalla on pieniä lapsia hoidettavana. Toisaalta ikäluokassa 50–59 vuotta on sellaisia hoitajia, jotka mahdollisesti joutuvat jo osittain huolehtimaan omista ikääntyneistä vanhemmistaan. Silloin ei jaksata ajatella, että jatkaisi työssä käyntiä vielä eläkeikään tultua. Yksittäisissä vastauksissa tuotiinkin esille, että työssä jatkamiseen eläkeiän saavuttua vaikuttaa eniten oma terveydentila. Muita työssä jatkamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat työn organisointi ja työyhteisön toimivuus. Muutama hoitaja otti kantaa myös alemman eläkeiän puolesta kritisoidulla yleisesti eläkeiän nostoa. Alhaisempaa eläkeikää perusteltiin työn raskauden vuoksi:

Piti päästä eläkkeelle 58-vuotiaana, nyt nostettu 63 vuoteen ja halutaan edelleen nostaa, samaan aikaan nuoria työttömänä. Ei mitään järkeä... (775)

Kolmivuorotyöhön alempi eläkeikä, niin kuin ennen oli, koska jatkuva vuorokausirytmien vaihtelu kuluttaa henkisesti ja fyysisesti. Palautumisaika pitenee, univaikeudet lisääntyvät, jatkuva väsymys vähentää sos. elämää... (575)

Vanhustyön heikko arvostus ja palkkaus harmittaa

Hoitajat itse arvostivat omaa työtään, mutta yleinen vanhustenhoivatyön arvostus koettiin heikoksi. Eniten arvostusta tästä ryhmästä koettiin saavan ”suuren yleisön” taholta, mutta tältäkin ryhmältä vain kolmannes hoitajista koki saavansa arvostusta joko paljon tai aika paljon. (Taulukko 7.) Kyselyn vastaajista seitsemän hoitajaa kymmenestä totesi, etteivät kunnan virkamiehet arvostaneet hoitajien työtä lainkaan tai arvostivat vain vähän. Eräissä avovastauksessa huomautettiin, että virkamiehiltä puuttuu näkökohta eivätkä he ymmärrä vanhustyön tärkeyttä. Vielä heikompi tilanne oli poliitikkojen osalta. Hoitajista neljä viidesosaa arveli, etteivät poliitikot arvosta heidän työtään lainkaan tai arvostavat sitä vain vähän. Eräissä vastauksessa sanottiin poliitikoista lyhyesti ”poliitikot kunhan puhuvat”. Saatujen vastausten perustella hoitajien toiveena olikin, että yleinen arvostus vanhustyötä kohtaan kohentuisi tulevaisuudessa. Toljamon ja Perälän (2008, 27) kyselytutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia. Siinä monet vastaajat arvostelivat sitä, etteivät kunnan ja valtakunnan päättäjät arvosta kotihoidossa toimivien työtä. Harva arveli kunnan ja valtakunnan päättäjien arvostavan heidän työtään erittäin paljon. Myös Valviran (2016, 9–10) teettämän tutkimuksen perusteella ympärivuorokautisen asumisyksikön työntekijöistä neljännes koki, ettei henkilökunnan työtä arvostettu.

Taulukko 7. Hoitajien kokema arvostus (%)

	Paljon	Aika paljon	Aika vähän	Ei lainkaan	Ei osaa sanoa	n
Työntekijä itse	71	28	1	0	0	353
Asiakkaat	51	43	5		1	354
Oma perhe	44	45	8	1	2	354
Työtoverit	42	51	5	0	2	353
Asiakkaiden omaiset	36	48	11	0	4	354
Lähin esimies	33	43	17	1	6	354
”Suuri yleisö”	7	26	45	11	11	351
Kunnan virkamiehet	4	14	52	18	12	351
Poliitikot	2	6	48	32	12	351

Moni hoitaja (n=21) puuttui vielä vapaamuotoisissa avovastauksissaan vanhustyön arvostuksen puutteeseen joko yleisellä tasolla (n=16) tai kohdisti sen päättäjiin, poliitikkoihin ja virkamiehiin. Tähän liittyen monet hoitajat (n=21) murehtivat avovastauksissaan sitä, ettei vanhustyötä tai vanhuksia yleensä arvosteta. Vanhusten heikko arvostus tuli esille myös hoitajien ryhmähaastatteluissa:

Et kylhän tää yhteiskunta, eikä arvosteta täällä Suomessa ainakaan kauheasti vanhuksia, että ehkä meidän pitäis jonnekin etelämaalaiset saada, että ehkä siellä Kreikas

ja Italias ja Espanjas on muut asiat huonosti, mut siellä mun käsityksen mukaan kuitenkin kunnioitetaan niitä vanhuksia enemmän, en tiedä, en ole... (H2)

Eräät vastaajat toivoivatkin, että mediassa nostettaisiin nykyistä paremmin esille vanhustyön arvostus. Useassa palautteessa (n=10) toivottiin, että päättäjien, poliitikkojen ja virkamiesten tulisi käydä paikan päällä tutustumassa tai tekemässä vanhustyötä, jotta he saisivat todellisen kuvan työn vaativuudesta ja raskaudesta.

Arvostuksen puutteen todettiin kohdistuvan itse vanhuksiin ja/tai vanhustyössä toimiviin työntekijöihin. Perusteluina arvostuksen lisäämiseksi käytettiin muun muassa sitä tosiasiaa, että me kaikki vanhenemme ja saatamme itse jossakin vaiheessa vanhuuttamme tarvita muiden ihmisten apua. Eräässä vastuksessa tarkasteltiin myös omaishoitajien arvostusta ja sitä kautta vanhustyön muutosta Suomessa. Lisäksi hoitaja toi esille perhehoitotyypin hoitomuodon, jota on toteutettu joissakin paikoissa (1000).

Usea hoitaja (n=32) käsitteli avovastauksissaan hoitajien palkkausta, jota yleensä pidettiin huonona verrattuna työn määrään, vastuullisuuteen ja kuormittavuuteen. Arveltiin, etteivät ihmiset tiedä hoitajien työn sisältöä. Tässä on nähtävissä piirteitä psykologisesta sopimuksesta, joka pohjautuu työntekijän omaan näkemykseen työntekijän ja työnantajan välisestä vaihdosta koskien työsuhteeseen liittyviä kuuluvia palkkioita vastineeksi omasta työpanoksesta (Saari 2014; Alasoini 2007, 111). Alasoini korostaa aikaisempien tutkimusten perusteella, että sopimuksen voimassaolo tai rikkoutuminen ovat käsitteellisesti eritasoisia asioita kuin esimerkiksi työtyytyväisyys tai -tyytymättömyys. Ne ovat syvällisemmin koettuja kuin työtyytyväisyys tai tyytymättömyys ja samalla ne kuvastavat tulevaisuuteen suuntautuvasta psykologisesta tilasta.

Vastauksissa käsiteltiin naisten ja miesten palkkauksen epätasa-arvoa. Vanhustyössä ja yleensä hoivatyössä palkkauksen todettiin olevan heikompi kuin miesvaltaisilla aloilla. Alalle toivottiin saatavan enemmän miehiä, jotta hoiva-alan palkat saataisiin nostettua teollisuuden tasolle. Parempaan palkan toivottiin lisäävän nuorten kiinnostusta hoiva-alalle. Toiveissa oli palkkausjärjestelmän yhtenäistäminen. Erään vastaajan mukaan yksityisellä puolella palkat olivat huonompia kuin julkisella puolella. Eri kunnissa ja kaupungeissa käytössä oleva kalleusluokitus toivottiin poistettavan, jotta kilpailu hoitajista eri kuntien välillä saataisiin pois. Köyhien kuntien todettiin saavan ”huonommat hoitajat” ja päinvastoin. Tarkennusta kaivattiin myös lomaperusteisiin. Näiden lisäksi huonoa palkkausta pidettiin merkinä hoivatyön huonosta arvostuksesta yhteiskunnassa:

... Palkka on aivan liian pieni suhteessa työn vaativuuteen, vastuuseen, henkiseen ja fyysiseen kuormittavuuteen nähden. Työtä pitäisi arvostaa päättäjien tasolla enemmän! Päättäjien olisi hyvä tehdä pari työvuoroa vanhustenhoitajissa! Ja heidän pitäisi sitten miettiä, että tekisivätkö he tätä työtä tällä palkalla? (361)

... Enemmän henkilökuntaa ja palkkausta olisi nostettava ja vuorotyölisät samalle tasolle kuin teollisuudessa. (923)

... Työntekijöiden lomat yhtä pitkiksi, huomioitava myös aiempi työura eri aloilla. Ns. pekkaspäivät kokopäivävapauksiksi. Ja ehdottomasti viikonloppu ja pyhätyöstä oikeanlainen korvaus esim. joulujuhannus 100 % työkorvaus on aivan liian pieni (pitäis olla 2–300 %). (1047)

Vastaajien toiveet työajoista ja palkkauksesta ovat kaukana siitä, mitä ehdotuksia Suomen kilpailukyvyyn parantamiseksi esitettiin. Syksyllä 2015 hallitus esitti muun muassa julkisten menojen karsimiseksi pyhä- ja ylityökorvausten alentamista, lomapäivien vähentämistä ja työajan pidentämistä (YLE 2015b). Toimintaehdotus koski monia hoito- ja hoiva-alan työntekijöitä. Hoitajat perustelivat omat osaltaan pyhä- ja ylitöiden tärkeyttä kokonaispalkkassaan sekä töiden raskautta ja vaativuutta. Lähtökohtatavoitteet olivat kaukana toisistaan, kun tarkasteli hallituksen esitystä ja hoitajien näkemyksiä palkkauksesta.

Vanhusten hoivapaikkojen sopivuus huolettaa

Hoitajien vapaamuotoisissa vastauksissa kuvastui huoli vanhusten hoivan toteuttamismahdollisuuksista sekä heidän asuin- ja hoivapaikkojensa olosuhteista. Useiden vanhusten todettiin olevan monisairaita, joten heidän hoitamiseensa menee keskimääräistä enemmän aikaa. Alla on erään hoitajan kirjoitus, jossa hän kiteytti nykyistä vanhusten hoitoa ja esitti kehittämistoiveita. Perusteluissa on monia näkökohtia, joita on esitetty julkisissa keskusteluissa:

Tänä päivänä vangeilla on paremmat oltavat verrattuna vanhusten oloihin. Vanhukset eivät pääse ulos. Ei ole tarvittavaa resurssia. Laitoksissa ahtaat huoneet, saati tarvittavia apuvälineitä käytössä. Supistetaan kuntoutuksesta yms. Ihmiset, jotka ovat palvelleet Suomea ja ikänsä maksaneet veroa, tässä on heille kiitos! Kaikkeen tähän haluaisin panostaa sekä panostusta virikkeelliseen toimintaan. Enemmän työntekijöitä, jotta jäisi enemmän aikaa myös yhdessä olemiseen ja keskusteluun. (855)

Moni hoitaja (n=14) esitti, että vanhusten hoivapaikkaa määritettäessä otettaisiin aiempaa enemmän huomioon henkilön toimintakyky. Vuodeosastolla saatettiin pitää henkilöitä, jotka pärjäisivät kuntonsa puolesta palveluasunnoissa. Muutama hoitaja toivoikin, että vanhusten hoivapaikkaa valittaessa otettaisiin nykyistä enemmän huomioon hoitajien mielipiteitä, jotta välttyttäisiin turhilta asiakkaiden siirroilta. Hoitajat tuntevat asiakkaansa ja osaavat arvioida hoidettavien toimintakykyä ja palveluntarvetta. Hoitajia toivottiin otettavan mukaan SAS- (= selvitys, arviointi, sijoitus) ja SAP- (= selvitys, arviointi, palveluohjaus) ryhmiin. Tähän kiinnittivät huomiota myös Suominen ja Henriksson (2008, 635–636). Heidän mukaansa tiimilähtöisessä työnjaossa lähihoitajien ammatillisen osaamisen tunteminen ja tunnustaminen ovat tehokasta henkilöresurssien käyttöä. Oletettavana he pitivät sitä, että toimintamalli lisää sekä asiakkaiden että työntekijöiden hyvinvointia.

Eri toimintayksiköiden yhteistyön toimivuuteen liittyi Perälän ym. (2006, 32) tutkimus, jossa tarkasteltiin muun muassa asiakkaiden kotiuttamista hoitoyksiköistä. Ongelmia aiheuttivat asiakkaiden liian varhainen kotiuttaminen, puutteet henkilöstön välisessä tiedottamisessa ja yhteistyössä, asiakkaan pelko olla kotonaan, omaisen/läheisen haluttomuus tai kyvyttömyys osallistua asiakkaan hoitoon sekä puutteellinen kotiuttaminen.

Molander (2014) havaitsi, kuinka eri tahojen päättäjät saattoivat olla erimielisiä siitä, kenelle ja kuinka nopeasti vapautunut vuodepaikka kulloinkin kuuluu ja millä perusteella jonossa olevien kiireellisyys arvioitiin. Tutkimus koski tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskuksen vuodeosastojen yksikköjä. Vanhuksen ”oikea” sijoittaminen oli lääkärin mielestä yleisin erimielisyyden aiheuttaja, kun taas sairaanhoitajat ja lähihoitajat pitivät sitä kolmanneksi yleisimpänä erimielisyyden aiheena. Lisäksi hoitajilla saattoi olla keskenään ja omaisten kanssa erimielisyyttä vanhuksen oikeasta huoneesta osastolla ja oikeasta paikasta huoneessa. Työntekijöiden mukaan ympärivuorokautisessa hoidossa olevaa vuodepaikkaa odotti samanaikaisesti moni huonokuntoinen.

Omassa tutkimuksessani hoitajat toivoivat nykyistä pienempiä hoitoyksiköitä (n=27) ja kodinomaisuutta (n=17) hoitopaikkoihin. Esimerkiksi 40-paikkaista vanhainkotiosta toivottiin pienennettävän. Samoin moni hoitaja (n=13) toivoi hoidettavien eriyttämistä, kuten muistisairaille omat pienet yksiköt. Toisessa vastauksessa, yli 20 muistisairaana osastoa pidettiin liian isona yksikkönä. Samoin muistisairaille toivottiin erilaisia kerhoja ja enemmän muistihoitajia. Käytännössä muistihoitajat ovat merkittävä tukimuoto niin muistisairaalle kuin hänen omaisilleen. Muistihoitajat auttavat kartoittamaan muistin tasoja ja ohjaavat tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. He tekevät tarveselvityksen siitä, kuinka henkilö tulee toimeen omassa kodissaan ja mitä muutoksia siellä on mahdollisesti tehtävä. Terveydentilan seurannassa voidaan myös selvittää, onko sekavuustilan takana jotain muuta kuin muistisairaus.

Dementoituneilla vanhuksella saattaa olla häiriökäyttäytymistä ja jopa aggressiivisuutta, mikä vaikuttaa muihin hoidettaviin häiritsevästi ja aiheuttaa heille levottomuutta. Lisäksi dementikot aiheuttavat hoitajille lisätöitä. Erillisten dementiayksiköiden tarpeellisuutta perusteltiin myös sillä, että dementikkojen liikkumaympäristöä joudutaan rajaamaan luvattomien poistumisten ja eksymisten estämiseksi. Tämä asettaa turhia liikkumisrajoituksia muille hoidettaville, jotka pystyisivät liikkumaan laajemmin ilman eksymisen pelkoa. Myös MRSA-potilaille (MRSA = metisilliini-penisilliinille resistentti *Staphylococcus aureus* -kanta) toivottiin erillistä asuinyksikköä, vähemmän apua tarvitseville ryhmäkoteja, omia osastoja lyhytaikaisasiakkaille esimerkiksi omaishoitajien vapaa-ajaksi.

Lisäksi hoitopaikkojen puute ja tilojen ahtaus aiheuttivat ongelmia. Eräällä paikkakunnalla kahden ryhmäkodin lakkauttaminen oli johtanut vanhusten siirtämiseen vanhainkodin lisäpaikoille. Samoin remontin vuoksi vanhusten asuintiloja oli jouduttu yhdistämään. Kahden henkilön sijoittaminen yhden hengen huoneeseen teki tilasta ahtaan, kuten parissa vastauksessa todettiin. Muutama vastaaja toivoi erikseen vanhuksille omia huoneita

muun muassa intimiteettisuojaan vuoksi. Toisaalta eräässä avovastauksessa nostettiin esille näkemys, kuinka yhteisessä huoneessa 2–3 samanhenkistä asukasta pitävät toisilleen seuraa. Valviran (2010, 29–30) selvitys osoitti, että osa ikääntyneistä henkilöistä tuntee olonsa turvallisemmaksi ja viihtyisämmäksi yhteisessä huoneessa toisen henkilön kanssa, johon on turvattava mahdollisuus. Suosituksen mukaan muita kuin yhden hengen huoneita saa yksikössä olla enintään 10 %:lle asiakkaista. Tämän prosenttiosuuden ylitti lähes puolet julkisen sektorin hoivayksiköistä ja lähes kolmannes yksityisen puolen yksiköistä.

Kyselyssäni pari hoitajaa otti esille erään tärkeän seikan, joka on saattanut jäädä yleisen keskustelun jalkoihin vanhustyöstä puhuttaessa. Mediassa esitettyä viestintää pidettiin jopa loukkaavana. Vanhusten hoito ei ole aina retuperällä, kuten julkisuudessa annetaan ymmärtää. Se ei ole sellaista ”hoivahelvetiä”, mitä media on antanut ymmärtää. Toiveena oli, että media parantaa vanhustenhoivan julkisuuskuvaa. Laitoshoidon tarpeellisuutta puolustettiin:

... Vanhukset liian kauan kotona yksin ja turvattomina. Laitoshoito ei ole kirosana, kaikki ryhmäkotiin tulevat asukkaat ovat tyytyväisiä, kun sinne pääsevät, piristyvät ja syövät paremmin. Työpisteessäni ei nälkää nähdä, ”sillileipää” saa yölläkin, todella loukkaavaa lehtikirjoitukset vanhusten nälkiinnyttämisestä. (775)

Vanhushoidon tavoitteeksi on asetettu, että vanhukset voisivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Monet vanhukset haluavat sitä itsekin. Eräs haastateltava hoitaja kuvaili yhdessä ryhmähaastattelussa hakeutumistaan töihin kotihoitoon ja kotihoidon paremmuutta verrattuna laitospäivähoitoon:

Mua ainakin enemmän houkutti tässä työssä, kun se että mä menisin jonnekin laitokseen, missä ne ei saa olla omassa elinympäristössään, vaan ne on tuotu kaikki samantyyppisiin pikku koppeihin. Et mun mielestä se on parempi, että saa olla kotona. Asiakkaat ovat paljon mun mielestä onnellisimpia siellä. (H3)

Kotihoidolla on hyvät puolensa, mutta jossakin vaiheessa inhimillinen raja tulee vastaan. Monella hoitajalla (n=18) oli huoli siitä, ettei kotihoito sovi kaikille vanhuksille, vaan heille olisi sopivampi ja turvallisempi hoitomuoto jossakin laitostyyppisessä paikassa tai hoivakodissa. Hoitajat näkevät käytännössä, millaisissa olosuhteissa vanhukset joutuvat asumaan omissa kodeissaan. Kotona asuvat saattoivat olla liian heikkokuntoisia selviytyäkseen kotona. He eivät mahdollisesti pääse nousemaan ylös sängystä tai ylipäätään tekemään mitään itse kotonaan. Muistisairaus aiheuttaa erilaisia ongelmia, ja yksin asuvat kokevat turvattomuutta ja yksinäisyyttä. On myös koteja, joissa asunnon heikko kunto ja puutteellinen varustus rajoittavat vanhuksen selviytymistä kotona. Hoitajien ryhmähaastatteluissa todettiin, että tarpeen vaatiessa vanhusten asunnoissa tehdään apuvälineiden ja tilojen tarvekartoitus. Vanhusten asuntoon laitetaan muun muassa tukikahvoja, suihkutuoleja ja kynnyksiä poistetaan. Vanhusten kotona selviytymiseen liittyvät asiat saattoivat jäädä päässä pyörimään vielä töidenkin jälkeen, kuten eräs kotihoidon haastateltava totesi:

Kyllä tää menee oikeasti niin herran haltuun tää homma. (H₂)

Myös ETENE (2008, 7) on esittänyt huolensa kotona asuvien vanhusten yksinäisyydestä ja heikkokuntoisten vanhusten kotona pärjäämisestä ja eristäytymisestä. Kotihoidolle tulee olla vaihtoehto, jos vanhus ei selviä kotona tukipalvelujenkaan avulla. Asumispäätöstä tehtäessä on olettava huomioon moniammatillisen arvion lisäksi vanhuksen oma näkemys, mitä myös eräät hoitajat esittivät. Jos vanhus ei koe selviävänsä yksin kotona vaan haluaa palveluasuntoon tai hoitokotiin, toivetta olisi kuunneltava.

Eräässä avovastauksessa otettiin esille omaisten puuttuminen vanhuspalvelujen järjestämiseen. Joidenkin omaisten on vaikea hyväksyä se, ettei vanhus enää selviä omassa kodissaan, vaan hänelle olisi asianmukaisempi hoivapaikka muualla kuin kotona. Omaisten vaikeus hyväksyä vanhempinsa heikkenevä toimintakyky tuli esille myös yhdessä hoitajien ryhmähaastattelussa:

... Sit on se, että omaiset ei, ne sokeutuu sillä tavalla, että ne ei niinku, ei hyväksy tai pistävät sen kauemmas ajatuksen, että äiti ja isä on muistamaton. (H₃)

Toisaalta hoitajat saattoivat joutua vanhusten kritiikin ja syyllistämisen kohteeksi, kun vanhukselle ei pystytty toimittamaan palvelua heti, koska palvelua odotti moni muukin vanhus. Arvostelu voi olla kovaakin ja mieltä painavaa kuten eräässä hoitajien ryhmähaastattelussa kerrottiin:

Mut kyl se aika ankeet on lähtee asiakkaan luota pois, ku se jää pöydän viereen huutamaan et jos sä nyt lähdet ja jätät mut tänne, niin mä juoksen tonne tielle ja auton eteen. Niin kyl sä siin vaihees mut täältä hommaat pois. Niin siin aina niinku pysähtyy ovelle ja kääntyy takaisin ja istuu viel hetken aikaa ja rauhottaa. (H₂)

Eräällä paikkakunnalla kotihoidon työpaineita lisäsi laitosten hoivapaikkojen vähentäminen, mitä kyselyyn vastannut hoitaja ei pitänyt taloudellisesti kannattavana eikä vanhuksen turvallisuudentunnetta tukevana. Häntä huolestutti se, ettei asiakasta otettu huomioon kokonaisvaltaisesti. Henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi jäivät taka-alalle, koska monilla vanhuksilla ei ole omaisia. Sosiaalisten suhteiden puuttumista pyrittiin hoitamaan psykologeilla. Tilanteen kohentamiseksi toivottiin yhteisöllisyyden keskittymistä, elämänarvostuksen säilyttämistä ja riittävästi hoitajia asiakkaiden omatoimisuuden ylläpitämiseksi ja luopumista vanhuksen puolesta tekemisen kulttuurista. Eräs hoitaja puolusti laitos- ja hoivapaikkoja, kuten vanhainkoteja, hoivakoteja, palvelutaloja, päivätoimintakeskuksia, senioritaloja, perhehoitotyyppistä päivähoitoa ja tehostettua palveluasumista. Hän piti ikääntyneiden ja dementoituneiden kotona asumista jopa heitteillejättönä:

Pitkäaikaispaikkoja ei kaikkia pitäisi ajaa alas. Eivät kaikki ikääntyneet ja dementoituneet pärjää yksin kotona. Mielestäni se on heitteillejättöä. Kotihoidossa hoitajat vaihtuvat – vanhus ei muista hoitajia, siitä syntyy turvattomuus ja pelko vaikka heidän luonaan ”piipahdetaan” useasti päivässä. Hoivaosastot pitää säästää. (588)

Yksinäisyyttä ja turvattomuutta tunteva vanhus hakeutuu alati terveyskeskuksen hoitoon, mikä ilmeni hoitajien avovastauksissa ja asiantuntijahaastatteluissa. Yksilön kannalta tarkasteltuna tämä on raskasta ja yhteiskunnalle tehotonta ja kallista, kun palvelun kuormitus siirtyy sosiaalipuolelta terveyden sekä ensihoidon puolelle:

... Ps. huomaa työssään, että sellainen vanhus, joka kokee yksinäisyyttä ja turvattomuutta kotona, hakeutuu alati terv. keskus hoitoon ja sitten kotona pärjäämättömyyden vuoksi sinne jää. Joskus sitten vaikka vuoden kuluttua pääsee vanh.kotiin. Hänellä on kaikki toimintakyky mennyt vuoden aikana. Kallista hoitoa ja ajatella miten muuten olisi senkin vanhuksen hyvinvointia ylläpidetty esim. vanh.kodissa tai palveluasuntopaikalla. (583)

Usea hoitaja toivoi vastauksissaan, että kotihoitoa voitaisiin toteuttaa samalla tavalla kuin ”ennen vanhaan” eli asiakkaalle voitaisiin antaa muutakin kuin perushoito, kuten laittaa yhdessä ruokaa ja käydä yhdessä asioilla ja ulkoilemassa. Kotihoitoon toivottiin enemmän hoitajia. Eräs hoitaja esitti, että kodinhoitajat ja kotiavustajat tuotaisiin takaisin kotihoitoon entisen mallin mukaisesti.

Merkittävä muutos kotipalvelussa tapahtuikin 1990-luvun laman myötä, kun kotipalvelun resurssit leikattiin 40 %, vaikka valtakunnalliseksi tavoitteeksi oli avohoidon kehittäminen (Vaarama ym. 2001; Wrede & Henriksson 2004, 210–211).

Muutamit hoitajat olivat huolestuneita vanhuksille koituvista erillispalvelujen kustannuksista. He kritisivat sitä, kuinka vanhusten luona käy monia palveluntuottajia, jolloin laskut ovat sen mukaiset. Välttämättä asiakas ei aina saa palvelua maksamastaan hoitoajasta, koska on tehtävä tulosta. Lääkkeen vientiin saattaa mennä 5 minuuttia, mutta asiakkaalle pienin laskutus on 15 minuuttia. Palvelutalojen ja vanhainkotien sisään rakennettuja palveluasumisen yksiköitä pidettiin rahastamisena. Huolena esitettiin se, ettei kaikilla vanhuksilla ole varaa tehostettuun palveluasumiseen. Eräs hoitaja kirjoittikin pitkän listan, millaisia erillispalvelun maksuja vanhuksille saattaa tulla:

Ikäihmiset pääosin vanhukset ja sairaat ovat joutuneet maksumieheksi, kotihoidossakin maksut lisääntyvät. Ennen oli kotipalvelu ja kotisairaanhoido ja kk-maksu, nyt kotihoitomaksu, kauppapalvelumaksu, annosjakelumaksu – apteekkiin, siivousmaksu, parturi – käy kotona, jalkahoito – käy kotona, saunapalvelu – käydään palvelutalossa, turvamaksu – turvapuhelin, yöhoitomaksu – yöpalvelu käy, asiointimaksu – lääkevaihdos tai lisälääke apteekkiin, haku apteekista, ateriat – kotiin tuotuna ei hoitajat tee eikä lämmitä, haavanhoitotarvikkeet, lääkäri – kun lääkäri käy kotona asiakas huonokuntoinen, vuodesuojat, pesulaput, tena voide pesuun, pikkuvaipat, ruokaliinat. (200)

Hoitajat antoivat avovastauksissaan ehdotuksia vanhuspalvelujen kehittämiseksi. Erilaisen lähipalvelujen, kuten maaseudulle ja lähiöihin tuotavien terveysbussien uskottiin helpottavan vanhusten arjessa selviytymistä. Samoin parannusta toivottiin inva-ominaisuuden huomioonottamiseen niin rakentamisessa kuin liikenteessä sekä apuvälineiden helpompaa

saatavuutta. Terveyskeskuksiin toivottiin suomalaisia omalääkäreitä ja hoidon jatkuvuutta, jottei jokaisella käyntikerralla tarvitse aloittaa selittämistä alusta.

Parissa vastauksessa toivottiin nuorten ja vanhusten yhteistoiminnan kehittämistä. Tämän mallin myönteisiä kokemuksia on esitetty julkisuudessaakin. Näissä ratkaisuissa nuori on saanut edullisesti asunnon vanhusten palvelutalosta sillä perusteella, että hän osallistuu jossain määrin vanhusten virkistys- tai auttamistoimintaan. Myös omaisten toivottiin osallistuvan aktiivisemmin vanhusten hoitoon. Vapaaehtoistoiminnan kehittämistä toivottiin sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyön parantamista. Vanhusten hoitoon ehdotettiin myös päivähoitotyypistä hoitoa, mikä helpottaisi muun muassa töissä käyviä omaishoitajia.

Jotkut hoitajat ottivat avovastauksissa kantaa vanhushuolteen yksityistämiseen. Yksityistämässä nähtiin omat riskinsä ja joissakin tapauksissa sen todettiin menneen liian pitkälle. Hyvänä mallina ei nähty kunnallisen vanhushoidon muuttamista liikelaitokseksi. Kuten eräs hoitaja kirjoitti, kaikkea ei voi mitata rahassa. Yksityistämisestä aiheutuneet ongelmat voivat heijastua hoitajien päivittäiseen asiakastyöhön. He saattoivat saada kritiikkiä, joka ei johtunut heidän omasta toiminnastaan, vaan kaupungin puutteellisesta tiedottamisesta hoivan asiakkaille ja hoitajille. Hoitajat kaipasivat tarkempaa valvontaa ja ongelmien esille nostamista:

... Enemmän valvontaa yksityisiin ja julkisiin hoitopaikkoihin, tällä hetkellä monissa paikoissa yksityinen bisnes jyrää inhimillisen hoidon kustannuksella. Kuntiin vanhuseuvostoja ja vanhusten asioiden ajajia. Myös liittojen pitäisi enemmän valvoa sekä vanhusten että työntekijöiden oikeuksia ja nostaa epäkohdat julkisuuteen. (924)

Eräässä vastauksessa käsiteltiin vanhushuolteen yksityistämistä radikaalilla ehdotuksella Japanin mallin mukaan. Ehdotuksen mukaisesti kansalaiset ostaisivat palvelut suoraan palveluntarjoajilta ja valtio maksasi 90 % kuluista. Hoitaja arveli tämän parantavan vanhushuolteen laatua.

Vanhusten ruokailu ja lääkitys pohdituttavat

Vanhusten ruokailusta huolehtiminen on hoitajien keskeisimpiä työtehtäviä. Lähes yhdeksän hoitajaa kymmenestä tarjoili ruoan ja huomattava osa, lähes kolme neljäsosaa auttoivat vanhuksia syömisessä päivittäin (liite 11). Ruokailussa avustamiset olivat keskimääräistä yleisimpiä vanhainkodissa, sairaalassa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla. Parissa vapaa-muotoisessa avovastauksessa oltiin huolestuneita vanhusten ruokailusta. Niissä toivottiin ruokailuun enemmän valinnanvaraa sekä vanhusten perinteisten ruokailutottumusten huomioonottamista. Eräs hoitaja kritisoi vanhuksilta perittävää korkeaa hintaa ruokapalvelusta:

... Asuminen tehostetun hoidon yksikössä on asukkaille kallista, ruokapalvelut paremmalle ”tolalle”, ruoka ei aina vastaa odotuksia. Kuka yksineläjä kotonaan maksaa ruoasta n. 450 euroa/kk?... (671)

Vanhusten lääkityksestä huolehtiminen kuuluu keskeisesti hoitajien työhön. Hoitajien ryhmähaastatteluissa keskusteltiin vilkkaasti lääkkeiden jakamisesta kotihoidossa. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista lääkkeet säilytettiin heidän kotonaan, mutta joidenkin vanhusten kohdalla hoitajat kuljettivat niitä mukanaan. Lääkkeitä ei uskallettu jättää asiakkaan luokse. Eräässä ryhmähaastattelussa perusteltiin hoitajien tekemää lääkkeiden jakoa. Siinä lyhyenkin käyntikerran yhteydessä hoitajat voivat havaita muutoksia asiakkaan toimintakunnossa ja viestittää siitä eteenpäin jatkotoimenpiteitä varten. Mahdollisesti lääkitykseen toteuttamiseen työpaikoilla liittyi ammattien välisiä työnjakokiistoja, sillä pari hoitajaa toivoi kotihoidon lääkehoidon rajoittuvan vain kotisairaanhoidajille ja sairaanhoidajille. Apteekin hoitamaa lääkepusitus saattoi aiheuttaa hoitajille ongelmia, kuten eräs ryhmähaastatteluun osallistunut hoitaja kertoi:

Ja sitten kun erilaiset pillerit, apteekissa kun ne laittaa niitä vaihtoja kaikkiin, niin siinähan oot sit miettimässä, kun se on kumminkin sit sun vastuulla, minkä sä siitä annat siitä pussista niin. (H3)

Vastauksissaan hoitajat kantoivat huolta vanhusten lääkityksestä, joka on paljon puhuttanut sekä alan ammattilaisia että suurta yleisöä. Useampi hoitaja toivoi, että hoitajien näkemyksiä otettaisiin nykyistä enemmän huomioon vanhusten lääkityksen määrittämisessä. Eräässä vastauksessa toivottiin lisää psykogeriatria osastoja, jotta välttyttäisiin liialliselta lääkitykseltä.

... Lisää psykogeriatria osastoja, joissa voitaisiin ja osattaisiin paneutua yksilön ongelmiin! Tav. vanhainkodissa ei ole tarpeeksi aikaa & osaamista puuttua esim. dementikon aggressiivisuuteen vaan siitä kärsitään tai syötetään vanhukselle antipsykootteja ja ilman diagnoosia! Tämä on vakava ongelma, josta ei puhuta! (425)

Toisessa vastauksessa murehdittiin sitä, kuinka psykelääkkeillä korvataan vanhusten juttelun tarve. Toisaalta kipulääkkeitä saatettiin antaa liian vähän tottumuksen ja riippuvuuden pelossa. Pelkona oli uunilääkkeiden aiheuttama tokkuraisuus, mikä voi johtaa henkilön kaatumisiin.

Psykelääkkeiden käyttö näyttää olevan sangen yleistä vanhuksille. ETENEn selvitys osoitti, että yli neljä viidesosaa laitoshoidon vanhuksista ja yli kymmenesosa kotona asuvista vanhuksista käyttää psyykenlääkkeitä. Rauhoittaville lääkkeille oli ajoittaista tarvetta, vaikka samalla epäiltiin niiden käytön eettisyyttä:

... Rauhoittavaa lääkitystä joudutaan joskus käyttämään vaihtoehtona levottoman ja sekavan vanhuksen liikkumisen estämiseen, jos muut rauhoittelukeinot osoittautuvat riittämättömiksi. ... Hoitohenkilöstön puutteen korvaaminen rauhoittavalla lääkityksellä on hoitoetiikan periaatteiden vastaista. (ETENE 2008, 10.)

Hoivan asiakaskeskeisyydessä ja virikkeellisyydessä toivomisen varaa

Vanhustyössä toimivilla hoitajilla oli huoli vanhusten virikkeellisen toiminnan vähydestä, mistä käydään ajoittain keskustelua julkisuudessaakin. Yli neljännes kyselyni hoitajista halusi, että heillä olisi enemmän aikaa vanhusten kanssa juttelemalla, kuuntelemalla ja olemalla heidän kanssaan. Moni hoitaja toivoi, että vanhusten kanssa voitaisiin käydä enemmän ulkoilemassa tai muuten liikkua heidän kanssaan. Osa näistä hoitajista ehdotti, että vanhusten ulkoiluttamiseen voisivat osallistua muutkin, kuten omaiset, vapaaehtoiset tai avustamiseen erikoistuneet henkilöt.

Moni kaipasi mahdollisuutta järjestää vanhuksille erilaista viriketoimintaa esimerkiksi mielekkään tekemisen, harrastusten, retkien, kulttuurin sekä luku- ja lauluhetkien muodossa. Vanhusten kanssa vietetty aika ei ilmeisesti ole aina kiinni hoitajien määrästä. Kysymys voi olla asenteesta, kuten eräs hoitaja kirjoitti:

Lisää hoitajia, jotta vanhusten viereen voisi istua ajan kanssa ja jutella. Tosin se vaatii myös asennemuutosta hoitajilta. Emme kovinkaan usein pysähdy vanhusten vierelle ja anna aikaa. Monesti hoitajilla tuntuu olevan kiire tauoille ja muihin töihin, tehdään perustyöt ja se on siinä. Olisi mukavaa jos voisin neuloa yhdessä vanhuksen kanssa, täällä ei oikein tunneta seurustelukulttuuria. (400)

Avovastausten perusteella työpaikoilla oli työnjaollisia jännitteitä. Eräs hoitaja toivoi, että vanhuksille olisi ”ammattilaisia” avustajia vanhusten ulkoilutuksessa, tekemässä heidän kanssaan pieniä askareita ja järjestämässä lukuhetkiä. Hoitaja esitti, että ulkoiluttajien tulisi omatoimisesti auttaa vanhuksia pukeutumaan ulkoilua varten. Lisäksi laulattamaan tulevien vapaaehtoisten olisi hoidettava tilaisuus alusta loppuun ilman, että hoitohenkilökunta huolehtii asukkaat ”katsomoon” ja tekee kaiken valmiiksi. Yhdessä ryhmähaastattelussa keskusteltiin mahdollisuudesta viedä vanhuksia ulos. Todettiin, että suurin osa vanhuksista haluaa lähteä ulos, mutta esteeksi tulee joillakin vanhuksilla huono liikuntakyky ja hoitajilla käytettävissä olevan aika (H2).

Toiveena hoitajalla oli saada hoitohenkilökuntaa lisää, jotta saataisiin parannettua hoivan laatua. Eräs hoitaja kritisoi hoivatyön suunnittelua, jonka mukaan työt ovat liian aamupainotteisia. Sama seikka tuli esille yhdessä kotihoidon ryhmähaastattelussa, jossa hän kertoi käynnistään omaisensa luona. Tyttären tullessa käymään omaisensa luona kuuden aikaan illalla oli omainen laitettu jo nukkumaan. (H4)

Eräs kyselyyn vastannut hoitaja kommentoi sitä, kuinka päivittäisen toiminnan puute tai liian varhainen nukkumaan laittaminen voivat heijastua vanhusten yöllisenä rauhatonmuutena. Nukahtamislääkkeitä pidettiin liikkuville asiakkaille ongelmallisena kaatumisvaaran vuoksi, kun he käyvät tokkuraisina öisin wc:ssä. Ongelman ratkaisemiksi toivottiin päiväksi enemmän viriketoimintaa (1217).

Moni hoitaja kaipasi nykyistä parempaa mahdollisuutta ottaa huomioon vanhusten yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys. Näissä yhteyksissä mainittiin usein vanhan ihmisen kaikenpuolinen kunnioittaminen niin arkityössä kuin hänen viimeisinä hetkinään. Arvok-

kaaseen hoitamiseen liittyy asianmukainen saattohoito, minkä kehittämiseen usea hoitaja toivoi panostettavan. Vastauksissa muun muassa esitettiin, että vanhus saisi rauhassa nukahtaa pois ilman ”keinotekoisia” elämää pitkittäviä toimenpiteitä. Samoin toivottiin elvytyskiellon (ER/DNR) noudattamista, hoitajalle aikaa olla kuolevan lähellä, jos omaisia ei ole. Eräs hoitaja nosti esille eutanasian sallimisen, ettei ihmisen elinikää jatkettaisi keinotekoisesti, vaan hänellä olisi oikeus ”arvokkaaseen” kuolemaan (1146).

Avovastauksissa toivottiin, että vanhusten hoivatyössä otettaisiin huomioon vanhusten elämään pitkäaikaisesti liittyneet perinteet, jotka lisäävät vanhusten asumisviihtyvyyttä ja tukevat hänen arvokkuuden tunnettaan. Pari hoitajaa puuttuikin hoitajien asenteeseen hoitotyössä, jossa asiakaskeisyys unohtui ja kielenkäyttö saattoi olla epäasiallista, vaikkakin se tapahtui varsinaisen asiakastyön ulkopuolella:

Muistettaisiin me työntekijät, itse vapaaehtoisesti olemme bakeutuneet tähän työhön. Muistettaisiin mitä ja ketä varten menen aamu-ilta- ja yövuoroon! Sosiaalinen kanssakäyminen, muistettaisiin kunnioittaa vanhusta/asiakasta. Myös raporttihakemisto on työtä. Ei puhuttaisi kusetamisesta/paskattamisesta esim. tiedottaminen vanhuksesta/asiakkaasta on yksi hoitomuoto. 80–90 v. vanhus kunnioittaa ruokailuhetkiä, juhlapäiviä, sunnuntaita, ei pesuja näinä päivinä. Puettaisiin ”pyhämekko” päälle. Annettaisiin pieni hymy vanhusta/asiakasta kohdattaessa vaikka soittaisi 5 x vuoron aikana. Istutaan pienen pienen hetki katsoen silmästä silmään joskus kädestä pitäminen tai haalaus antaa paljon iloa meille kaikille... (1301)

Usea hoitaja toivoi, että vanhusten hoitoon saataisiin lisättyä enemmän kuntoutusta joko heidän tai erillisten kuntouttajien toimesta. Moni esitti, että he voisivat toteuttaa paremmin kuntouttavaa työotetta ja tukea vanhusten omatoimisuutta. Lisäksi muutamassa yksittäisessä vastuksessa toivottiin, että hoitajat voisivat käyttää yhteistä aikaa vanhusten asioiden hoitamiseen, ruokailussa auttamiseen ja WC-käynteihin.

Tässä luvussa paneuduin hoivatyöntekijöiden kuormitustekijöihin vanhustyössä. Tulokset osoittivat, että kuormitusta tulee monelta suunnalta. Pääasiassa työ koostui vanhusten perushoidon turvaamisesta, johon sisältyi ruokailusta, lääkityksestä ja hygieniasta huolehtiminen sekä hoitotoimenpiteistä. Monet hoidettavat vanhukset olivat heikkokuntoisia ja monisairaita, joiden avuntarve oli suuri. Muistisairaita oli paljon. Työhön kuului paljon nostoja ja kiertoliikkeitä. Suuri määrä hoitajista työskenteli lähes päivittäin kyyryssä, vääntyneissä tai muuten hankalissa työasennoissa. Työskentely liian kuumissa ja kosteissa olosuhteissa päivittäin oli myös yleistä.

Tutkimustulokseni vastasivat aiempia tutkimuksia, joiden mukaan vanhusten hoivatyö koetaan sekä fyysisesti että psyykkisesti raskaaksi. Hoitajamäärän vähyys kuormitti hoitajia. Työ koettiin pakkotahtisena ja stressaavana. Eettisenä kuormitusta aiheutti se, etteivät hoitajat voineet kiireen vuoksi toteuttaa vanhustyötä haluamallaan tavalla. Töissä oltiin myös sairaina, ja ruokataukoja jäi pitämättä. Pohdittavana onkin, kuinka koettu hoitajamäärän vähyys suhteutetaan pitkään keskustelua ja kädenvääntöä aiheuttaneeseen hoita-

jamitoitukseen. Samoin vanhusten hoivatyöntekijät alkavat ikääntyä, mikä osaltaan lisää työn kuormittavuutta vuorotyön lisäksi.

Huolestuttavaa oli, että hoitajista yli puolet koki fyysisen terveytensä olevan melko tai hyvin suuressa vaarassa töiden vuoksi. Henkisesti itsensä uupuneeksi tunsivat lähes aina tai usein puolet hoitajista. Lisäksi noin viidesosa arveli psyykkisen terveytensä vaarantuneen töiden vuoksi. Monella olikin ongelmia töistä palautumisen kanssa, mikä näkyi esimerkiksi univaikeuksina. Henkistä kuormitusta lisäsi asiakkaiden taholta tullut arvostelu ja kritisointi sekä suoranainen väkivalta tai sillä uhkailu. Ajoittain tapahtui myös sukupuolista häirintää.

Myös työyhteisöstä löytyi kuormitustekijöitä. Työpaikalla esiintyi jossain määrin työpaikkakiusaamista. Hoitajista noin kolmannes oli joutunut itse työpaikkakiusatuksi ja työtovereista lähes kaksi kolmasosaa. Hoitajista kaksi viidestä tunsivat, että häntä oli syytetty suotta tekemättömistä töistä. Kaksi kolmasosaa oli kokenut ainakin jossakin vaiheessa, että esimies oli suosinut toisia työntekijöitä. Faktoriansalyysissä merkittävimmäksi haittatekijäksi hoitajien työssä nousi summamuuttuja, jonka nimesin ”työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet”. Muut, selvästi heikommalla tavalla olivat tyräilevä ilmapiiri, tyytymättömyys esimiehiin sekä asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys.

Lähtökohtaisesti hoivatyöntekijät ovat niitä, jotka käytännössä toteuttavat yhteiskunnassa tehtyjä päätöksiä vanhusten hoivan toteuttamisesta. Avovastauksissaan hoitajat otivatkin runsaasti kantaa vanhuspalvelujen ongelmiin ja kehittämistarpeisiin. Yksi merkittävä huolenaihe oli kotihoito. Yhteiskunnallisena tavoitteena on, että vanhukset asuvat omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämän seurauksena kotona asuu monisairaita vanhuksia, joiden toimintakyky on mennyt lähes kokonaan, he ovat muistamattomia tai potevat yksinäisyyttä. Muutenkin vanhusten hoitopaikkaa määrittäessä toivottiin otettavan huomioon asiakkaan toimintakyky ja hoivan olevan aiempaa asiakaskeskeisempää. Hoitajat kokivat, ettei oman työn ulkopuoliset tahot, kuten ”suuri yleisö” ja erityisesti poliitikot ja kunnan virkamiehet arvosta heidän työtään. Hoitajat pohtivat sitä, heijastaako vanhushoitajien kokemaa yleinen heikko arvostus samalla tavoin myös vanhuuden ja vanhuksien arvostukseen. Työn kuormitus vaikuttaa myös hoitajien jatkamishalukkuuteen alalla ja eläköitymiseen.

4.2 Työn kannustavuus

Vanhusten hoivatyö ei ole pelkästään kuormittavaa, vaan se on monella tavoin kannustavaa ja palkitsevaa. Tässä luvussa käsittelemme perusteita, mikä saa hoitajia hakeutumaan alalle ja mikä tuottaa heille työtyytyväisyyttä ja työniloa. Luvun lopussa tarkastelen tekijöitä, jotka auttavat hoitajia töistä palautumisessa.

Halu auttaa ihmisiä innostaa vanhustyöhön

Kuten aiemmat tutkimukset (esim. Henriksson 1998; Henriksson & Wrede 2004) ovat vuosia toistaneet, ihmisten auttamishalu ja oman ammatin saaminen ovat olleet naisille kimmokkeena hakeutua hoito- ja hoiva-alalle. Kyselyni hoitajista reilusti yli puolella yleisin peruste hakeutua hoiva-alalle oli halu auttaa ihmisiä. Asiakkaat saivat hoitajia myös jatkaamaan vanhustyössä. Kutsumus oli yli joka neljännellä ja oman ammatin saaminen yli joka kolmannella peruste hakeutua alalle. Reilulla neljänneksellä perusteena olivat monipuoliset työtehtävät ja varmuus saada työpaikka. Tosin ammatinvalinta ei ollut kaikille aivan itsestään selvää, sillä sattuma oli vaikuttanut lähes joka viidennen henkilön ammatinvalintaan. Vähiten, noin joka seitsemällä myös arvostus vaikutti ammatinvalintaan.

Pari avovastauksen kirjoittajaa nosti esille alan sosiaalisuuden ja ihmisläheisyyden hakeutumisen perusteeksi. Tottuminen ”mummojen” hoitamiseen pienestä pitäen tai muuten vanhusten auttaminen ohjasivat alalle hakeutumiseen. Muut yksittäiset syyt olivat koulutus- ja työpaikan läheisyys, palkkaus ja hoivayrittäjäyys tai pelkkä ajautuminen hoitoalalle. Hoitajien eriteltyissä avovastauksissa oli havaittavissa, kuinka eräät hoitajat olivat hakeutuneet vanhustyöhön töiden saatavuuden, työttömyyden tai irtisanomisten vuoksi.

Ammatinvalinnan perusteet olivat samansuuntaisia, mitä oli Henrikssonin ja Tiitisen (2011, 123–128) tutkimuksen lähihoitajilla, jotka työskentelevät vanhustyössä. Tutkijat luokittelivat alalle hakeutuneet neljään alaryhmään: 1) Ihmistyöstä paikkaansa etsivät nuoret, joilla oli vielä epävarmuus ammattialan tai koulutusasteen valinnasta 2) Työkokemusta omaavat henkilöt, jotka olivat omasta aloitteesta hakeutuneet lähihoitajan koulutukseen ja jotka halusivat eteenpäin arvojensa mukaisella työuralla. 3) Avustavia töitä tehneet henkilöt, joille tarjottiin mahdollisuus pätevoitymiseen ja siten välttää työttömäksi jääminen 4) Ammatinvaihtajat, jotka olivat toimineet aiemmin erilaisissa työtehtävissä ja halusivat pätevoityä alalle.

Myös Santamäen ym. (2009, 15–17) tutkimuksessa sairaanhoitajilla oli samanlaisia perusteita hakeutua hoitoalalle, mitä oli tutkimukseni hoitajilla. Molemmissa ammattiryhmissä tärkein perustelu hakeutua alalle oli halu auttaa ihmisiä. Muita perusteluita olivat: oma ammatti, varma ammatti, monipuoliset työtehtävät, kutsumus ja arvostus. Näiden ammatin valintaperusteiden osalta prosenttiosuudet olivat korkeammat sairaanhoitajilla kuin vanhusten hoitajilla. Muun muassa arvostuksen merkitys oli sairaanhoitajilla yli kaksinkertainen verrattuna kyselyyni vastanneisiin. Luvut mitä ilmeisimmin heijastavat sitä tilannetta, kuinka eri hoito- ja hoiva-ammatteja yleisesti arvostetaan terveys- ja sosiaalialalla sekä yhteiskunnassa. Tulokset eivät ole täysin verrattavissa toisiinsa, koska omassa kyselyssäni vastaajilla oli mahdollisuus valita myös kohta sattuma tai ”jokin muu” syy.

Työtyytyväisyys ja työnilo

Tämän aihealueen valottamiseksi käsittelen pääasiassa teemoja, jotka liittyvät työn mielekkyyteen ja koettuun ammattiympöyteen. Vastauksissa oli selvästi havaittavissa, kuinka hoitajilla myönteisinä kokemat asiat liittyivät asiakkaisiin, työn sisältöön, työyhteisöön ja turvattuun toimeentuloon. Noin kahdeksan hoitajaa kymmenestä koki, että hyvät asiakassuhteet ja asiakkaiden kiittollisuus ovat heille melko tai erittäin merkityksellisiksi. Yhtä paljon hoitajat arvostivat asiakkaiden kohtaamista. (Taulukko 8 ja liite 18.) Yhdessä avovastuksessa hoitaja mainitsikin, kuinka hänelle tuotti työniloa asiakkailta ja ylemmiltä kollegoilta saatu palaute. Samoja työn kannustavia tekijöitä tuli esille myös hoitajien ryhmähaastatteluissa, jossa eräs pitkään alalla toiminut hoitaja kertoi:

... Et totta kai se vanhuksen ja omaisten kiitos ja työkavereiden kiitos, mitä tietysti sais tulla vähän enemmänkin, niin se kantaa ja se tuntuu hyvältä ja antaa sitä jaksamista, mut kyl siin jotain niis vanhuksis on semmost muutakin, että sä jaksat tätä työtä tehdä. (H2)

Asiakassuhteiden tärkeys oli havaittavissa myös Perälän ym. (2006, 24–25) tutkimuksessa. Siinä kotihoidon henkilöstö koki saavansa eniten mielihyvää ja tyydytystä asiakkaiden palautteesta, asiakkaiden ilmaisemasta tyytyväisyydestä sekä hoitosuhteesta koetusta luottamuksesta ja vuorovaikutuksesta. Noin kolme neljäsosaa kotihoidon henkilöstöstä oli tyytyväisiä henkilökohtaiseen kasvuun ja kehittymiseen työssä, omiin saavutuksiinsa työssä ja työnsä haasteellisuuteen. Neljä viidesosaa oli yleisesti ottaen tyytyväisiä työhönsä ja elämäänsä sekä mahdollisuuksiin ajatella ja toimia työssään itsenäisesti. Molanderin (2014, 231–232) tutkimuksessa lähihoitajat, sairaanhoitajat ja lääkärit arvostivat eniten asiakkailta saatua myönteistä palautetta. Toiseksi tärkeimpänä pidettiin asiakkaiden omaisilta saatua myönteistä palautetta ja kolmantena lähiesimieheltä saatua palautetta.

Kyselyni hoitajat pitivät työtään monipuolisena ja itsenäisenä. Lähes kolme neljäsosaa koki työnsä vähän tai ei lainkaan yksitoikkoisena, fyysisesti turvattomana, rajoitettuna mahdollisuutena itsenäiseen päätöksentekoon ja yksinäisenä puurtamisena. Lähes yhdeksää hoitajaa kymmenestä ei haitannut työpisteiden vaihtuvuus eikä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden määrä tai haittaa koettiin vain vähäisessä määrin.

Taulukko 8. Työn merkitys ja tärkeys hoitajille (%)

	Melko tai erittäin paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan tai vain vähän
Asiakkaat ja asiakaspalaute			
Hyvät asiakassuhteet	82	16	2
Asiakkaiden kiitollisuus	80	17	4
Asiakkaan kohtaamisesta saa myös itselle	77	20	3
Työn sisältö ja sen mielekkyys			
Kokee, että ammattitaitoon luotetaan	76	17	7
Kokee työnsä mielekkäänä	72	22	6
Kokee ammattiympäystä	70	23	7
Vastuu ja toimenkuva ovat selkeät	65	25	10
Kokee työniloa	63	30	7
Työtehtävät ovat kiinnostavia	61	33	6
Työtehtävissä osataan ottaa huomioon asiakkaiden kunnan heikkeneminen	48	27	25
Näkyvät työtulokset	44	38	18
Miettii töitä työajan ulkopuolella	28	31	41
Toimeentulo			
Turvattu toimeentulo	78	17	5
Riittävät tulot työmäärään nähden	21	31	48
Työyhteisön toimivuus			
Hyvä työyhteisö	62	27	11
Aikaa keskustella työtoverien kanssa työasioista	43	39	18
Hyvä työpaikan sisäinen tiedotus	18	40	42
Työkyvyn ylläpito			
Hyvä työterveyshuolto	55	27	18
Työnantajan tuki liikunta- ja kuntoilutoimintaan	24	32	44
Omat vaikutusmahdollisuudet työhön			
Työpaikalla henkilökuntaa rohkaistaan esittämään omia näkemyksiään toiminnasta	34	40	26
Mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä työssäsäsi	30	41	30
Voi vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällä	27	35	38
Mahdollisuus vaikuttaa työaikajärjestelyihin	26	38	36
Työn arvostus ja esimiestuki			
Saa tukea esimieheltä	30	35	35
Yleisesti arvostettu ammatti	24	39	38
Työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannoksista	24	30	46
Lisäkoulutus- ja etenemismahdollisuudet			
Mahdollisuus täydennyskoulutukseen	40	36	24
Mahdollisuus erikoistumiseen	20	28	52
Mahdollisuus työnohjaukseen	21	33	46
Mahdollisuus työuralla etenemiseen	14	25	62

Työtä pidettiin kiinnostavana, mielekkäänä ja siitä koettiin ammattiympeyttä. Lähes kaikki hoitajat arvostivat omaa työtään paljon tai aika paljon. Oman työn arvostus näkyi myös Santamäen ym. (2005, 32–33) tutkimuksessa. Siinä sairaanhoitajien yksi valintaperuste haikutua hoitoalalle oli oman työn arvostus.

Kyselyyni vastanneet hoitajat arvioivat, että asiakkaat arvostavat heidän työtään merkittävästi. Hoitajien ryhmäkeskusteluissa pohdittiin sitä, kuinka asiakkailta saatu kiitos ja luottamus auttoivat työntekijöitä jaksamaan työssään. Onnistuneen palautteen ei tarvinnut olla aina sanallista. Sen saattoi havaita asiakkaan tyytyväisestä olemuksesta tai katseesta. Yhdelle hoitajalle mieleenpainuva oli tilanne, jossa dementoitunut henkilöt olikin yllättäen muistanut hoitajan nimen.

Hoitajat itse arvostivat omaa työtään paljon. Yli yhdeksän hoitajaa kymmenestä tunsi saavansa paljon arvostusta asiakkailta ja työtovereilta. Edellistä hieman vähemmän arvostusta koettiin saatavan omalta perheeltä ja asiakkaiden omaisilta. (Taulukko 7, s. 124.) Tulokset ovat samansuuntaisia Toljamon ja Perälän (2008, 27) tutkimuksen kanssa. Siinä ikääntyneiden hoito- ja hoivatyötä tekevistä hoitajista yhdeksän kymmenestä arvosti itse omaa työtään. Kuudesta seitsemään hoitajaa kymmenestä koki saavansa arvostusta myös kotihoidon henkilöstöltä, asiakkailta ja lähimmältä esimieheltä. Myös kolme neljäsosaa koki saavansa arvostusta lähimmältä esimieheltä. Lähes kahdeksan hoitajaa kymmenestä koki, että heidän ammattitaitoonsa luotetaan melko tai erittäin paljon. Lähes samoissa määrin, kuudesta seitsemään hoitajaa kymmenestä piti työtään mielekkäänä ja kiinnostavana sekä koki siitä ammattiympeyttä ja työniloa. Samoissa määrin hoitajat pitivät vastuuta ja toimenkuvaansa selkeinä. Hieman vähemmän eli noin neljästä viiteen hoitajaa kymmenestä tunsi, että työtehtävissä osataan ottaa huomioon asiakkaiden kunnan heikkenemisen ja työtulokset ovat näkyviä. Lisäksi hoitajat pitivät työtään monipuolisena.

Työyhteisön toimivuus koettiin tärkeäksi. Lähes kahdelle kolmasosalle hyvä työyhteisö oli melko tai erittäin merkityksellinen. Samoin keskustelut työtovereiden olivat tärkeitä yli kahdelle viidesosalle hoitajista. Työyhteisön tärkeys tuli esille myös hoitajien ryhmähaastatteluuissa. Yhteisissä tapaamisissa hoitajilla oli mahdollisuus keskustella luottamuksellisesti töihin liittyvistä asioista. Eräs ryhmähaastattelussa hoitaja tiivistä työyhteisön merkityksen oman jaksamisen kannalta toteamalla, ettei kuorman kanssa tarvitse mennä kotiin (H2).

Turvattu toimeentulo oli yksi tärkeimmistä työntekijöitä kannustaneista tekijöistä. Yli kolme neljäsosaa piti turvattua toimeentuloa itselleen melko tai erittäin merkityksellisenä. Huomionarvoista oli kuitenkin se, kuinka työntekijät kokivat työmäärän ja palkan epäsuhtan. Hoitajista lähes puolet koki, ettei heidän palkkansa vastannut lainkaan tai se vastasi vain vähän heidän työmääräänsä.

Työkyvyn ylläpidolla on tärkeä merkitys hoivatyöntekijöille, mihin liittyy yhtenä osana työterveyshuolto. Sen tärkeys tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Hyvää työterveyshoitoa piti melko tai erittäin merkityksellisenä reilusti yli puolet vastaajista.

Organisaatiokulttuuri heijastuu työtyytyväisyyteen

Tarkastelin työhön liittyviä kannustavia tekijöitä faktorianalyysin avulla. Analyysissä tiivistyi ryppäitä muuttujista, jotka auttavat hoitajia jaksamaan työssään ja tukevat heidän työhyvinvointiaan. Muuttujista muodostui kolme faktoria: 1) organisaatiokulttuuri, 2) työ ja siitä saatu tunnustus sekä 3) uralla eteneminen. Kolmen faktorin selitysaste oli 44,9 % ja reliabiliteetti 0,868 (liite 19).

Voimakkaimmin lataantui faktori 1 organisaatiokulttuuri, jonka selitys oli 35,4 %. Faktoriin kuuluivat muuttujat: saa tukea esimieheltä, työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannoksista, työpaikalla rohkaistaan henkilökuntaa esittämään omia näkemyksiä toiminnasta, hyvä työpaikan sisäinen tiedotus, mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä työssään, vastuu ja toimenkuva ovat selkeät. Suurimmat lataukset tulivat muuttujille: saa tukea esimieltä (,932) ja työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannoksista (0,899), jotka korostavat niiden tärkeyttä työntekijän työtyytyväisyydelle.

Työpaikan organisaatiokulttuuri näkyi muun muassa siinä, kuinka työpaikoilla kannustettiin omien ajatusten esilletuomiseen ja toteuttamiseen. Kolmannes hoitajista piti sitä työssään melko tai erittäin merkityksellisenä. Jonkin verran vähemmän oli niitä työntekijöitä, joilla oli paljon mahdollisuuksia vaikuttaa työhönsä.

Maunon ja Ruokolaisen (2005, 144) määritelmän mukaisesti organisaatiokulttuurissa on kyse organisaatiossa (tai tietyssä ryhmässä/yksikössä) yhteisesti jaetuista konkreettisista ja ei-konkreettisista sisäistetyistä ajattelu- ja toimintamalleista (skeemoista ja paradigmoista). Ne ovat suhteellisen pysyviä ajattelu- ja toimintamalleja, jotka voivat ilmetä organisaatiossa arvoina, symboleina, rituaaleina, pukeutumis- ja vuorovaikutustyyleinä. Samalla ne ohjaavat organisaation (tai sen ryhmän) toimintaa, ajattelua, tavoitteita ja jäsenten käyttäytymistä. Mallit opitaan organisaation (tai ryhmän) jäsenyyden kautta. Organisaatiokulttuuriin vaikuttavat myös vallitseva kansallinen kulttuuri ja yhteiskunnallinen tilanne.

Mauno ja Ruokalainen (2005, 160–162) ovat selvittäneet organisaatiokulttuurin vaikutusta henkilöstön hyvinvointiin ja työasenteisiin. Tutkimuksessaan he tarkastelivat, kuinka kolme organisaatiokulttuuriin liittyvää osulottuvuutta (johtaminen, kulttuurinen ihmisläheisyys ja sääntökeskeisyys) olivat yhteydessä työtyytyväisyyteen, organisaatioon sitoutumiseen, työn imuun ja työväsämykseen. Tulosten perusteella ihmisläheisyys on vahvimmin positiivisesti yhteydessä työtyytyväisyyteen ja organisaatioon sitoutumiseen. Lisäksi se on ainoa ulottuvuus, joka vaikuttaa myös työn imuun ja työväsämykseen: työniimuun positiivisesti ja työväsämykseen negatiivisesti. Samoin vahva johtamiskulttuuri oli myönteisesti yhteydessä työtyytyväisyyteen, organisaatioon sitoutumiseen ja työn imuun. Sääntökeskeisyys oli yhteydessä vain työtyytyväisyyteen. Mitä sääntökeskeisempi oli organisaation kulttuuri, sitä tyytymättömämpiä oltiin työhön. Esimerkiksi Denton ym. (2002, 351–352) havaitsivat, että vertaisiltaan ja organisaatiolta tukea saaneet kotihoidon työntekijät kokivat vähemmän työperäistä stressiä ja olivat tyytyväisiä työhönsä.

Faktorin 2 (työ ja siitä saatu tunnustus) selitysaste oli 5,2 %. Siihen latautui muuttujia, jotka liittyivät myönteisiin asiakaskokemuksiin, työtehtävien kiinnostavuuteen ja luotta-

muksena omaan ammattitaitoon. Faktorin muuttajat olivat: hyvät asiakassuhteet, kokee ammattilypeyttä, kokee työnsä mielekkäänä, asiakkaan kohtaamisesta saa myös itselle, asiakkaiden kiittollisuus, kokee työniloa, työtehtävät ovat kiinnostavia, kokee, että ammatitaitoon luotetaan. Tässä faktorissa korostuivat hyvien asiakassuhteiden merkitys ja työntekijän kokemus ammattilypeys, joiden lataukset olivat korkeimmat. Faktorin reliabiliteetti oli 0,908.

Faktorin 3 (uralla eteneminen) selitysaste oli 4,4 %. Siihen latautuivat muuttajat: mahdollisuus täydennyskoulutukseen, erikoistumiseen, työnohjaukseen, ja työuralla etenemiseen. Siinä korkeimmin latautui muuttuja mahdollisuus täydennyskoulutukseen. Faktorin reliabiliteetti oli 0,778.

Kaikki kolme faktoria korreloivat positiivisesti keskenään. Faktorin 1 (organisaatiokulttuuri) korrelaatio faktori 2:n (työ ja siitä saatu tunnustus) kanssa oli 0,58 eli organisaatiokulttuurilla on oleellinen vaikutus siihen, kuinka hoitajat kokevat oman työnsä mielekkääksi ja kokevat saavansa työstänsä myönteistä palautetta. Faktori 1:n korrelaatio faktori 3:n (uralla eteneminen) kanssa oli edellistä pienempi (0,39), mutta edelleen merkityksellinen. Organisaatiokulttuuri vaikuttaa osaltaan siihen, miten henkilö kokee uralla etenemismahdollisuudet ja jatkokouluttautumisen.

Faktorin 2 (työ ja siitä saatu tunnustus) korrelaatio faktori 3:n (uralla eteneminen) kanssa oli 0,43. Tämän mukaan työllä ja siitä saadulla myönteisellä palautteella on vaikutusta henkilön uralla etenemiseen. Myönteinen palaute luo uskoa työntekijän omiin kykyihin ja kannustaa hakeutumaan uusiin tehtäviin.

Faktoreissa oli samoja elementtejä, joita on Hackmanin ja Oldhamin (1975; 1976) esittämässä työn ominaispiirteissä, joiden ennustetaan vaikuttavan yksilön työmotivaatioon. Kannustavia työn ominaispiirteitä ovat: 1) työn vaihtelevuus vaadittavien taitojen ja kykyjen mukaan, 2) työtehtävien sisällön mielekkyys, jossa henkilö voi tehdä kokonaisuuden alusta loppuun, 3) työtehtävien merkityksellisyys, jossa työntekijä kokee työnsä vaikuttavan niin omaan kuin muiden ihmisten työhön ja hyvinvointiin, 4) itsenäisen toiminnan mahdollisuus suunnitella aikataulu, valita työmenetelmä ja osallistua tavoitteiden asettamiseen, 5) työtuloksista saatava palaute, jonka ei välttämättä tarvitse olla ulkoapäin tuleva, vaan työ voi itsessään palkita sisäisesti. Herzberg (1987) esittää työtyytyväisyyttä luoviksi tekijöiksi saavutukset, tunnustus, työ sinänsä, vastuu, kasvu ja edistyminen, jotka ovat ylempien tason tarpeita.

Varilan ja Viholaisen (2000, 105–110) tutkimuksessa oli samoja työtyytyväisyyssteikijöitä kuin omassa tutkimuksessani. He puhuivat työnilosta. Pääedellytykset sen kokemiselle löytyivät työn luonteesta ja toimivista ihmissuhteista. Noin kolme neljäsosaa piti työnilon pääedellytyksinä työtovereita, työtapahtumassa olleita muita ihmisiä, työtehtäviä ja esimiestä/johtajaa/työnantajaa. Työtehtävien tuli olla mielekkäitä, jotta niistä koetaan työniloa. Neljä työntekijää kymmenestä piti mielekkäänä työn ominaisuutena työn haastavuutta ja vaatavuutta, itsenäisyyttä ja vaikutusmahdollisuutta, monipuolisuutta ja vaihtelevuutta. Edellisiä hieman vähemmän merkityksellisiä olivat työn kiinnostavuus ja palkitse-

vuus, itsensä toteuttaminen ja oman osaamisensa hyödyntämismahdollisuus, vastuullisuus sekä kehittämis- ja oppimismahdollisuudet. Toljamon ja Perälän (2008,13) tutkimuskoosteen perusteella kotihoidon työntekijöille tyytyväisyyttä toivat joustavat työajat, palaute ja kiitos tehdystä työstä, jaksamista tukevat johtamiskäytänteet, kanssakäyminen asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa, itsenäisyys, sosiaalinen yhteisöllisyys ja organisaation ilmapiiri.

Työstä palautuminen

Kyselyni vastanneista hoitajista lähes kaksi kolmasosaa koki, että elämän pienistä asioista nauttiminen auttoi heitä paljon päivän töistä palautumisessa. Lähes samassa määrin tähän vaikuttivat keskustelut työtovereiden kanssa (taulukko 9). Työyhteisön tärkeys tuli esille myös hoitajien ryhmähaastelussa. Eräs hoitaja kertoi, miten henkinen kuormitus on lisääntynyt työssä vanhustyössä ja miten sen purkamiseen saa apua työtovereilta:

... niin tota ennen oliko fyysisii, nyt tänä päivänä ne on henkisii paljo enemmän. Mutta enemmän minust työntekijät saa tukee henkisiin juttuihin ...Mutku työnantajaltakin saa, lähiesimiehelt mutta kun sä tulet tuolta mis sul on akuutti tilanne päällä kun sä oot kokenu jonkun, et nyt mul keittää mä en kestä, sähän tulet tohon toimistoon ja purat siihen työkavereihin ja keskustelet niitten kanssa. (H2)

Muun muassa Vroom (1964, 40) on todennut työyhteisön sosiaalisten suhteiden merkityksen työntekijöiden tyytyväisyyteen. Erityisen tärkeitä työyhteisössä ovat kontaktit työntekijöihin, jotka ovat organisaatiossa samalla tasolla työntekijän kanssa. Toiseksi tärkeimpänä pidetään lähintä esimiestä.

Työtoverin kanssa voidaan kollegiaalisesti etsiä ratkaisua johonkin ongelmaan tai mieltä painavaan asiaan. Reilusti yli puolelle hoitajista harrastukset, hiljaisuudesta nauttiminen ja liikunta auttoivat heitä paljon työstä palautumisesta. Muita merkittäviä (40–46 %) työstä palautumismuotoja olivat mökkeily, lomamatkat, musiikki, unelmat, lukeminen ja saunominen, joiden todettiin auttavan paljon töistä palautumisessa.

Kotitöiden tekeminen oli yksi vähiten töistä palautumista helpottava tekijä. Vain viidesosalla se auttoi paljon työstä palautumisessa. Kotityöt painottuivatkin hoitajien tehtäväksi. Perhetaustastaan riippumatta hoitajista yksi kolmasosa teki kotityöt aina yksin ja kaksi kolmasosa melkein aina yksin. Paljon oli niitä, joissa kotitöihin osallistui hoitajien lisäksi muitakin perheen jäseniä. Reilulla kolmasosalla kotityöt lähes aina hoituivat porukalla ja reilulla neljäsosalla puolison kanssa. Ostettuja siivouspalveluja käytti vain muutama vastaaja. (Liite 20.) Todennäköisesti kotona asuvien määrä ja muut tilanteet vaihtelevat niin paljon, että selvää vastausta tähän kysymykseen oli vaikea antaa. Moni hoitaja oli valinnut useamman vaihtoehdon. Perhetaustaltaan enemmistö, noin neljä hoitajaa kymmeneistä asui kahdestaan puolisonsa ja yli kolmasosa puolisonsa ja lastensa kanssa. Vähän alle joka seitsemäs asui yksin.

Myös Tilastokeskuksen (2011) mukaan kotitaloustyöt painottuvat edelleen naisille, vaikka erot naisten ja miesten välillä ovat kaventuneet 2000-luvulla. Naiset käyttävät yleensä enemmän aikaa astioiden pesuun (noin 4 kertaa), vaatehuoltoon (noin 8 kertaa), lasten hoitoon (noin 2,5 kertaa), siivoukseen (noin 2,2 kertaa) ja ruoanvalmistuksen (noin 2,3 kertaa) kuin miehet. Sitä vastoin miehet käyttävät selvästi enemmän aikaa kulkuneuvojen huoltoon (noin 3 kertaa) ja korjaukseen (noin 3,5 kertaa) sekä lämmitykseen ja vesi- huoltoon (noin 2,5 kertaa) kuin naiset.

Taulukko 9. Työstä palautumista helpottajat tekijät vanhustyössä toimivilla hoitajilla (%)

	Paljon	Jonkin verran	Hieman	Ei lainkaan	n
Elämän pikkuasioista nauttiminen	63	30	7	1	353
Keskustelut työtoverien kanssa	61	30	8	1	351
Hiljaisuudesta nauttiminen	57	30	11	2	352
Liikunta	55	31	13	2	349
Harrastukset	57	28	12	3	349
Lukeminen	41	37	17	6	348
Unelmat	42	35	17	6	344
Saunominen	40	36	17	8	347
Musiikki	43	35	18	5	346
Omien lasten auttaminen	31	38	19	13	327
Lomamatkat	46	23	23	9	343
Keskustelut ystävien kanssa	27	37	26	10	348
Mökkeily	42	22	13	23	332
Keskustelut kotijoukkojen kanssa	24	36	25	15	344
Kotitöiden tekeminen	20	38	32	10	349
Rentoutusohjelmat	10	21	29	40	332
Uskonto	9	13	25	53	339
Vapaaehtoistyö	4	7	16	73	331

Kyselylomakkeessa olleiden vaihtoehtojen lisäksi hoitajat luettelivat lukuisan joukon muita keinoja, jotka auttoivat heitä työstä palautumisessa. Näistä yleisimmät palautumiskeinot liittyivät tavalla tai toisella luontoon, kuten luonnossa ja metsässä liikkuminen, marjastus, sienestys, veneily sekä kasvimaan, puutarhan hoito ja lemmikkieläinten hoito. Samoin lastenlapset auttoivat muutamia hoitajia työstä palautumisessa.

Tässä luvussa tarkastelin tekijöitä, jotka vaikuttivat työntekijöihin kannustavasti ja tuottivat heille työtyytyväisyyttä. Tuloksissa tuli esille paljon samoja kannustaviatekijöitä, joita on havaittu aiemmissa tutkimuksissa.

Asiakkaiden merkitys näkyi alalle hakeutumisessa ja alalla pysymisessä. Reilusti yli puolella hoitajista yleisin peruste hakeutua hoiva-alalle oli halu auttaa ihmisiä. Asiakkaiden tärkeys näkyi työhön liitettyjen merkitystekijöiden joukossa. Monelle hoitajalle hyvät asiakassuhteet ja asiakkaiden kiitollisuus merkitsivät melko tai erittäin paljon. Hoitajat kokivat saavansa myös itselleen asiakkaiden kohtaamisesta.

Työ oli tärkeä jo taloudellisista syistä, mikä kuvastaa työn välineellistä merkitystä. Kuitenkin työllä ja sen sisällöllä oli huomattava merkitys hoitajille. Tärkeänä hoitajat pitivät sitä, että heidän ammattitaitoonsa luotettiin. Hoitajat arvostivat omaa työtään, pitivät sitä mielekkäänä ja kokivat siitä ammattilypeyttä. Hoitajat kokivat saavansa paljon arvostusta asiakkailta ja työtovereilta. Hieman vähemmän arvostus koettiin saavan omalta perheeltä ja asiakkaiden omaisilta sekä lähimmältä esimieheltä.

Työyhteisön toimivuus koettiin tärkeäksi. Lähes kaksi kolmasosaa piti hyvää työyhteisöä merkityksellisenä. Työyhteisössä on mahdollisuutta keskustella luottamuksellisesti ammattiin liittyvistä asioista, jolloin asiakkaisiin liittyviä huolia ei tarvinnut kantaa yksin. Keskustelut työtovereiden kanssa olivatkin tärkeässä asemassa hoitajien työstä palautumisessa. Palautuminen tapahtui paljolti vapaa-ajalla, kuten elämän pikkuasioita ja hiljaisuudesta nauttiminen sekä liikunta ja harrastukset.

Faktorianalyysi osoitti organisaatiokulttuurin tärkeyden työntekijöiden työssä viihtymisen kannalta. Organisaatiokulttuuri-faktorin selitysaste oli 35 %. Kaksi muuta faktoria olivat työ ja siitä saatu tunnustus sekä uralla eteneminen. Näiden faktoreiden selitysasteet olivat edellistä selvästi alhaisemmat.

4.3 Teknologia osana vanhustyötä

Teknologia on tullut kiinteäksi osaksi vanhuspalveluja. Sitä käytetään hoitajien oman työn helpottamiseksi sekä vanhusten turvallisuuden ja arjesta selviytymisen tukena. Tieto- ja viestintätekniikka on oleellinen osa hoitajien työtä ja omaa elämää. Tämän teknologiaa käsittelevän osion keskiössä ovat hoitajien työssä käyttämä tieto- ja viestintätekniikka sekä vanhusten palveluissa käytettävät turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut, joita hoitajat arvioivat oman työnsä ja vanhusten asuinolojen ja arjessa selviytymisen kannalta. Loppuosassa tarkastelen vielä teknologian käytettävyyttä aiempien tutkimusten perusteella.

Teknologian hyötyjä ja haittoja

Kyselyssäni tiedusteltiin yleisellä tasolla teknologian käytöstä ja käytettävyydestä vanhustyössä. Näitä tuloksia on aiemmin esitelty TupaTurvan loppuraportissa (Hämäläinen ym.

2014). Hoitajien näkemys siitä, että teknologialla pyritään liikaa korvaamaan ihmisten vuorovaikutusta, oli selvä. Näin ajatteli lähes kolme hoitajaa neljästä. Sama asia tuli vielä selvemmin esille päinvastaisessa väittämässä, että tekniikan käyttö antaisi enemmän aikaa toimia asiakkaiden parissa. Neljä viidestä oli täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Työntekijät eivät kuitenkaan nähneet, että teknologian lisääntyminen työpaikoilla uhkasi työpaikan menettämistä. Ainoastaan muutama prosentti piti sitä täysin tai jokseenkin mahdollisena. Lähes kaksi hoitajaa viidestä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, ettei työnantajalla ole mahdollisuuksia hankkia työntekijöiden työtä helpottavia välineitä (liite 21). Teknologiaa ja sen käytettävyyttä käsiteltiin monissa hoitajien vapaamuotoisissa vastauksissa (n=52). Useammassa vastauksessa (n=19) painotettiin, ettei teknologialla saa korvata ihmisen tuomaa läheisyyttä, välittämistä ja läsnäolontunnetta vanhukselle.

Teknologian tarpeellisuus tiedostettiin, kun se vastaa tarkoitustaan, on helposti käytettävää, joustavaa ja toimii ilman toimintahäiriöitä. Sähköistä tietojen kirjaamista toivottiin kehitettävän joustavammaksi ja eri ohjelmia paremmin yhteensopiviksi. Laitteet tarvitsevat myös valvontaa. Järkevällä henkilöstömäärällä ja apuvälineiden käytöllä nähtiin mahdollisuuksia. Vanhusten työssä apuvälineet koettiin hyväksi ja tervetulleiksi, jos ne helpottivat työntekijöiden työtä, kuten sähköisesti säädettävät sängyt sekä asiakkaiden siirtoon ja nostoihin liittyvät laitteet. (Hämäläinen ym. 2014.) Nostolaitteiden todettiin helpottavan työntekijöiden fyysistä rasitusta, mutta niihin voi liittyä nostettavan tai siirrettävän kanalta turvattomuuden tunnetta, kuten eräs hoitaja kirjoitti:

Tekniikka ei aina ole niin helppokäyttöistä ja toisinaan asukkaat pelkäävät, kun joutuvat sängystä ihmelaitteeseen. Joissain laitteissa on pystyttävä seisomaan tukevasti jalat suorana, mutta läheskään kaikki eivät siihen pysty. Käsivoimat ovat niin huonot tai jalkoja ei saa niin suoraksi. Voi olla tekninen laite, joka nostaa asukkaan pystyyn, mutta vyö jonka pitäisi pysyä rintojen alla, valuukin kainaloihin tuntuen turvattomalta sekä asukkaasta että nostajasta. Pesulaverit tuntuvat asukkaista erityisen turvattomilta. Kun pitäisi kääntyä ja pestä selkä, asukas kokee kääntyessä, että tippuu. Laverien reunat ovat aika matalat, eikä asukas saa mistään kiinni, paitsi reunasta.
(563)

Myös Nordlundin (2014, 21–22) mukaan työtä helpottavat ja keventävät ergonomiset ratkaisut koettiin myös tarpeellisina, kuten asukkaiden nostoihin ja siirtoihin liittyvät apuvälineet, asukkaiden liikkumisen apuvälineet sekä henkilökunnan hallittavissa olevat moottoroidut sängyt ja pesevät wc:t, jotka hoitavat henkilön alapesun ja sen jälkeisen kuivauksen. Samoin korostettiin työskentely-ympäristön esteettömyyttä. Dementia-ryhmäkotien oviin toivottiin koodilukkoa, jonka koodin voisi antaa asukkaiden omaisille. Tällöin ovien avaamisen sijaan hoitajille jäisi enemmän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön. Samoin asukkaiden huoneisiin ehdotettiin laitettavaksi tietokoneruutu, josta salasanan kautta voisi katsoa asukkaan hoitosuunnitelman ja toimenpiteet. Kotona asuville henkilöille toivottiin toimivaa teknologiaa kodinhoitoon ja siivoukseen. Tarpeellisina nähtiin hälyttävät

ovimatot, lääkannostelijat, gps-paikantimet ja hyvinvointitelevisiot, mutta ikäihmiset itse eivät olleet niistä kiinnostuneita.

Teknologisten laitteiden tulee olla helppokäyttöisiä ja toimintavarmoja vaativissakin olosuhteissa. Näin ei kuitenkaan aina ole. Muun muassa turvpuhelimien käytössä oli todettu ongelmia. Niiden käytössä saattoi olla katvealueita tai ne saattoivat mennä pois päältä sähköpiikkien vuoksi. Yksi ongelma oli turvarannekkeiden käyttämättömyys, mikä saattaa vaarantaa jopa henkilön turvallisuutta hätätapauksissa. Eräässä avovastauksessa todettiin, kuinka dementoituneet henkilöt eivät osaa käyttää turvpuheliminta tai vikahtelytysten pelossa vanhuksat voivat pitää ranneketta jossakin muualla kuin mukanaan. Toisaalta eräässä avovastauksessa huomautettiin, että asiakkaat saattavat turhaan ”juoksuttaa” henkilökuntaa turvpuhelimien kautta, jolloin se vie hoitoaikaa pois muilta asiakkailta. Samoin joillekin vanhuksille turvpuhelimien kuukausimaksut voivat olla liian korkeat. Liittymän purkaminen operaattorin kanssa saattaa olla hankalaa, kuten eräs hoitaja totesi. Hän piti haasteellisena myös sähköisiä ulko-oven lukituksia dementia osastolla, koska ovet ovat auki sähkökatkosten aikana.

Teknologialla todettiin olevan myös hyvät puolensa esimerkiksi turvallisuuden lisäämisessä. Eräässä avovastauksessa toivottiin teknologiaa hyödynnettävän kotihoidossa nykyistä enemmän, mutta se ei saisi olla liian kallista. Eräs kotihoidossa toimiva hoitaja esitti useita toiveita teknologian hyväksikäytöstä kotihoidossa niin kirjaamisen kuin muunkin välineistön osalta:

Niin kyllä esim. sormenjälki (oven painettava koodi esim.) tms. tekniikka helpottaisi kotihoitotyötä – ei tarvitsisi asiakkaiden avainten kanssa ”puljata”. Kirjaaminen asiakkaan luona pientietokoneen avulla nopeuttaisi päivittäistä työtä. Mutta sitten pitäisi olla sellaiset laitteet/työvälineet, jotka eivät painaisi repussa/reppu asianmukaisempi. Kävellessä kun joudutaan kulkemaan jos pyörällä ei pysty talvella ajamaan. Tai sitten kirjaamislaitte olisi asiakkaan kotona(?) ettei tarvitsisi kantaa repussa. Reppuun pitää mahtua verenpainemittari, paperitavarat, suojakäsineitä, muita välineitä, vesipullo ym. vaihtovaatteitakin ym. (531)

Toinen hoitaja arveli, että näkötelevisio voisi olla syrjäseudulla tulevaisuuden visio. Ehdotuksen esittäjä kuitenkin tähdensi, että nykyisten televisioiden säätimet ovat liian monimutkaisia vanhuksille. Hän toivoi, että vanhanajan lankapuhelimet isoine näppäiminen pitäisi palauttaa kunniaan. Lisäksi toiveena oli, että kotioloihin saataisiin kylpylämallisia suihkuja, joista vesi saataisiin tulemaan kättä huitaisemalla. Kolmas hoitaja esitti, että palvelut tulisi tuoda lähelle käyttäjiä, kuten syrjäseuduilla ja lähiöissä kiertävillä terveysbusseilla. Kauppakeskuksiin toivottiin järjestettävän erilaisia terveydenhoidon mittauspisteitä. Ruoka-automaatit nähtiin edistävän vanhusten omatoimisuutta.

Myös KÄKÄTE-projektissa (2010–2014) hoitajilta tiedusteltiin kyselyn avulla teknologiatarpeista. Erilaisille helppokäyttöisille sähköisille tietojärjestelmille todettiin olevan tarvetta. Tästä ryhmästä mainittiin asiakastietojärjestelmä, johon henkilökunta voi tehdä kirjaukset jo asiakkaan luona. Parhaimmillaan se toimisi, jos se kääntäisi sanelun suoraan

tekstiksi. Lisäksi pohdittiin sitä, voisiko asiakastietojärjestelmän yhdistää kunnalliseen terveydenhuollon tietojärjestelmään, mikäli se olisi sallittua tietosuojan puitteissa. Sähköinen kalenteri ja laadunhallintajärjestelmä sekä Tarmo-liikkuvan työn ohjausjärjestelmä koettiin tarpeelliseksi, kuten myös tietokoneohjelmat keittiöhenkilökunnalle. Henkilökunta toivoi saavansa enemmän opastusta tietokoneen käyttöön. (Nordlund 2014, 21–22.)

Hoitajien työn kannalta rasittavuustekijänä mainittiin uusien teknologisten laitteiden, järjestelmien ja toimintatapojen samanaikainen käyttöönotto, jotka olivat ajoittuneet samalle vuodelle. Näiden lisäksi työpaikalla oli ollut samanaikaisesti runsaasti poissaoloja. Toisaalta eräät hoitajat olivat jo kyllästyneitä jatkuviin kokeiluihin ja uuden teknologian liian nopeaan tuomiseen työhön.

... Tekniikka ja pelit ja vehkeet ei korvaa ihmistä. Jonninjoutavat ylhäältäpäin tulevat projektit ym. pois. Vievät vain aikaa perustyöstä ja aiheuttavat lisää työtä ja miettimistä. (1270)

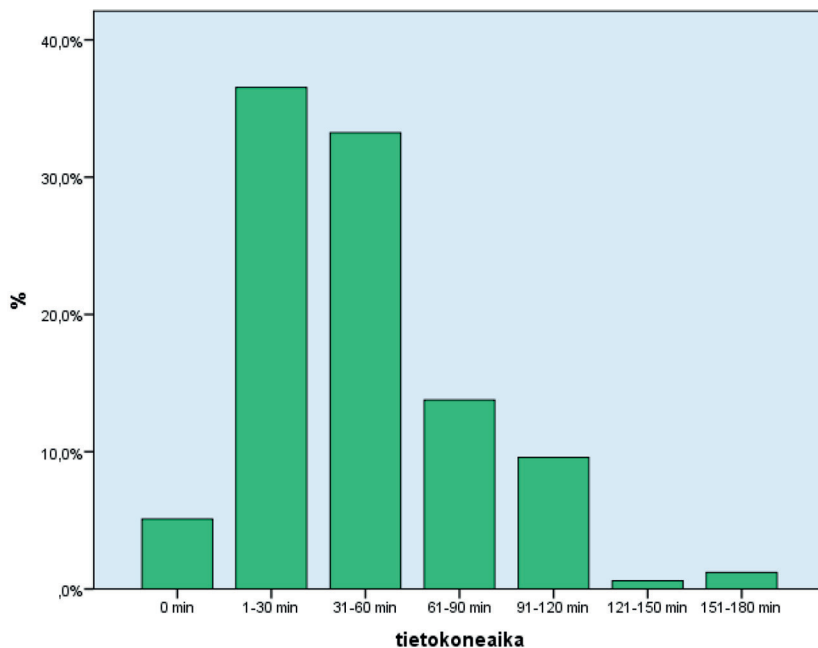
Liian nopeita ja samanaikaisia muutoksia kritisoineet hoitajat eivät ole tämän asiansa kanssa yksin. Järvensivu (2010, 54) on osaltaan todennut, että monet työntekijät kokevat oppimisen ja kehittämisen myönteisenä asiana, mutta silläkin on rajansa. Hänen käyttämänsä pelimetaforan mukaan oppimisipallo heitetään jo valmiiksi hektiseksi kehittyneeseen peliin, jolloin jaksamisen rajat saattavat tulla vastaan. Järvensivu tähdentää, että oppimisen tavoitteena on sangen erityyppinen asia kuin oman osaamisalueen ytimeen kuuluvan työn vieminen loppuun hyvin. Oppiminen jättää tavallaan tosiasiallisen tavoitteenasettelun levälleen vaieten esimerkiksi oppimisen suunnasta, kohteesta ja määrästä, kun taas työskentelyssä on selvä tavoite ja lopputulema.

Tietotekniikka vie aikaa hoivalta

Tietotekniikka on osa hoitajien työtä ja omaa yksityiselämää. Kyselyni hoitajilla 95 %:lla oli oma tietokone kotona. Hoitajien tietokoneen yleisyysaste oli hieman suurempi, mitä se oli yleensä suomalaisissa kotitalouksissa. Tilastokeskuksen (2013) mukaan 85 %:lla suomalaisista kotitalouksista oli tietokone. Sutelan ja Lehdon (2014, 157) tutkimus osoitti, kuinka nopeasti tietotekniikka on yleistynyt ihmisten töissä. Vuonna 2013 yhdeksän palkansaajaa kymmenestä käytti jonkinasteista tietotekniikkaa työssään, kun vastaava osuus oli 17 % vuonna 1984.

Työasioiden hoitamiseen hoitajat käyttivät tietokonetta työvuoronsa aikana keskimäärin 53 minuuttia mediaanin olleessa 45 minuuttia. Vaikka vaihteluväli oli suuri (0–180 minuuttia), kolme hoitajaa neljästä käytti tietokonetta alle tunnin päivässä työasioiden hoitamiseen (kuvio 8). Tietokonetta käytettiin ensisijaisesti asiakkaiden tietojen kirjaamiseen, ja se oli lähes päivittäistä. Hoitajista lähes yhdeksän hoitajaa kymmenestä ilmoitti kirjaavansa asiakkaita koskevia tietoja jokaisena työpäivänä. Muiden tehtävien kirjaaminen koneelle oli selvästi vähäisempää. (Liite 22; Hämäläinen 2014.)

Hoitajista noin neljäsosa lähetti ajoittain asiakkaisiin liittyviä tietoja työtovereille tai esimiehille. Edellä mainitut luvut kuvastavat vain teknistä viestintää työyhteisössä. Viestejä vaihdettiin yhteisissä tapaamisissa, mikä ilmeni hoitajien ryhmähaastatteluissa. Edellistä useammin oltiin yhteydessä viranomaisiin asiakkaita koskevien tietojen takia. Sitä teki



Kuvio 8. Tietokoneen käyttöaika työasioiden hoitamiseen työvuoron aikana

lähes puolet hoitajista, yleisimmin 1–2 kertaa vuodessa tai kerran kuukaudessa. Noin neljäsosa lähetti viestejä asiakkaiden omaisille. Yleensä sitä tehtiin 1–2 kertaa vuodessa tai kerran kuussa. Muutama prosentti hoitajista lähetti tietokoneella viestejä myös asiakkaalle kerran kuussa tai harvemmin, mutta kokonaisuudessaan tämä oli pieni määrä hoitajia. Tyypillisesti työvuorolistojen ja laskujen tarkistaminen oli keskitetty tietyille henkilöille. Niitä teki noin joka kymmenes työntekijä.

Yleisesti ottaen tietokoneen todettiin helpottavan työtä, vaikka ongelmiakin löytyi. Haitoista huolimatta hoitajista lähes kolme neljästä oli sitä mieltä, että tietokone helpottaa heidän työtänsä. Toisaalta samassa määrin oli hoitajia, joiden mukaan tietokoneet vievät aikaa hoivalta. Samoissa määrin oli hoitajia, joiden työajasta menee liian paljon aikaa erilaisten työasioiden kirjaamiseen tietokoneelle. (Liite 21; Hämäläinen ym. 2014.) Noin puolet oli kokenut puutteita perehdytyksessä tietokoneohjelmien käyttöön. Samoissa määrin oli hoitajia, joiden mukaan tietokoneohjelmat vaihtuivat liian usein. Hieman yli puolet koki saaneensa riittävän nopeasti apua tietokonetta koskeviin ongelmiin. Samaa käsiteltiin

hoitajien vapaamuotoisissa vastauksissa. Niissä käsiteltiin myös sitä, kuinka paljon hoitajat joutuvat kirjaamaan erilaisia asioita tietokoneelle:

Enemmän aikaa hoitamiseen/hoivaamiseen/läsnäöloon. Tietokoneelle eri ohjelmiin on erilaisia kirjaamisia – sairaslomat, vuosilomat, tilastoinnit, potilastiedot, koulutukset, RAIT, hopasut, hoitopalaverit. Kirjaamiset yms. palaverit ottavat aikaa asukastyöstä! (748)

Samansuuntaisia tuloksia saivat Viikilä ja Virkkunen (2011, 25–27) tutkimuksessaan, joka käsitteli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitajien kokemuksia tietotekniikasta. Myös siinä neljä viidestä oli sitä mieltä, että tietotekniikka helpottaa hoitotyötä. Tässäkin tutkimuksessa tuli esille, että täysin samaa mieltä olevien osuus oli alhainen, vajaa viidesosa. Samoin perehdytyksessä tietotekniikan käyttöön todettiin puutteita. Lähes puolet oli eri mieltä tai osittain eri mieltä siitä, että he olivat saaneet riittävästi koulutusta tietotekniikkaan. Sutelan ja Lehdon (2014, 158) tutkimus osoitti, kuinka usein tietotekniikan jummittuminen tuotti ongelmia työn etenemisessä. Työntekijöistä reilusti yli neljäsosalla tietotekniset ongelmat hankaloittivat töitä viikoittain. Lisäksi hieman suurempi määrä oli niitä työntekijöitä, joilla ongelmia esiintyi tätä harvemmin, mutta heilläkin pari kertaa kuussa.

Eräessä avovastauksessa ehdotettiin, että raportoinnissa kynä ja paperi -versio olisi nopeampi kuin tietokoneella kirjoittaminen. Mahdollisesti tähän osaltaan vaikutti se, että erityisesti vanhemmille työntekijöille tietokoneen käyttö saattoi olla suhteellisen uutta. Toisaalta eräs vastaaja mainitsi, että aikaa tulisi olla enemmän asiakkaiden tietojen kirjaamiseen tietokoneelle, jotta esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmat ehdittäisiin pitämään ajan tasalla. Tietokoneen ei koettu parantavan tiedonkulkua, jos siinä on ollut aiemminkin ongelmia.

Tietojen kirjaamiseen helpottamiseksi toivottiin erilaisten ohjelmien yhteensopivuutta ja päällekkäisten kirjaamisten vähentämistä. Avovastauksissa muun muassa Pegasoksen todettiin toimivan kankeasti. Siinä joudutaan menemään monta ”polkua” yhden kirjauksen yhteydessä. Kirjausten työläisyys tuli esille myös kotihoidon työntekijöiden haastattelussa. Tietojen kirjaamisen määrä tietokoneelle oli lisääntynyt vuosien varrella. Hoitajien mukaan kirjaamista helpottaisi, jos muuttumattomissa asiakaskäynneissä voitaisiin kirjata vain perushoito tehdyksi eikä heidän tarvitsisi käydä erikseen läpi kaikkia toimenpiteitä. (Hämäläinen ym. 2014.) Toiveena oli vain poikkeaminen kirjaaminen, kuten eräs hoitaja kertoi yhdessä ryhmähaastattelussa:

Niin ennen minusta oli vähän semmonen sääntö, että kerran viikos kirjattiin se kun oli kertomuksen puoli väli, et jos on jotain erikoista tai kerran viikos piti kirjoittaa että yleensäkin asiakas vaikka ei oo mitään erikoista ollu, niin minusta se ois ihan riittävä, mut nyt tää meijät tavallaan pakotetaan tähän tämmöseen et koko ajan pitää vaan siellä et kaikki tiedot on siellä. (H2)

Kirjaamisella nähtiin myös hyvät puolensa, kun asiakkaan tiedot olivat ”samassa paketissa.” Silloin voidaan taannehtivasti tarkistaa asiakkaan luona tehdyt toimenpiteet erityisesti

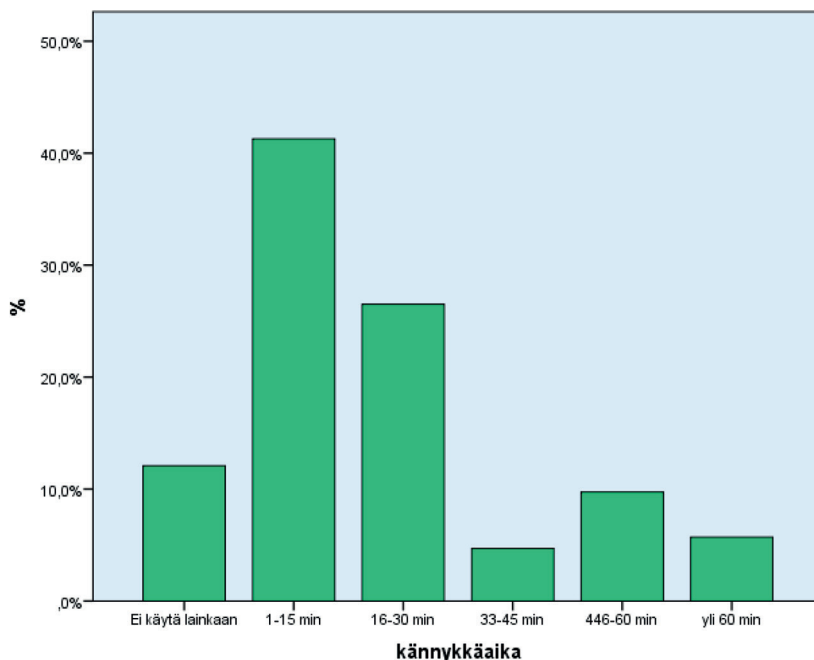
muistisairaiden osalta. Toisaalta osa haastateltavista hoitajista epäili, tuleeko kaikkea tietto-ohjelmiin kirjoitettua tietoa hyödynnettyä. Toisaalta tiedettiin, että lääkäristä riippuen he saattoivat hyvinkin tarkkaan paneutua hoitajien tekemiin kirjauksiin.

Kännykkää hoitajat käyttivät työasioiden hoitamiseen keskimäärin 26 minuuttia työvuoronsa aikana. Mediaani oli kuitenkin selvästi lyhyempi eli 15 minuuttia. Enimmillään kännykkää käytettiin työasioiden hoitamiseen 4 tuntia, mikä nosti keskiarvoa. Yli tunnin kännykkää käyttävien määrä oli muutama prosentti (kuvio 9). (Hämäläinen ym. 2014.) Hieman yli joka kymmenes ei käyttänyt lainkaan kännykkää työssään. Aika moni vastaaja, 61 henkilöä, jätti kuitenkin vastaamatta tähän kysymykseen. Todennäköistä oli, ettei kysymys koskettanut heitä.

Yksittäisissä vastauksissa mainittiin, että kännykän käyttö vaihtelee päivittäin. Sen käyttö riippuu muun muassa asiakkaiden yhteydenotoista. Osalla hoitajista myös asiakkaiden hälytykset tulivat hoitajien kännykkään. Joissakin kotihoidon paikoissa työlistat, asiakastiedot ja asiakaskäyntiä koskevat tiedot hoituivat kännykän kautta.

Vapaamuotoisissa vastauksissa käsiteltiin kännykän käytettävyyttä ja sen käyttövarmuutta. Hoitajilla oli tiedossa tilanteita, joissa kännykän toimimattomuus oli aiheuttanut ongelmia. Kännykkä oli saattanut jumittua, kenttä ei riittänyt tai se ei muuten toiminut. Vanhusten hoiva-alan astiantuntijahaastatteluissa ilmeni, kuinka kännykkään mahdollisesti tulevat useat hälytykset, kuten ovipuhelin- ja turvahälytykset voivat kuormittaa laitetta. Tuolloin hoitajien ei ole helppo lukea, mistä hälytys on tullut. Eräs vastaaja kommentoikin, että ”kotihoidossa kännykät tuntuvat menevän asiakkaiden edelle”. (129) Reaaliaikaiseen kirjaukseen suunniteltu mobiililaitteiden ohjelma saattoi kaatua kesken kirjaamisen, jolloin tiedot oli kirjattava uudelleen. Samojen asioiden uudelleenkirjaaminen aiheutti stressiä. Ne saattoivat aiheuttaa myös ylitöitä, minkä vuoksi jotkut kirjaamiset saattoivat jäädä tekemättä kiireen vuoksi. Kännyköillä nähtiin myös työtä helpottavia vaikutuksia, kuten tuli esille yhdessä hoitajien ryhmähaastattelussa:

Ja sama se on tuolla monen kymmenen kilometrin päässä, niin sit kännykällä voi, jos tulee kinkkinen tilanne, niin soittaa sit työkaverille, että mitä mieltä on. (H3)



Kuvio 9. Kännykän käyttöaika työasioiden hoitamiseen työaikana

Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen tunnettavuus ja käyttö

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin 24 turvalaitteen ja -järjestelmän sekä palvelun tunnettavuutta ja käyttöä vanhusten hoivassa (liite 2). Suurimmaksi osaksi laitteet ja järjestelmät ovat sellaisia, joita käytetään vanhusten arjesta selviytymisen ja turvallisuuden tukemiseen. Osa laitteista on laitospaikoissa käytettäviä turvalaitteita, jotka liittyvät kiinteistöjen paloturvallisuuteen ja asiakkaiden kulunseuraan.

Eniten, yli neljällä hoitajalla kymmenestä oli päivittäisiä kokemuksia apteekin hoitamasta lääkepusituksesta ja turvarannekkeesta, jolla asiakas saa yhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen. Kolmasosalla oli päivittäisiä kokemuksia turvapuhelimesta. Turvapuhelin ja -ranneke voivat olla toiminnoiltaan myös toisiinsa yhdistetty. Hälytysnappia painamalla niillä saadaan yhteys hälytyskeskukseen, hoitajiin tai omaisiin. Sen sijaan monitoimisesta turvarannekkeesta, jolla turvapalvelun lisäksi voidaan seurata henkilön toiminnassa tapahtuvia muutoksia, kuten sykettä ja pulssia, oli kokemusta noin kymmenesosalla hoitajista.

Paloturvallisuuteen liittyvät turvajärjestelmät olivat tutumpien laitteiden joukossa. Perinteinen kiinteistökohtainen sprinklaus oli tuttu lähes puolelle hoitajista ja sen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä kolmasosalle hoitajista. Samoin ulko-oven yhteyteen sijoitetusta turvakamerasta oli kokemusta vajaalla kolmasosalla hoitajista. Taulukkoon 10 on koottuna yleisimmin tunnetut laitteet ja liitteeseen 23 kaikki kyselyssä mainitut laitteet.

Muistisairaavat ja heidän kotoaan tai hoivapaikastaan poistuminen huoletti hoitajia. Huoli on myös muistisairaana omaisilla. Muistisairas saattaa eksyä tutuiltakin reitiltä. Samalla tavoin huoli vanhuksen mahdollisesta kaatumisesta tai liikkumattomuudesta koskettaa monia vanhuksia niin heidän omassa kodissaan kuin hoivapaikoissa. Näiden tapausten tunnistamiseen on erityyppisiä laitteita. Yksittäisen asiakkaan asunnossa olevasta järjestelmästä, jolla voidaan seurata asukkaan liikkumista asunnossa, asunnosta poistumista tai mahdollista kaatumista, oli jonkinasteisia käyttökokemuksia neljäsosalla hoitajista. Samatyypisistä, palvelutaloon laitetusta järjestelmästä, jossa tietokoneelta voidaan seurata asiakkaan liikkumista tai liikkumattomuutta ja kaatumisia, oli kokemuksia noin joka seitsemännellä. Niin sanotusta turvalattiasta, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen, oli kokemuksia vajaalla kymmenesosalla hoitajista. Muutamalla oli kokemuksia vuoteeseen sijoitetusta tunnistimesta, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen.

Markkinoille tulee koko ajan uusia laitteita, joiden avulla ihmiset voivat itse seurata omaa hyvinvointiaan ja terveydentilaansa. Järjestelmät, joilla pyritään ylläpitämään asiakkaan omaa aktiivisuutta tai terveydentilan seurantaan, olivat vielä melko uusia ja tuntemattomia. Hoiva-TV:stä oli jonkinasteisia kokemuksia muutamalla hoitajalla. Samoin muutamalla hoitajalla oli kokemusta järjestelmästä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot, kuten verenpaine, verensokeri, pulssi, siirtyvät terveydenhoidon arvioitavaksi ilman, että henkilö naputtelisi tietoja erikseen koneelle.

Kotitalouskoneisiin liittyy myös turvallisuusriskejä. Kotitalouslaitteista liesi on ongelmallisimman, koska sitä käytetään usein ja se saattaa helposti unohtua päälle. Liesien turvallisuutta on pyritty kehittämään erilaisilla turvalaitteilla, jotka ovat joko valmiiksi lieteen rakennettu tai jotka voidaan asentaa myöhemmin sen yhteyteen.

Kyselyyn vastanneista yli kolmasosalle tunnetuin oli liesi, jonka toisesta valitsimesta valitaan teho ja toisesta toiminta-aika. Hieman vähemmän tunnettu oli lieteen jälkikäteen asennettu turvajärjestelmä, joka kytkee lieden automaattisesti pois päältä tietyn ajan kuluttua. Induktioliedestä käyttökokemuksia oli hieman yli joka kymmenellä. Se ei kuumene, jos sen päälle on vahingossa jäänyt esimerkiksi muovinen astia tai pannunalunen. Se ei jää vahingossa päälle, kun keittoastia nostetaan pois keittoalueelta. Tyhjilleen jäänyt keittoastia voi kuumeta hyvinkin kuumaksi myös induktiokeittotasolla. Käyttökokeiden mukaan tyhjillään ollut kattilan pohja kuumentui 280–500-asteiseksi, ennen kuin laitteen kuumennusteho alkoi laskea. Tuolloin keittoalueen pintalämpötila oli 150–240°C. (Marjomaa 2011, 8–11.) Ainostaan muutamalla hoitajalla oli tuntemusta liesituulettimeen kytkettävästä laitteesta, joka sammuttaa liedellä syttyneen palon sammutusnesteellä.

Päälle unohtunut liesi voi olla tulipalon aiheuttaja erityisesti muistamattomalle henkilölle. Nurmen (2001, 57–61) tutkimus osoitti, kuinka hoiva-alan rakennuksissa sattuneista tulipaloista yli neljännes oli saanut alkunsa liedestä tai uunista. Hoitolaitosten liesi- ja uunipalojen määrä on hieman suurempi, mitä se on yleensä kaikissa asuinrakennuksissa. Muita sähköpalojen aiheuttajia asuinrakennuksessa olivat muun muassa televisio, pyykin-

pesu- ja astianpesukone, sähkölaitteisto, valaisimet ja hoitoalan laitoksissa myös kylmäsäilytyslaitteet.

Nenosen (2007, 30–36) mukaan eniten sähköpalokuolemia aiheutui liedestä. Yhdeskään liedessä ei ollut vikaa, vaan kaikki palot olivat saaneet alkunsa ihmisen omasta virheellisestä toiminnasta. Palon kehittymistä oli edesauttanut lieden päälle jätetty laite, esimerkiksi kahvinkeitin, joka lieden lämmön avulla palaessaan kehitti myrkyllisiä kaasuja. Muut merkittävät palokuolemien aiheuttajat olivat valaisimet, sähkölaitteistot, televisio ja sähkölämmitin. Kahdessa valaisimessa oli ollut tekninen vika, mutta kahdeksassa valaisinpalossa kymmenestä valaisin oli huonosti sijoitettu tai riittämättömästi kiinnitetty. Valaisinpaloissa kaikki valaisimet olivat olleet siirrettäviä valaisimia tai kiinnityspaikaltaan pudonneita, kuten seinältä pudonneita tai kaatuneita ja siten joutuneet välittömään kosketukseen palamiskelpoisen materiaalin kanssa.

Ikäihmisten asumista ajatellen huolestuttavaa edellä mainituissa luvuissa on liesipalojen lisäksi valaisimista johtuneet palot. Valaistuksen parantamiseksi ikäihmisen yöpöydälle laitetaan lisävalo. Pöydällä saattaa olla runsaasti monia muita tavaroita, kirjoja ja lehtiä. Lisäksi epäilystä on siitä, kuinka hyvin esimerkiksi sängyn päätyyn tai vuoteen läheiseen seinään laitettu lisävalaistus on kiinnitetty paikoilleen. Toisaalta hyvä valaistus lisää vanhusten liikkumisturvallisuutta ja asumismukavuutta. Valaistuksen ei tarvitse olla voimakas, vaan siihen voidaan käyttää esimerkiksi led-valaistusta tai erityistä liiketunnistimeen perustuvaa valaistusta. Hoitajista joka neljännellä oli kokemusta kyseessä olevasta valaistusjärjestelmästä. Hoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa ilmeni, kuinka heikko valaistus hankaloittaa myös hoitajien työtä erityisesti talviaikaan niin sisällä kuin ulkona.

Vanhusten käytössä olevia erilaisia apuvälineitä ja turvalaitteita on selvitetty myös aiemmissa tutkimuksissa. Diakonia-ammattikorkeakoulun selvityksen mukaan kotihoidon asiakkailta oli käytössä kommunikaation ja vuorovaikutuksen edistämiseen liittyviä apuvälineitä, kuten kuulon- ja näön apuvälineitä, turvallisuuslaitteita ja hälytysjärjestelmiä, liikkumiseen ja ergonomiaan liittyviä apuvälineitä, esteetöntä asumista tukevia ratkaisuja sekä muita työ- ja apuvälineitä. (Armanto 2005, 22.)

KÄTÄTE-projektissa tiedusteltiin, millaista teknologiaa on käytössä hankkeen toteuttajatahojen Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton (Valli) ja Vanhustyön keskusliiton (VTKL) vanhushuonepalveluja tuottavien jäsenyhteisöjen käytössä. Yleisimmät laitteet (85–52 %) olivat turvapuuhelinjärjestelmät, sprinkleri, asiakastietojen kirjaus- ja hallintajärjestelmä ja kulunvalvontajärjestelmä asukkaille. Muita yleisimmin (31–19 %) käytössä olevia olivat liiketunnistimella toimiva valo, palohälyttimet liesissä ja muistinapuvälineet. Näiden lisäksi oli viriketeknologiaa, paikannuslaitteita ja muistuttava lääkeannostelija, asukas-tv, muistava hissi, kamerallinen ovipuhelin, automaattinen paloilmoin, rikosilmoitinlaitteisto, hälytysmatot, hyvinvointirannekkeet, kameravalvonta, liesiajastimet, ovipuhelin ja puhelin alanumeroineen, puheyteydellä toimiva hoitajakutsujärjestelmä, sisäinen teksti-tv-kanava, tietokone asiakkaan kotona annettavaa käyttöopastusta varten ja virikepalvelut median kautta. (Nordlund 2014, 19.)

Taulukko 10. Yleisimmin tunnetut turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut ja niiden käyttö (%)

	Päivittäin tai useita kertoja päivässä	Joka viikko	Joka kuukausi tai harvemmin	Ei ole kokemusta
Apteekin hoitama asiakaskohtainen lääkepussitus	44	4	13	39
Perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	42	13	15	30
Turvapuhelin	34	6	17	42
Kiinteistössä oleva sprinklaus	21	2	25	52
Ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	18	4	8	70
Liesi, jonka toisesta valitsimesta valitaan liedien teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	13	7	16	64
Kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	12	1	20	67
Liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	12	5	8	75
Yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	10	3	12	74
Lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka kytkee liedien automaattisesti pois päältä tietyn ajan kuluttua	10	5	13	72
Kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	9	5	12	73
Palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumisia tai liikkumattomuutta	7	1	7	85
Turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	4	1	5	90
Induktioliesi	4	2	7	87

Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen käytettävyys vanhustyössä ja vanhusten arjessa

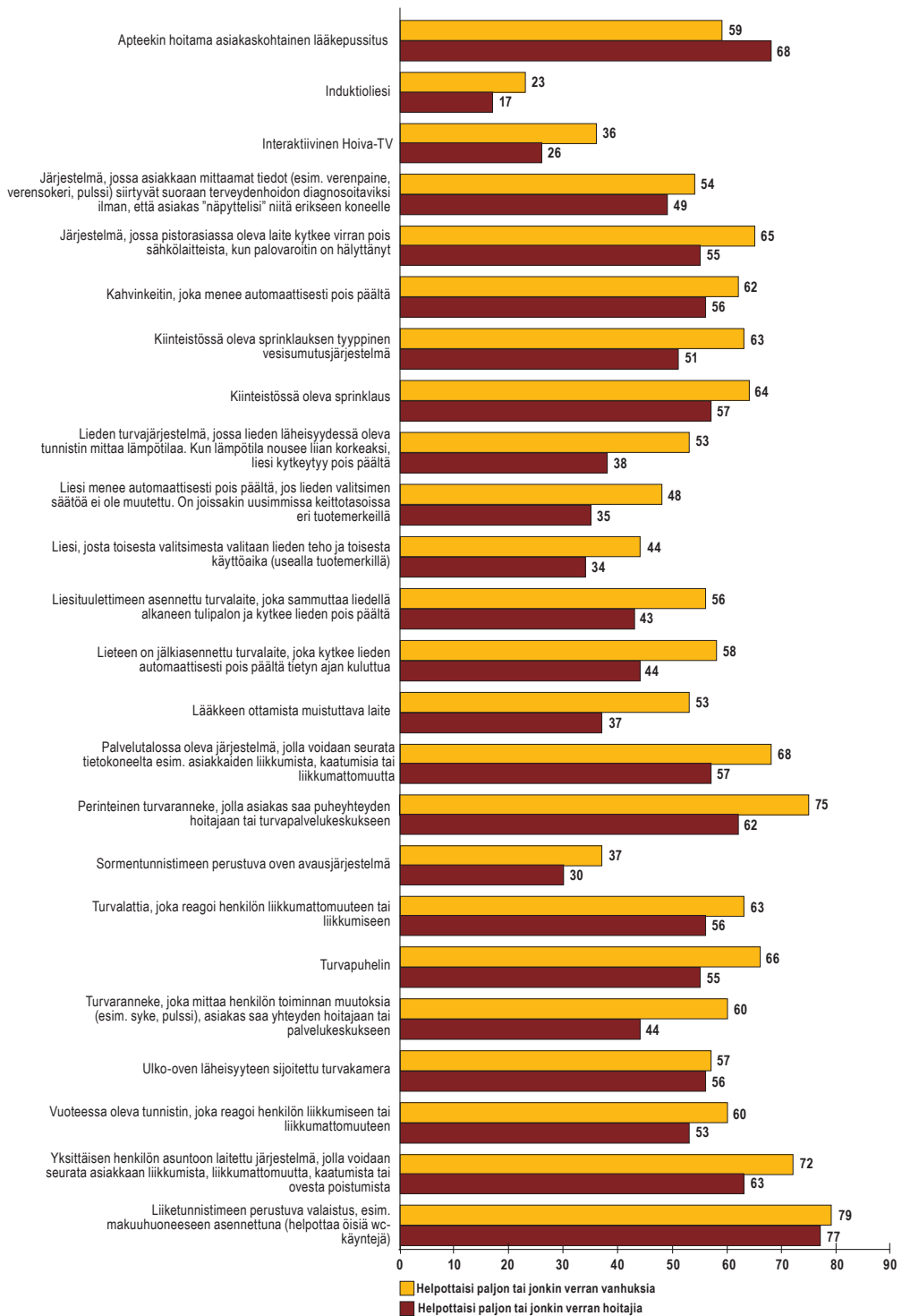
Tässä alaluvussa tarkastelen hoitajien kokemusten ja näkemysten perusteella turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen käytettävyyttä hoitajien oman työn helpottajina ja vanhusten turvallisuuden ja arjen tukena. Yleisesti ottaen turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut nähtiin hyödyllisinä niin hoitajien kuin vanhusten kannalta. Hyvin pienessä määrin (0–6 %) hoitajat arvioivat, että turvalaitteet vaikeuttaisivat heidän työtään tai vanhusten arjesta selviytymistä (kuvio 10 ja liitteet 24–25).

Hoitajien kannalta erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut voivat osittain huojentaa hoitajien henkistä kuormitusta, kun huoli vanhuksen selviytymisestä ja turvallisuudesta vähenee. Tällaisista laitteita mainittakoon esimerkkinä muistamattoman taloudessa käytössä olevat lieden turvalaitteet. Samoin välittömän viestin saaminen mahdollisesta avun tarpeesta vähentää jatkuvaa huolehtimista ja tarkistustarvetta.

Yleisesti tarkasteltuna kyselylomakkeessa mainittujen turvalaitteiden koettiin helpottavan enemmän vanhusten arjesta selviytymistä ja turvallisuutta kuin hoitajien omaa työtä. Poikkeuksena tästä oli apteekin hoitama lääkepussitus, jonka todettiin auttavat jonkin verran enemmän hoitajia kuin vanhuksia. Vaatiihan lääkkeiden annostelu ammattitaitoa, aikaa ja huolellisuutta, joten siinä mielessä se tuo helpotusta hoitajille. Muutama prosentti hoitajista kuitenkin piti lääkepussitusta omaa työtään ja vanhusten arkea hankaloittavana järjestelmänä. Yhtenä perusteluna tähän voi olla se, että lääkkeiden annostelun yhteydessä hoitajat voivat seurata asiakkaan kuntoa ja viestittää mahdollisista muutoksista nopeasti eteenpäin. Ennakoannostelusta huolimatta hoitajat joutuvat joissakin tapauksissa valvomaan, että lääkkeet tulevat otetuiksi. On tilanteita, jossa lääkkeiden nieleminen on tarkistettava. Selvä enemmistö eli kaksi kolmasosaa kuitenkin koki lääkepussituksen helpottavan heidän työtään.

Jatkossa lääkkeiden pussitusjakelu tulee mitä ilmeisemmin lisääntymään. STM:n ja Kuntaliiton (2017, 28) uudistetun laatusuosituksen mukaan lääketurvallisuuden lisäämiseksi, lääkehävikin vähentämiseksi ja henkilökunnan työajan uudelleen kohdentamiseksi tai korvaamiseksi lisätään lääkkeiden koneellista annosjakelua sekä koti- että ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköissä.

Asiakkaiden kannalta merkityksellisimmät laitteet liittyivät paloturvallisuuden varmistamiseen sekä asiakkaiden liikkumisen tai liikkumattomuuden tunnistamiseen. Hoitajista eniten, 60–80 %, pitivät vanhusten turvallisuutta ja arjesta selviytymistä tukevinä laitteina liiketunnistimeen perustuvaa valaistusta; perinteistä turvaranneketta, jolla saa puheyhteyden; palvelutalossa olevaa järjestelmää, jolla voidaan seurata tietokeelta esim. asiakkaan liikkumista, kaatumisia tai liikkumattomuutta; järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroitin on hälyttänyt; turvapuhelin; kiinteistössä oleva sprinklaus; kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä; turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen; kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä.



Kuvio 10. Kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat hoitajien työtä sekä tukisivat vanhusten arkea ja turvallisuutta (%)

Hyvä valaistus lisää monella tavoin asumisturvallisuutta. Liiketunnistimeen perustuvan valaistus helpottaa vanhusten liikkumista öisin esimerkiksi wc-käyntien yhteydessä ja vähentää siten mahdollisia kompastumisia. Myös hoitajat pitivät tätä oman työnsä kannalta tarpeellisenä.

Kaatumiset ja muistamattomien henkilöiden asunnosta poistumiset ovat turvallisuusriski ikäihmisillä ja huoli hoitajille. Paine näiden ajoissa havaitsemiseksi kasvaa koko ajan, koska vanhusten hoidon tavoitteena on tuottaa palvelut mahdollisimman pitkään vanhusten omiin koteihin. Nopea tieto vanhuksen mahdollisesta kaatumisesta tai liikkumattomuudesta helpottaa myös laitospaikoissa toimivia hoitajia

Noin viisi–kuusi hoitajaa kymmenestä piti erilaisia vanhusten liikkumiseen, liikkumattomuuteen ja asuintilasta poistumiseen reagoivia laitteita myös oman työnsä helpottajina. Vanhusten osalta prosenttiosuudet olivat muutaman prosenttiyksikön korkeammat. Eniten hyödyttävänä laitteena pidettiin yksityisasuntoon laitettua järjestelmää, jolla voidaan seurata vanhukset liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumisia tai ovesta poistumisia.

Noin neljä–kuusi hoitajaa kymmenestä piti oman työnsä kannalta hyödyllisinä laitteita, joiden kautta vanhukset saavat hätätilanteessa kutsuttua apua. Yhteistä kaikille näille laitteille on se, että tieto vanhuksen avuntarpeesta tulee nopeasti hoitajille. Vanhusten osalta hyöty nähtiinkin yli kymmenen prosenttiyksikköä suuremmaksi kuin hoitajien kannalta. Eniten sekä hoitajia että vanhuksia auttavana laitteena nähtiin perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen. Mahdollisesti tähän vaikutti se, että ko. laite oli monelle hoitajalle tuttu. Verman (2009) tutkimus kuitenkin osoitti, että kutsulaitteisiin liittyi hyötyjen lisäksi ongelmia. Hoitajille lisätoivia aiheuttivat ns. asiakkaiden turhat hälytykset, henkilöstön epätietoisuus turvajärjestelmien ominaisuuksista ja talon rakenteista johtuvat vikaohjautumiset. Puheyhteys lisäsi niin hoitohenkilökunnan kuin asiakkaiden tyytyväisyyttä hälytysten yhteydessä. Sen avulla hoitajat pystyivät paremmin priorisoimaan työnsä. Kun tilanteen kiireellisyys voitiin tarkistaa puheyhteyden avulla, noin kaksi kolmasosaa asiakkaiden yhteydenotoista ei olisi tarvinnut välitöntä apua. Asia pystyttiin selvittämään puheyhteyden kautta. Samanaikaisesti asiakkaiden turvallisuudentunne kasvoi. Tämä näkyi muun muassa siinä, että hälytykset kokonaisuudessaan vähenivät noin 40 %.

Henkilön liikkumista tai liikkumattomuutta seuraavat laitteet saattoivat antaa joskus väärää hälytyksiä. Vuoteeseen sijoitettavissa liiketunnistimissa on tärkeää niiden oikea sijoituspaikka. Samoin vuoteen siirtelyjen yhteydessä vuoteessa olevan tunnistimen antureita oli mennyt poikki. Myös asukkaat saattoivat vetää niitä irti.

Onnistuakseen näiden laitteiden käyttöönotto edellyttää asiakastarpeen tekemistä ja perehdytystä laitteen käyttöön. Moni kyselyyni vastannut hoitaja ei osannut sanoa kaikista laitteista, helpottavatko kyselylomakkeessa mainitut laitteet heidän työtänsä. Vähiten ”en osaa sanoa” -ryhmään vastauksia tuli liiketunnistimeen perustuvasta valaistuksesta ja eniten interaktiivisesta Hoiva-Tv:stä ja induktioliedestä. Tämä on sangen ymmärrettävää, koska monista turvalaitteista tai -järjestelmistä ei monellakaan hoitajalla ollut kokemusta.

Toisaalta lueteltujen latteiden joukossa oli sellaisia laitteita, jotka eivät koskettaneet hoitajien asiakaskuntaa.

Paloturvallisuuden varmistaminen on merkittävä huolenaihe ikäihmisten kotona asumisen kannalta. Pohdittavana on, kuinka varmistetaan esimerkiksi ruoanlaittoon liittyvä paloturvallisuusriski muistisairailla. Paloturvallisuutta parantaa palovaroitin, joka on pakollinen jokaisessa asunnossa (Tukes 2012). Palovaroittimen riittävyttä vanhustalouksien turvalaitteena selvitettiin kotipalvelun työntekijöiltä 2000-luvun alussa. Silloiseen kyselyyn vastanneista noin kaksi kolmasosaa ei pitänyt palovaroitinta riittävänä turvalaitteena vanhuksilla. Varsinkin dementoituneelle palovaroittimen vilkkuminen ja ennen kaikkea kova ääni aiheuttavat hätäntymistä. He eivät osaa yhdistää ääntä ja tulipalon vaaraa. Palovaroittimen luotettavuutta voi rajoittaa joidenkin vanhusten huono kuulo. (Rytkönen & Reisbacka 2002, 22.) Tosin nykyisin huonokuuloisille on saatavissa palovaroittimia, joista lähtevä varoitussignaali voidaan yhdistää täristimeen (Reisbacka & Rytkönen 2014, 19–22).

Paloturvallisuuden varmistamiseen ja mahdollisen palon sammuttamiseen liittyviä laitteita, kuten sprinklausta ja sen tyyppistä vesisumutuslaitetta sekä sähkölaitteesta virran poiskytkevää laitetta palovaroittimen hälytettyä, piti oman työnsä kannalta hyödyllisinä yli puolet hoitajista. Vanhusten osalta hyöty arvioitiin noin kymmenen prosenttiyksikköä suuremmaksi kuin hoitajien kannalta. Tulipalo on suuri turvallisuusriski ja sen sattuessa on asukkaan toimittava nopeasti ja saatua sammutetuksi.

Erilaisia lieden turvalaitteita tai -järjestelmiä oman työnsä kannalta piti hyödyllisinä 34–44 % hoitajista. Vanhusten osalta hyödyt nähtiin yli kymmenen prosenttiyksikköä suuremmiksi, mikä on ymmärrettävää. Lieden turvalaitteet liittyvät vanhusten arkitoimiin. Toisaalta ne voivat vähentää hoitajien murehtimista siitä, kuinka huonomuistinen henkilö selviytyy kotioloissa ruoan valmistuksesta. Hyödyllisimpinä laitteina pidettiin lieteen jälkiasennettua turvalaitetta, joka kytkee lieden pois päältä tietyn ajan kuluttua. Samoin hyödyllisenä pidettiin liesituulettimeen kytkettyä laitetta, joka sammuttaa liedellä alkaneen palon ja kytkee lieden pois päältä.

Liesien turvalaitteita suunniteltaessa on otettava huomioon henkilön edellytykset käyttää laitetta. Esimerkiksi aiemman tutkimuksen mukaan liesityypin, jossa henkilö itse valitsee toisesta valitsimesta keittotason tehon ja toisesta toiminta-ajan, todettiin soveltuvan lievästi muistamattomille ja aktiivisesti toimiville henkilöille, mutta ei enää dementoituneille henkilöille. (Rytkönen & Reisbacka 2002, 21.) Yhdessä kotihoidon ryhmähaastattelussa keskusteltiin siitä, kuinka hoitajat joutuvat edelleen ottamaan joissakin tapauksissa lieden sulakkeen pois, kun he poistuvat muistisairaana kotoa. Myös puulieteen liittyvä turvallisuusriskejä. Usein muistisairas osaa sytyttää tulen puuhellaan vanhasta muistista, mutta ongelmat tulevat muuten esille. Esimerkiksi iäkäs henkilö saattaa lämmittää hellaa täysillä 30 asteen kesähelteellä.

Julkisuudessa keskustellaan siitä, kuinka tulevaisuudessa ihmiset haluavat ja oppivat erilaisten laitteiden avulla seuraamaan omaa hyvinvointiaan ja terveyttään. Etäseuranta

nähtiin myös hoitajien oman työn helpottajana. Lähes puolet hoitajista arveli etädiagnostiikkaan perustuvan järjestelmän helpottavan heidän työtään. Vanhusten arjen tukena ja helpottajana sitä piti yli puolet hoitajista. Tässä järjestelmässä henkilön mittaamat tiedot (esimerkiksi verenpaine, pulssi, veren sokeri) siirtyivät terveydenhoidon diagnosoitavaksi ilman, että asiakkaan tarvitsee näppäillä tietoja erikseen koneelle. Tiedot ovat suoraan hoitajien käytössä, mikä vähentää hoitajien tekemiä mittauskertoja ja mahdollisesti asiakkaan käyntejä terveysasemilla. Viidennes hoitajista arveli, että interaktiivinen Hoiva-TV auttaa heidän työtään. Tätä enemmän eli reilu kolmannes hoitajista arveli, että interaktiivinen Hoiva-TV helpottaa myös ikäihmisten arjesta selviytymistä. Siitä oli myönteisiä kokemuksia eräässä vanhuskeskuksen kotikuntoutusyksikössä. Järjestelmän käyttöönottoa olivat edistäneet hyvä asiakkaiden ennakkoperehdytys ja lisäperehdytys jonkin ajan kuluttua laitteen käyttöönoton jälkeen. Kotikuntoutuskeskuksessa käytettiin myös jalkalihaksia vahvistavaa kuntolaitetta, jonka käyttö edisti henkilöiden liikkumista ja vähensi kaatumisriskiä.

Teknologia mahdollistaa monien toimintojen yhdistämisen, kuten sormitunnistukseen perustuva oven avausjärjestelmä. Lähes kolmannes hoitajista arveli sellaisen järjestelmän auttavan heitä työssään paljon tai jonkin verran. Yli kolmannes arveli, että siitä on hyötyä vanhuksille. Eräässä työtoverini ja itseni tekemässä asiantuntijahaastattelussa tuli esille, kuinka tällaiseen ulko-oven läheisyydessä olevaan tunnistusjärjestelmään oli yhdistetty työntekijöiden työaikaseuranta ja sitä kautta myös palkanlaskenta. Asiantuntija oli hoivatalon suunnittelu- ja rakennusvaiheessa itse esittänyt vaatimuksia, millaisia teknologisia järjestelmiä hän haluaa hoivakotiinsa. Toisessa tekemässäni asiantuntijahaastattelussa puolestaan ilmeni, ettei sormitunnistukseen perustuva ovitunnistin aina toiminut suunnitellulla tavalla pakkasella tai sormi täytyi laittaa siihen tiettyssä asennossa. Avovastuksissa eräs hoitaja näki mahdollisuuksia sormitunnistukseen perustuvassa ovenavauksessa. Hoitajien ei tarvitsisi tuolloin huolehtia mukana olevista asiakkaiden avaimista.

Hoitajien itsensä mainitsemia muita turva- ja apuvälinelaitteita olivat asukkaiden huoneissa ja wc:ssä oleva soittokello hoitajakutsua varten, ovikoodiin perustuva oven avaus dementiaosastolla, vuoteen viereen sijoitettu hälyttävä matto, nostolaite ja hoitajien omaan turvallisuuteen liittyvä päällekkäushälytys, kirjoitinpuhekone ja kulunvalvontaan liittyvä ovikoodi. Yhdessä kotihoidon ryhmäkeskustelussa keskusteltiin asiakkaan vuodekorkeuden merkitystä hoitajien työn helpottajana. Asiakkaiden vuoteet ovat usein matalia, jolloin hoitajat joutuvat tekemään esimerkiksi haavahoitoja huonossa työasennossa. Hoitajien toiveena olikin, että asiakkaille järjestettäisiin asianmukaiset säädettävät sängyt. Myös kyselyn avovastauksissa tuotiin esille säädettävien sänkyjen ja nostolaitteiden merkitys hoitajien työtä helpottavina laitteina. NORDCARE₂-seurantatutkimuksen perusteella apuvälineiden saatavuudessa raskaisiin työtehtäviin on tapahtunut jonkin verran parantunut 10 vuoden aikana niin laitos- kuin kotihoidossa. Vuonna 2015 apuvälineitä raskaisiin työtehtäviin laitospaikoissa oli noin kahdella kolmasosalla ja kotihoidossa vajaalla puolella työntekijöistä. (Kröger ym. 2018, 34, 37.)

Monissa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on tarkasteltu turvarannekkeiden ja -puhelimien, muistia ja liesiturvallisuutta tukevien laitteiden sekä liikkumiseen, liikkumattomuuteen ja kulunvalvontaan liittyvien laitteiden käyttöä ja käytettävyyttä. Samoin on tehty selvityksiä vanhusten internetin ja erilaisten automaattien käytettävyyttä.

KÄKÄTE-projektissa tiedusteltiin, mistä teknologiasta olisi hyötyä vanhuspalveluissa. Kolme toivotuinta (46–43 %) teknologiaa olivat paikantava turvapuhelin, helppokäyttöinen tietokone tai internet ja viriketeknologia. Noin kolmasosa hoitajista mainitsi hyödylliseksi älykkäät liesivahdit, asiakastietojenjärjestelmän, liiketunnistimeen perustuvan valon, muistiapuvälineet, ja kulunvalvontajärjestelmän. Muita hyödyllisiä laitteita (29–15 %) olivat yhteydenpitojärjestelmä ikäihmisen ja työntekijöiden välille, kuvapuhelin ja muistuttava lääkeannostelija. Palvelukeskuksessa toimivat hoitajat toivoivat monipuolisia ja keskenään yhteensopivia teknisiä ratkaisuja, jotka toimisivat helposti yhden järjestelmän kautta. Toiveena oli järjestelmä, jolla saadaan nopea yhteydenpito asukkaisiin ja työkavereihin sekä vapaaehtoistyöntekijöiden verkkopohjainen foorumi. Turvallisuuden varmistaminen erityisesti yöaikaan niin asukkaiden kuin työntekijöiden osalta nousi myös esille. Tähän ratkaisuksi esitettiin kameravalvontaa käytäville ja oviin, selektiivistä kulunvalvontaa oville, liiketunnistimia, kuvayhteyttä asuntoihin sekä paikantavaa turvahälytysjärjestelmää, joka voitaisiin turvallisesti ja miellyttävästi kiinnittää asukkaaseen. (Nordlund 2014, 19–22.)

Nykanen ym. (2014, 85–86) tiedustelivat omaishoitajilta, millaisia teknologioita ja apuvälineitä oli heidän työtään helpottamassa. Listauksessa tuli esille pitkälti samoja laitteita kuin edellä mainitussa selvityksessä: tavallinen matkapuhelin, tietokone, liikkumisen apuväline, kuten rollaattori tms., pesuhuoneen apuvälineet, esteetön asunto, sähköisesti säädettävä sänky, kuvapuhelin tai skype, turvapuhelin, liesivahti/turvaliesi, nostolaite, porrashissi tai muu nostin, sähköinen liikkumisen apuväline, älypuhelin, paikantava puhelin, liikkeen tunnistava anturi maton/patjan alla, kaatumishälytin tai jokin muu paikantava laite. Teknologian hyödyntämisen esteiksi mainittiin se, ettei tiedetty teknologiasta, sen uskottiin olevan liian kallista tai epäiltiin sen tarpeen vastaavuutta. Kokeilumahdollisuuden puuttuminen ja arvelu vaikeakäyttöisyydestä nähtiin myös mahdollisen teknologia-tuotteen hankinnan esteenä. Muista syistä mainittiin muun muassa taloudellinen tilanne, tilanahtaus ja omaishoitajan haluttomuus kokeilla teknologiaa.

Vanhuksilla on kiinnostusta kokeilla teknologiaa, mutta he tarvitsevat aikaa ja opastusta niiden käyttöön. Aikaisempien havaintojen mukaan käyttäjien ominaisuuksien ja tutun kotiympäristön yhteisvaikutus henkilön toimintakykyyn tulee parhaiten esille, kun kokeilu toteutetaan henkilön kotioloissa. Laboratorio-olosuhteissa mitattu toimintakyky näyttää todellista huonommalta. Saarisen mukaan apuvälineistä jopa 25–30 prosenttia saattoi lojua käyttämättöminä ikäihmisten eteisissä. (Saarinen 2001, 9–10.) Esitetty prosenttiluku on huomattava, kun ajattelee myös sen taloudellista puolta.

Mäki (2011, 43, 54) havaitsi, että ikäihmisten tyytyväisyyteen apuvälineitä kohtaan vaikuttavat eniten niiden turvallisuus ja luotettavuus, mukavuus ja miellyttävyys sekä käytön helppous. Apuvälineen toimivuus ja avun saanti koettiin tärkeämmäksi kuin apuvälinepal-

veluprosessit tai apuvälineen mittasuhteet ja paino. Kotihoidon henkilökunnan mukaan tärkeiksi ikäihmisten omatoimisuuden ylläpitäjiksi mainittiin liikkumisen apuvälineet. Apuvälineet on otettava käyttöön tarpeeksi ajoissa. Samoin tarvitaan asennemuokkausta, jotta apuvälineet saadaan ajoissa ikääntyneen käyttöön, sillä nykyisin apuvälineiden katsotaan usein leimaavan käyttäjänsä muita huonommaksi. Lisäksi apuvälineiden muotoilulla, nimeämisellä ja tavalla, jolla ne tuodaan esille, on merkitystä apuvälinettä tarjottaessa.

Kolme neljästä KÄKÄTE-kyselyyn vastanneista ikäihmisistä oli halukas kokeilemaan, voisiko teknologia auttaa arjessa selviytymistä. Yli puolet oli ollut kiinnostunut helpokäyttöisistä tietokoneista ja hieman vähemmän kodinkoneeseen liitettävästä turvalaitteesta. Noin kolmasosa oli ollut kiinnostunut paikantavasta turvapuhelimesta. Yhteinen toivomus kaikille näille laitteille oli niiden helpokäyttöisyys. (Nordlund ym. 2014a, 13.) Edellä mainittu kysely tehtiin sähköisesti. Siinä käyttäjäjoukko oli suhteellisen nuorta. Vastanneista 70 % oli ollut alle 75 vuoden ikäisiä. Näkemykset hieman muuttuivat, kun kysely tehtiin iäkkäämmille palvelutalossa asuville tai sen päivätoimintaan osallistuville henkilöille lomakekyselyllä. Iäkkäämpien henkilöiden ryhmässä reilusti yli kolmasosa piti kiinnostavimpana laitteena paikantavaa turvapuhelinta. Reilua neljäsosaa kiinnosti helpokäyttöinen tietokone ja kodinkonelaitteeseen liitettävä turvalaite. Muita kiinnostuksen kohteita olivat muun muassa iltapala-automaatti (palvelutalon keittiö oli kiinni iltaisin), selkeänäyttöinen puhelin ilman liiallisia toimintoja, äänikirjat ja naapurivalvonta-apu. Vähiten kiinnostusta herätti ateria-automaatti ja viihdepeleli. (Virkkunen 2014, 30–32.)

Myös TupaTurva-projektin yhteydessä selvitettiin ikäihmisten omia näkemyksiä teknologiasta erilaisissa työpajoissa ja kyselyllä. Työpajoissa ikäihmiset toivat harvoin esille teknologiaa. Haja-asutusalueelle tehdyn kyselyn mukaan ikäihmisiä kiinnostivat eniten seuraavat teknologiat: terveydentilan automaattinen seuranta, kodinkoneturvallisuuteen liittyvät laitteet, murtohälytintjärjestelmät, avun hälyttämisen apuvälineet ja automaattinen paloilmoinjärjestelmä. (Hämäläinen ym. 2014, 37.)

Yksityisen kaupungille palveluja tuottavan palveluintegraattorin työntekijöiden mukaan ikäihmiset kysyvät teknologian osalta eniten ovihälyttimistä, liesivahdeista, turvarannekkeista sekä ikäihmisille soveltuvista kännyköistä, joihin saa pikatoimintoja. Satunnaisesti kysyttiin muun muassa verenvähen tarkkailevista anturikelloista ja muistisairaalle tarkoitetuista gps-paikantimista. Usein näiden hankintojen taustalla on omaisen tai läheisen turvallisuuden tunteen tarve. Erityisesti muistisairaiden omaisilla oli huoli paloturvallisuusasioista koskien muun muassa lieden käyttöä sekä mahdollisia kaatumisia. (Emt., 37.)

Tässä luvussa hain vastauksia tutkimuskysymykseeni, millaisia kokemuksia hoitajilla on teknologian käytöstä heidän omassa työssään ja vanhusten arjen tukena. Tutkimuksellisesti tämä on tärkeä, sillä teknologiasta haetaan koko ajan apua niin vanhusten kotona asumisen tukemiseen kuin hoitajien työn helpottamiseen. Sillä odotetaan saatavan myös taloudellisia säästöjä. Teknologian käyttö lisääntyy koko ajan vanhusten hoito- ja hoivapalveluissa niin laitoksissa kuin kotihoidossa.

Selvä enemmistö koki, että teknologialla pyritään korvaamaan liikaa ihmisten vuorovaikutusta hoivatyössä. Hoitajat eivät myöskään uskoneet, että teknologian käyttö antaisi heille enemmän aikaa toimia asiakkaiden parissa. Hoitajat myös luottivat siihen, ettei teknologian lisääntyminen työpaikoilla luo uhkaa työpaikkojen menettämiselle.

Tietokoneiden osalta liian usein vaihtuvat ohjelmat, perehdytyksen vähyys ja liialliset tietojen kirjaamiset sekä eri ohjelmien yhteensopimattomuus haittasivat tietokoneen käyttöä. Toisaalta moni hoitaja oli sitä mieltä, että tietokone helpottaa heidän työtään. Osalla hoitajista asiakkaiden hälytykset, työlistat ja asiakaskäyntejä koskevat tiedot tulivat kännykkään.

Tutkimuksessa tiedusteltiin vanhusten asumisturvallisuuden ja arjesta selviytymiseen tarkoitettun 24 turvalaitteen, -järjestelmän ja -palvelun tunnettavuutta ja käytettävyyttä hoitajien oman työn ja vanhusten arjen tukena. Yleensä laitteiden hyöty nähtiin hieman suuremmaksi vanhuksille kuin hoitajille itselleen. Yhteistä hoitajien työtä ja vanhusten arkea tukevilla laitteilla oli se, että niillä voidaan tunnistaa vanhusten liikkumista tai liikkumattomuutta ja ulospoistumista. Laitteet, joilla vanhukset saavat hätätilanteessa yhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen, nähtiin sekä vanhuksia että hoitajia hyödyttävinä. Liiketunnistimeen perustuvaa valoa pidettiin sekä vanhusten että hoitajien kannalta hyödyllisimpänä laitteena. Myös lääkepussituksen todettiin auttavan molempia osapuolia. Paloturvallisuutta parantavat laitteet koettiin tärkeiksi molemmille ryhmille. Päälle unohtunut liesi on kotona asuville ja huonomuistisille vanhuksille turvallisuusriski.

Julkisuudessa keskustellaan siitä, että ihmiset itse huolehtivat omaan hyvinvointiinsa ja terveyteensä liittyvistä mittauksista. Hoitajien mukaan omaehtoiseen terveydenseurantaan tarkoitettulla etädiagnostiikkalaitteella on mahdollisuuksia, vaikka hoitajilla oli tässä vaiheessa vielä vähän kokemuksia niiden käytöstä.

Vanhusten asumisturvallisuutta ja arkea helpottavia teknologioita on olemassa. Tarve on lisätä tietoa niiden olemassaolosta ja saatavuudesta muun muassa vanhuspalveluista päättävillä tahoilla, hoitajilla, vanhuksille ja heidän omaisille. Monella vanhuksella jonkin laitteen ja palvelun hankintapäätöksen esteeksi tulee sen hinta. Osalla vanhuksia on omaisia, jotka saattavat hankkia näitä laitteita ja palveluja osaksi läheistensä asumisturvallisuuden tueksi ja osaksi hälventääkseen omaa sisäistä huolta vanhemmistaan. Käytännössä on kuitenkin lukuisa joukko vanhuksia, joille turvalaitteiden hankkiminen on taloudellisesti mahdotonta ilman yhteiskunnan tukea.

5 Yhteenveto ja pohdinta

Tutkimukseni lähtökohtana oli yhteiskunnallinen tavoite tuottaa laadukkaita ja tehokkaita vanhushpalveluja. Vanhusten hoivatyössä toimivat hoitajat toteuttavat käytännössä näitä tavoitteita. Tutkimuksessani analysoin, millaisiin ristipaineisiin vanhustyössä toimivat hoitajat joutuvat näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Tulosteni mukaan ristipaineita aiheutuu monelta suunnalta, kuten itse työn toteuttamisesta, työyhteisöstä, asiakkaiden taholta ja lisääntyvän teknologian myötä.

Tutkimukseni pääaineisto muodostui vuonna 2012 tehdystä postikyselystä vanhustyössä toimiville SuPerin jäsenille. Tulosten tulkinnassa käytin valmiiden vaihtoehtovastauksien lisäksi hoitajien kirjoittamia avovastauksia, joissa he ilmaisivat asiansa kiteytetysti omasta työstään, vanhustenhoivan nykytilasta ja sen kehitystarpeista. Näiden lisäksi hyödynsin aiemmin tehtyjä ryhmähaastatteluja vanhustyössä toimiville hoitajille.

Sosiologisesti tarkasteltu hoito- ja hoivatyö on ollut, ja on edelleen naisten työtä. Se on ollut naisille väylä päästä työmarkkinoille ja saada oma ammatti. Siihen liitetään erilaisten palvelujen ja avun tuottaminen terveille ja sairaille. Hoitajien työ vanhusten parissa painottui suurelta osin vanhusten perushoidon toteuttamiseen, mutta jopa 15 % asiakastyöhön liittyvään raportointiin. Hoitajien haastattelujen mukaan työ on muuttunut aiempaa hoidollisemmaksi. Vanhukset tarvitsivat paljon apua henkilökohtaisen hygienian hoidossa, ruokailussa, pyörätuoliin ja vuoteeseen siirtymisessä. Lisäksi hoitajat tekivät paljon hoitotoimenpiteitä, jakoivat ja annostelivat lääkkeitä. Kotihoidossa toimivat hoitajat hoitivat jonkin verran vanhusten asioita, kuten kauppa-asioita. Vanhusten lohduttaminen ja tukeminen oli monella hoitajalla kiinteä osa heidän työtä. Osalla hoitajista työtehtäviin liittyi jossain määrin siivousta, vaikka sen osuus virallisesta hoivasta on karsiutunut kustannussäästöjen myötä.

Sosiaaligerontologian osalta vanhustyössä kohtaavat eri sukupolvet. Työntekijöistä osa elää niin sanottua toista ikävaihetta. Siihen liittyy ansiotyö, perhe ja vastuu riippuvuussuhteessa olevista lapsista ja vanhemmista. Iäkkäämmät hoitajat alkavat lähestyä niin sanottua kolmatta ikävaihetta, jossa on mahdollisuus itsensä toteuttamiseen. Hoidettavien lailla myös hoitajat alkavat ikääntyä. Hoitajien keski-ikä olikin lähes 50 vuotta.

Samanaikaisesti ikääntyvien hoitajien kanssa hoidettavien määrä kasvaa, kun suuret ikäluokat alkavat tulla noin 85 vuoden ikään. Hoitajien mukaan heidän nykyiset asiakkaansa ovat heikkokuntoisimpia kuin aiemmin hoidettavat. Hoidon runsasta tarvetta kuvastaa se, että viidesosalla hoitajista useimmat tai kaikki hoidettavat olivat vuodepotilaita. Lisäksi oli paljon monisairaita ja muistisairaita. Yksi keskeinen tulevaisuuden kysymys on-

kin, kuinka pystymme vastaamaan heikkenevään huoltosuhteeseen, kun samanaikaisesti työvoima vähenee ja hoidettavien vanhusten määrä kasvaa.

5.1 Hoivatyön kuormittavuus

Ensimmäinen tutkimuskysymykseni koski työn kuormittavuutta. Vanhusten hoivatyö on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa. Kuormitusta tuli monelta suunnalta. Kuormitus heijastui myös työajan ulkopuolelle. Tutkimustulokseni tukivat aiempia tutkimuksia vanhustyön kuormittavuudesta. Muutosta tässä suhteessa ei ole tapahtunut, vaikka samanlaisia tuloksia on saatu vuodessa toiseen.

Hoitajista yli puolet piti työtään fyysisesti kuormittavana ja neljä hoitajaa kymmenestä pakkotahtisena ja henkisesti kuormittavana. Iäkkäämmät hoitajat kokivat fyysisen kuormituksen suurempana kuin nuoremmat työntekijät. Laitospaikoissa fyysinen ja henkinen kuormitus koettiin suurempana kuin kotihoidossa. Erilaiset nostot, kiertoliikkeet ja työskentely raskaissa olosuhteissa kuormittivat hoitajia. Hoitajista jopa kolme neljäsosaa työskenteli päivittäin kyyryssä, vääntyneessä tai muuten hankalassa asennossa ja kaksi kolmasosaa nosti tai siirsi raskasta esinettä tai ihmistä lähes päivittäin. Reilusti yli puolet hoitajista teki sitä useita kertoja päivän aikana. Kuormitus ilmeni väsymyksenä ja särkyinä. Töiden jälkeen hoitajista yli kolme neljäsosaa tunsi itsensä fyysisesti väsyneeksi lähes aina tai usein. Selkäkipua tunsi lähes aina tai usein yli neljä hoitajaa kymmenestä. Työn fyysisen kuormittavuuden vähentämiseksi on pohdittava, miten esimerkiksi nostoja voitaisiin helpottaa erilaisilla apuvälineillä. Henkinen uupuminen oli nähtävissä siinä, että lähes neljä hoitajaa kymmenestä koki lähes aina tai usein, ettei heillä ollut aikaa ”kelata” päivän tapahtua. Osalla hoitajista oli myös univaikeuksia joko työpaikan ihmissuhteiden vuoksi tai he kantoivat murhetta asiakkaiden selviytymisestä. Muun muassa univaikeuksia pidetään yhtenä stressin oireena (ks. Manka 2012).

Hankalat työolosuhteet, kuten kuumat ja kosteat olot, kuormittivat yli puolta hoitajista lähes päivittäin. Yli kolmannesta haittasivat työpaikan huono ilmastointi, työnantajan niukat resurssit, huonot työtilat, puutteellinen välineistö sekä puutteelliset puku- ja taukotilat. Kotihoidossa nämä olosuhteet vielä korostuivat, kun esimerkiksi kodin wc- ja peseytymistiloja ei ole suunniteltu sellaisiksi, että siellä toimii avustaja mukana.

Työn kuormittavuutta lisäsi henkilöstövajaus. Moni hoitaja toivoi lisää työntekijöitä. Perusteluina tälle esitettiin monisairaat ja heikkokuntoiset vanhukset, joiden hoitaminen vaatii aikaa. Reilua kolmasosaa haittasi kohtuuton työmäärä ja se, ettei suuria sairauslomamääriä noteerattu. Avovastauksissaan hoitajat ottivat kantaa myös hoitajamitoitukseen. Hoitajat toivoivat täsmennystä siihen, mitkä työntekijät voidaan laskea mukaan mitoitukseen. Mitoituksessa toivottiin otettavan huomioon hoidettavien kuntoisuus ja mitoitusta toivottiin myös kotihoitoon. Yli neljää hoitajaa kymmenestä haittasi työn pakkotahtisuus. Näiden lisäksi vuorotyötä pidettiin yhtenä kuormitustekijänä. Sen vähentämiseksi toivottiin muun muassa ergonomisia ja autonomisia työvuoroja.

Tutkimukseni osoitti, että hoitajat joustivat työajoissa, jotta työt tulivat tehtyä. Työpaikoilla tehtiinkin paljon ylitöitä. Kahdeksan hoitajaa kymmenestä teki ajoittain ylityötä ja puolet palkattomasti ylityötä. Lähes kaksi kolmasosaa ilmoitti, että työpaikalta puuttui henkilökuntaa sairauslomien, muiden vapaiden tai täyttämättömien virkojen vuoksi. Moni jätti ruokatauon pitämättä tai lyhensi sitä, koska oli liikaa tekemistä. Haittatekijänä pidettiin myös sitä, että työpaikalla käytettiin määräaikaista työntekijöitä eikä työntekijöiden uupumisesta välitetty. Tulokseni myös osoittivat, että monet hoitajat kokivat ristiriitaa ammattietiikan ja työntekemisen välillä sekä henkilöstöpulan vuoksi. Tämä on seikka, jota harvemmin tuodaan esille hoivatyön kuormittavuudesta puhuttaessa.

Henkisesti työnsä kuormittavaksi koki lähes puolet. Osa hoitajista tunsi ajoittain jonkinasteista turvattomuutta työpaikoillaan. Merkittävä kuormitustekijä oli asiakkaiden taholta tuleva häirintä, mikä on yksi sosiaalisen stressin muoto. Sitä tapahtui arvostelun, haukkumisen tai jopa aggressiivisen käytöksen muodossa. Arvostelua ja haukkumista koki yli puolet hoitajista viikoittain tai lähes päivittäin. Hieman harvemmin jouduttiin asiakkaan väkivallan tai sen uhkailun kohteeksi. Myös seksuaalista häirintää esiintyi. Ajoittain haukkuja ja kritisointia esittivät myös asiakkaiden omaiset. Osa hoitajista koki häiritseväenä asiakkaiden ja heidän omaisten tyytymättömyyden. Toisaalta asiakkaiden kiitollisuus ja tyytyväisyys olivat työn kannustavia piirteitä. Myös aiemmissa tutkimuksissa (vrt. Kröger & Vuorensyrjä 2009) oli havaittu työhön liittyvä väkivallan uhka, joten siinä mielessä se ei ollut mitenkään uusi eikä pieni ilmiö. Tästä huolimatta itseäni yllätti, kuinka paljon hoitajat joutuvat kokemaan väkivallan uhkaa työssään, vaikka julkisuudessa onkin puhuttu sosiaali- ja terveyspalveluissa toimivien työntekijöiden kokemasta väkivallasta tai sillä uhkaamisesta (vrt. Laine & Kokkinen 2013).

Aiempien tutkimusten tavoin tutkimukseni osoitti, että työyhteisöllä ja esimiesten toiminnalla on merkittävä vaikutus työhyvinvointiin. Hoitajia vaivasi enemmän esimiesten piittaamattomuus kuin heidän puuttuminen hoitajien töihin. Esimiesten epäoikeudenmukaisuus ja huonot työntekijä-esimies -suhteet häiritsivät osaa hoitajista. Oli myös tilanteita, joissa esimies oli suosinut toisia työntekijöitä. Sitä oli kokenut jossakin vaiheessa työuraa noin kaksi kolmasosaa hoitajista. Esimiehiltä toivottiin saavan kiitosta ja arvostusta sekä sitä, että he ottaisivat huomioon hoitajien näkemyksiä muun muassa vanhusten hoivan suunnittelussa.

Hoivatyöhön haittatekijöitä tarkastelin myös faktorianalyysin avulla piilomuuttujien havaitsemiseksi. Faktorianalyysi osoitti, kuinka työntekijävajaus sekä puutteelliset ja raskaat työolosuhteet heijastuivat työntekijöiden kokemuksiin haittatekijöihin. Tähän yhdistyi hoitajien kokemukset hoivahenkilökunnan vähäisyydestä, ristiriidat ammattietiikan sekä henkilöpulan ja työntekemisen välillä, kohtuuton työ määrä, huonot työtilat, työn pakko- tahtisuus, puutteellinen välineistö, työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus ja työn kuormittavuus.

Ikääntymisen myötä kysymykseen tulee töissä jaksaminen. Kyselyaineistoni perusteella noin kaksi kolmasosaa hoitajista arvioi jaksavansa työssään seuraavat kaksi vuotta. Van-

himmassa ikäluokassa (60–65 vuotta) vastaava osuus oli hieman yli kaksi viidesosaa. Kiinnostava, mutta jossain määrin huolestuttava oli alle 30 vuotta olevat hoitajat. Heistä vain jonkin verran yli puolet arveli jaksavansa nykyisessä toimessaan seuraavat kaksi vuotta. Tässä yhteydessä on kuitenkin todettava, että tähän ryhmään kuuluvia vastaajia oli vähän, jolloin yksittäisten henkilöiden tulokset korostuvat ryhmässä.

Avovastauksissaan hoitajat puuttuivat moniin kysymyksiin, jotka ovat olleet pitkään julkisuuden kestoaiheita. On oletettavaa, että nämä vanhustyöhön liittyvät pohdinnat vaikuttavat myös kuormittavasti heidän nykyiseen työhön. Erityisesti hoitajia mietitytti hoitajamäärän vähyys hoidettavien kuntoon nähden, hoitajamitoitus ja sen laskemisperusteet. Naisvaltaisen vanhustyön heikon arvostuksen todettiin heijastuvan huonona palkkana verrattuna miesvaltaisiin aloihin, vaikka vanhustyö on raskasta ja vastuullista.

Vanhustyön arvostus koettiin heikoksi niin sanotun suuren yleisön, kunnan virkamiesten ja poliitikkojen taholta. Tämä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa. Vähiten koettiin saatavan arvostusta poliitikoilta ja kunnan virkamiehiltä. Eräät hoitajat arvioivat, että vanhustyön heikko arvostus kuvastaa yleistä asennetta vanhuksia ja vanhuutta kohtaan. Heikon arvostuksen arveltiin vaikuttavan myös siihen, että vanhustyön kiinnostus nuorten keskuudessa heikkenee.

Hoitajien avovastauksissa hoitajia mietityttivät erityisesti vanhusten kotihoito, monisairaat vanhukset ja vanhuksille tarjottavan palvelun sisältö. Hoitajat toivoivat, että heillä olisi enemmän aikaa olla vanhusten seurana eikä pelkästään tehdä nopeasti vaadittavat perustoimenpiteet. Yhteiskunnalliseksi tavoitteeksi on asetettu, että vanhukset voivat asua kodissaan mahdollisimman pitkään. Toki moni vanhus itsekin toivoo sitä, ja se on yhteiskunnalle laitoshoidon taloudellisempi vaihtoehto. Kotona asuvien vanhusten tilanne huoletti monia hoitajia, sillä jossakin vaiheessa inhimillinen raja tulee vastaan kotona asumiselle. Monet kotona asuvat vanhukset voivat olla liian heikkokuntoisia asuakseen kotona. On pohdittava, pystytäänkö kotihoidossa turvaamaan kaikille vanhuksille riittävä ja asianmukainen hoiva nykyisillä resursseilla vai olisiko sittenkin joillekin kotona oleville vanhuksille parempi vaihtoehto jokin muu hoiva- tai hoitomuoto.

Monen hoitajan toiveena oli, että vanhuksille voitaisiin tarjota aiempaa yksilöllisempää palvelua ja lisätä virikkeellistä toimintaa ulkoilun ja harrastusten muodossa sekä lisätä kuntoutusta. Työvoiman lisäämisen ohella tilanteen parantamiseksi esitettiin vapaaehtoistoiminnan kehittämistä vanhusten ulkoiluttamiseen ja virkistystoimintaan. Samoin omaisten toivottiin osallistuvan nykyistä enemmän läheistensä sosiaaliseen toimintaan.

5.2 Hoivatyön kannustavuus

Toinen tutkimuskysymykseni kohdistui työn kannustavuuteen ja työssä jaksamiseen. Vanhusten hoivatyöhön sisältyy paljon työtyytyväisyyttä tuottavia tekijöitä. Sitä kuvasti muun muassa se, että monella työntekijällä oli pitkä ura vanhustyössä. Yli 20 vuotta alalla työtä

tehneiden hoitajien osuus oli kolmannes ja 11–20 vuotta tehneiden yli neljännes. Tämän perusteella näyttäisi siltä, että hoitajat olivat löytäneet oman ammattinsa ja pysyivät siinä.

Tutkimukseni mukaan yleisimmät perusteet hakeutua vanhustyöhön olivat edelleen halu auttaa ihmisiä ja saada oma ammatti. Vanhusten hoiva-alaa onkin pidetty hyvänä työllistäjänä. Tähän liittyen hoitajien avovastauksissa nousi esille se, että alle aikovien soveltuvuutta on tarve selvittää paremmin. Tämä on aihe, joka on noussut ajoittain myös julkiseen keskusteluun. Yksistään hyvä työllistyminen ei saa olla peruste hakeutua vanhustyöhön, vaan henkilön on osattava toimia ihmisläheisessä työssä. Onhan kyseessä työ, jossa on osattava toimia iäkkäiden ja hauraiden vanhusten kanssa.

Myönteinen havainto oli se, että lähellä eläkeikää olevista hoitajista yli puolet olisi valmis jatkamaan työssään vielä eläkkeellä, mutta se edellyttää erilaisia työaikajoustoja. Eniten oltiin kiinnostuneista satunnaisista keikkahommista. Tarvetta onkin selvittää laajemmin, millä edellytyksillä eläkkeelle jäävät hoitajat olisivat valmiita jatkamaan vanhusten hoivatyössä. Tosin nuoret ikäluokat olivat epävarmempia siitä, jatkavatko he tulevaisuudessa vanhustyössä. Nuorten epävarmuus jatkaa vanhustyössä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (vrt. Vuorensyrjä 2009), mikä on huolestuttavaa tulevaisuuden kannalta. NORDCARE2-seurantatutkimuksen tulokset osoittivat, että lisääntyneiden työpaineiden vuoksi noin kaksi viidesosaa koti- ja laitospaikoissa toimivista vanhusten hoitajista harkitsi töiden lopettamista (vrt. Kröger ym. 2018).

Aiempien sosiologisten tutkimusten tavoin työ koettiin sellaisenaan tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Tärkein tekijä, joka kannusti hoitajia jatkamaan omassa työssään, olivat asiakkaat. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat, että juuri asiakkaat saavat heitä jatkamaan työssään. Hoivan asiakkaat ja heiltä saatu myönteinen palaute sekä työn mielekkyys merkitsivät paljon useimmille hoitajille. Lisäksi monet tunsivat saavansa asiakkaan kohtaamisesta itsellensä.

Hoitajat pitivät työtä sinänsä kannustavana. Enemmistö koki, että heidän ammattitaitoonsa luotettiin. Työtä pidettiin mielekkäänä, monipuolisena ja siitä koettiin ammatitilpeyttä. Hoitajilla oli mahdollisuuksia itsenäiseen päätöksentekoon. Moni piti töitään kiinnostavana ja koki saavansa siitä työniloa. Enemmistö piti vastuita ja toimenkuvaansa selkeinä sekä hyvää työyhteisöä itsellensä merkityksellisinä. Myönteistä oli, että hoitajat arvostivat omaa työtään ja tunsivat saavansa arvostusta myös työtovereilta, asiakkailta ja heidän omaisiltaan, esimieheltään ja omalta perheeltään.

Merkityksellisiä olivat myös välilliset tekijät, kuten turvattu toimeentulo. Sitä piti tärkeänä lähes kahdeksan hoitajaa kymmenestä ja hyvää työterveydenhuoltoa reilusti yli puolet. Hieman vähemmän oli hoitajia, joille merkityksellisiä olivat täydennyskoulutusmahdollisuudet. Toisaalta yli puolet näki erikoistumismahdollisuudet ja työuralla etenemismahdolliset vähäisiksi tai ne eivät koskettaneet heitä lainkaan.

Hoivatyön kannustaviin tekijöihin liittyvä faktorianalyysi kiteytti, kuinka esimiehiltä saatu tuki, työnantajan antama tunnustus aikaansaannoksista, työpaikalla henkilökunnan

rohkaisu esittämään omia näkemyksiään toiminnasta ja hyvä työpaikan sisäinen tiedotus vahvistavat työtyytyväisyyttä.

Tutkimukseni osoitti, että töistä palautuminen jäi puutteelliseksi. Kolmanneksella ei ollut aikaa ”kelata” päivän tapahtumia. Hoitajista vajaa puolet ei miettinyt lainkaan tai mielti vain vähän töitä työajan ulkopuolella. Töistä palautumisessa auttoivat työelämän ulkopuoliset tekijät, kuten elämän pikkuasioista ja hiljaisuudesta nauttiminen, liikunta ja harrastukset. Tärkeitä olivat myös keskustelut työtovereiden kanssa. Niissä tapaamisissa hoitajat saattoivat keskustella töihin liittyvistä asioista, ja ne koettiin kuorman helpottajina.

5.3 Kokemukset teknologiasta

Kolmas tutkimuskysymykseni käsitteli hoivatyöntekijöiden kokemuksia teknologiasta. Teknologian tarpeellisuus tiedostettiin, kunhan se vastaa tarkoitustaan, on helposti käytettävä, joustava ja toimii ilman toimintahäiriöitä. Moni hoitaja oli kuitenkin sitä mieltä, ettei teknologian käyttö anna heille lisää aikaa käytettäväksi asiakkaiden kanssa. Paremminkin nähtiin, että teknologian avulla pyritään korvaamaan liikaa ihmisten vuorovaikutusta hoivatyössä. Hoitajilla ei kuitenkaan ollut pelkoa siitä, että teknologian käyttö johtaisi heidän työpaikansa menettämiseen.

Tietokone on keskeinen työväline hoitajien työssä. Hoitajat käyttivät sitä lähinnä asiakkaiden tietojen kirjaamiseen, ja se oli lähes päivittäistä. Lähes kolme neljäsosaa oli sitä mieltä, että tietokone helpottaa heidän työtään, vaikka ongelmiakin löytyi. Yhtä paljon oli hoitajia, joiden mukaan työajasta meni liikaa erilaisten asioiden kirjaamiseen tietokoneelle. Pohdittavana on, voidaanko kirjausjärjestelmää kehittää yksinkertaisemmaksi ja miten saada järjestelmät paremmin keskenään toimiviksi.

Hoitajista yli puolta harmitti usein vaihtuvat tietokoneohjelmat. Tilanteen helpottamiseksi hoitajat toivoivat ohjelmien yhteensopivuutta, päällekkäisten kirjaamisten vähentämistä ja parannusta perehdytykseen. Yksi sote-uudistuksen kulmakiviä tulee todennäköisesti olemaan se, kuinka erilaiset tietojärjestelmät saadaan yhteensopiviksi ja kuinka hyvin siinä saadaan turvattua asiakkaiden tietoturva.

Useimmat hoitajat käyttivät kännykkää työasioiden hoitamiseen. Osalla hoitajista asiakkaiden hälytykset, työlistat ja asiakaskäyntejä koskevat tiedot tulivat kännykkään. Kännykän käyttöön liittyi ajoittain ongelmia. Kännykkä jumittui tai kenttä ei riittänyt. Lisäksi monet kännykkään tulevat hälytykset saattoivat kuormittaa laitetta ja viestien tulkintaa. Toisaalta kännykällä voitiin olla pulmatilanteissa yhteydessä työtovereihin.

Tutkimuksessa tiedusteltiin 24 erilaisen turvalaitteen, -järjestelmän ja -palvelun tunnettavuutta. Laitteiden käytettävyyttä tiedusteltiin hoitajien oman työn kannalta ja vanhusten asumisturvallisuuden ja arjesta selviytymiseen näkökulmasta. Yleisesti todettiin, että niillä voidaan helpottavan enemmän vanhusten arjesta selviytymistä ja turvallisuutta kuin hoitajien omaa työtä. Mukana oli laiteryhmiä, jotka liittyivät asiakkaan omaehtoiseen ter-

veyden seurantaan ja hoitoon sekä interaktiivisen hoivaan. Julkisuudessa käydyn keskustelun perusteella tämäntyyppisen omahoidon ja terveydenseurannan toivotaan lisääntyvän. Hoitajat näkivät, että tämäntyyppisillä teknologioilla voidaan helpottaa heidän työtään sekä tukea vanhusten arjesta ja turvallista asumista. Käytännössä on pohdittava, kuinka voidaan välttää vanhusväestön eriarvoistuminen näiden laitteiden käyttömahdollisuuksissa ja -edellytyksissä, mitä on ollut havaittavissa digiosaamisen osalta.

Geronteknologia luo monia mahdollisuuksia, mutta siihen voi liittyä myös uhkakuvia. Vanhuksille suunnattua teknologiaa on runsaasti. Sen valinnassa on kiinnitettävä huomiota käyttäjän tarpeisiin ja -edellytyksiin. Muutoin huonoilla käyttöominaisuuksilla varustettu laite jää helposti käyttämättä. Tarve on saada erityisiä tiloja, joissa vanhukset voivat rauhassa kokeilla erilaisten apuvälineiden käytettävyyttä.

Tunnettavuus ja kokeilumahdollisuudet auttavat teknologisten apuvälineiden hyväksymistä. Tässä suhteessa myönteinen havainto on ollut, että apuvälineiden ja palvelujen saatavuudesta on alkanut olla pikkuhiljaa mainoksia mediassa. Onko tässä yksi viite siitä, että kasvava ikääntyvä väestöryhmä nähdään potentiaalisena kuluttajaryhmänä, jonka erityistuotteisiin kannattaa panostaa? Toivottavaa on, että apuvälineiden muotoiluun kiinnitetään aiempaa enemmän huomiota. Tietoa teknologian saatavuudesta on tarve levittää eri tahoille. Sitä tarvitsevat muun muassa alan ammattilaiset, yksittäiset ikääntyvät henkilöt ja heidän omaisensa sekä asunnon muutostöitä tekevät tahot.

Tärkeä pohdinnan aihe on se, kenen rahoituksella teknologisia turvalaitteita, -järjestelmiä ja palveluja voidaan hankkia vanhustalouksiin. Osalla vanhuksista on omaa varallisuutta kustantaa niitä. Joillakin myös omaiset saattavat tehdä näitä hankintoja. Käytännössä on kuitenkin paljon vanhuksia, joille ei ole varaa turvalaitteiden ja -palvelujen hankintaan. Tämä asettaa vanhukset eriarvoiseen asemaan. Silloin pohdittavaksi jää, missä määrin ja millä keinoin yhteiskunta osallistuu näiden laitteiden ja palvelujen hankintaan, koska ihmisten oletetaan asuvan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Yksi pohdinnan aihe liittyy ihmisten suhtautumiseen omaan vanhuuteensa ja mahdolliseen toimintakyvyn heikkenemiseen. On ikääntyviä henkilöitä, jotka eläkeiän lähestyessä tai eläkkeelle siirryttäessä remontoivat asuntoansa. Siinä vaiheessa olisi hyvä tilaisuus ajatella asunnon toiminnallisuutta, muunneltavuutta ja laitevalintoja vanhuuden kannalta. Tämä kuitenkin vaatii asennemuutosta. Vanhuuden tuomia rajoitteita ei ole helppo ajatella omalle kohdalle siinä vaiheessa, kun arkipäivän rutiinit onnistuvat ja vietetään ansaittua kolmatta ikävaihetta aktiivisesti toimien ja osallistuen.

5.4 Ehdotuksia jatkotutkimuksille ja toimenpiteille

Raskas fyysinen työ vaatii hyvää peruskuntoa, mikä auttaa työssä jaksamista. Tarvetta on selvittää, kuinka hoitajien kuntoa ylläpitävillä toimenpiteillä voidaan tukea heidän työkykyään ja millaisia vaikutuksia sillä on hoitajien työhyvinvointiin.

Lisääntyvän maahanmuuton myötä tulevaisuuden kysymykseksi muodostuu maahanmuuttotaustaisten vanhusten hoivan toteuttaminen. Mitkä ovat heidän odotuksensa vanhusten hoivalle? Pohjautuvatko heidän odotuksensa sukulaisten hoivaan vai yhteiskunnan toteuttamalle hoivalle? Myös heillä saattaa olla vaikeuksia suomen kielen kanssa, joten maahanmuuttotaustaisista hoitajista olisi tässä hyötyä. Tarve onkin selvittää, missä määrin maahanmuuttotaustaiset henkilöt ovat kiinnostuneita vanhustyöstä.

Suuntauksena on ollut, että isot palveluntuottajat ostavat pieniä yrityksiä. Lisäksi soite-uudistus tuo muutoksia vanhusten hoivapalveluihin. Tarvetta on tutkia tarkemmin, kuinka hoitajat kokevat nämä muutokset. Yksi aihe on myös selvittää, kuinka pienten hoivakotien omistajat kokevat nämä yhteiskunnalliset muutospaineet omassa työssään.

Tarvetta on selvittää, missä määrin ja kuinka tietokoneohjelmien suunnittelussa hyödynnetään ohjelmien todellisia käyttäjiä, jotta ohjelmista saadaan helppokäyttöisiä ja vältetään muun muassa päällekkäiskirjaamiselta.

Yksi tutkimuksen aihe on hyvinvointiteknologian lisääntyminen ja hyväksyttävyyss vanhusväestön keskuudessa. Hoitajat näkivät omalta osaltaan, että tällaisilla omaehtoiseen terveydenseurantaan tarkoitetuilla etädiagnostiikkalaitteilla on mahdollisuuksia. Kiinnostava on selvittää, missä määrin ikääntyvä väestö itse on valmis käyttämään näitä laitteita ja palveluja omaan hyvinvointiinsa ja terveyteensä ylläpitämiseen.

5.5 Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksellisesti väitöskirjani aihe oli laaja. Keskeisenä aiheena oli hoivatyön kuormittavuus ja sen vastapainona työn kannustavuus. Teknologian käyttö lisääntyy kaikilla aloilla, niin myös vanhustyötä tekevien hoitajien työssä ja heidän omassa elämässään, minkä vuoksi yhdistin myös teknologian osaksi tutkimustani. Tällä tavoin halusin tuoda tutkimuksellani vähemmän tutkitun näkökulman hoitajien työn kuormituksesta.

Validiteettitarkastelulla haetaan vastausta siihen, vastaako tutkimus siihen, mihin haettiin vastausta. Lähtökohtaisesti validiteetin varmistamiseksi käytin kyselylomakkeeni pohjana aiempia, vanhusten hoivatyötä selvittäviä kysymyksiä. Tutkimukseni pääaineistoni keräämisestä on kulunut jo jonkin verran aikaa. Se tehtiin vuonna 2012. Vaikka kyselyaineiston keräämisestä on kulunut aikaa, uskon aineistoni kuvaavan myös nykypäivän tilannetta vanhustyössä siitä käytävän yhteiskunnallisen keskustelun perusteella. Tuloksia tukevat myös keväällä 2018 valmistuneen NORDCARE₂-seurantatutkimuksen tulokset.

Hoitajien työn kannalta on merkitystä sillä, miten vanhuspalveluja toteutetaan. Tulosten käsittelyssä annoinkin paljon tilaa hoitajien avovastauksissa saaduille tuloksille. Niiden kautta tutkimuksessani kuului ”hoitajien oma ääni”. Tutkimukseni kannalta pidin tätä triangulaatiota hyödyllisenä. Tämä ”hoitajien äänen” esillenostaminen toi tutkimukseeni näkökulmia, jotka täydensivät numeerisen kyselyaineiston tuloksia. Hoitajat ilmaisivat kiteytetysti heitä pohdituttaneita asioita vanhustyön nykytilasta ja kehitystarpeista, jotka

olisivat kenties jääneet paitsioon. Uskon tämän ”kaksoiskatseen” lisännen työni validiteettia.

Laadullisessa tutkimuksessa tulosten tulkinnassa heijastuu muun muassa tutkijan arvomaailma, aiemmat kokemukset ja tutkimukset. Itse olin aiemmissa tutkimuksissa paneutunut vanhusten kotona-asumista tukeviin tutkimuksiin sekä vanhushuolteisiin. Lisäksi arvostan hoitajien tekemään työtä vanhusten parissa. Nämä molemmat heijastuvat tutkimuksessani.

Tutkimuksen reliabiliteetilla haetaan vastauksia siihen, miten luotettava ja toistettava mittausmenetelmä on. Tutkimusaineiston käsittely on kirjoittanut yksityiskohtaisesti tutkimuksen menetelmäosuudessa ja tarkastellut siinä myös tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Tilastollisissa analyyseissä (faktorianalyysi ja χ^2 -testi) tarkastelin niiden luotettavuutta ja yleistettävyyttä tilastollisten tunnuslukujen perusteella. Työn kuormittavuutta ja kannustavuutta koskevissa faktorianalyyseissä Cronbachin korkeat alfa-arvot tukivat tutkimukseni reliabiliteettia. χ^2 -testissä saatujen tulosten yleistettävyyden arvioinnissa käytin p-arvon raja-arvona $\leq 0,05$.

Kyselyyni vastanneiden keski-ikä oli melkein 50 vuotta, mikä on voinut vinouttaa kyselyni tuloksia. On todennäköistä, että ikääntyneemmät hoitajat vastasivat nuorempia hoitajia aktiivisemmin tutkimukseeni.

Tutkimuksessa tuli esille itselleni monia kiinnostavia asioita liittyen vanhustyössä toimivien hoitajien työhön. Toivon tutkimukseni valottavan sitä työkenttää ja niitä ristipaineita, missä vanhusten hoitajat toimivat nykyään. Lisäksi toivon, että tuloksia voidaan käyttää vanhustyössä toimivien hoitajien työn ja vanhushuolteiden kehittämiseen.

6 Lähteet

- Aaltonen, Tarja, Henriksson, Lea, Tiilikka, Tiina, Vuolukivi, Heli & Zechner, Minna (2014). Vanhusten hyvä elämä asiakirjoissa ja haastatteluissa. Teoksessa Anna Metteri, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.) *Terveys ja sosiaalityö*. PS-kustannus: Jyväskylä, 244–270.
- Aarva, Kim (2009). Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis 1421*. Tampere University Press. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7740-9>. Haettu 8.1.2012.
- Abbott, Andrew (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahosola, Päivi & Henriksson, Lea (2016). Ihana itsenäinen vanhuus! Kuntien vanhuuspoliittisten strategioiden toiveuni vanhuudesta ilman julkista hoivaa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2/2016*.
- Alanen, Leena (2001a). Lapset yhteiskunnallisena ilmiönä. Sosiologia ja sukupolvijärjestys. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 161–186.
- Alanen, Leena (2001b). Polvesta polveen. Sukupolvi sosiologisena käsitteenä ja tutkimuskohteena. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 97–115.
- Ala-Nikkola, Merja (2003). Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. *Acta Universitatis Tamperensis 972*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Alasoini, Tuomo (2007). Psykologisen sopimuksen murros ja työnteon mielekkyyden aleneminen – Hiipuva muutos suomalaisessa työelämässä? Teoksessa Antti Kasvio & Johanna Tjäder (toim.) *Työ murroksessa*. Helsinki: Työterveyslaitos, 106–120.
- Alasuutari, Pertti (2001). *Laadullinen tutkimus*. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Alkula, Raili, Malin Anne, Reisbacka, Anneli & Rytönen, Arja (1997). Vanhusten ja vammaisten itsenäistä selviytymistä pesutiloissa helpottavia ratkaisuja. *Työtehoseuran julkaisuja 354*.
- Andersson, Ruth A., Hsieh, Pl-Ching & Su, Hui-Fang (1998). Resource allocation and resident outcomes in nursing homes: Comparison between the best and the worst. *Research in Nursing and Health 21*, 297–313.
- Anttonen, Anneli & Zechner, Minna (2009). Tutkimuksen lähestymistapa hoivaan. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) *Hoiva, Tutkimus, politiikka ja arki*. Tampere: Vastapaino, 16–52.
- Arber, Sara & Ginn, Jay (1991). *Gender and Later Life. A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. London, Newbury, New Delhi: Sage.

- Armanto, Annukka (2005). Teknologiset sovellutukset apuna ikääntyneiden kotona selviytymisen tukena ja niiden tuomat osaamisvaatimukset sosiaali- ja terveydenhoitoalalla – kotihoidossa työskentelevien näkökulmia. Hyvinvoinnin rakentajat -hanke. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja D Työpapereita 25. Helsinki: Diakonia ammattikorkeakoulu.
- Ashley, Jo Ann (1976). *Hospitals, paternalism, and the role of the nurse*. New York: Teacher's College Press.
- Barnes-Farrell, Janet L., Rumery, Steven M. & Swody, Cathleen A. (2002). How Do Concepts of Age Relate to Work and Off-the-Job Stresses and Strain? A Field Study of Health Care Workers on Five Nations. *Experimental Aging Research*, 28:1, 87–98.
- Blyton, Paul & Jenkins, Jean (2007). *Key Concepts in Work*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1975). *Beyond Boredom and Anxiety. Experiencing of Flow in Work and Play*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Cooper, Cary L., Dewe, Philip J. & O'Driscoll, Michael P. (2001). A Special of strain. Job-related burnout. Teoksessa Cary L. Cooper, Philip L.J. Dewe & M.P. O'Driscoll (toim.) *Organizational stress*. Thousand Oaks, California: Sage, 79–115.
- Courtesy, Karen L. (2008). Privacy and senior willingness to adopt smart home information technology in residential care facilities. University of Pittsburg, School of Nursing, Department of Health and Community Systems, *Methods Inf Med* 1/2008.
- Denton, Margaret, Zeytinoglu, Isik Urla, Davies, Sharon & Lian, Jason (2002). Job Stress and Job Dissatisfaction of Home Care Workers in the Context of Health Care Restructuring. *International Journal of Health Services*, 32:2, 327–357.
- Durkheim, Emile (1985). *Itsemurha. Sosiologinen tutkimus*. Tammi.
- Durkheim, Emile (1990). *Sosiaalisesta työnjaosta*. Jyväskylä: Gaudeamus.
- Elovainio, Päivi (1997). 80 prosenttia tyytyväisiä vanhainkodissa? Kuinka tätä voidaan tulkita. *Gerontologia* 11 (3), 237–247.
- European Commission (2012). *The EU Contribution to Active Ageing and Solidarity between Generations*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission. *Employment and Decent work (2006). Promoting decent work for all – The EU contribution to the implementation of the decent work agenda in the world SEC(2006) 643*. https://ec.europa.eu/europeaid/sectors/human-development/employment-and-decent-work_en. Haettu 14.6.2017.
- Evertsson, Lars & Johansson, Stina (2008). Ett Hem till mer än namnet. Om hem som källa till oberoende och identitet bland äldre med hemtjänst. *Socialvetenskaplig tidskrift* 15:2, 135–151.
- Fennell, Graham, Phillipson, Chris & Evers, Helen (1988). *The sociology of old age*. Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.
- Finlex (2010). Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuolto lain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja kansan terveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lainvoimaantulosäännösten muuttamisesta. HE 304/2010 vp. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100304.pdf>. Haettu 16.8.2016.

- Finlex (2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Haettu 2.1.2014.
- Finne-Soveri, Harriet (2006). Kuka meitä hoivaa? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 122(12):1477–9.
- Fogelholm, Mikael, Raivio, Risto, Haapola, Ilkka & Karisto, Antti (2013). Ikihyvä Päijät-Häme, kymmenen vuotta. Teoksessa Ilkka Haapola, Antti Karisto & Mikael Fogelholm (toim.) Vanhuusikä muutoksessa. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimuksen tuloksia 2002–2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 7. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, 9–16. http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Vanhuusika_muutoksessa.pdf. Haettu 24.1.2017.
- Foner, Anne (1996). Age Norms and the Structure of Consciousness. Some Final Comments. *Gerontologist* 36:2, 221–223.
- Franssén, Agneta (1997). Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården. Lund: Arkiv förlag.
- Gardell, Bertil (1971). Produktionsteknik och arbetsglädje. En socialpsykologisk studie av industriellt arbete. Stockholm: Personaladministrativa rådet.
- Giddens, Anthony (2001). *Sociology*. 4th edition. Fully Revised and Updated. Oxford: Polity Press, Blackwell Publishers Ltd.
- Glasby, Jon (2003). Bringing down The “Berlin Wall”. The health and social care divide. *British Journal of Social Work* 33:7, 969–975.
- Glazer, Nona, Y. (1991). “Between a Rock and Hard place”: Women’s Professional Organisations in Nursing and Class, Racial, and Ethnic Inequalities. *Gender and Society* 6:3, 351–372.
- Haapakorpi, Arja & Haapola, Ilkka (2008). Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveystalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 35/2008.
- Haavisto, Ilkka (2010). Työelämän kulttuurivallankumous. EVAn arvo- ja asennetutkimus 2010. http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2010/04/tyoelaman_kulttuurivallankumous.pdf. Haettu 10.10.2016.
- Hackman, J. Richard & Oldham, Greg R. (1975). Development of Job Diagnostic. *Journal of Applied Psychology* Vol. 60(2), 159–170. <http://www.jwalkonline.org/upload/pdf/Hackman>. Haettu 14.6.2015. <http://dx.doi.org/10.1037/h0076546>.
- Hackman, J. Richard & Oldham, Greg R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Performance* 16, 250–279. [http://www.orbee.org/images/5cc-resource-files/1319789168_Hackman%20%26%20Old.ham%20\(1976\).pdf](http://www.orbee.org/images/5cc-resource-files/1319789168_Hackman%20%26%20Old.ham%20(1976).pdf). Haettu 4.7.2015.
- Hakanen, Jari & Seppälä, Piia (2013). Työn imu, psykologisten perustarpeitten tyydyttyminen työssä ja työn yksilöllinen muokkaus. Teoksessa Timo Kauppinen, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Saalo, Jouni Toikkanen, Seppo Tuomivaara, Sanni Uuksulainen, Marja Viluksela & Simo Virtanen (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012, seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 118–122. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>. Haettu 2.1.2017.

- Hakanen, Jari (2002). Työn imu ja työuupumus laajennetun työhyvinvointimallin kehittäminen ja testaaminen. *Psykologia* 37, 291–301.
- Harrington, Thomas L. & Harrington, Marcia K. (2000). *Gerontechnology – Why and How*. Maastricht: Shaker Publishing.
- Hellstén, Kristiina (2014). Työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus vanhustenhoidossa – seurantatutkimus ergonomisen kehittämistyön tuloksista. Turku: Painosalama. <http://docplayer.fi/1142375-Tyon-fyysinen-ja-psyyykinen-kuormittavuus-vanhustenhoidossa.html>. Haettu 18.12.2016.
- Henriksson, Lea (1998). Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka. *Stakes Tutkimuksia* 88. Helsinki: Stakes.
- Henriksson, Lea (2008). Reconfiguring Finnish welfare service workforce. *Inequalities and identity Equal Opportunities International* 27:1, 2008, 49–63.
- Henriksson, Lea (2010). Margaret Stacey terveystyön työnjaon tutkijana. Teoksessa Ulla Ashorn, Lea Henriksson, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.) *Yhteiskunta ja terveys: klassisia teoreettisia näkökulmia*. Helsinki: Gaudeamus, 113–125.
- Henriksson, Lea & Tiitinen, Sanni (2011). Lähihoitajan ammatti elämän risteysasemana: haastattelututkimus alalle hiljattain valmistuneista. *Työelämän tutkimus* 9:2, 120–133.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (2004). *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (2008). The Making of Medico-Managerial Care Work Culture in Public Home Care for the Elderly. Teoksessa Sirpa Wrede, Lea Henriksson, Håkon Høst, Stina Johansson & Betina Dybbroe (toim.) *Care Work in Crisis. Reclaiming the Nordic Ethos of Care*. Lund: Studentlitteratur, 131–152.
- Herzberg, Frederick (1987). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*. September–October 1987. http://www.facilitif.eu/user_files/file/herzburg_article.pdf. Haettu 16.1.2012.
- Hochschild, Arlie Russel (1983). *The Managed Heart: The Commercialisation of Human Feelings*. Berkely, Los Angeles: University of California Press.
- Hoitajien määrä on kutistunut. *Helsingin Sanomat* 11.10.2017.
- Hughes, Everett Cherrington (1958). *Men and Their Work*, London: IL Free Press of Glencoe. Collier-Macmillan Limited.
- Huhtanen, Pekka, Nygård, Clas-Håkan, Tuomi, Kaija & Martikainen, Rami (1996). Ikääntyminen ja kuormituksen oireet – seurantatutkimus kunta-alalla. *Gerontologia* 10:4.
- Hämäläinen, Päivi, Reponen, Jarmo, Winblad, Ilkka, Kärki Jarmo, Laaksonen, Maarit, Hyppönen, Hannele & Kangas, Maarit (2013a). *eHealth and Welfare of Finland Checkpoint 2011*. University of Oulu and National Institute for Health and Welfare. Report 5/2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-835-3>. Haettu 21.8.2018.
- Hämäläinen, Päivi, Kojo, Heta, Lanne, Marinka, Rytönen, Arja & Reisbacka, Anneli (2013b). *Ikäihmisen tulevaisuuden asuminen*. Kirjallisuuskatsaus. *VTT Technology* 79. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2013/T79.pdf>. Haettu 27.7.2014.
- Hämäläinen, Päivi, Lanne, Marinka, Jännes, Jere, Hanski, Jyri, Rytönen, Arja & Reisbacka, Anneli (2014). *Ikäihmisten tarvelähtöisten palveluiden kehittäminen yritysten ja julkisten toimijoiden yhteistyönä*. *TupaTurva-loppuraportti*. *VTT Technology* 155. Espoo: VTT. Saatavissa myös: <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2014/T155.pdf>.

- Ikonen, Veikko & Leikas, Jaana (2014). Ikäteknologian eettiset kysymykset – vastuullinen ja kestävä suunnitteluparadigma. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) *Ikäteknologia*. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 161–175.
- Ilmarinen, Juhani (2006). Pitkää työuraa. Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Toinen painos. Helsinki: Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö.
- International Labour Organization, ILO. Decent work. <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang-en/index.htm>. Haettu 14.6.2017.
- Intosalmi, Hennariikka, Nykänen, Jaana & Stenberg, Lea (2013). Teknologian käyttö ja asenteet 75–89-vuotiailla – Raportti kyselytutkimuksesta. Käkäte-raportti. http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/kakate_teknologian_kaytto_asenteet_75_89_netti.pdf. Haettu 21.11.2016.
- The Japan Times (2016). Osaka startup releases updated robot doll to keep seniors company. <http://www.japantimes.co.jp/news/2016/06/28/national/social-issues/osaka-startup-releases-updated-robot-doll-keep-seniors-company/#.WVjtH4VOJuk>. Haettu 2.7.2017
- Julkunen, Raija (2004). Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.) *Hyvinvoinnin ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 168–186.
- Juntunen, Kristiina & Salminen, Anna-Liisa (2011). Omaishoitajien jaksaminen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 78/2011. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28272/Selosteita78.pdf?sequence=>. Haettu 28.12.2016.
- Jyrkämä, Jyrki (2001). Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267–323.
- Jyrkämä, Jyrki (2015). Arvokkuuden monet tulkinnat – pohdintoja vanhustenhuollon etiikasta. *Gerontologia* 29:1, 35–40.
- Jyrkämä, Jyrki & Randell, Seppo (1987). Vanheneminen ja yhteiskunta. Vanhuuden ja vanhenemisen tarkkailua suomalaisen sosiaaligerontologisen tutkimuksen pohjalta. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitoksen työraportteja, sarja B 23. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Järvensivu, Anu (2010). Tapaus työelämä ja voiko sitä muuttaa? Toinen painos. Tampere: Tampere University Press.
- Järvensivu, Anu & Piirainen, Tatu (2012). Hyvän työn ehdot työpaikan arjessa. Teoksessa Pasi Pyöriä (toim.) *Työhyvinvointi ja organisaation menestys*. Helsinki: Gaudeamus, 80–98.
- Järvensivu, Anu & Toivonen, Minna (2013). Mielekäs työ osana elämää. Teoksessa Timo Kauppinen, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Saalo, Jouni Toikkanen, Seppo Tuomivaara, Sanni Uuksulainen, Marja Viluksela & Simo Virtanen (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2012* Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 52–55. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>. Haettu 3.1.2017
- Kalliola, Satu & Nakari, Risto (2010). Toimintatutkimus ja kuntien työelämän muutos. Teoksessa Tuula Heiskanen, Minna Leinonen & Anu Järvensivu (toim.) *Kohti uutta työelämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen*. Tampere: Tampere University Press, 35–148.

- Kangasniemi, Mari & Andersson, Cristina (2016). Enemmän inhimillistä hoivaa. Robottien avulla voitaisiin jo nyt tehdä viidennes sairaanhoitajien ja lähihoitajien töistä. Teoksessa Cristina Andersson, Ilkka Haavisto, Mari Kangasniemi Mari, Antti Kauhanen, Taneli Tikka, Lauri Tähtinen & Antti Törmä (toim.) Robotit tulevat. Koneet tulivat – mitä tapahtuu työpaikoilla? EVA Raportti 2/2016. Helsinki: Taloustieto, 34–54. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/09/Robotit-t%C3%B6ihin.pdf>. Haettu 27.7.2017.
- Karisto, Antti (2014). Muisti, identiteetti, ikäteknologia. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) Ikäteknologia. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 237–256.
- Karjalainen, Anna-Maija (2015). Hallitusohjelma ja digitalisaatio. Valtiovarainministeriö. Kuntamarkkinat 10.9.2015. <http://vm.fi/documents/10623/1638144/Hallitusohjelma+ja+digitalisaatio/8efa56a0-c48f-4bdd-a867-f584818a4be4>. Haettu 6.7.2017.
- Karvonen-Kälkäjä, Anja (2012). Unohtuiko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaisuudesta vanhusten vaikuttamismahdollisuuksien näkökulmasta. Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia 1/2012. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Kinnunen, Ulla & Feldt, Taru (2008). Stressi työelämässä. Teoksessa Ulla Kinnunen, Taru Feldt & Saija Mauno (toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. Toinen painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–37.
- Kinnunen, Ulla & Hätinä, Marja (2008). Työuupumus ja jaksaminen työelämässä. Teoksessa Ulla Kinnunen, Taru Feldt, & Saija Mauno (toim.) Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet. Toinen painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 38–55.
- Kivilehto, Sari, Lybeck, Tiina, Roos, Irene & Rytönen, Arja (2006). Ikäihmisten itsenäinen asuminen maaseudulla – edellytyksiä ja haasteita – Tutkimus Padasjoella ja Töyssässä. Työtehoseuran raportteja ja oppaita 24.
- Kivimäki, Riikka & Karttunen, Aija (2008). Terveystieteiden työntekijöiden työajat ja intressinäkökulmat. Teoksessa Tuula Heiskanen, Minna Leinonen & Anu Järvensivu (toim.) Kohti uutta työ- elämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen. Toinen painos. Tampere: Tampere University Press, 215–232.
- Korvajärvi, Päivi (1986). Naisten työyhteisöt – kahleita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Liisa Rantalaiho (toim.) Miesten tiede, naisten puuhut. Tampere: Vastapaino, 181–207.
- Koskinen, Simo, Aalto, Leena, Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva (1998). Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Koskinen, Simo (1983). Vanhusten asema Suomessa 1980-luvulta nykypäivään. Teoksessa Jan-Erik Ruth & Eino Heikkinen (toim.) Vanhuus Suomessa. Espoo: Weilin+Göös.
- Koskinen, Simo (1994). Ketkä kulloinkin ovat olleet vanhuksia. Teoksessa Raija Sailas & Sirkku Mikkonen (toim.) 55+ Katsaus ikääntyvien elinoloihin. Tilastokeskus, SVT, Elinotot 1994:1. Helsinki: Tilastokeskus, 9–31.
- Koskinen, Simo & Pohjolainen, Pertti (1986). Sosiaaligerontologinen tutkimus. Vanhustyö 1986:8, 11–16.
- Kröger, Teppo (2009a). Hoivapolitiikan rajanvetoja. Teoksessa Anneli Anttonen, Heli Valokivi & Minna Zechner (toim.) Hoiva, tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino, 99–125.
- Kröger, Teppo (2009b). Suomalainen hoivatyö palvelumuotojen välisessä tarkastelussa. Teoksessa Teppo Kröger, Anu Leinonen & Matti Vuorensyrjä (toim.) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja 6, 26–37. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/47699>. Haettu 22.8.2018.

- Kröger, Teppo (2009c). Suomalainen hoivatyö ammattien välisessä tarkastelussa. Teoksessa Teppo Kröger, Anu Leinonen & Matti Vuorensyrjä (toim.) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja6, 38–46. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/47699>. Haettu 22.8.2018.
- Kröger, Teppo & Vuorensyrjä, Matti (2009). Suomalainen hoiva pohjoismaisessa tarkastelussa. Teoksessa Teppo Kröger, Anu Leinonen & Matti Vuorensyrjä (toim.) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja 6, 47–59. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/47699>. Haettu 22.8.2018.
- Kröger, Teppo, Vuorensyrjä, Matti & Leinonen, Anu (2009a). Johdanto. Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja 6, 15–25. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/47699>. Haettu 22.8.2018.
- Kröger, Teppo, Leinonen, Anu & Vuorensyrjä, Matti (2009b). Tutkimuksen yhteenveto ja johtopäätökset. Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja 6, 110–113. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/47699>. Haettu 22.8.2018.
- Kröger, Teppo, Van Aerschot, Lina & Puthenparambil, Jiby Mathew (2018). Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto. YFI julkaisuja 6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8>. Haettu 22.8.2018
- Kuula, Arja (2001). Käytännön ohjeita. Tietoarkisto. Joulukuu 2001, 10–11. <http://www.fsd.uta.fi/lehti/fi/06/lehti.pdf>. Haettu 5.12.2016.
- Kuusi, Pekka (1963). 60-luvun sosiaalipoliittika. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. 4. painos. Porvoo: WSOY.
- Kärki, Jarmo, Laaksonen, Maarit & Hyppönen, Hannele (2012). Tieto- ja viestintäteknologian käyttö sosiaalihuollossa 2011. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 2/2012. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80371/667d3a8a-e3e4-4d8d-8552-492c3765fd5a.pdf?sequence=1>. Haettu 5.4.2015.
- Lahti, Pirkko (2012). Vanhustyön kääntopuoleet. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.
- Laine, Marjukka & Kokkinen, Lauri (2013). Terveys- ja sosiaalipalvelut. Teoksessa Timo Kauppien, Pauliina Mattila-Holappa, Merja Perkiö-Mäkelä, Anja Saalo, Jouni Toikkanen, Seppo Tuomivaara, Sanni Uksulainen, Marja Viluksela & Simo Virtanen (toim.) Työ ja Terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 202–207. <https://www.rtl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>. Haettu 3.1.2017.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2004). Aikaa työlle, aikaa perheelle. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Minna Salmi (toim.) Puhelin, mummo vai joustava työaika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Stakes, 30–39.
- Lammi-Taskula, Johanna, Salmi, Minna & Parrukoski, Sanna (2009). Työ, perhe ja tasa-arvo. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:55. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lammi-Taskula, Johanna, Suhonen, Anna-Stiina & Salmi, Merja (2004). Puolin ja toisin: tukea yli sukupolvien. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Minna Salmi (toim.) Puhelin, mummo vai joustava työaika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea. sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Stakes, 97–113.

- Laslett, Peter (1996). *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. Basingstoke: Macmillan Press LTD. Second Edition.
- Leikas, Jaana (2008). Ikääntyvät, teknologia ja etiikka. Näkökulmia ihmisen ja teknologian vuorovaikutustutkimukseen ja -suunnitteluun. VTT WORKING PAPERS 110. Espoo: VTT. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/workingpapers/2008/W110.pdf>. Haettu 22.1.2017.
- Leikas, Jaana (2014a). Ikälähtöinen kokonaisvaltainen suunnittelu. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) *Ikäteknologia*. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 103–116.
- Leikas, Jaana (2014b). *Ikäteknologia*. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) *Ikäteknologia*. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 17–28.
- Leikas, Jaana & Laukka, Marja (2014). Esteettisyys ikäteknologiassa. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) *Ikäteknologia*. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 177–185.
- Leiponen, Aija & Ylä-Anttila, Pekka (2000). Teknologia ja talouskasvu – Uusien kasvuteorioiden näkökulma. Teoksessa Tarmo Lemola (toim.) *Näkökulmia teknologiaan*. Helsinki: Gaudeamus, 128–148.
- Leiter, Michael & Maslach, Christina (2000). *Preventing Burnout and Building Engagement*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lemola, Tarmo (2000). Esipuhe. Teoksessa Tarmo Lemola (toim.) *Näkökulmia teknologiaan*. Helsinki: Gaudeamus.
- Leskinen, Jaakko (2000). Michel Callon ja sosiologian materialisointi. Tutkimuksen kohteena teknologia muutoksen dynamiikka. Teoksessa Tarmo Lemola (toim.) *Näkökulmia teknologiaan*. Helsinki: Gaudeamus, 176–192.
- Lesnoff-Caravaglia, Gari (2007). *Gerontechnology: The Challenge*. Teoksessa Gari Lesnoff-Caravaglia (toim.) *Gerontechnology: Growing Old in Technological Society*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 20–39.
- Lith, Pekka (2012). Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palvelutuottajista ja yritystoiminnan kehityksestä. TEM raportteja 24/2012. https://www.tem.fi/files/34089/TEMrap_24_2012.pdf. Haettu 1.11.2015.
- Malin, Maili (1996). Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1996:7. Helsinki: Helsingin kaupunki, tietokeskus.
- Manka, Marja-Liisa (2012). Työnilo. Helsinki: Talentum Media Oy. [http://verkkokirjahylly.talentum.fi/teos/BAFBEXGTFF#kohta:TY\(\(d6\)NILO\(\(20\)\)](http://verkkokirjahylly.talentum.fi/teos/BAFBEXGTFF#kohta:TY((d6)NILO((20))). Haettu 3.7.2015.
- Mannheim, Karl (1964). *Das Problem der Generationen*. Teoksessa Karl Mannheim (toim.) *Wissenssociologie*. Auswahl aus dem Werk. Eingeleitet und herausgegeben von Kurt H. Wolff. Berlin und Neuwied: Luchterhand.
- Marjomaa, Tarja (2011). Induktioketjutasojen vertailu. TTS:n tiedote. Asuminen, teknologia ja palvelut 5/2011 (661.)
- Marx, Karl (1974). Pääoma. Kansantaloustieteen arvostelua. 1. osa. Kustannusliike Edistys.
- Maslach, Christina & Jackson, Susan E. (1981a). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, Christina & Jackson, Susan E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, Vol. 2, 99–113.
- Maslach, Christina & Leitner, Michael (1997). *The Truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Masui, Anna (2016). Development of care robots growing in aging Japan. *The Japan Times*. <http://www.japantimes.co.jp/news/2016/01/27/national/social-issues/development-care-robots-growing-aging-japan/#.WVjw-4VOJuk>. Haettu 2.7.2017.
- Mauno, Saija & Ruokolainen, Mervi (2005). Organisaatiokulttuurin yhteys henkilöstön työhyvinvointiin ja työasenteisiin. Teoksessa Ulla Kinnunen, Taru Feldt & Saija Mauno (toim.) *Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Toinen painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–165.
- Melin, Harri, Blom, Raimo & Kiljunen, Pentti (2007). Suomalaiset ja työ. Raportti ISSP 2005 Suomen aineistosta. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 3, 2007. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (FSD) Tampereen yliopisto.
- Melkas, Helinä & Pekkarinen, Satu (2014). Hyvinvointiteknologia. Teoksessa Jaana Leikas (toim.) *Ikäteknologia. Vanhustyön keskusliitto. Tutkimuksia 2/2014*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 209–223.
- Miskelly, Frank G. (2001). Assistive technology in elderly care. *Age and Ageing* 2001: 30, 455–458.
- Molander, Gustav (2014). Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Muurinen, Seija (2003). Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis* 936. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäki, Outi (2011). Ikäteknologian kokeilut Suomessa. KÄKÄTE-raportteja 1/2001. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry ja Vanhustyön keskusliitto.
- Mäkikangas, Anne, Feldt, Taru & Kinnunen, Ulla (2008). Positiivisen psykologian näkökulma työhön ja työhyvinvointiin. Teoksessa Ulla Kinnunen, Taru Feldt & Saija Mauno (toim.) *Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Toinen painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 56–74.
- Nenonen, Antti (2007). Sähköpalokuolemat Suomessa. Tilastollinen tarkastelu vuosilta 2001–2006. Tukes-julkaisu 1(2007). Helsinki: Tukes.
- Nevala, Nina, Virtanen, Simo & Takala, Esa-Pekka (2010). Fyysiset kuormitustekijät. Teoksessa Timo Kauppinen, Rauno Hanhela, Irja Kandolin, Antti Karjalainen, Antti Kasvio, Merja Perkiö-Mäkelä, Eero Priha, Jouni Toikkanen & Marja Viluksela (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2009*. Helsinki: Työterveyslaitos, 64–66. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2009.pdf>. Haettu 3.1.2017.
- Nieminen, Suvi (2011). Kuulumisen politiikkaa. Maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66756/978-951-44-8458-2.pdf?sequence=1>. Haettu 18.6.2017.
- Niiniluoto, Ilkka (2000). Tekniikan filosofia. Teoksessa Tarmo Lemola (toim.) *Näkökulmia teknologiaan*. Helsinki: Gaudeamus.
- Nolan, Mike, Grant, Gordon & Keady, John (1996). *Understanding family care. A multi-dimensional model of caring and coping*. Buckingham: Open University Press.

- Nordlund, Marika (2014). Raportti jäsenyhteisöjen teknologiakyselyn tuloksista. Teoksessa Lea Stenberg, Marika Nordlund, Kirsi Alastalo, Kristina Forsberg, Hennariikka Intosalmi, Jaana Nykänen, Kirsti Pesola, Paula Ranta & Anne Virkkunen (toim.) Näkemyksiä ikäteknologiasta – KÄKÄTE-kyselyt yksissä kansissa. KÄKÄTE-raportteja 6/2014. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry ja Vanhustyön keskusliitto ry., 13–23. Saatavana myös http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Kakate_Kyselyt_nettiin.pdf. Haettu 3.3.2015.
- Nordlund, Marika, Stenberg, Lea, Forsberg, Kristina, Nykänen, Tiina, Ranta, Paula & Virkkunen, Anne (2014). Ikäteknologian monimuotoinen maailma – KÄKÄTE-projektin loppuraportti. KÄKÄTE-raportteja 4/2014. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry. ja Vanhus- ja lähimmäispalvelujen liitto ry. Saatavissa myös http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Kakate_Loppuraportti_nettiin.pdf. Haettu 28.3.2015.
- Nordlund, Marika, Stenberg, Lea & Lempola, Hanna-Mari (2014b). Tietoteknologian käyttö ja käyttämättömyyden syyt 75–89-vuotialla. Kooste kyselytutkimuksesta. KÄKÄTE-projekti (Käyttäjälle kätevä teknologia) ja LähiVerkko-projekti 2014. Saatavissa myös http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Gallup-kooste_172x248_netti.pdf. Haettu 20.11.2016.
- Noro, Anja, Mäkelä, Matti & Finne-Soveri, Harriet (2014). Analyysiä ympärivuorokautisen hoidon henkilöstömitoituksesta. Teoksessa Anja Noro & Hanna Alastalo (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2014. Tampere: JuvenesPrint – Suomen Yliopistopaino, 141–145. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-169-3>. Haettu 4.3.2015.
- Nurmi, Veli-Pekka (2001). Sähköpalojen riskienhallinta. Tukes-julkaisu 3/2001. Helsinki: Tukes.
- Nummenmaa, Lauri (2009). Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 3. painos. Helsinki: Tammi.
- Nummenmaa, Tapio, Konttinen, Raimo, Kuusinen, Jorma & Leskinen, Esko (1997). Tutkimusaineiston analyysi. Helsinki: WSOY.
- Nykänen, Jaana, Stenberg, Lea & Pesola, Kirsti (2014). Teknologia ikäihmisten omaishoidon tukena. Raportti kyselyn tuloksista. Teoksessa Lea Stenberg, Marika Nordlund, Kirsi Alastalo, Kristina Forsberg, Hennariikka Intosalmi, Jaana Nykänen, Kirsti Pesola, Paula Ranta & Anne Virkkunen (toim.) Näkemyksiä ikäteknologiasta – KÄKÄTE-kyselyt yksissä kansissa. KÄKÄTE-raportteja 6/2014. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. ja Vanhustyön keskusliitto ry., 79–96. http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Kakate_Kyselyt_nettiin.pdf. Haettu 6.4.2015.
- Nykänen, Jaana & Virkkunen, Anne (20014). Ikäihmiset automaattilla – Raportti kyselyn tuloksista. Teoksessa Lea Stenberg, Marika Nordlund, Kirsi Alastalo, Kristina Forsberg, Hennariikka Intosalmi, Jaana Nykänen, Kirsti Pesola, Ranta, Paula & Anne Virkkunen (toim.) Näkemyksiä ikäteknologiasta – KÄKÄTE-kyselyt yksissä kansissa. KÄKÄTE-raportteja 6/2014. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. ja Vanhustyön keskusliitto ry., 41–60. http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Kakate_Kyselyt_nettiin.pdf. Haettu 6.4.2015.
- Paasivaara, Leena (2002). Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Pakka, Jaana & Rätty, Tarja (2010). Työstä hyvinvointi. Helsinki: työturvallisuuskeskus TTK.

- Pantzar, Mika (1996). Kuinka teknologia kesytetään: kulutuksen tieteestä kulutuksen taiteeseen. Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksia. Helsinki: Tammi.
- Pantzar, Mika (2000). Tulevaisuuden koti. Arjen tarpeita keksimässä. Helsinki: Otava.
- Parsons, Talcott (1961). Introduction. Teoksessa Elaine Cumming & William E. Henry (toim.) *Growing old. The process of disengagement*. New York: Basic Books.
- Parsons, Talcott (1965). Foreword. Teoksessa Richard H. Williams & Claudine G. Wirths (toim.) *Lives through the years. Styles of life and successful aging*. New York: Atherton Press.
- Pekkarinen, Lauri, Sinervo, Timo, Elovainio, Marko, Noro, Arto, Finne-Soveri, Harriet & Laine, Juha (2004). Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes, Aiheita* 11(2004). Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena, Grönroos, Eija & Sarvi, Anu (2006). Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi, *Stakesin raportteja* 8/2006. Helsinki: Stakes.
- Pines, Ayala & Aronson, Elliot (1988). *Career Burnout. Causes and Cures*. Toinen painos. New York: The Free Press, Collier Macmillan.
- Pyykkö, Raija (2004). Valtion ja kirkon välissä: ammatillisen seurakuntadiakonian muotoutuminen. Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 110–143.
- Pyöriä, Pasi (2012). Johdanto. Hyvinvoiva henkilöstö, menestyvä organisaatio. Teoksessa Pasi Pyöriä (toim.) *Työhyvinvointi ja organisaation menestys*. Helsinki: Gaudeamus University Press, 7–22.
- Pöyhönen, Terhi (1975). Työtyytyväisyys – teoreettinen tarkastelu. *Työterveyslaitoksen tutkimuksia* 114. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Raappana, Anu & Melkas, Helinä (2009). Teknologian hallittu käyttö vanhuspalvelussa. Opas teknologianpäästösten ja teknologian käytön tueksi. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59191/isbn%209789522148650.pdf?sequence=5>. Haettu 6.4.2015.
- Rantalaiho, Liisa (1986). Reproduktion maisema. Teoksessa Liisa Rantalaiho (toim.) *Miesten tiede, naisten puuhut*. Tampere: Vastapaino, 19–56.
- Rantalaiho, Liisa (2004). Loppusanat. Teoksessa Lea Henriksson & Wrede Sirpa (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rantamaa, Paula (2001). Ikä ja sen merkitykset. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen, iän sosiologiaa*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 49–95.
- Rantanen, Johanna & Kinnunen, Ulla (2008). Työ, perhe-elämä ja hyvinvointi. Teoksessa Ulla Kinnunen, Taru Feldt & Saija Mauno (toim.) *Työ leipälajina*. Toinen painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 229–286.
- Rauhala, Pirkko-Liisa (1994). Hoiva ja hoito ammattina. Helsinki: WSOY.
- Reisbacka, Anneli & Rytönen, Arja (1999). Kotitalouskoneiden käyttöturvallisuuden edistäminen. *Työtehoseuran kotitaloustiedotteita* 1/1999 (541).
- Reisbacka, Anneli & Rytönen, Arja (2010). Ammatillisen kotisiivouksen hyviä käytäntöjä ja kehittämistarpeita. Kodin toiminnallisuus, teknologia ja palvelut. *TTS tutkimuksen tiedote* 4/2010.
- Reisbacka, Anneli & Rytönen, Arja (2014). Ikäihmistien arjen toiminnot ja niiden turvallinen hallinta. *TTS:n julkaisuja* 419. http://www.tts.fi/images/stories/tts_julkaisut/tj419.pdf. Haettu 20.9.2014.

- Reisbacka, Anneli, Rytönen, Arja, Kuisma Risto, Kymäläinen, Hanna-Riitta, Määttä Jenni, Toiviainen-Laine, Erja & Sjöberg, Anna-Maija (2008). Ammatillisen kotisiivouksen kuormittavuus ja puhtaustuloksen laatu. TTS tutkimuksen tiedotteita 4/2008 (631).
- Riley, Matilda White, Forner, Anne & Waring, Joan (1988). *Sociology of age*. Teoksessa Neil Smelser (toim.) *Handbook of Sociology*. Newbury, Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications, 243–290.
- Rosenmayr, Leopold (1976). *Schwerpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie)*. Teoksessa René König (toim.) *Handbuch der empirischen Sozialforschung*. Band 7. Familie, Alter. 2. völlig neuarbeitete Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 218–406.
- Rytönen, Arja & Reisbacka, Anneli (2002). Kotitalouskoneiden käyttöturvallisuus – turvalaitteiden ja -varusteiden toimivuus. Tukes-julkaisu 4/2002. Helsinki: Tukes.
- Rytönen, Arja & Reisbacka, Anneli (2014). Ikäihmisten arkea helpottavia tuotteita ja ratkaisuja. TTS:n tiedote: Asuminen, teknologia ja palvelut 2/2014 (681).
- Saari, Tiina (2014). *Psykologiset sopimukset ja organisaatioon sitoutuminen tietotyössä*. Acta Universitas Tampereensis 1944. Tampere: Acta Universitas Tampereensis.
- Saarinen, Erja (2001). Ikäihmiset mukana Elvi-hankkeessa. Sosiaaliturva 19/01. Helsinki: Huoltaja-säätiö, 9–10. <http://huoltaja-saatio-fi-bin.directo.fi/@Bin/edee080541d14bddb0c6bc7e6c2f9920/1532597307/application/pdf/177688/Sosiaaliturva19-2001.pdf>. Haettu 8.4.2015.
- Sairaanhoitajaliitto (2009). Teknologiahoitaja aukoo uria. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/9_2009/teema_gerontologinen_hoitotyö/teknologiahoitaja_aukoo_uria/. Haettu 19.1.2012.
- Salanko-Vuorela, Merja, Purhonen, Merja, Järnstedt, Pia & Korhonen, Annikki (2006). *Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006. "Hoitaahan ne joka tapauksessa."* Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto ry.
- Salmi, Minna (2004). Työn ja perheen yhteensovittamisen kentät. Teoksessa Minna Salmi & Johanna Lammi-Taskula (toim.) *Puhelin, mummo vai joustava työaika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki: Stakes, 1–9.
- Saloniemi, Antti & Virtanen, Pekka (2010). Joustavan huomisen varjossa? Teoksessa Tuula Heiskanen, Minna Leinonen, Anu Järvensivu & Simo Aho (toim.) *Kohti uutta työelämää? Tutkimuksen näköala työelämän kehitykseen*. Tampere: Tampere University Press, 78–108.
- Santamäki, Kirsti, Kankaanranta, Terhi, Henriksson, Lea & Rissanen, Pekka (2009). *Sairaanhoitaja 2005*. Peruseräraportti. Työraportteja 83/2009. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatutkimuksen instituutti. Työelämän tutkimuskeskus.
- Satka, Mirja (1994). Sosiaalinen työ peräänkatsojamiehestä hoivayrittäjäksi. Teoksessa Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen (toim.) *Armeliaisuus, yhteisöapu, Sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 261–339.
- Schaufeli, Wilmar, Salanova, Marisa, Gonzáles-Romá, Vicente & Bakker, Arnold B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71–92.

- Schnelle, John F., Simmons, Sandra F., Harrington, Charlene, Cadogan, Mary, Garcia, Emily M. & Bates-Jensen, Barbara (2004). Relationship of Nursing Home Staffing to Quality of Care. *Health Service Research* 39, 225–250.
- Simonen, Leila (1986). Naisten huolenpityö ja kodinhoitajan ammatti. Teoksessa Liisa Rantalaiho (toim.) *Miesten tiede, naisten puuhut*. Tampere: Vastapaino, 208–232.
- Simonen, Leila (1987). Kunnallinen kodinhoitaja: Suomalaisen naisammatin synty ja kehitys. Teoksessa Aino Saarinen, Eva Hänninen-Salmelin & Marja Keränen (toim.) *Naiset ja valta: näkökulmia ”hyvinvointivaltioon”*. Helsinki: Tutkijaliitto, 55–63.
- Simonen, Leila (1990). Contradictions of the Welfare State, Women and Caring. *Acta Universitatis Tampensis ser. A vol. 295*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sinkkonen, Sirkka (1967). Diakonissan rooli. *Sosiologia* 1, 15–19.
- Sipilä, Jorma (2005). Minkä instituutioiden varaan uskallamme turvamme rakentaa. *Sosiaaliturva* 93:9, 14–16.
- Sipilä, Jorma (2006). Äiti, koti ja isänmaa kilpailuvaltiossa. *Avauksia. Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006:4), 411–415.
- Siukola, Anna, Nygård, Clas-Håkon, Stålhammar, Hannu & Perkiö-Mäkelä, Merja (2004). Ergonomia ja työolojen kehittäminen vuosina 1992–2003. *Työ ja ihminen* 18 (2004):4, 318–327.
- Sonnentag, Sabine & Frese, Michael (2003). Stress in organizations. Teoksessa W.C. Borman, D.R. Ilgel & R.J. Klimoski (toim.) *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol 12. New York: Wiley, 453–491.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2012). Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>. Haettu 31.10.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2013). STM valmistelee vanhusten laitoshuollon vähentämistä. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/shm-forbereder-att-minska-pa-institutionsvarden-for-aldre. Haettu 16.8.2016.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2014). Kehittämishjelmat ja hankkeet. Sote-uudistus. 19.12.2014. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus. Haettu 8.1.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM (2016). Hoitajamitoituksen alarajaa ei lasketa. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hoitajamitoituksen-alarajaa-ei-lasketa. Haettu 2.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM & Suomen kuntaliitto (2001). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113941/ikaihminen.pdf?sequence=1>. Haettu 22.7.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM & Suomen kuntaliitto (2008). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. <http://docplayer.fi/18533751-Sosiaali-ja-terveysministerion-julkaisuja-2008-3-ikaihminen-palvelujen-laatusuositus-sosiaali-ja-terveysministerio-suomen-kuntaliitto.html>. Haettu 23.7.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM & Kuntaliitto (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelun parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>. Haettu 9.5.2017.

- Sosiaali- ja terveysministeriö, STM & Kuntaliitto (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf. Haettu 20.7.2017.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (2010). Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet. Selvityksiä 3:2010. https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Vanhusten_sosiaalihuollon_palvelut.pdf. Haettu 17.9.2018.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (2016). Kaltoinkohtelu ympärivuorokautisissa vanhustenhuollon yksiköissä työntekijöiden havainnoimana. Valviran kysely 25.2.–18.3.2016. Helsinki: Valvira. http://www.valvira.fi/documents/14444/1835702/Selvityksia_kaltoinkohtelu_vanhustenhuollon_yksikoissa.pdf/e530024a-9274-4cc1-b651-5d5c03a9661c. Haettu 12.7.2017.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (2017a). Sosiaalihuollon ammattioikeudet. Julkaistu 9.10.2017. <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-ammattioikeudet.l>. Haettu 22.10.2017 ammattioikeudet
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira (2017b). Terveystuolto. Ammattioikeudet. Julkaistu 23.1.2017. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>. Haettu 22.10.2017.
- Stacey, Margaret (1984). Who are the Health Workers? Patients and other Unpaid Workers in Health Care. *Economic and Industrial Democracy* 5:2, 157–184.
- Stressi ja työuupumus (2016). Helsinki: Työterveyslaitos. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tyostressi-ja-uupumus/>. Haettu 20.12.2016.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry, SuPer. Työtä lähellä ihmistä. http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/esitteet/235931%20Super_tyota%20lahella%20oinmista.pdf. Haettu 6.3.2012.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto ry, SuPer (2012a). Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012 SuPerin selvityksiä 2012. http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/selvitykset/Superselvitys_sivuttain.pdf. Haettu 27.6.2013.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, SuPer (2012b). Vanhustyön todellisuus – auttakaa! Lähi- ja perushoitajien näkemyksiä vanhusten laitoshoidon tilasta. http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/selvitykset/Vanhustyon_todellisuus_kysely_13_6_2012.pdf. Haettu 27.6.2013.
- Suominen, Tuula & Henriksson, Lea (2008). Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:6, 625–639.
- Sutela, Hanna & Lehto, Anna-Maija (2014). Työolojen muutokset 1977–2013. Suomen virallinen tilasto. http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/ytmv_197713_2014_12309_net.pdf. Haettu 30.4.2015.
- Syvänen, Sirpa & Kokkonen, Antti (2011). Hyvinvointia vanhuksille & työn iloa henkilöstölle. Yt্যা länteen hankkeen tulokset ja opetukset yhteistoiminnallisesta työyhteisöjen kehittämisestä. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Oppaita ja työkirjoja 2011:2. Helsinki: Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto.

- Tedre, Silva (1999). Hoivan sanomattomat sopimukset – Tutkimus vanhusten kotipalvelun työntekijöiden työstä. Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja nro 40. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Tedre, Silva (2004). Likainen työ ja virallinen hoiva. Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Helsinki: Gaudeamus, 63–83.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2013). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Suomen virallinen tilasto. Palkat ja työvoimakustannukset. Tilastoraportti 23/2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110490/Tr23_13.pdf?sequence=4. Haettu 1.11.2016
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2015a). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2014. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 21/2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/127104/Tr21_15.pdf?sequence=4. Haettu 26.10.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) (2015b). Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. Palkat ja työvoimakustannukset 2015. Tilastoraportti 26/2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26_15.pdf?sequence=4. Haettu 1.11.2016.
- Tikkanen, Ulla (2016). Omaishoidon arki. Tutkimushoivansidoksista. Väitöskirja. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 5 (2016). Yhteiskuntapolitiikka. Helsinki: Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto.
- Tilastokeskus (2009). Väestöennuste 2009–2060. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste. http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html. Haettu 4.10.2011.
- Tilastokeskus (2011). Naisten kokonaistyöaika on suurempi kuin miesten. Ajankäyttötutkimus 2009. Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. Elinolot 2011. http://tilastokeskus.fi/til/akay/2009/05/akay_2009_05_2011-12-15_tie_001_fi.html?ad=notify. Haettu 25.4.2016.
- Tilastokeskus (2013). Eri laitteiden ja yhteyksien yleisyys kotitalouksissa, toukokuu 2013. http://www.stat.fi/til/kbar/2013/06/kbar_2013_06_2013-06-27_kuv_012_fi.html. Haettu 1.7.2013.
- Tilastokeskus (2014). Kuluttajabarometri [verkkojulkaisu] joulukuu 2014, liitekuvio 12. Eri laitteiden ja yhteyksien yleisyys kotitalouksissa, marraskuu 2014. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/kbar/2014/12/kbar_2014_12_2014-12-29_kuv_012_fi.html. Haettu 6.3.2015.
- Toljamo, Maisa & Perälä, Marja-Leena (2008). Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelulaadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakesin raportteja 7/2008. Helsinki: Stakes.
- Turner, Bryan S. (1989). Ageing, status politics and sociological theory. *British Journal of Sociology* 40:4, 588–606.
- Turvallisuus- ja kemikaalivirasto, Tukes (2012). Palovaroin sähk- ja elektroniikkalaitteena. <http://www.tukes.fi/fi/Toimialat/Pelastustoimen-laitteet/Palovaroitimet/Palovarointinsahkolaitteena/>. Haettu 11.7.2013.
- Twigg, Julia (2000). *Bathing – the Body and Community Care*. London: Routledge.
- Tönnies, Ferdinand (1955). *Community and association (Gemeinschaft und Gesellschaft)*. London: Routledge & Kegan Paul.

- Törmä, Sinikka, Nieminen, Jarmo & Hietikko, Merja (2001). Ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista tukevan teknologian arviointi käyttäjänäkökulmasta. Turvahälytysjärjestelmät. Sosiaalikehitys Oy. Teknologian arviointeja. Geronteknologian-arvioinnin osaraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2001.
- Töttö, Pertti (2005). Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.
- Urponen, Kyösti (1994). Huoltoyhteiskunnasta hyvinvointivaltioon. Teoksessa Jouko Jaakkola, Panu Pulma, Mirja Satka & Kyösti Urponen (toim.) Armeliaisuus, yhteisöapu, sosiaaliturva. Suomalaisten sosiaalisen turvan historia. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 163–263.
- Vaarama, Marja & Noro, Anja (2005). Vanhusten palvelut. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=su000058. Haettu 30.3.2016.
- Vaarama, Marja, Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004). Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Roos, Milla (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Helsinki: Stakes, 36–59.
- Vaarama, Marja, Luomahaara, Jaakko, Peiponen, Arja & Voutilainen, Päivi (2001). Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymiseen sekä hoidon ja palveluiden kehittämiseen. Raportteja 259. Helsinki: Stakes.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008). Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE-julkaisuja 20. 2. painos. <https://etene.fi/julkaisut/2008>. Haettu 7.7.2017.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2010). Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa. Etene-julkaisuja 30. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504224027>. Haettu 27.12.2016.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2011). Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504222928>. Haettu 12.7.2017.
- Valtioneuvoston viestintäosasto (2015). Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Tiedote 591/2015. http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wysL0iZoni_groupId=10616. Haettu 30.3.2016.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010). Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto. http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf. Haettu 27.6.2013.
- Varila, Juha & Viholainen, Taija (2000). Työnilo tutkimuksen kohteeksi. Mitä uusia tuulia ja virikkeitä työnilon kokemukset tarjoavat henkilöstön tai organisaation kehittämiseen? Joensuun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia N:o 79. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Vartia, Maarit, Joensuu, Matti & Lindström, Kari (2010). Työorganisaatiot, johtaminen ja työilmapiiri. Teoksessa Timo Kauppinen, Rauno Hanhela, Irja Kandolin, Antti Karjalainen, Antti Kasvio, Merja Perkiö- Mäkelä, Eero Priha, Jouni Toikkanen & Marja Viluksela (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos, 75–83. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2009.pdf>. Haettu 3.1.2017

- Vartia, Maarit (2013). Työyhteisön voimavarat. Teoksessa Kauppinen, Timo, Mattila-Holappa, Pauliina, Perkiö-Mäkelä, Merja, Saalo, Anja, Toikkanen, Jouni, Tuomivaara, Seppo, Uuksulainen, Sanni, Viluksela, Marja & Virtanen, Simo (toim.) Työ ja Terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos, 79–82. <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>. Haettu 4.1.2017.
- Verma, Ira (2009). Kätevä-hanke, esiselvitys. 15.5.2009. Vanhustyön keskusliitto, TKK/Sotera. http://www.sotera.fi/pdf/KATEVA_090522_logolla.pdf/. Haettu 8.1.2012.
- Viikilä, Ville & Virkkunen, Tapio (2011). Sairaanhoidtajien kokemuksia tietotekniikasta. Hoitotyö ja tietotekniikka, viharakkaussuhde? Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Tampereen ammattikorkeakoulu. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36864/Viikila_Ville_Virkkunen_Tapio.pdf?sequence=2. Haettu 6.9.2013.
- Virkkunen, Anne (2014). Ikäihmisten mielikuvia teknologiasta Raportti teknologiakyselystä. Teoksessa Lea Stenberg, Marika Nordlund, Kirsi Alastalo, Kristina Forsberg, Hennariikka Intosalmi, Jaana Nykänen, Kirsti Pesola, Paula Ranta & Anne Virkkunen (toim.) Näkemyksiä ikäteknologiasta – KÄKÄTE-kyselyt yksissä kansissa. KÄKÄTE-raportteja 6/2014. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. ja Vanhustyön keskusliitto ry., 27–39. http://www.ikateknologia.fi/images/stories/Julkaisut/Kakate_Kyselyt_nettiin.pdf. Haettu 6.4.2015.
- World Health Organization, WHO (2016). Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252529/1/9789241511780-eng.pdf?ua=1>. Haettu 2.11.2017.
- Voutilainen, Päivi (2004). Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes. Tutkimuksia 142. Helsinki.
- Voutilainen, Päivi, Kauppinen, Sari, Heinola, Reija, Finne-Soveri, Harriet, Sinervo, Timo, Kattainen, Eija, Topo, Päivi & Andersson, Sirpa (2007). Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen. Teoksessa M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 154–189.
- Vroom, Victor H. (1964). Work and Motivation. New York, London Sydney: John Wiley & Sons.
- Vuorensyrjä, Matti (2006). Lähihoitajat 2015. Teoksessa Matti Vuorensyrjä, Merja Borgman, Tarja Kempainen, Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola (toim.) Sosiaalialan osaajat 2015. Sosiaalialan osaamis-, työvoima- ja koulutustarpeiden ennakointihanke (SOTENNA): loppuraportti. Sosiaalityönjulkaisusarja 4. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Helsinki: Opetushallitus, Euroopan sosiaalirahasto, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, 90–156.
- Vuorensyrjä, Matti (2009). Hoivatyön jättämisen ja siinä pysymisen aikomukset. Teoksessa Teppo Kröger, Anu Leinonen & Matti Vuorensyrjä (toim.) Hoivan tekijät. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa tarkastelussa. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön julkaisuja 6, 60–78. <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2006/106110Loppuraportti.pdf>. Haettu 6.4.2015.

- Väestöliitto. Kotisisaret helpottivat lapsiperheiden arkea. <http://www.vaestoliitto.fi/vaestoliitto/historia2/kotisisarkoulutus/>. Haettu 31.10.2016.
- Väyrynen, Erja (2003). Väestön ikääntyminen – haaste ja mahdollisuus teknologian ennakkoinnille ja innovaatioille – VIHMA. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 7/2003. Teknologiaosasto. Helsinki: Edita Publishing. [http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/0/14beba69de2ff20dc2256df00035c54f/\\$FILE/tura17teo.pdf](http://ktm.elinar.fi/ktm_jur/ktmjur.nsf/0/14beba69de2ff20dc2256df00035c54f/$FILE/tura17teo.pdf). Haettu 8.11.2015.
- Väyrynen, Riikka & Kuronen, Raija (2013). Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2012. Suomen virallinen tilasto 2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110583/Tr26_13.pdf?sequence=4. Haettu 3.8.2014.
- Wærness, Kari (1987). Huolenpito hyvinvointivaltiossa: feministinen näkökulma. Teoksessa Aino Saarinen, Eva Hänninen-Salminen & Marja Keränen (toim.) *Naiset ja valta*. Helsinki: Tutkijaliitto, 37–54.
- Wærness, Kari & Ringen, Stein (1987). *Women in The Welfare State. The Case of Formal and Informal Old-Age Care*. Teoksessa Robert Erikson, Erik Jørgen Hansen, Stein Ringen & Hannu Uusitalo (toim.) *The Scandinavian Model – Welfare States and Welfare Research*. New York: M.E.Sharpe, 161–173.
- Weber, Max (1978). *Economy and Society 1–2. An outline of interpretative sociology*. Berkeley: University of California Press.
- Weber, Max (1990). *Protestanttinen etiikka ja kapitalismin henki*. (Suomentanut Kyntäjä Timo). Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY.
- Wessman, Jenni, Erhola, Kaaren, Meriläinen-Porras, Satu, Pieper, Richard & Luoma, Minna-Liisa (2013). Ikääntynyt ja teknologia- Kokemuksiani teknologian käytöstä. *KÄKÄTE-tutkimuksia* 2/2013.
- Wrede, Sirpa & Henriksson, Lea (2004). Kahdenkerroksen väkeä. Kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa Lea Henriksson & Sirpa Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 210–234.
- Witz, Anne (1990). Patriarchy and Professions: The Gendered Politics of Occupational Closure. *Sociology* 24:4,675-690.
- Zemke, Ron, Raines, Claire & Filipczak, Bob (2000). *Generations at Work: Managing the Clash of Veterans, Boomers, Xers and Nexters in Your Workplace*. New York: Amacon.
- Yleisradio, Yle (2015a). Rehula: Säästämme ja säädämme alemman hoitajamitoituksen vanhuksille. http://yle.fi/uutiset/rehula_saastamme_ja_saadamme_alemman_hoitajamitoituksen_vanhuksille/8361068. Päivitetty 7.10.2015 klo 12:17. Haettu 27.4.2016.
- Yleisradio, Yle (2015b). Hallitus jyrähti: Lomia, ylityökorvauksia ja sunnuntailisiä leikataan. <https://yle.fi/uutiset/3-8289711>. Haettu 24.7.2017.
- Ylöstalo, Pekka & Jukka, Pirkko (2010). Työolobarometri. Lokakuu. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 34(2010).

Liitteet

Liite 1. Suomalaisen vanhuspalvelujen muotoutuminen 1930-luvulta 2000-luvulle

	Niukkuusaika (1930–1949)	Suuren murroksen aika (1940–1970)	Hyvinvointivaltion aika (1970–1990)	Hyvinvointi- yhteiskunnan aika (1990–)
	↓	↓	↓	↓
Tavoitteellinen ulottuvuus	Aktivoitumisvaihe	Luonnosteluvaihe	Elävöittämisvaihe	Uudentamismisvaihe
Vanhuspolitiikan tavoitteiden peruslinjat	Kuuliaisuuskeskeinen köyhäinhoito <ul style="list-style-type: none"> • velvollisuuslähtöisyys • rankaisuhenkisyys • toiminnan pysähtyneisyys 	Laitoskeskeinen vanhustenhuolto <ul style="list-style-type: none"> • itsenäistyminen • aseman vahvistaminen • laitosrakentaminen 	Kehityskeskeinen vanhuspalvelujen aika <ul style="list-style-type: none"> • palveluhenkisyys • vanhuskuvan kirkastaminen • palvelujen monipuolistuminen 	Toimintastrategia-keskeinen hoito- ja palvelujärjestelmä <ul style="list-style-type: none"> • yhteensovittaminen • laatutietoisuus • vanhuspolitiikan uudelleen muotoileminen
Ohjausmuoto	Normatiivinen ohjaus	Tarkentuva normiohjaus	Velvoittava tavoite- ja suunnitteluohjaus	Arvioiva informaatio-ohjaus
Kunnallisen toiminnan peruslinjat	Ponneton toiminta <ul style="list-style-type: none"> • vetäytyminen vastuusta • omavaraisuus 	Jarrutteleva toiminta <ul style="list-style-type: none"> • määräysten vastustaminen • valtiovaraistaminen 	Päätöksenteko kurinalaisuus <ul style="list-style-type: none"> • valtion määräysten myötäileminen • suunnitelmallisuus 	Päätöksenteon voimistuminen <ul style="list-style-type: none"> • uusien toimintavaihtoehtojen työstäminen • omavalvonta ja -vastuu
Hoito-organisaatioiden toiminta-ympäristöjen peruslinjat	Eristäytyvä kunnalliskoti <ul style="list-style-type: none"> • maatalousyhdistykunta • sekahuoltolaitos 	Julkistuva kunnalliskoti <ul style="list-style-type: none"> • byrokratisoituva vanhustenhuoltolaitos • henkilökunnan lisääminen 	Itsenäistyvä vanhainkoti <ul style="list-style-type: none"> • profiloituminen vanhuskodiksi • kuntouttava palvelukulttuuri 	Ulkoistuva vanhainkoti <ul style="list-style-type: none"> • monitoimitalomaisuus • arjen laadukkuus
Tosiasiallinen ulottuvuus	Säilyttävä hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> • arjesta selviytyminen • työkeskeinen hoitaminen • hoitajat valvojina 	Kollektisoiva hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> • yhtenäinen huolto-toiminta • varmistavat rutiinit • hoitajat sosiaalisen etiketin taitajina 	Yksilöivä hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> • henkinen hoito • yksilöllisyyden tukeminen • hoitajat osaajina 	Tasapainoileva hoitotyö <ul style="list-style-type: none"> • tehokas hoito • kustannustietoisuuden vahvistaminen • hoitaja erikoisosaajana
Yleiset kehityslinjat	↓	↓	↓	↓
	Aktivoitumisvaiheen säilyttävä hoitotyö (1930–1950)	Luonnosteluvaiheen kollektisoiva hoitotyö (1950–1970)	Elävöittämisvaiheen yksilöivä hoitotyö (1970–1990)	Uudentamismisvaiheen tasapainoileva hoitotyö (1990–)

Lähde: Paasivaara, Leena (2002). Suomalaisen vanhuspalvelujen muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Liite 2. Kyselylomake



Hyvä hoiva-alan ammattilainen

Toimivalla ja käyttäjäystävällisellä tekniikalla voidaan helpottaa ikäihmisten parissa työskentelevien hoivatyöntekijöiden työtä. Tekniikan tulisi olla helppokäyttöistä, mutta onko se sitä? Mitkä muut tekijät vaikuttavat hoivatyöntekijöiden työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen?

Muun muassa edellä mainittuihin kysymyksiin pyrin löytämään vastauksia tällä kyselyllä. Se liittyy Tampereen yliopiston sosiologian laitokselle tehtävään väitöskirjaani ”Teknologian vaikutus hoivatyöntekijöiden työtyytyväisyyteen ja turvallisuuden kokemiseen”. Tutkimustani ohjaa Tampereen yliopiston sosiologian laitoksella professori Harri Melin. Hanke liittyy myös TEKES-rahoitteeseen hankkeeseen Tulevaisuuden palvelukoti – seniori-ikäisten turvapalvelut, ”TupaTurva”.

TupaTurva-kuntahankkeessa mukana ovat Tampere, Kuopio ja sen liitoskunnat Riistavesi, Vehmersalmi ja Karttula, peruspalvelukeskus Oivaan kuuluvat kunnat Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki sekä peruskuntayhtymä Karviaiseen kuuluvat kunnat Karkkila, Nummi-Pusula ja Vihti.

Kysely on osoitettu edellä mainituissa kunnissa toimiville Suomen lähi- ja perushoitajaliiton (SuPer) jäsenille. Jäsenistön osoitteistoja ei ole luovutettu ulkopuolisille, vaan postituksen on hoitanut SuPer. Vastaukset käsitellään koodattuina, jolloin vastaajien henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa.

Toivottavasti Sinulla on aikaa vastata tähän kyselyyn. Kysely näyttää ensisilmäykseltä pitkältä, mutta suurin osa kysymyksistä on helposti vastattavia monivalitakysymyksiä. Vastauksen voit palauttaa oheisessa vastauskuoressa. Toivottavasti voit vastata kyselyyn mahdollisimman pian, viimeistään kahden viikon sisällä.

Jos Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Nurmijärven Rajamäellä, 12.3.2012

Ystävällisin terveisin

Arja Rytkönen
Tutkija
osoite: TTS – Työtehoseura
PL 5, 05210 Rajamäki
sähköposti: arja.rytkonen@tts.fi
puh: 044 7143 696

TTS – Työtehoseura ry

PL 5 (Kiljavantie6), 05201 Rajamäki – Nuolikuja 6, 01740 Vantaa – Sarkatie 1, 01720 Vantaa – Werlanderintie 170, 09220 Sammatti

Tämä lomake on Sinulle, joka hoidat työssäsi ensisijaisesti ikäihmisiä. Ruksaa kysymyksistä vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvaa nykyistä tilannettasi. Kokemuksesi ja asiantuntemuksesi ovat tärkeitä tutkimukseni ja yleensä hoiva-alan kehittämiseksi.

Oletko viimeisen 12 kuukauden aikana hoitanut työssäsi vanhuksia?

- Olen hoitanut
- En ole

Jos vastasit "En ole", Sinun ei tarvitse vastata muihin kysymyksiin. Pyydän Sinua kuitenkin palauttamaan lomakkeesi oheisessa vastauskuoressa.

Kiitos osallistumisestasi!

TAUSTATIETOJA

1. Oletko

- nainen
- mies

2. Milloin olet syntynyt?

vuonna 19 _____

3. Missä olet syntynyt?

- Suomessa
- jossain muussa maassa, missä? _____

4. Onko Sinulla koulutusta hoivatyöhön?

- ei ole
- kyllä, yhteensä alle kuukausi
- kyllä, yhteensä 1–5 kuukautta
- kyllä, yhteensä 6–11 kuukautta
- kyllä, yhteensä 1–2 vuotta
- kyllä, yhteensä 3–4 vuotta
- kyllä, yli 4 vuotta

5. Mikä on koulutuksesi nimike?

- lähihoitaja
- hoitoapulainen
- kodinhoitaja
- kotiaavustaja
- laitosapulainen
- perushoitaja
- hoitaja
- sairaanhoitaja
- kuntahoitaja
- sosionomi
- jokin muu, mikä? _____

6. Onko Sinulla mahdollisesti jokin muu koulutus?

- ei ole
- kyllä, mikä? _____

7. Mikä on nykyinen ammattinimikkeesi?

- lähihoitaja
- hoitoapulainen
- kodinhoitaja
- kotiaavustaja
- laitosapulainen
- perushoitaja
- hoitaja
- sairaanhoitaja
- kuntahoitaja
- jokin muu, mikä? _____

8. Mikä sai Sinut hakeutumaan hoiva-alalle?

Voit valita useita vaihtoehtoja

- halu auttaa ihmisiä
- saada oma ammatti
- saada varma työpaikka
- monipuoliset työtehtävät
- kutsumus
- arvostus
- sattuma
- jokin muu, mikä? _____

9. Kuinka kauan olet yhteensä työskennellyt vanhusten hoivatyössä?

- alle vuoden
- 1–5 vuotta
- 6–10 vuotta
- 11–20 vuotta
- yli 20 vuotta

TYÖSUHDE, -PAIKKA JA -AIKA

10. Mikä on toimipisteesi postinumero?

11. Mikä on työnantajasi?

- kunta tai kuntayhtymä
- kunnallinen liikelaitos
- yksityinen suuryritys, jolla on useampia toimipisteitä
- yksityinen pienyritys
- henkilöstönvuokrausyritys
- osuuskunta, säätiö, järjestö tai yhdistys
- jokin muu, mikä _____

12. Missä toimipaikassa pääasiassa työskentelet?

- kotipalvelussa
- kotisairaanhoidossa
- kotihoidossa
- palvelutalossa
- tehostetun palveluasumisen yksikössä
- ryhmäkodissa
- hoivakodissa
- perhekodissa
- päivätoiminnassa tai kuntoutuksessa
- terveyskeskuksen vuodeosastolla
- vanhainkodissa
- muualla, missä? _____

13. Joudutko päivän aikana siirtymään työssä kohteesta toiseen

- lähes aina
- joskus
- en koskaan

14. Millainen työsuhde Sinulla on tällä hetkellä?

- vakituinen työsuhde
- määräaikainen työsuhde, kuinka pitkä? _____

- tuntimääräinen työsuhteen (tuntipalkka)
- jokin muu, mikä? _____

ASIAKKAAT

19. Nimike iäkkäämmistä henkilöistä ei ole mitenkään vakiintunut. Mitä yleisnimitystä työpaikalla käytetään?

- ikäihminen
- seniori
- asukas
- potilas
- vanhus
- asiakas
- jokin muu, mikä? _____

15. Työskenteletkö koko- vai osa-aikaisesti?

- kokoaikaisesti
- osa-aikaisesti, noin _____ tuntia viikossa

16. Työskenteletkö tällä hetkellä pääsääntöisesti?

- säännöllisessä päivätyössä
- kaksivuorotyössä
- kolmivuorotyössä
- säännöllisessä yötyössä
- lauantaissä/sunnuntaiä
- keikkalaisena
- muu, mikä? _____

17. Onko työaikajärjestelmäsi oma valinta?

- kyllä
- ei ole

18. Miten kokonaistyöaikasi keskimäärin jakautuu viikossa, %:na?

- | | |
|---|------------|
| 1. välitön asiakastyö | _____ % |
| 2. asiakastyöhön liittyvät kirjalliset työt, raportoinnit | _____ % |
| 3. esimiestehtävät | _____ % |
| 4. muut hallinnolliset tehtävät | _____ % |
| 5. kokoukset | _____ % |
| 6. uusien työntekijöiden perehdytys | _____ % |
| 7. opiskelijoiden perehdytys | _____ % |
| 8. muuta, mitä _____ | _____ % |
| _____ | _____ % |
| _____ | _____ % |
| | yht. 100 % |

20. Minkä ikäisiä ovat suurin osa asiakkaistasi?

- Alle 65-vuotiaita
- 65–75-vuotiaita
- 76–85-vuotiaita
- yli 85-vuotiaita

21. Kuinka monta eri asiakasta autat keskimäärin työvuorosi aikana ja onko asiakasmäärä Sinusta sopiva? (Jos et työskentely kysyttynä aikana tai jos et työskentele suoraan asiakkaiden kanssa, kirjoita pisteiviivalle 0 (nolla))

työskentelyn ajankohta		Asiakasmäärän sopivuus		
		ei, se on liian pieni	kyllä, se sopiva	ei, se on liian suuri
1.	arkisin, päiväsaikaan noin asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	arkisin, ilta-aikaan noin asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	lauantaisin ja sunnuntaisin noin asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	öisin noin asiakasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Kuinka monella/moni asiakkaistasi, joita tavallisesti autat, mielestäsi ...

	ei kukaan	muutama	noin puolet	useimmat	kaikki
1.	tarvitsee apua päivittäisessä toiminnassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	on vuodepotilas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	on psyykinen sairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	on dementia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	on kehitysvamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	on alkoholiongelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	on ongelmia kuulon kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	on ongelmia näkökyvyn kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	samanaikaisesti useampi edellä mainituista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	jotain muuta mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Kuinka usein teet seuraavia työtehtäviä asiakkillesi tai asiakkaan kanssa?

	useasti päivässä	joka päivä	joka viikko	joka kuukausi	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
1. autat henkilökohtaisessa hygieniassa (esim. suihkussa, wc-käynneissä, vaipanvaihdossa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. autat saunottamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. autat siirtymään pyörätuolista tai sängystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ohjaat kävelyn harjoittelussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. jaat lääkkeitä tai annostelet lääkkeitä dosettiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. teet hoitotoimenpiteitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ohjaat puheenharjoittelussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. siivoat asiakkaan kotia, esim. imuroit, pyyhkit lattioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. valmistat lämpimän aterian (lounaan tai päivällisen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tarjoilet valmisruokaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. autat syömisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. juot kahvia tai vastaavaa yhdessä asiakkaan kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. laitat asiakkaan hiuksia, annat jalkahoitoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. käyt asiakkaan kanssa kävelyllä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. annat tukea ja lohdutusta asiakkaalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. annat tukea ja lohdutusta asiakkaan omaisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Kuinka usein teet seuraavia työtehtäviä?

	joka päivä	joka viikko	joka kuukausi	harvemmin kuin joka kuukausi	en koskaan
1. käyt asiakkaan kanssa lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. käyt asiakkaan kanssa tai hänen puolesta apteekissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. käyt asiakkaan kanssa tai hänen puolesta pankissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. käyt asiakkaan kanssa tai hänen puolesta jossain virastossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. käyt asiakkaan kanssa tai hänen puolesta kaupassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. käyt asiakkaan kanssa kampaajalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. käyt asiakkaan kanssa jalkahoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. otat yhteyttä asiakkaan omaisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. saat yhteydenottoja asiakkaittesi omaisilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. jotain muuta, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEKNIikka JA SEN KÄYTETTÄVYYs

25. Kuinka paljon keskimäärin käytät tietokonetta työvuorosi aikana työasioiden hoitamiseen?
(käytetty tietokoneaika/työvuoron pituus)

26. Kuinka paljon keskimäärin käytät kännykkää työvuorosi aikana työasioiden hoitamiseen?
(käytetty kännykkäaika/työvuoron pituus)

27. Onko Sinulla kotona käytössä tietokone?

- kyllä on
 ei ole

28. Mitä seuraavia työasioita hoidat työssäsi tietokoneella ja kuinka usein?

	joka kerta työvuoro- ni aikana	2-3 kertaa viikossa	kerran viikossa	kerran kuukau- dessa	1-2 kertaa vuodessa	en kos- kaan
1. kirjaat asiakkaisiin liittyviä tietoja tietojärjestelmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. kirjaat työaikasi työaikajärjestelmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. lähetät viestejä asiakkaillesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. lähetät viestejä asiakkaiden omaisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. lähetät asiakkaisiin liittyviä tietoja esimiehellesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. lähetät asiakkaisiin liittyviä tietoja työtovereillesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. otat yhteyttä kunnan/kuntayhtymän tai muihin viranomaisiin koskien asiakkaitasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. teet työvuorolistoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. teet yhteenvetoraportteja, tilastoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. teet tavaratilauksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. tarkastat laskuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. jotain muuta, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
1. tietokone helpottaa töitäni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. olen saanut työpaikallani riittävästi perehdytystä uusista tietokoneohjelmista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. tietokoneohjelmat vaihtuvat liian usein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. työajastani menee liian paljon aikaa erilaisten työasioiden kirjaamiseen tietokoneelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. saan nopeasti apua tietokonetta koskeviin ongelmiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. tekniikalla pyritään liikaa korvaamaan ihmisten vuorovaikutusta hoivatyössä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. tekniikka on mahdollistanut sen, että voin käyttää enemmän aikaa asiakkaiden kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. pelkään menettäväni työpaikan lisääntyneen tekniikan vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. työnantajallani ei ole taloudellisia mahdollisuuksia hankkia työntekijöilleen työtä helpottavia välineitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavassa on kysymyksiä, jotka liittyvät ikäihmisten hoivatyössä käytettävien turvalaitteiden käyttöön. Laitteiden käyttöä kysytään kolmella tavalla: laitteiden käytön yleisyyttä, vaikutusta asiakkaisiin ja omaan työhösi.

30. Kuinka usein joudut tekemisiin joko itse suoraan tai asiakkaasi kautta seuraavien turvalaitteiden tai -järjestelmien kanssa?

	useita kertoja päivässä	joka päivä	joka viikko	joka kuukausi	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	ei ole kokemusta
1. perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verenpaine, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnosoitaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. interaktiivinen Hoiva-TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. sormentunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. kiinteistössä oleva sprinklaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumista tai liikkumattomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. liesi, josta toista valitsimesta valitaan lieden teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. lieden turvajärjestelmä, jossa lieden läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee lieden pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. liesi menee automaattisesti pois päältä, jos lieden valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoisissa eri tuotemerkeillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee lieden pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. induktioliesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroitin on hälyttänyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. apteekin hoitama asiakaskohtainen laakepussitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. lääkkeen ottamista muistuttava laite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. turvapuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. jokin muu laite, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Mitä mieltä olet, helpottaisiko seuraavien turvalaitteiden tai -järjestelmien käyttö ikäihmisten hoivaympäristössä omaa työtäsi?

	helpot- taksi paljon	helpot- taksi jonkin verran	ei suo- ranaista vaiku- tusta	vaikeuttaisi jonkin verran	vaikeuttaisi paljon	en osaa sanoa
1. perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verensokeri, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnoositaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. interaktiivinen Hoiva-TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. sormentunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. kiinteistössä oleva sprinklaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumista tai liikkumattomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. liesi, josta toista valitsimesta valitaan liedien teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. liedien turvajärjestelmä, jossa liedien läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. liesi menee automaattisesti pois päältä, jos liedien valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoisissa eri tuotemerkeillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. induktioliesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroitin on hälyttänyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. apteekin hoitama asiakaskohtainen laakepussitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. lääkkeen ottamista muistuttava laite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. turvaphelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. jokin muu laite, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Sama kysymys asiakkaan kannalta. Mitä mieltä olet, lisäisivätkö seuraavat turvalaitteet tai -järjestelmät asiakkaittesi turvallisuutta ja arjesta selviytymistä?

	helpot- taisi paljon	helpot- taisi jonkin verran	ei suo- ranaista vaiku- tusta	vaikeuttaisi jonkin verran	vaikeuttaisi paljon	en osaa sanoa
1. perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verensokeri, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnosoitaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. interaktiivinen Hoiva-TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. sormentunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. kiinteistössä oleva sprinklaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumista tai liikkumattomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. liesi, josta toista valitsimesta valitaan liedien teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. liedien turvajärjestelmä, jossa liedien läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. liesi menee automaattisesti pois päältä, jos liedien valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoisissa eri tuotemerkeillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. induktioliesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroitin on hälyttänyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. apteekin hoitama asiakaskohtainen laakepussitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. lääkkeen ottamista muistuttava laite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. turvpuhelin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. jokin muu laite, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TYÖYMPÄRISTÖ JA -TILAT

33. Kuinka koet seuraavien henkilöiden/tahojen arvostavan työtäsi

	paljon	aika paljon	aika vähän	ei lainkaan	en osaa sanoa
1. sinä itse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. asiakkaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. asiakkaiden omaiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. työtoverit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. oma perheesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. lähin esimies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kunnan virkamiehet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. poliitikot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. "suuri yleisö"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Kuinka usein työssäsi tulee vastaan seuraavanlaisia tilanteita?

	lähes joka päivä	joka viikko	joka kuukausi	harvemmin kuin joka kuukausi	ei koskaan
1. teet palkallista ylityötä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. teet palkatonta ylityötä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. työnjako on epäselvä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. jätät rauokailutaukosi pitämättä tai lyhennät sitä, koska Sinulla on liikaa tekemistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. työpaikaltasi puuttuu henkilökuntaa sairaslomien, muiden vapaiden tai täyttämättömien virkojen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. nostat, siirät tai kannat jotain raskasta (ihmistä tai esinettä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. työskentelet kyyristyneenä, vääntyneissä tai muuten epämu- kavissa tai hankalissa työasennoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. työskentelet hankalissa olosuhteissa, esim. liian kuumassa, kosteassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Oletko kokenut seuraavanlaisia häirintätilanteita työssäsi?

	lähes joka päivä	joka viikko	joka kuukausi	harvemmin kuin joka kuukausi	ei koskaan
1. asiakas kritisoi tai haukkuu Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. asiakkaan omainen kritisoi tai haukkuu Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. asiakas käyttää väkivaltaa tai uhkaa sillä Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. asiakkaan omainen käyttää väkivaltaa tai uhkaa sillä Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. työpaikallasi on tullut uhkaavasti käyttäytynyt vieras henkilö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. asiakas lähentelee Sinua sukupuolisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. asiakkaan omainen lähentelee Sinua sukupuolisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. työtoverisi kritisoi tai haukkuu Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. työtoverisi lähentelee Sinua sukupuolisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. esimiehesi kritisoi tai haukkuu Sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. esimiehesi lähentelee Sinua sukupuolisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. olet joutunut muutoin työhöpaikkakiusatuksi*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. työkaverisi on joutunut työhöpaikkakiusatuksi*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. sinua syytetään suotta tekemättömistä töistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. esimiehesi suosii toisia työntekijöitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) kiusaa, kyykyttää, alistaa, aliarvioi, mitätöi, sulkee yhteisön ulkopuolelle

36. Miten hyvin seuraavat väittämät soveltuvat nykyiseen työhösi tai Sinuun itseesi?

	ei lainkaan	vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1. turvattu toimeentulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. riittävät tulot työmäärään nähden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. yleisesti arvostettu ammatti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. voit vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työsi pitää sisällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. mahdollisuus vaikuttaa työaikajärjestelyihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. mietin töitä työajan ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. näkyvät työtulokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. vastuu ja toimenkuva ovat selkeät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannostasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. saat tukea esimieheltäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. työtehtäväsi ovat kiinnostavia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. mahdollisuus työuralla etenemiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. mahdollisuus työnohjaukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. mahdollisuus täydennyskoulutukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. mahdollisuus erikoistumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. hyvä työyhteisö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. koet, että ammattitaitoosi luotetaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. aikaa keskustella työtoveriesi kanssa työasioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. hyvä työpaikkasi sisäinen tiedotus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. hyvä työterveyshuolto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. koet työniloa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. koet ammattiyhpeyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. hyvät asiakassuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. asiakkaiden kiitollisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. työnantajan tuki liikunta- ja kuntoilutoimintaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. koet työsi mielekkäänä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. työtehtävissäsi osataan ottaa huomioon asiakkaittesi kunnan heikkeneminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. työpaikallasi henkilökuntaa rohkaistaan esittämään omia näkemyksiään toiminnasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. asiakkaan kohtaamisesta saat myös itsellesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. jokin muu, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Mitkä ovat tuntemuksesi työvuoron jälkeen?

	lähes aina	usein	harvoin	ei koskaan
1. tunnet itsesi fyysisesti väsyneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. tunnet selkikipua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. tunnet itsesi henkisesti uupuneeksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. sinulla ei ole aikaa "kelata" päivän tapahtumia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. sinulla on univaikeuksia, koska työpaikkasi ihmissuhteet valvottavat sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. sinulla on univaikeuksia, koska olet huolestunut asiakkaittesi selviytymisestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. sinulla on univaikeuksia työsuhteen epävarmuuden vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. jatkuvasti vaihtuvat työpaikat rasittavat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. olet ärsyyntynyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. jotain muuta, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Miten haitalliseksi koet seuraavat tekijät nykyisessä työssäsi?

	ei lain- kaan	vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
1. työn yksitoikkoisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. työn pakkotahtisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. työaikojen sopimattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. turhat työtehtävät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. esimiehen liiallinen puuttuminen työhösi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. esimiehen piittaamattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. esimiehen epäoikeudenmukaisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. esimies "kyykyttää"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. huonot työntekijä-esimies-suhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. työkaverit "kyttäävät" tekemisiäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. syyllistetään toisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ylläpidetään näennäisilmapiriä, ettei ongelmia ole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ilmapiiri on kireä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. huono tiedonkulku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ongelmista supistaan pienessä piirissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. puhutaan pahaa takanapäin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko työssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. eri ammattikuntien kateus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. suuria sairaslomamääriä ei noteerata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. työntekijöiden jaksamattomuudesta ei välitetä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. jatkuva työntekijävajaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. määräaikaisten työntekijöiden suuri määrä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ulkomaalaistaustaiset työntekijät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. kohtuuton vuorotyörasitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. asiakkaiden tyytymättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. asiakkaiden omaisten tyytymättömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. asiakkaiden moniongelmaisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. työn henkinen rasittavuus/kuormittavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. työn fyysinen rasittavuus/kuormittavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. fyysinen turvallisuus työpaikalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. huonot työtilat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. puutteellinen välineistö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. puutteelliset puku- ja taukotilat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. huono ilmastointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. paljon paperityötä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. kohtuuton työmäärä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. työ yksinäistä puurtamista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. kannettava yksin liikaa vastuuta asiakkaista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. hoivahenkilökuntaa liian vähän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. työpisteiden vaihtuvuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. eri mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ristiriita ammattietiikan ja työn tekemisen välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ristiriita ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. huoli työpaikan menettämisestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Ovatko työolosuhteesi mielestäsi parantuneet tai huonontuneet viime vuoden aikana?

- yleisesti ottaen parantuneet
- ei muutosta
- yleisesti ottaen huonontuneet
- en osaa sanoa

40. Onko työtilanteesi parantunut tai huonontunut viime vuosien aikana?

- yleisesti ottaen parantuneet
- ei muutosta
- yleensä ottaen huonontuneet
- en osaa sanoa

41. Ovatko nykyisin hoidossa olevat asiakkaat parempi- vai huonompikuntoisia kuin aiempina vuosina hoidossa olleet?

- yleisesti ottaen parempikuntoisia
- ei ole eroa
- yleisesti ottaen huonompikuntoisia
- en osaa sanoa

42. Koetko, että työturvallisuutesi on vaarantunut?

- kyllä, hyvin suuressa vaarassa
- kyllä, melko suuressa vaarassa
- ei, melko vähäisessä vaarassa
- ei lainkaan vaarantunut
- en osaa sanoa

43. Koetko, että fyysinen terveytesi on vaarassa työsi takia?

- kyllä, hyvin suuressa vaarassa
- kyllä, melko suuressa vaarassa
- ei, melko vähäisessä vaarassa
- ei lainkaan vaarantunut
- en osaa sanoa

44. Koetko, että psyykinen terveytesi on vaarassa työsi takia?

- kyllä, hyvin suuressa vaarassa
- kyllä, melko suuressa vaarassa
- ei, melko vähäisessä vaarassa
- ei lainkaan vaarantunut
- en osaa sanoa

45. Ilmoitatko asiakkaiden tai heidän omaistensa häiriökäyttäytymisestä syntyneet uhkatilanteet eteenpäin

- kyllä
- en

46. Käsitelläänkö työpaikallasi yhdessä siellä tapahtuneita vaara- tai uhkatilanteita?

- kyllä, **
 - ei
 - en osaa sanoa/ei ole koskaan sattunut sellaista
- ** miten? _____
-

47. Onko työnantajasi opastanut, kuinka Sinun tulee toimia uhkaavissa vaaratilanteissa työssäsi?

- kyllä
- ei ole

48. Koetko, että työnantajasi on riittävästi syventynyt työntekijöiden työturvallisuuteen?

- kyllä, **
 - ei ole
 - en osaa sanoa
- ** miten? _____
-

49. Kuinka monta kertaa olet viimeisen 12 kuukauden aikana ollut sairautesi vuoksi poissa töistä?

- en kertaakaan
- kerran
- 2–5 kertaa
- enemmän kuin 5 kertaa

50. Kuinka monta kertaa olet viimeisen 12 kuukauden aikana mennyt töihin, vaikka terveydentilaasi ajatellen Sinun olisi pitänyt oikeastaan olla sairauslomalla?

- kerran
- 2–5 kertaa
- enemmän kuin 5 kertaa
- en kertaakaan

KOTITYÖT JA TYÖSTÄ PALAUTUMINEN

51. Kuinka asut?

- yksin
 kahdestaan puolison kanssa
 puolison ja lasten kanssa
 lasten kanssa
 vanhempieni kanssa
 jokin muu asumismuoto, mikä? _____

52. Kuinka kotonasi hoidetaan taloustyöt

	aina	lähes aina	harvoin	ei koskaan
1. hoidan itse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. puolisoni hoitaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. lapset hoitavat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. vanhempani hoitavat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hoidatte porukalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. siivouksen hoitaa ostettu siivouspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Koetko, että seuraavat tekijät auttavat Sinua palautumaan työstäsi?

	paljon	jonkin verran	hieman	ei lainkaan
1. keskustelut työtovereiden kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. keskustelut kotijoukkojen kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. keskustelut ystävien kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. kotitöiden tekeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. saunominen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. mökkeily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. harrastukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. musiikki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. liikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. lukeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. hiljaisuudesta nauttiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. lomamatkat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. uskonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. vapaaehtoistyö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. omien lasten auttaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. elämän pikkuasioista nauttiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. unelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. rentoutusohjelmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. jokin muu, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Mitkä tekijät saavat Sinut jatkamaan työssäsi?

	kyllä	ei
1. työ sellaisenaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. asiakkaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. mukava työilmapiiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. taloudelliset tekijät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. lyhyt työmatka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. paikkakunnalla on vaikea saada vastaavaa työpaikkaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kutsumus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. iäkkään henkilön on vaikea saada uutta työpaikkaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. nuoren henkilön on vaikea saada työpaikkaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. jotain muuta, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Mikä on eläkeikäsi? _____

56. Uskotko, että jaksat työskennellä nykyisessä työssäsi kahden vuoden kuluttua

- melko varmasti jaksan
- en ole varma jaksanko
- tuskin jaksan
- vaikea sanoa, koska olen silloin jo työelämän ulkopuolella
- vaikea sanoa, koska en halua jatkaa nykyisessä työpaikassa

57. Mitä arvelet, olisitko valmis jatkamaan työuraasi tultuasi eläkeikään eli käyttämään hyväksesi liukuma-aikaa eläkkeelle siirtymisessä?

- kyllä, jatkaisin töissä ilman mitään työajan muutoksia, kuinka kauan? _____
- kyllä, jatkaisin säännöllisessä osa-aikatyössä, kuinka kauan? _____
- kyllä, tekisin satunnaisia keikkahommia
- en jatkaisi missään tapauksessa
- en osaa sanoa

LOPUKSI SANA ON VAPAA ...

Jos Sinä saisit päättää, mitä muutoksia haluaisit toteuttaa vanhusten hoivassa/hoidossa?

Jos Sinulla on jotain muuta aiheeseen tai tutkimukseen liittyvää, niin kirjoita siitä alla olevaan tilaan

Suuret kiitokset vastauksistasi ja vaivannäöstäsi!

Liite 3. Uusintapyyntö kyselyyn vastaamiseksi



Nurmijärven Rajamäellä, 26.4.2012

Hyvä hoiva-alan ammattilainen

Sait maalis-huhtikuun vaihteessa kyselyn, joka liittyy väitöskirjaani ”Teknologian vaikutus hoivatyöntekijöiden työtyytyväisyyteen ja turvallisuuden kokemiseen”. Jos olet jo vastannut kyselyyn, tämä uusintapyyntöni on osaltasi aiheeton.

Toivottavasti Sinulla on nyt aikaa vastata kyselyyni. Asiantuntemuksesi ja kokemuksesi ovat tärkeitä alan kehittämiseksi. Ensisilmäyksellä kysely saattaa näyttää pitkältä, käsitelläänhän siinä hoivatyötä monelta kantilta. Suurin osa kysymyksistä on kuitenkin monivalintakysymyksiä, mikä nopeuttaa vastaamista.

Voit vastata kyselyyn, vaikka työpaikkasi tai asuntosi ei olisikaan kyselyn etusivulla mainituissa kunnissa. Kaikki vastaukset ovat tervetulleita. Vastaukset käsitellään koodattuina, jolloin Sinua henkilönä ei voida tunnistaa

Jos Sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiisi.

Ystävällisin terveisin ja hyvää kevään jatkoa toivottaen

Arja Rytkönen
Tutkija
osoite: TTS – Työtehoseura
PL 5, 05210 Rajamäki
sähköposti: arja.rytkonen@tts.fi
puh: 044 7143 696

TTS – Työtehoseura ry

PL 5 (Kiljavantie6), 05201 Rajamäki
Nuolikuja 6, 01740 Vantaa – Sarkatie 1, 01720 Vantaa – Werlanderintie 170, 09220 Sammatti – Kangaskatu 1, 45200 Kouvola

Liite 4. Hoitajien sosiaali- ja terveysalan perus- ja lisäkoulutus

Hoiva-alan koulutus	n	%, laskettu vastaajamäärästä (N=357)
Lähihoitaja	230	64,4
Perushoitaja	99	27,7
Apuhoitaja	30	8,4
Kodinhoitaja	26	7,3
Kuntohoitaja	5	1,4
Sairaanhoitaja	4	1,1
Laitosapulainen	3	0,8
Sairaala-apulainen	3	0,8
Kotiavustaja	2	0,6
Hoitaja	1	0,3
Kotiavustaja	1	0,3
n	404	

Muu terveyden ja sosiaalialan perus- ja lisäkoulutus

Lastenhoitoala:päivähoitaja (4 kpl), päiväkotiapulainen (1 kpl), perhepäivähoitaja (11 kpl)	16	
Vanhustyön eat (4), vanhustyö (1)	5	
Dementoituneen asiantuntija, muistihoitaja	2	
Geronomi	1	
Hammashoitaja	1	
Vajaamielishoitaja	1	
Päihdetyöntekijä	1	
Hieroja	3	
Kehitysvammaohjaaja, -hoitoapulainen ja -hoitaja	3	
Laborantti	3	
Sosiaaliohjaaja	1	
Liikunnanohjaaja	1	
Fysioterapeutti	1	
Henkilökohtainen avustaja	1	
Lääketyöntekijä	1	
Sosionomian opiskelija	3	
Sairaanhoidon opiskelija	1	
Mielenterveys	1	
Kivunhoito	1	
Lääkekoulutus	1	
Ihon ja lihasten pistot	1	
n	49	

Liite 5. Hoitajien muu koulutus

Koulutus	n	%, laskettu vastaajamäärästä
Vaatusala ompeleija, mallipukineiden valmistaja, malliompelija, vaiheompelija, vaatetustekninen ompelija, teva	16	4,5
Ammattikeittiö ja ruokatalous keittäjä, suurtaloukokki, laitoskeittäjä, keittiöalan koulutus, keittiöala, ruokataloudenhoitaja, dieettikeittäjä, ravitsemustyöntekijä, suurtalousemäntä, ruokapalvelun perustutkinto, talouskoulu, suurtalouksesimies	27	7,6
Hotelli- ja ravintola-ala kokki, tarjoilija, pitokokki, muu hotelli- ja ravintola-ala	14	3,9
Kaupallinen koulutus merkonomi, yo-merkonomi, merkantti, kauppakoulu, kauppateknikko, tradenomi	24	6,7
Toimisto- ja hallinto sihteeri, johdon eat, hallinto, osastosihteeri, atk-tukihenkilö, datanomi, kirjastovirkailija	7	2,0
Puutarha-ala puutarhuri, kukkakaupan myyjä	6	1,7
Kaudenhoitoala kosmetologi, meikkaaja-maskeeraaja, diplomikosmetologi	3	0,8
Maatalous- ja elintarvikeala karjamestari, maatilatalouden peruslinja, maatalouslomittaja, agrologi, lomittaja/maatilanemäntä, karjanhoitaja, lihamestari, elintarvikeinsinööri	8	2,2
Siivous- ja kiinteistöhoito laitoshoitaja, siistiä, siivouspuolen perustutkinto, laitoshuoltaja, siivousteknikko	18	5,0
Opetus opettaja, lastentarhanopettaja, koulukäyntiavustaja	4	1,1
Taide- ja käsityöala kädentaidonohjaaja, askarruttaja, kudonnanohjaaja, artesaani, puuseppäartesaani, puuteollisuusteknikko, graafinen ala, valokuvaaja	11	3,1
Muita sähköalan pt., tuotekehittäjän eat, maalari, luottamusmies, YTK	4	1,1
n	142	39,8

Liite 6. Hoitajien ylityöt ja työolosuhteet (%)

	Lähes joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Har- vemmin kuin joka kuukausi	Ei kos- kaan	n
Tekee palkallista ylityötä	4	18	24	39	15	354
Tekee palkatonta ylityötä	8	17	11	17	47	351
Työnjako on epäselvä	8	22	14	35	21	346
Jättää ruokataun pitämättä tai lyhentää sitä, koska on liikaa tekemistä	27	34	14	17	9	356
Työpaikalta puuttuu henkilökuntaa sairauslomien, muiden vapaiden tai täyttämättömien virkojen vuoksi	26	37	25	11	1	354
Työskentelee hankalissa olosuhteissa, esim. liian kuumassa, kosteassa	54	33	6	5	3	356
Nostaa, siirtää tai kantaa jotain raskasta (ihmistä tai esinettä)	67	18	9	5	2	356
Työskentelee kyyryssä, vääntyneissä tai muuten epämukavissa tai hankalissa työasennoissa	75	17	3	3	1	356

Liite 7. Hoitajien käyttämä nimitys hoidettavista henkilöistä (%)

Asukas	58
Asiakas	38
Vanhus	10
Potilas	10
Ikäihminen	1
Seniori	1
Jokin muu	3

Liite 8. Hoidettavien asiakkaiden ikäjakauma (%)

Ikäluokka	%
Alle 65-vuotiaita	0,3
65–75-vuotiaat	2
76–85-vuotiaita	62
yli 85-vuotiaita	36

Liite 9. Hoidettavien asiakkaiden toimintakyky hoitajien arvion mukaan (%)

Tehtävä	Ei kukaan	Muutama	Noin puolet	Useimmat	Kaikki	n
Tarvitsee apua päivittäisessä toiminnassa		2	2	26	70	349
On dementia	1	9	21	49	21	348
On ongelmia kuulonsa kanssa		51	23	25	1	346
On vuodepotilas	24	43	11	18	4	342
On ongelmia näkökykynsä kanssa	3	58	20	19	1	343
On psyykinen sairaus	2	70	14	12	1	338
On kehitysvamma	65	34			1	325
On alkoholiongelma	43	55	1	1		328
Samanaikaisesti useampi edellä mainituista	3	36	20	37	4	325

Hoitajien muita ilmoittamia sairauksia olivat: käytöshäiriö tai aggressiivisuus (n=7), rajoittunut liikuntakyky (n=6), inkontinenssi (n=3), halvaus tai toispuoleinen halvaus (n=2), sekavuus (n=1), raaja-amputaatio (n=1), pyörätuolissa oleva (n=1), rajoittunut toimintakyky (n=1), nivelrikot ja murtumat (n=1), MRSA, ”ETPO” (n=1), ALS (=motoneuronitauti, n=1) parkinson (n=1), haava ja diabetes (n=1), ALS ym. vaikeita sairauksia (n=1), kroonisia sairauksia (n=1), afaasia (n=1) ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa (n=1).

Liite 10. Hoitajien keskimääräinen työajan jakauma (%)

Työtehtävä	Työajan keskiarvo	Työajan mediaani	Minimi	Maksimi	n
Välitön asiakastyö	75	80	10	100	329
Asiakastyöhön liittyvät raportoinnit	17	15	1	70	307
Uusien työntekijöiden perehdytys	6	5	0	30	140
Opiskelijoiden perehdytys	6	5	0	70	170
Esimiestehtävät	6	5	1	20	346
Hallinnolliset tehtävät	5	5	1	10	335
Kokoukset	5	5	1	20	119
Muut tehtävät	10	10	1	29	58

Hoitajien ilmoittamia muita tehtäviä: siivous ja jätehuolto (n=11), ruokahuolto joko keittiössä tai ruoanjakelussa ja sen jälkisiivous (n=10), pyykkihuolto (n=9), välimatkat (n=5), lääkkeiden annostelu ja jakelu (n=3), viriketoiminta ja ulkoilutus (n=3), koulutus (n=2), tarvikkeiden täydennykset (n=2), luottamusmiesasiat (n=2), asiakkaiden yksitysten asioiden hoitaminen (n=1) ja muut juoksevat asiat (n=1).

Liite 11. Hoitajien työtehtävät asiakkaille tai asiakkaan kanssa (%)

Tehtävä	Useasti päivässä	Joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin kuin kerran kuussa	Ei koskaan	n
Auttaa henkilökohtaisessa hygienias- sa (esim. suihkussa, wc-käynneissä, vaipanvaihdoissa)	80	18	1			1	352
Tarjoilee valmisruokaa	63	25	1	1	2	7	347
Auttaa syömisessä	57	16	5	3	12	7	349
Auttaa siirtymään pyörätuolista tai sängystä	55	28	10	4	3	1	351
Tekee hoitotoimenpiteitä	36	43	17	2	1	1	346
Antaa tukea ja lohdutusta asiakkaalle	33	50	14	3	1		350
Ohjaa kävelyn harjoittelussa	33	31	15	7	11	4	342
Jakaa lääkkeitä tai annostelee lääk- keitä dosettiin	29	30	27	4	7	2	348
Laittaa asiakkaan hiuksia, antaa jalkahoitoja	5	24	45	11	10	6	344
Ohjaa puheenharjoittelussa	4	10	7	5	32	43	336
Juo kahvia tai vastaavaa asiakkaan kanssa	4	11	13	13	27	33	343
Käy asiakkaan kanssa kävelyllä	3	12	23	13	34	15	342
Auttaa saunottamisessa	3	9	50	5	13	20	350
Antaa tukea ja lohdutusta asiakkaan omaisille	2	10	34	28	25	1	347
Siivoaa asiakkaan kotia, esim. imuroi, pyyhkii lattioita	2	11	20	9	15	43	343
Valmistaa lämpimän aterian (lounaan tai päivällisen)	0,3	3,8	2,9	1,2	9,7	82,1	340

Liite 12. Hoitajien osallistuminen asiakkaiden asioiden hoitoon, (%)

Tehtävä	Joka päivä	Joka viikko	Joka kuukausi	Harvemmin kuin joka kuukausi	Ei koskaan	n
Saa yhteydenottoja asiakkaiden omaisilta	5	39	32	22	3	349
Ottaa yhteyttä asiakkaan omaisiin	2	26	42	29	2	344
Käy asiakkaan kanssa tai hänen puolesta apteekissa	1	14	12	18	54	341
Käy asiakkaan kanssa lääkärissä		2	10	56	32	343
Käy asiakkaan kanssa tai hänen puolesta kaupassa	1	10	10	31	48	341
Käy asiakkaan kanssa tai hänen puolesta pankissa		2	5	17	76	343
Käy asiakkaan kanssa kampaajalla			4	28	67	340
Käy asiakkaan kanssa tai hänen puolesta jossain virastossa			2	18	79	343
Käy asiakkaan kanssa jalkahoidossa			4	27	69	340
Jotain muuta	17	22	9	4	48	46

Kohdassa "muu" lueteltiin muita asiakkaan kanssa tehtäviä töitä tai tarkennettiin edellisiä vastauksia: laittaa asiakkaan "sairaalan ensiapuun", kartoittaa vapaaehtoisystävän tarvetta; pyykinpesua, vie maksupalvelukuoria tai kirjeitä postilaatikkoon, antaa valmiiksi jaetut lääkkeet, ulkoilee, ottaa verikokeita asiakkaista joka viikko, tilaa asiakkaille kela-taksin joka viikko, tilaa asiakkaille apuvälineitä harvemmin kuin joka kuukausi, käsittelee asiakkaan pyykit joka viikko, laulaa asiakkaan kanssa, ottaa vastaan vieraita, viriketoimintaa, konsertit, kirkko, jalkahoitaja ja kampaaja tulevat palvelutalolle aina, kun on tarvetta, tilaa ajat useammalle asiakkaalle kerrallaan, hoitaa tilauksia, vie asiakkaan viriketoimintaan, kotikuntoutusta.

Liite 13. Hoitajien tuntema rasitus työpäivän jälkeen iän ja toimipaikan perusteella (%)

Rasituksen aiheuttaja	Työntekijän ikä, %		χ ² , p-arvo	Toimipaikka, %		χ ² , p-arvo
	22–39 v	40–65 v		kotihoito	laitoshoito	
Tuntee itsensä fyysisesti väsyneeksi	n=66	n=287	,503	n=95	n=249	,221
lähes aina tai usein	74	79		75	80	
harvoin	23	19		22	20	
ei koskaan	3	1		3	1	
Tuntee selkäkkipua	n=66	n=287	,707	n=95	n=249	,406
lähes aina tai usein	42	42		38	43	
harvoin	42	47		46	46	
ei koskaan	15	12		16	11	
Tuntee itsensä henkisesti uupuneeksi	n=66	n=286	,548	n=95	n=248	,114
lähes aina tai usein	44	51		41	54	
harvoin	51	44		54	42	
ei koskaan	5	4		33	67	
Ei ole aikaa "kelata" päivän tapahtumia	n=64	n=280	,219	n=94	n=241	,528
lähes aina tai usein	33	39		36	39	
harvoin	64	54		60	54	
ei koskaan	3	8		4	7	
Jatkuvasti vaihtuvat työpaikat rasittavat	n=65	n=283	,860	n=95	n=244	,000
lähes aina tai usein	9	7		13	5	
harvoin	25	24		41	17	
ei koskaan	66	69		46	78	
On univaikeuksia, koska työpaikan ihmissuhteet valvottavat	n=65	n=287	,002	n=95	n=248	,065
lähes aina tai usein	9	19		14	19	
harvoin	40	53		44	52	
ei koskaan	51	29		42	29	
On univaikeuksia, koska on huolestunut asiakkaittensa selviytymisestä	n=65	n=287	,009	n=95	n=248	,040
lähes aina tai usein	6	14		19	9	
harvoin	42	54		45	54	
ei koskaan	52	33		36	37	
On univaikeuksia työsuhteen epävarmuuden vuoksi	n=65	n=287	,243	n=95	n=248	,278
lähes aina tai usein	6	4		2	5	
harvoin	19	28		23	27	
ei koskaan	75	68		75	67	
On ärsyyntynyt	n=65	n=286	,609	n=95	n=247	,760
lähes aina tai usein	26	21		22	23	
harvoin	65	66		68	65	
ei koskaan	9	12		10	12	

Liite 14. Hoitajien työssään kokemat haittatekijät (%)

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon	n
Työn sisältö ja kuormittavuus						
Työn yksitoikkoisuus	39,7	32,2	21,6	5,2	1,4	348
Työn pakkotahtisuus	9,1	19,4	29,6	25,4	16,5	351
Työaikojen sopimattomuus	23,8	37,5	28,1	8,3	2,3	349
Kohtuuton vuorotyörasitus	24,6	37,2	20,1	13,2	4,9	349
Turhat työtehtävät	14,5	37,3	29,8	14,7	3,8	346
Työn henkinen rasittavuus/kuorimittavuus	6,9	22,3	27,2	26,9	16,6	349
Työn fyysinen rasittavuus/kuormittavuus	4,9	19,5	24,4	29,8	21,5	349
Fyysinen turvattomuus työpaikalla	34,3	36,6	18,0	8,0	3,1	350
Paljon paperityötä	23,1	35,5	24,3	13,9	3,2	346
Työ yksinäistä puurtamista	32,6	38,0	17,9	8,9	2,6	347
Kannettava yksin liikaa vastuuta asiakkaista	24,0	32,0	24,3	14,3	5,4	350
Ei mahdollisuutta itsenäiseen päätöksen tekoon	36,1	34,7	20,5	6,1	2,6	346
Ristiriita ammattietiikan ja työn tekemisen välillä	17,3	25,4	31,2	17,3	8,7	346
Ristiriita ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä	9,5	24,7	27,0	24,4	14,4	348
Työ- ja henkilöstömäärä						
Kohtuuton työ määrä	9,8	27,7	25,7	23,1	13,6	346
Suuria sairauslomamääriä ei noteerata	16,7	25,6	23,6	21,6	12,6	348
Työntekijöiden jaksamattomuudesta ei välitetä	8,0	20,3	28,3	24,9	18,6	350
Jatkuva työntekijävajaus	3,2	18,1	20,6	25,8	32,4	349
Määräaikaisten työntekijöiden suuri määrä	9,2	24,0	25,4	24,9	16,5	346
Vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä	46,5	17,8	15,8	10,2	9,6	342
Ulkomaalaistaustaiset työntekijät	69,1	19,2	7,3	2,6	1,7	343
Hoivahenkilökuntaa liian vähän	4,0	17,9	19,4	22,5	36,1	346
Työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten	21,5	35,2	24,4	12,9	6,0	349
Työpisteiden vaihtuvuus	55,9	28,7	10,0	4,0	1,4	349
Huoli työpaikan menettämisestä	70,0	19,1	6,6	2,0	2,3	350
Esimiestyö						
Esimiehen liiallinen puuttuminen työhön	55,6	30,3	11,0	2,3	0,9	347
Esimiehen piittaamattomuus	30,2	32,8	17,0	14,9	5,2	348
Esimiehen epäoikeudenmukaisuus	37,1	28,2	16,4	12,4	6,0	348
Esimies ”kyykyttää”	65,2	17,8	8,9	5,5	2,6	348
Huonot työntekijä-esimies-suhteet	46,8	28,0	13,9	8,4	2,9	346

Työilmapiiri						
Työkaverit "kyttävät" tekemisiäsi	49,7	31,5	13,9	3,4	1,4	352
Syylistetään toisia	26,4	37,4	22,7	10,6	2,9	348
Ylläpidetään näennäsilmapiiriä, ettei ongelmia ole	25,6	28,5	28,5	10,7	6,6	347
Ilmapiiri on kireä	26,4	38,6	21,6	8,2	5,1	352
Huono tiedonkulku	5,7	31,3	33,6	20,8	8,5	351
Ongelmista supistaan pienessä piirissä	10,3	31,2	25,8	24,1	8,6	349
Puhutaan pahaa takanapäin	12,6	32,9	25,4	18,3	10,9	350
Epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko työssä	21,7	42,7	21,7	7,7	6,3	351
Eri ammattikuntien kateus	38,4	35,2	16,6	6,9	2,9	349
Työtilat ja työnantajan taloudelliset resurssit						
Työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	17,1	22,9	22,0	22,6	15,4	345
Huonot työtilat	15,1	28,6	26,9	17,4	12,0	350
Puutteellinen välineistö	14,6	31,5	25,5	16,6	11,7	349
Puutteelliset puku- ja taukotilat	29,7	28,0	15,4	14,9	12,0	350
Huono ilmastointi	16,0	21,2	19,2	20,9	22,6	349
Asiakassuhteet						
Asiakkaiden tyytymättömyys	23,4	45,4	21,1	7,1	2,9	350
Asiakkaiden omaisten tyytymättömyys	18,3	43,6	24,6	10,6	2,9	349
Asiakkaiden moniongelmaisuus	14,0	27,5	30,1	23,2	5,2	349

Liite 15. Hoitajien työssään kokemia haittatekijöitä tarkasteltuna iän ja toimipaikan mukaan (%)

Haittana koettu tekijä	Työntekijän ikä, %		χ ² , p-arvo	Toimipaikka, %		χ ² , p-arvo
	22–39 v	40–65 v		kotihoito	laitoshoito	
Työn fyysinen rasittavuus/kuormittavuus	n=66	n=282	0,048	n=95	n=245	0,000
ei lainkaan tai vähän	33	22		40	19	
jonkin verran	29	23		27	23	
melko tai erittäin paljon	38	54		33	58	
Työn henkinen rasittavuus/kuormittavuus	n=66	n=282	,547	n=95	n=244	,009
ei lainkaan tai vähän	30	29		31	30	
jonkin verran	32	26		38	23	
melko tai erittäin paljon	38	45		32	47	
Työn pakkotahtisuus	n=65	n=285	,336	n=95	n=246	,314
ei lainkaan tai vähän	32	28		33	27	
jonkin verran	34	28		24	32	
melko tai erittäin paljon	34	44		43	41	
Ristiriita ammattietiikan ja henkilöstöpulan välillä	n=66	n=281	,397	n=95	n=243	,956
ei lainkaan tai vähän	41	32		34	35	
jonkin verran	23	28		26	27	
melko tai erittäin paljon	36	40		40	38	
Ristiriita ammattietiikan ja työn tekemisen välillä	n=66	n=279	,376	n=95	n=241	,375
ei lainkaan tai vähän	50	41		44	43	
jonkin verran	26	33		26	33	
melko tai erittäin paljon	24	26		30	24	
Kannettava yksin liikaa vastuuta asiakkaista	n=66	n=283	,082	n=95	n=245	,032
ei lainkaan tai vähän	55	57		47	60	
jonkin verran	33	22		35	21	
melko tai erittäin paljon	12	21		18	19	
Turhat työtehtävät	n=63	n=282	,916	n=94	n=242	,173
ei lainkaan tai vähän	54	51		45	55	
jonkin verran	29	30		37	27	
melko tai erittäin paljon	18	19		18	18	
Kohtuuton vuorotyörasitus	n=66	n=282	,372	n=95	n=244	,003
ei lainkaan tai vähän	68	61		76	57	
jonkin verran	20	20		16	22	
melko tai erittäin paljon	12	19		8	21	
Paljon paperitöitä	n=66	n=279	,389	n=94	n=242	,127
ei lainkaan tai vähän	65	57		51	63	
jonkin verran	18	26		30	21	
melko tai erittäin paljon	17	17		19	16	
Työ yksinäistä puurtamista	n=66	n=280	,253	n=93	n=244	,236
ei lainkaan tai vähän	79	69		65	74	
jonkin verran	14	19		23	16	
melko tai erittäin paljon	8	13		13	10	
Työaikaisten sopimattomuus	n=65	n=283	,425	n=93	n=246	,998
ei lainkaan tai vähän	63	61		61	61	
jonkin verran	23	29		28	28	
melko tai erittäin paljon	14	10		11	11	

Fiysinen turvattomuus työpaikalla	n=66	n=283	,498	n=95	n=245	,024
ei lainkaan tai vähän	71	71		80	68	
jonkin verran	21	17		16	18	
melko tai erittäin paljon	8	12		4	14	
Ei mahdollisuutta itsenäiseen päätöksenteon	n=66	n=279	,416	n=93	n=243	,001
ei lainkaan tai vähän	77	69		80	68	
jonkin verran	17	22		8	26	
melko tai erittäin paljon	6	9		13	8	
Työn yksitoikkoisuus	n=65	n=282	,484	n=92	n=246	,034
ei lainkaan tai vähän	69	73		83	69	
jonkin verran	26	20		14	23	
melko tai erittäin paljon	5	7		3	8	
Hoivahenkilökuntaa liian vähän	n=66	n=279	,285	n=93	n=243	,868
ei lainkaan tai vähän	26	21		24	21	
jonkin verran	24	18		19	20	
melko tai erittäin paljon	50	61		57	59	
Jatkuva työntekijävajaus	n=66	n=282	,260	n=95	n=244	,310
ei lainkaan tai vähän	23	21		16	23	
jonkin verran	27	19		22	20	
melko tai erittäin paljon	50	60		62	57	
Työntekijöiden jaksamattomuudesta ei välitetä	n=66	n=283	,195	n=95	n=245	,659
ei lainkaan tai vähän	33	27		30	28	
jonkin verran	33	27		25	30	
melko tai erittäin paljon	33	46		45	42	
Määräraikaisten työntekijöiden suuri määrä	n=66	n=279	,495	n=94	n=242	,412
ei lainkaan tai vähän	39	32		29	35	
jonkin verran	24	26		30	24	
melko tai erittäin paljon	36	42		42	42	
Kohtuuton työmäärä	n=65	n=280	,154	n=92	n=244	,587
ei lainkaan tai vähän	43	36		34	40	
jonkin verran	31	25		27	25	
melko tai erittäin paljon	26	39		39	35	
Suuria sairaslomamääriä ei noteerata	n=65	n=282	,112	n=95	n=243	,911
ei lainkaan tai vähän	54	40		41	42	
jonkin verran	20	25		23	24	
melko tai erittäin paljon	26	36		36	33	
Vaihtuvien vuokratyöntekijöiden suuri määrä	n=65	n=276	,011	n=92	n=240	,790
ei lainkaan tai vähän	79	61		62	66	
jonkin verran	5	19		17	15	
melko tai erittäin paljon	17	20		21	19	
Työajasta menee liikaa opiskelijoiden arvioimiseen oppilaitoksia varten	n=66	n=282	,000	n=94	n=245	,009
ei lainkaan tai vähän	79	51		70	52	
jonkin verran	15	27		16	27	
melko tai erittäin paljon	6	22		14	21	
Työpisteiden vaihtuvuus	n=66	n=282	,269	n=95	n=244	,006
ei lainkaan tai vähän	89	83		76	89	
jonkin verran	9	10		14	8	
melko tai erittäin paljon	2	6		11	3	

Huoli työpaikan menettämisestä	n=66	n=283	,678	n=95	n=245	,485
ei lainkaan tai vähän	87	90		93	89	
jonkin verran	7	6		4	8	
melko tai erittäin paljon	6	4		3	4	
Työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	n=66	n=278	,027	n=95	n=240	,001
ei lainkaan tai vähän	55	37		44	39	
jonkin verran	15	24		33	18	
melko tai erittäin paljon	30	40		23	43	
Huonot työtilat	n=66	n=283	,375	n=95	n=246	,212
ei lainkaan tai vähän	52	42		38	46	
jonkin verran	23	28		34	25	
melko tai erittäin paljon	26	30		28	29	
Huono ilmastointi	n=66	n=282	,635	n=94	n=245	,062
ei lainkaan tai vähän	42	36		47	34	
jonkin verran	18	20		14	22	
melko tai erittäin paljon	39	44		39	45	
Puutteellinen välineistö	n=65	n=283	,543	n=94	n=245	0,947
ei lainkaan tai vähän	51	45		46	47	
jonkin verran	26	25		26	26	
melko tai erittäin paljon	23	30		29	27	
Puutteelliset puku- ja taukotilat	n=66	n=283	,946	n=95	n=245	0,011
ei lainkaan tai vähän	56	58		45	62	
jonkin verran	17	15		18	15	
melko tai erittäin paljon	27	27		37	23	
Ongelmista supistaan pienessä piirissä	n=65	n=283	,520	n=94	n=245	,991
ei lainkaan tai vähän	48	40		42	41	
jonkin verran	25	26		27	26	
melko tai erittäin paljon	28	34		32	33	
Huono tiedonkulku	n=66	n=284	,025	n=94	n=247	,596
ei lainkaan tai vähän	50	34		39	36	
jonkin verran	21	37		30	36	
melko tai erittäin paljon	29	29		31	28	
Puhutaan pahaa takanapäin	n=66	n=283	,625	n=94	n=246	,418
ei lainkaan tai vähän	50	45		51	43	
jonkin verran	21	27		23	27	
melko tai erittäin paljon	29	29		26	30	
Ylläpidetään näennäisilmapiiriä, ettei ongelmia ole	n=64	n=282	,018	n=94	n=243	,460
ei lainkaan tai vähän	69	51		60	52	
jonkin verran	23	30		27	30	
melko tai erittäin paljon	8	20		14	18	
Syyllistetään toisia	n=65	n=282	,786	n=95	n=244	,193
ei lainkaan tai vähän	68	63		72	62	
jonkin verran	20	23		17	25	
melko tai erittäin paljon	12	14		12	14	
Epäonnistumisten tai virhesuoritusten pelko	n=66	n=284	,526	n=94	n=247	,524
ei lainkaan tai vähän	70	63		69	63	
jonkin verran	17	23		20	22	
melko tai erittäin paljon	14	14		11	15	

Ilmapiiri on kireä	n=66	n=285	,501	n=95	n=247	,565
ei lainkaan tai vähän	71	64		67	65	
jonkin verran	17	23		18	23	
melko tai erittäin paljon	12	14		15	12	
Eri ammattikuntien kateus	n=66	n=282	,744	n=95	n=244	,182
ei lainkaan tai vähän	77	73		81	71	
jonkin verran	14	17		13	18	
melko tai erittäin paljon	9	10		6	10	
Työkaverit "kyttäävät" tekemisiäsi	n=66	n=285	,992	n=95	n=247	,956
ei lainkaan tai vähän	82	81		82	82	
jonkin verran	14	14		14	13	
melko tai erittäin paljon	5	5		4	5	
Ulkomaalaistaustaiset työntekijät	n=65	n=277	,534	n=92	n=241	,220
ei lainkaan tai vähän	92	87		94	87	
jonkin verran	5	8		4	8	
melko tai erittäin paljon	3	5		2	5	
Asiakkaiden moniongelmaisuus	n=65	n=283	,014	n=94	n=245	,244
ei lainkaan tai vähän	48	40		45	41	
jonkin verran	39	28		34	29	
melko tai erittäin paljon	14	32		21	30	
Asiakkaiden omaisten tyytymättömyys	n=64	n=284	,840	n=93	n=246	,815
ei lainkaan tai vähän	64	62		65	61	
jonkin verran	22	25		24	24	
melko tai erittäin paljon	14	13		12	14	
Asiakkaiden tyytymättömyys	n=66	n=283	,528	n=95	n=245	,132
ei lainkaan tai vähän	71	69		76	67	
jonkin verran	23	21		19	22	
melko tai erittäin paljon	6	11		5	12	
Esimiehen piittaamattomuus	n=65	n=282	,897	n=94	n=244	,553
ei lainkaan tai vähän	63	63		66	63	
jonkin verran	19	17		13	18	
melko tai erittäin paljon	19	21		21	20	
Esimiehen epäoikeudenmukaisuus	n=66	n=281	,675	n=95	n=243	,642
ei lainkaan tai vähän	70	64		70	64	
jonkin verran	14	17		15	17	
melko tai erittäin paljon	17	19		16	19	
Huonot työntekijä-esimies -suhteet	n=66	n=279	,699	n=94	n=242	,397
ei lainkaan tai vähän	79	74		80	73	
jonkin verran	12	14		11	15	
melko tai erittäin paljon	9	12		10	12	
Esimies "kyykyyttää"	n=66	n=281	,510	n=94	n=244	,913
ei lainkaan tai vähän	82	83		82	84	
jonkin verran	12	8		10	8	
melko tai erittäin paljon	6	9		9	8	
Esimiehen liallinen puuttuminen	n=65	n=281	,604	n=93	244	,289
ei lainkaan tai vähän	89	85		90	84	
jonkin verran	9	11		7	12	
melko tai erittäin paljon	2	4		1	4	

Liite 16. Faktorianalyysi työn haittatekijöistä

Hoitajien työssään kokemia haittatekijöitä faktorianalyysin mukaan

Pattern Matrix^a

	Factor			
	1	2	3	4
hoivahenkilökuntaa liian vähän	,895			
ristiriita ammattietiikan ja henkilöpuolan välillä	,879			
kohtuuton työmäärä	,737			
jatkuva työntekijävajaus	,662			
ristiriita ammattietiikan ja työntekemisen välillä	,643			
huonot työtilat	,633			
työn pakkatahtisuus	,633			
puutteellinen välineistö	,599			
työnantajan taloudellisten resurssien niukkuus	,591			
työn fyysinen rasittavuus/kuormittavuus	,552			
syylistetään toisia		-,891		
ongelmista supistaan pienessä piirissä		-,832		
puhutaan pahaa takanapäin		-,829		
ilmapiiri on kireä		-,761		
työkaverit käyttävät tekemisiä		-,737		
ylläpidetään näennäisilmapiiriä, ettei ongelmia ole		-,713		
epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko työssä		-,534		
esimiehen epäoikeudenmukaisuus			,838	
esimies kyykyttää			,801	
esimiehen piittaamattomuus			,755	
huonot työntekijä-esimies-suhteet			,694	
esimiehen liiallinen puuttuminen työhön			,618	
asiakkaiden omaisten tyytymättömyys				,873
asiakkaiden tyytymättömyys				,828
asiakkaiden moniongelmallisuus				,648

Extraction Method: Generalized Least Squares; Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization; a. Rotation converged in 9 iterations.

Faktori 1 Työntekijävajaus ja heikot työolosuhteet

Faktori 2 Kyräilevä työilmapiiri

Faktori 3 Tyytymättömyys esimiehiin

Faktori 4 Asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,926
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8441,149
	df	1081
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	16,356	34,801	34,801	15,954	33,945	33,945	12,853
2	3,094	6,583	41,384	2,842	6,047	39,992	10,970
3	2,032	4,322	45,706	1,624	3,456	43,448	8,342
4	1,879	3,998	49,704	1,681	3,576	47,024	7,788

Goodness-of-fit Test

Chi-Square	df	Sig.
1367,861	899	,000

Factor Correlation Matrix

Factor	1	2	3	4
1	1,000	-,510	,429	,498
2	-,510	1,000	-,485	-,359
3	,429	-,485	1,000	,322
4	,498	-,359	,322	1,000

Extraction Method: Generalized Least Squares.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Reliabiliteetit

Faktori 1. Työntekijävajaus ja heito työtilat

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
pakkotahtinen työ	28,003	63,522	,592	,889
jatkuva työntekijävajaus	27,557	63,698	,575	,890
työn fyysinen kuormittavuus	27,791	63,431	,615	,887
työnantajan niukat taloudelliset resurssit	28,231	62,184	,582	,890
huonot työtilat	28,369	62,795	,602	,888
puutteellinen välineistö	28,412	62,564	,618	,887
kohtuuton työ määrä	28,203	61,249	,720	,880
ammattietiikan ja henkilöpulan ristiriita	28,120	60,884	,740	,879
henkilökuntaa liian vähän	27,520	60,139	,747	,878
ammattietiikan ja työntekemisen ristiriita	28,483	63,164	,619	,887

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,896	10

Faktori 2. Kyräilevä työilmapiiri

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
työkaverit käyttävät tekemisiä	14,96	32,650	,668	,923
näennäisilmapiiri, ettei ongelmia ole	14,30	29,233	,790	,911
kireä ilmapiiri	14,47	29,729	,813	,909
ongelmista supistaan pienessä piirissä	13,84	28,949	,844	,905
puhutaan pahaa takanapäin	13,92	28,665	,823	,908
syylistetään toisia	14,46	30,018	,817	,909
epäonnistumisen tai virhesuoritusten pelko	14,40	32,046	,602	,929

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,925	7

Faktori 3. Tyytymättömyys esimiehiin

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
esimiehen epäoikeudenmukaisuus	7,44	11,619	,835	,837
esimies käyttää	8,02	13,496	,762	,856
esimiehen piittaamattomuus	7,33	12,505	,727	,865
huonot esimies–työntekijät-suhteet	7,72	12,753	,790	,848
esimiehen liiallinen puuttuminen työhön	8,01	15,721	,548	,899

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,887	5

Faktori 4. Asiakkaiden moniongelmaisuus ja tyytymättömyys

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
asiakkaiden tyytymättömyys	5,130	3,198	,743	,637
asiakkaiden omaisten tyytymättömyys	4,988	3,281	,703	,678
asiakkaiden moniongelmallisuus	4,558	3,401	,524	,872

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,803	3

Liite 17. Työssä jatkamista edistävät tekijät (%)

	Kyllä	Ei	n
Asiakkaat	93,9	6,1	347
Taloudelliset tekijät	89,3	10,7	347
Mukava työilmapiiri	83,6	16,4	335
Työ sellaisenaan	82,9	17,1	340
Lyhyt työmatka	68,8	31,2	340
Kutsumus	64,6	35,4	333
lökkään henkilön on vaikea saada uutta työpaikkaa	39,4	60,6	327
Paikkakunnalla on vaikea saada vastaavaa työpaikkaa	34,3	65,7	329
Nuoren henkilön on vaikea saada työpaikkaa	5,7	94,3	282
Jotain muuta, mitä?:	38,6	61,4	57

Yksityiskohtaisesti lueteltuina seuraavat tekijät vaikuttivat jatkamaan työssä: tottumus ja tapa (1), rohkeuden puute hakeutua uuteen (n=1), koulutustaso -vaikea saada muuta työtä (n=1), ei ole muutenkaan keksinyt, mitä tekisi (n=1) eläkeikää nostettu -ei ole enää mahdollisuutta uudelleen kouluttautua (n=1), sama työ vuosia (n=1) ja virka (n=1). Samoin lähestyvä eläkeikä (n=2) tai eläkkeen kartuttaminen, kun aiemmin oli oltu kotona hoitamassa lapsia useamman vuoden (n=1). Ikäihmiset (n=1), ehkä työ auttaa pysymään kohtuullisen virkeänä ja kunnossa (n=1), ilo auttaa ihmisiä (n=1), hyvä palkka, vuorotyö (n=1), työajat, päivätyö (n=1) ja tiettyyn yhteisöön kuuluminen (n=1), halu tehdä hoitotyötä (n=1), monipuolinen työ, mikään päivä ei ole samanlainen (n=1), työpaikanvaihto oli osoittautunut hyväksi (n=1), koee itsensä virkeäksi, ja aika ei kulu, ellei ole tekemistä. Työ rytmittää päivää, pakottaa liikkeelle ja siitä saa hyvinolontunteen, kun on vielä jossakin tarpeellinen, aina tehnyt tätä työtä (n=1), työn arvostus (n=1), hyvä esimies (n=1), ei ole saanut uudelta asuinpaikkakunnalta toista työtä (1). Toisaalta yksittäisissä vastauksissa pitkän työmatkan (n=1) ja kiusatuksi tulemisen (n=1) todettiin vähentävän kiinnostusta jatkaa nykyisessä työssä.

Liite 18. Työn merkitys ja tärkeys hoitajille (%)

	Ei lainkaan	Vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon	n
Asiakkaat ja asiakaspalaute						
Hyvät asiakassuhteet	0	1,7	15,9	55,2	27,2	353
Asiakkaiden kiittolisuus	0	4,0	16,5	41,6	37,9	351
Asiakkaan kohtaamisesta saa myös itselle	0,3	2,3	20,3	45,0	32,1	349
Työn sisältö ja sen mielekkyys						
Kokee ammattiympeyttä	0,3	6,3	23,3	46,3	23,9	352
Kokee, että ammattitaitoon luotetaan	0,3	7,1	16,5	53,1	23,0	352
Kokee työnsä mielekkäänä	0,6	5,4	22,3	42,9	28,9	350
Vastuu ja toimenkuva ovat selkeät	2,3	8,0	24,8	50,4	14,5	351
Kokee työniloa	0,6	6,8	29,7	45,3	17,6	353
Työtehtävät ovat kiinnostavia	0,8	5,4	32,6	45,9	15,3	353
Työtehtävissä osataan ottaa huomioon asiakkaiden kunnon heikkeneminen	7,4	17,6	26,6	35,1	13,3	353
Näkyvät työtulokset	0,8	16,7	38,0	38,5	5,9	353
Miettii töitä työajan ulkopuolella	5,9	34,8	31,2	21,0	7,1	353
Toimeentulo						
Turvattu toimeentulo	1,7	3,4	17,0	38,2	39,7	353
Riittävät tulot työmäärään nähden	22,1	25,8	31,2	17,0	4,0	353
Työyhteisön toimivuus						
Hyvä työyhteisö	1,4	9,7	27,0	36,4	25,6	352
Aikaa keskustella työtoverien kanssa työasioista	0,6	17,6	38,9	31,8	11,1	352
Hyvä työpaikan sisäinen tiedotus	6,2	36,2	40,1	13,8	3,7	354
Työkyvyn ylläpito						
Hyvä työterveyshuolto	4,0	14,3	26,9	32,7	22,1	349
Työnantajan tuki liikunta- ja kuntoilutoimintaan	12,6	31,0	31,9	18,7	5,7	348
Omat vaikutusmahdollisuudet työhön						
Voi vaikuttaa siihen, mitä päivittäinen työ pitää sisällä	8,5	29,1	35,0	20,1	7,3	354
Mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä työssäsäi	2,3	27,6	40,6	23,6	6,0	352
Mahdollisuus vaikuttaa työaikajärjestelyihin	8,0	27,6	38,4	21,9	4,3	352
Työpaikalla henkilökuntaa rohkaistaan esittämään omia näkemyksiään toiminnasta	6,5	19,5	40,2	24,1	9,6	353
Työn arvostus ja esimiestuki						
Yleisesti arvostettu ammatti	11,9	25,7	38,7	18,9	4,8	354
Työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannoksista	14,3	31,7	30,0	16,9	7,1	350
Saa tukea esimieheltä	8,5	26,7	34,7	22,4	7,7	352
Lisäkoulutus- ja etenemismahdollisuudet						
Mahdollisuus työuralla etenemiseen	27,7	34,0	24,6	10,6	3,1	350
Mahdollisuus työnohjaukseen	19,0	26,7	33,2	15,9	5,1	352
Mahdollisuus täydennuskoulutukseen	4,3	19,6	36,1	33,8	6,3	352
Mahdollisuus erikoistumiseen	19,7	32,5	27,6	17,4	2,8	351

Liite 19. Faktorianalyysi työn kannustavista tekijöistä

Hoitajien työssäjaksamista edistävät tekijät faktorianalyysin mukaan.

Pattern Matrix^a

	Factor		
	1	2	3
saa tukea esimieheltä	,932		
työnantaja antaa tunnustusta aikaansaannoksista	,899		
työpaikalla rohkaistaan henkilökuntaa esittämään omia näkemyksiä toiminnasta	,506		
hyvä työpaikan sisäinen tiedotus	,468		
mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä työssään	,453		
vastuu ja toimenkuva ovat selkeät	,427		
hyvät asiakassuhteet		,833	
kokee ammattilylpeyttä		,807	
kokee työnsä mielekkäänä		,789	
asiakkaan kohtaamisesta saa myös itselleen		,781	
asiakkaiden kiitollisuus		,753	
kokee työniloa		,734	
työtehtävät ovat kiinnostavia		,630	
kokee, että ammattitaitoon luotetaan		,468	
mahdollisuus täydennyskoulutukseen			,810
mahdollisuus erikoistumiseen			,698
mahdollisuus työnohjaukseen			,695
mahdollisuus työuralla etenemiseen			,520

Extraction Method: Generalized Least Squares; Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization; a. Rotation converged in 21 iterations.

Faktori 1 Organisaatiokulttuuri

Faktori 2 Työ ja siitä saatu tunnustus

Faktori 3 Uralla eteneminen

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,924
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4740,714
	df	435
	Sig.	,000

Total Variance Explained

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings ^a
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	11,047	36,824	36,824	10,612	35,372	35,372	7,462
2	2,024	6,747	43,571	1,555	5,183	40,555	8,739
3	1,606	5,353	48,924	1,307	4,356	44,911	5,865

Factor Correlation Matrix

Factor	1	2	3
1	1,000	,576	,393
2	,576	1,000	,432
3	,393	,432	,322

Extraction Method: Generalized Least Squares.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Reliabiliteetit

Faktori 1. Organisaatiokulttuuri

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
saa tunnustusta aikaansaannoksista	15,41	13,769	,752	,830
tukea esimieheltä	15,18	14,032	,771	,826
hyvä sisäinen tiedotus	15,41	16,055	,613	,855
rohkaistaan kertomaan omia näkemyksiä	15,03	14,858	,671	,845
vastuu ja toimenkuvat selkeät	14,45	16,389	,566	,862
voi toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä	15,10	15,897	,627	,853

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,868	6

Faktori 2. Työ ja siitä saatu tunnustus

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
ammattitaitoon luetaan	27,47	21,138	,617	,904
kokee työiloa	27,66	20,206	,737	,893
kokee ammattiympeyttä	27,53	19,931	,777	,890
hyvät asiakassuhteet	27,31	21,481	,714	,896
asiakkaiden kiitollisuus	27,25	21,184	,628	,903
mielekäs työ	27,46	19,663	,787	,889
asiakkaan kohtaamisesta saa myös itselle	27,33	21,049	,690	,898
kiinnostavat työtehtävät	27,69	20,699	,694	,897

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	8

Faktori 3. Uralla eteneminen

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item – Total Correlation	Cronbach's Alfa if Item Deleted
työuralla eteneminen	8,302	6,870	,487	,775
mahdollisuus työnohjaukseen	7,983	6,390	,564	,737
mahdollisuus täydennyskoulutukseen	7,410	6,651	,648	,697
mahdollisuus erikoistumiseen	8,076	6,140	,650	,690

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,779	4

Liite 20. Kotitöiden tekeminen (%)

	Aina	Lähes aina	Harvoin	Ei koskaan	n
Kotitöitä hoitavat					
Itse	32	63	6		307
Puoliso	3	28	61	9	233
Lapset	5		54	41	204
Vanhemmat			11	89	184
Hoidetaan porukalla	14	38	39	10	262
Siivouspalvelu ostetaan	1	1	1	97	212

Liite 21. Tietokoneen käyttö ja käytettävyys (%)

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin saamaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	n
Tietokone helpottaa työtä	24	48	21	7	335
Tekniikalla pyritään liikaa korvaamaan ihmisten vuorovaikutusta hoivatyössä	34	38	21	8	341
Työajasta menee liian paljon aikaa erilaisten työ-asioiden kirjaamiseen tietokoneelle	30	38	22	10	336
Saa nopeasti apua tietokonetta koskeviin ongelmiin	15	43	35	7	336
Saa työpaikalla riittävästi perehdytystä uusista tietokoneohjelmista	15	37	35	13	340
Tietokoneohjelmat vaihtuvat liian usein	16	36	31	17	332
Työnantajalla ei ole mahdollisuuksia hankkia työntekijöiden työtä helpottavia välineitä	7	32	35	26	338
Tekniikka mahdollistaa sen, että voi käyttää enemmän aikaa asiakkaiden kanssa	2	17	46	35	335
Pelko menettää työpaikka lisäntyneen tekniikan vuoksi	1	5	23	71	340

Liite 22. Tietokoneen käyttö eri tehtävien hoidossa (%)

	Joka kerta työvuoron aikana	2–3 kertaa viikossa	Kerran viikossa	Kerran kuukaudessa	1–2 kertaa vuodessa	Ei koskaan
Kirjaa asiakkaisiin liittyviä tietoja tietojärjestelmään	86	4	1	1	1	7
Kirjaa työajan työaikajärjestelmään	13	2	2	4	2	77
Lähetää asiakkaisiin liittyviä tietoja työtovereille	5	3	5	4	4	79
Tekee yhteenvetoraportteja, tilastoja	2	1	1	7	21	68
Lähetää asiakkaisiin liittyviä tietoja esimiehelle	1	3	5	9	7	75
Ottaa yhteyttä kunnan/kuntayhtymän tai muun tahon viranomaisiin koskien asiakkaita	1	4	7	14	21	53
Tekee tavaratilauksia	1	7	14	17	10	51
Lähetää viestejä asiakkaille	1	0	2	3	2	93
Tarkistaa laskuja	0	1	1	3	3	92
Lähetää viestejä asiakkaan omaisille		2	2	11	14	71
Tekee työvuorolistoja	0	2	1	7	3	88
Jotain muuta	6	9	6	9	6	65

Liite 23. Turvalaitteiden, -järjestelmien ja -palvelujen tunnettavuus ja käyttö hoitajien keskuudessa (%)

	Useita kertoja päivässä	Joka päivä	Joka viikko	Joka kuu-kausi	Harvemmin kuin kerran kuussa	Ei ole koke-musta	n
Perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	30	13	13	7	8	30	345
Turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	3	1	1	1	5	90	348
Järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verensokeri, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnosoitaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	0	0	1	0	1	98	348
Interaktiivinen Hoiva-TV	0	1	0	0	2	98	344
Yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	6	4	3	5	7	74	348
Sormen tunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	0	0	0	0	0	100	357
Ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	8	10	4	3	5	70	343
Kiinteistössä oleva sprinklaus	9	12	2	2	24	52	340
Kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	4	8	1	1	19	67	333
Palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumisia tai liikkumattomuutta	4	4	1	2	5	85	347
Vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	1	1	0	0	3	95	349
Turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	1	2	1	1	3	91	348
Liesi, jonka toisesta valitsimesta valitaan lieden teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	4	9	7	6	10	64	342
Lieden turvajärjestelmä, jossa lieden läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	0	2	2	1	5	91	348
Lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka kytkee lieden automaattisesti pois päältä tietyn ajan kuluttua	3	7	5	2	11	72	349
Liesi menee automaattisesti pois päältä, jos lieden valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoissa eri tuotemerkeillä	0	1	1	0	4	93	348
Liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee lieden pois päältä	0	0	0	0	1	98	349
Induktioliesi	1	3	2	2	5	87	348
Kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	3	6	5	2	10	73	346
Järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroin on hälyttänyt	1	0	0	0	1	97	347
Liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	6	6	5	3	6	75	348
Apteekin hoitama asiakaskohtainen lääkepussitus	34	10	4	2	10	39	348
Lääkkeen ottamista muistuttava laite	1	1	2	2	6	89	349
Turvapuhelin	22	12	6	6	11	42	344
Jokin muu laite, mikä?	19	6	4	1	3	66	100

Liite 24. Hoitajien näkemys, kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat heidän työtään (%)

	Hel- pottaisi paljon	Hel- pottaisi jonkin verran	Ei suo- ranaista vaiku- tusta	Vaikeut- taksi jonkin verran	Vaikeut- taksi paljon	En osaa sanoa	n
Perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	40,8	21,1	23,5	0,9	1,5	12,3	341
Turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	18,2	25,6	32,9	0,9	0,6	21,8	340
Järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verensokeri, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnosoitaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	27,8	21,1	25,7	0,3	0,3	24,9	342
Interaktiivinen Hoiva-TV	9,2	16,7	28,0	0,6	0,6	44,9	336
Yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	29,9	32,6	16,1	1,2	1,2	19,1	341
Sormentunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	15,4	14,5	29,6	0,9	2,4	37,3	338
Ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	24,3	31,6	23,7	0,9	0,6	19,0	342
Kiinteistössä oleva sprinklaus	40,0	17,3	19,1	0,6	0,9	22,1	330
Kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	35,7	15,5	23,2	0,6	0,9	24,1	328
Palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumisia tai liikkumattomuutta	32,2	25,1	19,6	0,6	0,3	22,2	342
Vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	28,6	24,2	24,8	0,6	0,3	21,5	339
Turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	30,5	25,3	21,2	0,3	0,3	22,4	344
Liesi, josta toisesta valitsimesta valitaan liedien teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	15,7	18,4	34,4	0,9	0,6	30,0	337
Lieden turva-järjestelmä, jossa liedien läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	20,9	17,1	34,4	0,6	0,3	26,8	340
Lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka kytkee liedien automaattisesti pois päältä tietyn ajan kuluttua	30,8	13,3	32,2	0,3	0,3	23,1	338
Liesi menee automaattisesti pois päältä, jos liedien valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoisissa eri tuotemerkeillä	22,1	12,4	34,5	0	0	31,0	339
Liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	29,5	13,6	31,3	0,3	0	25,4	339
Induktioliesi	9,5	7,4	39,2	0,9	0,3	42,7	337
Kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	37,0	18,9	25,1	0,6	0,3	18,0	338
Järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroin on hälyttänyt	37,7	17,7	23,4	0,3	0,3	20,7	334
Liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	54,5	22,7	12,8	0,3	0,3	9,3	343
Apteekin hoitama asiakaskohtainen lääkepussitus	46,3	21,8	14,7	3,5	2,9	10,6	339
Lääkkeen ottamista muistuttava laite	17,7	19,5	36,9	0,9	0,3	24,8	339
Turvapuhelin	37,6	17,3	27,5	0,3	0,3	17,0	335
Jokin muu laite, mikä?	7,9		20,2		1,1	70,8	89

Liite 25. Hoitajien näkemys, kuinka erilaiset turvalaitteet, -järjestelmät ja -palvelut helpottaisivat vanhusten turvallisuutta ja arjesta selviytymistä (%)

	Hel- pottaisi paljon	Hel- pottaisi jonkin verran	Ei suo- ranaista vaiku- tusta	Vaikeut- taksi jonkin verran	Vaikeut- taksi paljon	En osaa sanoa	n
Perinteinen turvaranneke, jolla asiakas saa puheyhteyden hoitajaan tai turvapalvelukeskukseen	56,5	18,9	17,8	1,2	0,3	5,3	338
Turvaranneke, joka mittaa henkilön toiminnan muutoksia (esim. syke, pulssi), asiakas saa yhteyden hoitajaan tai palvelukeskukseen	35,4	24,6	24,0	1,2	0,3	14,4	333
Järjestelmä, jossa asiakkaan mittaamat tiedot (esim. verenpaine, verensokeri, pulssi) siirtyvät suoraan terveydenhoidon diagnosoitaviksi ilman, että asiakas "näpyttelisi" niitä erikseen koneelle	33,7	20,3	30,4	0,9	0,6	14,0	335
Interaktiivinen Hoiva-TV	19,6	16,6	28,6	0,6	0,3	34,3	332
Yksittäisen henkilön asuntoon laitettu järjestelmä, jolla voidaan seurata asiakkaan liikkumista, liikkumattomuutta, kaatumista tai ovesta poistumista	38,6	33,2	14,2	0,9	0,3	12,8	337
Sormentunnistimeen perustuva oven avausjärjestelmä	20,5	16,6	31,3	2,1	1,5	28,0	332
Ulko-oven läheisyyteen sijoitettu turvakamera	28,7	27,8	25,7	0,3	0,6	16,8	334
Kiinteistössä oleva sprinklaus	43,0	21,0	15,5	0	0,6	19,8	328
Kiinteistössä oleva sprinklauksen tyyppinen vesisumutusjärjestelmä	39,3	23,2	17,6	0	0,6	19,2	323
Palvelutalossa oleva järjestelmä, jolla voidaan seurata tietokoneelta esim. asiakkaiden liikkumista, kaatumisia tai liikkumattomuutta	41,4	26,1	15,3	0,3	0,3	16,5	333
Vuoteessa oleva tunnistin, joka reagoi henkilön liikkumiseen tai liikkumattomuuteen	34,6	25,7	20,9	0,6	0	18,2	335
Turvalattia, joka reagoi henkilön liikkumattomuuteen tai liikkumiseen	35,6	27,2	17,4	0,6	0	19,2	334
Liesi, josta toisesta valitsimesta valitaan liedien teho ja toisesta käyttöaika (usealla tuotemerkillä)	28,2	16,1	28,8	3,3	0,9	22,7	330
Lieden turvajärjestelmä, jossa liedien läheisyydessä oleva tunnistin mittaa lämpötilaa. Kun lämpötila nousee liian korkeaksi, liesi kytkeytyy pois päältä	37,6	15,2	28,1	0,6	0,3	18,2	335
Lieteen on jälkiasennettu turvalaite, joka kytkee liedien automaattisesti pois päältä tietyin ajan kuluttua	41,4	16,4	25,6	0,6	0,3	15,8	336
Liesi menee automaattisesti pois päältä, jos liedien valitsimen säätöä ei ole muutettu. On joissakin uusimmissa keittotasoisissa eri tuotemerkeillä	34,8	13,5	29,4	0,9	0,3	21,0	333
Liesituulettimeen asennettu turvalaite, joka sammuttaa liedellä alkaneen tulipalon ja kytkee liedien pois päältä	42,3	14,1	26,1	0	0,3	17,1	333
Induktioliesi	13,1	10,0	36,2	1,2	1,5	38,0	329
Kahvinkeitin, joka menee automaattisesti pois päältä	49,7	12,0	24,3	0	0,3	13,8	334
Järjestelmä, jossa pistorasiassa oleva laite kytkee virran pois sähkölaitteista, kun palovaroitin on hälyttänyt	51,5	13,6	19,3	0	0,3	15,4	332
Liiketunnistimeen perustuva valaistus, esim. makuuhuoneeseen asennettuna (helpottaa öisiä wc-käyntejä)	63,9	14,9	12,2	0	0,3	8,7	335
Apteekin hoitama asiakaskohtainen lääkepussitus	41,5	17,6	24,8	1,2	1,8	13,0	330
Lääkkeen ottamista muistuttava laite	37,2	15,7	31,1	0,9	0	15,1	331
Turvapuhelin	53,9	12,1	20,0	0	0,3	13,6	330
Jokin muu laite, mikä?	13,6	2,5	28,4	0	1,2	54,3	81

