

Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa

Pro gradu – tutkielma
Lindqvist, Anniina 508415
Kesäkuu 2016
Sosiaalitieteiden laitos
Turun yliopisto

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkistettu Turnitin OriginalityCheck – järjestelmällä.

Turun yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos

Lindqvist, Anniina:
Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa
Pro gradu – tutkielma, 77 s.
Oppiaine: Sosiaalityö
Valmistumisvuosi: 2016

Tiivistelmä

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella sosiaalista ulottuvuutta vanhusten kotihoidossa seitsemän kunnan alueella Varsinais-Suomessa. Kuntayhtymä ja isäntäkuntana toimiminen vähensivät tarkasteltavia kokonaisuuksia neljään. Sosiaalipuolen työntekijöiden toimenkuvien tarkastelun lisäksi tavoitteena oli kartoittaa vanhussosiaalityön tilaa samojen kuntien vanhustalpalveluissa. Vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalpalveluista (980/2012) kirjaa, että kunnalla tulee olla käytettävissä gerontologisen sosiaalityön asiantuntemusta.

Tutkimusaineiston keräsin teemahaastattelemalla kahta työntekijää jokaisesta neljästä kokonaisuudesta. Koska kahdella alueella ei toiminut lainkaan vanhussosiaalityöntekijää kotihoidossa, haastattelut suoritettiin käytännön työtä tekeville sosiaalipuolen koulutuksen saaneille sekä esimiesasemassa toimiville henkilöille. Näin pyrin laajentamaan kokonaiskuvaa koko vanhustalhuollon kentälle. Tutkimus on laadullinen ja aineiston analysoin sisällönanalyysillä. Tutkimus nojautuu fenomenologis-hermeneuttiseen tutkimusperinteeseen.

Väestön ikääntyminen on luonut paineita uudistaa kuntien järjestämiä vanhustalpalveluita. Uudistaminen on tarkoittanut säästöjä, tehostamista ja palveluihin pääsyn kriteerien kiristämistä. Vanhusten kotihoito on kokenut valtavan muutoksen vuosikymmenien aikana samoin kuin sen asiakasrakenne. Sosiaalityön ammatillisuuden kehittyminen on seurannut hyvinvointiyhteiskunnan laajenemista. Vanhussosiaalityö ei ole koskaan ollut sosiaalityön keskiössä mutta sen merkitys kasvoi 1990-luvun lamaan asti. Laman jälkeen sosiaalitalpalvelut ovat niukentuneet, vaikka esimerkiksi vanhustalväestön kasvu on huomattava. Myöskään vanhussosiaalityön kehitys ei ole edennyt viime aikoina tarpeesta huolimatta.

Sosiaalinen ulottuvuus kuntien kotihoidossa on niukkaa. Moniammatillinen yhteistyö on itsestään selvyys mutta siinäkin korostuu terveydenhoidon keskeinen rooli. Sosiaalipuolen koulutuksen saaneiden työntekijöiden määrä on vähäinen ja heidän tehtävänkuvansa eivät vastaa sitä monipuolista kenttää, johon he saavat koulutuksen. Mitä suurempi on toimintayksikkö, sitä rajatumpi työnkuva on. Huoli kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista on suurta mutta huoli ei konkretisoidu työntekijöillä eikä esimiestehtävissä toimivilla asianajotehtävän korostumiseen. Sosiaalityöntekijöiden palkkaamiselle ei nähdä erityisiä perusteita, vaan koetaan, että sosionomit ja geronomit vastaavat esiin nousseisiin tarpeisiin yhtä hyvin. Vanhussosiaalityö ei ole pystynyt perustelemaan osaamistaan kuntaorganisaatiolle.

Asiasanat: sosiaalinen ulottuvuus, vanhussosiaalityö, kotihoito, moniammatillisuus

Sisällys

| | |
|--|----|
| 1. Johdanto | 1 |
| 2. Ikääntyneiden asema yhteiskunnassa..... | 2 |
| 2.1 Laki ja laatusuosituksset turvaamaan vanhusten palvelut | 3 |
| 2.2 Vanhusväestö muutoksessa..... | 7 |
| 2.2.1 Väestökehitys sekä ikäihmisten terveys ja toimintakyky..... | 7 |
| 2.2.2 Ikäihmisten sosio-ekonominen ja intellektuaalis-kulttuurinen asema..... | 11 |
| 3. Kotihoito palveluna..... | 14 |
| 3.1 Kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta yhteiseen kotihoitoon..... | 15 |
| 3.2 Moniammatillinen yhteistyö kiinteä osa kotihoitoa..... | 19 |
| 3.3 Kotihoidon tulevaisuuden haasteet | 20 |
| 4. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten palveluissa | 24 |
| 4.1 Vanhussosiaalityön kehitys..... | 25 |
| 4.2 Vanhussosiaalityön erityispiirteet ja asema sosiaalityössä | 28 |
| 4.3 Sosiaalisesta ulottuvuudesta sosiaalityöhön kotihoidossa | 30 |
| 5. Tutkimustehtävän täsmennys..... | 33 |
| 5.1 Tutkimuskysymykset | 33 |
| 5.2 Metodologiset ratkaisut..... | 34 |
| 5.3 Tutkimusaineisto..... | 37 |
| 5.4 Tutkimusmenetelmät..... | 37 |
| 6. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa..... | 39 |
| 6.1 Toimintaympäristön muutos heikentää vanhusten asemaa kotihoidossa..... | 40 |
| 6.1.1 Toimintaympäristön taloudelliset muutokset vähentävät palveluja | 41 |
| 6.1.2 Kotihoidon tehtävien muutos heikentää asiakkaiden henkistä hyvinvointia..... | 45 |
| 6.2 Muutosvaatimukset työmenetelmissä, osaamisessa ja ammattitaidossa | 48 |
| 6.2.1 Koulutuksen antama hyöty selkiintymätön käytännön osaamisen rinnalla..... | 49 |
| 6.2.2 Moniammatillisuus toimii kotihoidon arjessa hyvin..... | 52 |
| 6.3 Vanhussosiaalityön profiloitumaton osaaminen vanhusten kotihoidossa..... | 55 |
| 6.3.1 Kotihoidon muutokset, uhka vai mahdollisuus sosiaalisuudelle..... | 55 |
| 6.3.1 Mitä sosiaalinen ulottuvuus on kotihoidossa | 62 |
| 6.3.2 Mitä sosiaalisen ulottuvuuden tulisi olla kotihoidossa..... | 65 |
| 7. Johtopäätökset..... | 67 |
| 7.1 Tutkielmani luotettavuudesta..... | 67 |
| 7.2 Tutkielmani johtopäätökset..... | 68 |

| | |
|---------------|----|
| Lähteet | 72 |
|---------------|----|

Kuviot

| | |
|--|----|
| Kuvio 1: Yli 65-vuotiaiden terveydenhuollon ja ikääntyneiden hoivan menot vuonna 2011, miljoonaa euroa | 5 |
| Kuvio 2: Ikääntyneiden määrän kehitys vuosina 2012-2040 | 8 |
| Kuvio 3: Kotihoidon asiakkaan palveluverkosto | 15 |

Taulukot

| | |
|--|----|
| Taulukko 1: Kuntien asukasluvut, yli 65-vuotiaiden määrä sekä yli 65-vuotiaiden osuus asukkaista | 8 |
| Taulukko 2: Sosiaalityön ja palveluohjauksen painotuseroja | 32 |

1. Johdanto

Tarkastelen pro gradu -työssäni sosiaalista ulottuvuutta kuntien vanhuspalveluiden järjestämisessä keskittyen kotihoitoon. Mukaan työhöni olen valinnut seitsemän Varsinais-Suomen kuntaa, joiden terveys- ja sosiaalipalvelut on järjestetty hallinnollisesti erilaisin tavoin. Vanhusväestön osuus kasvaa yhä nopeammin suurten ikäluokkien saavutettua vanhuuseläkeiän. Ekonomistit ennustavat Suomelle pitkää jopa vuosikymmeniä kestävää hitaan talouskasvun aikaa, jolloin taloudellinen liikkumavara palveluiden järjestämisessä ja säilyttämisessä on pieni. Vanhusten kotona asumista mahdollisimman pitkään on painotettu vuosikymmeniä mutta nyt laitospaikkoja suljetaan yhä kiihtyvään tahtiin. Kotona asumisen lisääminen yhä vanhempien ja sairaampien vanhusten osalta vaatii panostusta kotihoitoon, mutta tutkimuksissa on todettu, että asia on käytännössä ollut viime vuosikymmenet päinvastoin, kotipalveluiden määrää on karsittu ja sen saajia rajoitettu (ks. Salonen 2007b).

Vanhusten hoivan ja hoidon siirtyessä yhä enenevästi vanhusten koteihin luo se haasteita sosiaalityölle, sillä sosiaalityön rooli kotihoidossa on vielä selkiintymätön. Vanhussosiaalityö ei ole kehittynyt samassa suhteessa muun sosiaalityön kanssa ja vasta viime vuosikymmenen aikana kiinnostus on alkanut kasvaa. (Tenkanen 2007, 182-183.) Sari Kehusmaa on puolestaan tutkinut hoidon menojen hillitsemistä Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksessa ja tullut siihen tulokseen, että sosiaalityötä kotihoidossa tulisi lisätä, koska se toimii ennaltaehkäisevänä työnä. Terveysturvan palvelut sijoittuvat enemmän myöhempään ikään, jolloin ollaan huonokuntoisempia. Kotona asumisen kannalta olisi tärkeää saada siirrettyä terveydenhuollon tarvetta mahdollisimman pitkälle ja tämä on mahdollista Kehusmaan mukaan sosiaalityötä lisäämällä. (Kehusmaa 2014, 76.)

Gerontologinen sosiaalityö käsitteenä esiintyi kirjoituksissa ensimmäisiä kertoja 1970-luvulla ja siitä lähtien sitä on käytetty yhä yleisemmin (Koskinen 1993, 118). Itse toiminta eli vanhussosiaalityö ei kuitenkaan ole Satu Ylisen (2008, 89-90) mukaan vielä vakiinnuttanut paikkaansa, vaikka vanhusväestön määrä on kasvanut jo pitkään. Vanhusasiakkaat liitetään usein mediassa ja yleisessä keskustelussa terveydenhuollon asiakkuuteen. Julkinen taho painottaa voimakkaasti vanhusten kotona asumista mahdollisimman pitkään sekä laitospaikkojen huomattavaa vähentämistä. Niin sanotussa vanhuspalvelulaisissa todetaan, että laitoshoidon käyttöä voidaan käyttää vain lääketieteellisten syiden perusteella, tai jos se on perusteltua asiakas- tai potilasturvallisuuden kannalta (laki

ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-veluista 2012/980, 3:14 a §). Turvallinen kotona asuminen vanhana edellyttää kattavia sosiaali- ja terveystal-veluja mukaan lukien sosiaalityöntekijöiden työpanosta, jota tulisi lisätä tehtyjen linjausten perusteella.

Pyrin vastaamaan esittämiini tutkimuskysymyksiin haastatteluaineistojen avulla. Haastattelun kahta sosiaalipuolen työntekijää jokaisesta valitsemastani kunnasta tai toiminta-alueelta. Haastattelumetodina käytän teemahaastattelua. Aineistoni kunnat olen valinnut sillä periaatteella, että mukana on mahdollisimman erilaisia kuntia, kotihoidon hallinnollisia järjestelyjä sekä kaupungeja että maaseutua. Tarkoitukseni on selvittää onko näillä eroilla vaikutusta vanhussosiaalityön rooliin kotihoidossa. Mukana olevat kunnat ovat Turku, Kaarina, Raisio, Rusko, Masku, Nousiainen ja Mynämäki.

Pro gradu – tutkielmani rakentuu siten, että luvussa kaksi käsittelem tutkielmani ulkoista viitekehystä muuttuneen vanhuslainsäädännön ja väestörakenteen muutoksen kautta. Luvuissa kolme ja neljä esittelen teoreettisen viitekehysten, joka pohjautuu vanhussosiaalityöhön ja kotihoitoon liittyvään kirjallisuuskatsaukseen. Luvussa viisi esittelen työni metodologiset ratkaisut ja luvussa kuusi analysoin teemahaastattelut. Luvussa seitsemän esitän johtopäätökset aineistoanalyysin tuloksista.

2. Ikääntyneiden asema yhteiskunnassa

Vanheneminen herättää ihmisissä monenlaisia tunteita, usein ensimmäisenä negatiivisia. Toisaalta myös positiivisia ajatuksia pyritään liittämään vanhuuteen ja vanhenemiseen. Sairaudet, raihnaisuus ja ulkonäön muuttuminen mielletään vanhenemisen huonoiksi puoliksi kuten myös yksinäisyys, toimintakyvyn lasku ja läheisten menettäminen. Positiivisina nähdään kokemusten ja viisauden lisääntyminen, uudet mahdollisuudet sekä vapaus, joka koittaa, kun omat lapset on kasvatettu ja työelämäkin on jäänyt taakse. Myös suvun perinteiden kantaminen ja siirtäminen uudelle sukupolvelle nähdään positiivisena asiana. Vanheneminen on kaksikasvoinen ilmiö, jossa toisaalta kohdataan menetyksiä mutta myös vahvuuksia. (Koskinen & Seppänen 2013, 447.)

Vanheneminen on muuttunut parin viime vuosikymmenen aikana. Muutos jatkuu edelleen ja voimme puhua uudenlaisesta eläkeläiskulttuurista. 1980-luvulla vielä säästäväisyys ja vaatimattomasti eläminen olivat eläkeläisten hyveitä, kun 1990-luvulta alkaen on vahvistunut aktiivisuuden, yksilöllisyyden ja nuoruuden korostaminen. Varsinkin

naisten kohdalla luodaan ajatusta siitä, että vanhenemista voidaan jarruttaa lääke-, vitamiini- ja luontaistuottein. Kuluttaminen nousee keskeisempään rooliin uudessa eläkeläiskulttuurissa. Vanhus – käsite ollaan varaamassa yli 80-vuotiaille. Nykyajan eläkeläisille on tarjolla laajempi elämäntyyli- ja elämäntilasto kuin aikaisemmin, ja uudet mahdollisuudet sekä vapaaehtoiset valinnat kuuluvat nykyiseen vanhenemiseen. (Koskinen 2004, 25-26, 62.)

Ikädiskriminaatio, vanhuskuva ja vanhuskäsitteet kuuluvat osana ikääntyneiden kulttuuriseen asemaan (Koskinen 2007, 19). Myös vanhoista ihmisistä käytetyt nimet ovat muuttuneet aikojen saatossa, ja aikaisemmin käytössä olleet sanat ovat tulleet uudelleen käyttöön kuten ikäihminen tai hieman aikaisemmasta poikkeavassa merkityksessä oleva seniori. Oikeasta termistä keskustellaan paljon, ja yhä useampi haluaakin itse määrittellä, miten häntä kutsutaan ja millaisia ominaisuuksia nimeen liitetään. Vanhuus on sosiaalinen kategoria ja sen määritelmät ovat yhteiskunnallisia. Määrittelijöiden asemaan voivat pyrkiä erilaiset sosiaaliset instituutiot kuten etujärjestöt, media tai vanhuustieteilijät. (Kaskiharju 2004, 280-281.)

Käytän tässä tutkielmassani pääsääntöisesti sanaa vanhus, vaikka tiedostan, että monet kokevat sanan ainakin osittain negatiivisena. Sanaa käytetään laajasti kirjallisuudessa sekä erilaisissa virallisissa yhteyksissä kuten vanhusneuvosto tai vanhusasiamies. Lisäksi käytän sanaa ikääntynyt. Nimitysten perusteella en tee ennakkopäätöksiä henkilön biologisesta iästä, hänen terveydentilastaan tai selviytymisestään itsenäisesti arkipäivän elämässä. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden keski-ikä koko maassa oli vuonna 2011 79,1 vuotta, jolloin puhuminen vanhuksista on mielestäni sopivaa (Tossavainen & Kuronen 2012, 2).

2.1 Laki ja laatusuosituksien turvaamaan vanhusten palvelut

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee ne kehityslinjat ja suuntaviivat, joiden mukaan vanhusten palveluja suunnitellaan ja lainsäädäntöä valmistellaan. Vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sisältävät ehkäisevät palvelut, palvelutarpeen arvioinnin ja terveyspalvelut. Niihin kuuluvat myös veteraanipalvelut ja etuudet, asumispalvelut ja kotipalvelu sekä kotisairaanhoidon palvelut. Lisäksi tulevat vielä vanhuksille suunnattu laitoshoidon, omaishoidontuki ja muistisairaiden palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.) Palvelut voidaan jaotella myös avohuollon ja laitoshuollon palveluihin.

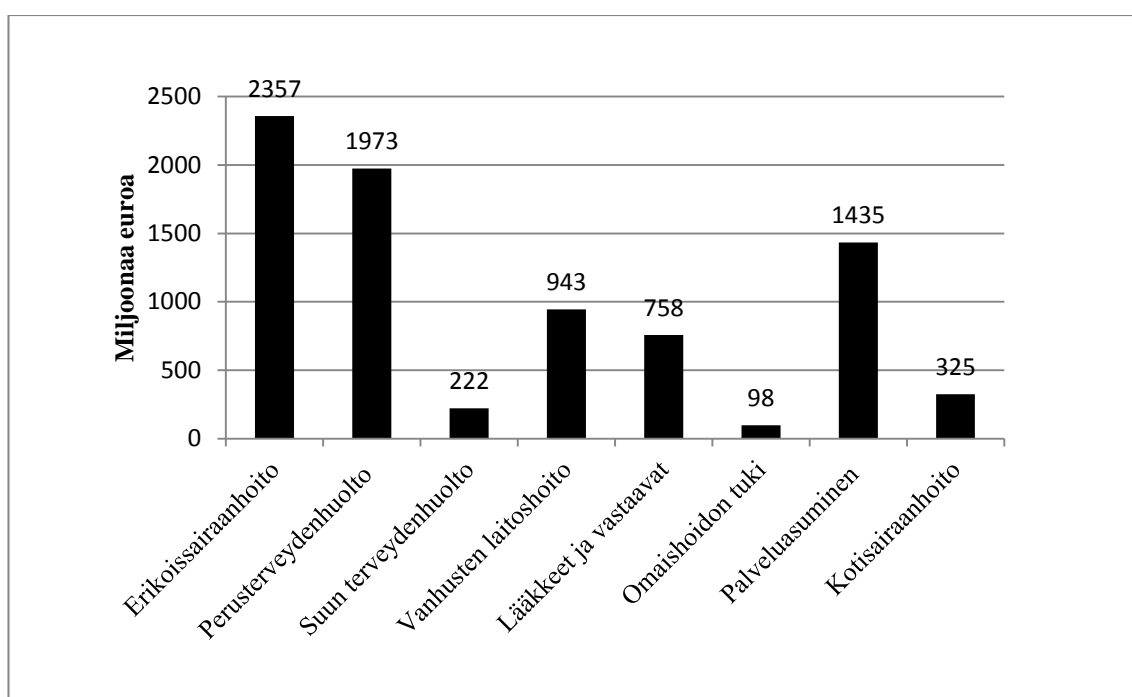
Vanhuksille suunnattuja sosiaalihuollon avopalveluita ovat heille kotonaan tai muualla annettavat sosiaali-, neuvonta- ja hyvinvointipalvelut, palveluohjaus sekä muut vastaavat palvelut. Kotipalvelut käsittävät henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon sekä muiden tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamisen ja niissä avustamisen. Ikääntyneiden päivätoiminta sisältää vanhuksille tarkoitettuja päiväkeskukset, joiden tehtävänä on toimintakyvyn lisääminen yhteisöllisyyttä ja vuorovaikutusta hyväksi käyttäen. Päiväkeskusten keskeinen tavoite on kotona asumisen edistäminen, jonka edellytys kohtalainen toimintakyky on. Muissa vanhusten ja vammaisten avopalveluissa on listattu vanhuksille tarkoitettuja aikuisneuvolat, muu sosiaalityön ammattihenkilöstön antama ohjaus ja neuvonta sekä sosiaalisia ongelmia selvittävien toimintayksiköiden toiminta. Lisäksi tähän luokkaan kuuluvat myös sosiaalinen virike-, harrastus- ja virkistystoiminta. (Tilastokeskus 2008.)

Sosiaalihuollon laitospalveluihin lasketaan vanhainkodit ja terveydenhuollon laitoshuollonpalveluihin terveyskeskusten vuodeosastot. Ympäri vuorokautisesta hoidosta huolimatta tehostettu palveluasuminen kuuluu yhdessä tavallisen palveluasumisen kanssa sosiaalihuollon avopalveluihin. Perhehoito ja osa kuntoutuksesta sijoittuvat puolestaan näiden palveluiden välimaastoon. (Jylhä 2014, 267.)

Vanhusten aseman turvaamiseksi on pitkään toivottu samanlaista erityislakia kuin lastensuojelulaki on lapsiväestölle. Tämä tavoite toteutui vuonna 2013, kun heinäkuussa tuli voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (980/2012). Laista on vakiintunut käyttöön lyhyt nimi vanhuspalvelulaki. Tämä laki koskee ikääntyneitä väestöä, eli henkilöitä, jotka ovat vanhuuseläkeiässä. Lisäksi ikääntynyt henkilö määrittellään siten, että hänellä on toimintakyvyn heikentymää, joka johtuu korkean iän aiheuttamien sairauksien tai vamman alkamisesta, lisääntymisestä tai pahentumisesta. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön kaikkinaista hyvinvointia. Lain tavoitteena on parantaa iäkkään henkilön osallistumista itseään koskevien päätösten valmisteluun, parantaa mahdollisuutta muun muassa laadukkaisiin sosiaali- ja terveystalouksiin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää sekä vahvistaa iäkkään henkilön vaikutusmahdollisuuksia hänelle järjestettävissä palveluissa. (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 2012/980, 1 luku 1, 3 §.)

Vanhusten kasvava lukumäärä huolestuttaa palveluiden saatavuuden ja rahoituksen riittävyyden osalta. Esimerkiksi vuonna 2011 yli 65-vuotiaiden terveydenhuollon ja ikään-

tyneiden hoivan menot olivat 8 110,6 miljoonaa euroa. Kuviossa 1 esitetyt luvut perustuvat Satu Kaipiaisen ja Janne Eskelisen kirjoittamaan teokseen *Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011*. Tästä summasta lähes kolmasosa kuluu erikoissairaanhoidon, vajaa neljäsosa perusterveydenhuoltoon ja vanhusten laitoshoidon runsas kymmenen prosenttia eli 943,3 miljoonaa euroa. Vanhusten palveluasuminen kustantaa vajaan viidenneksen, josta tehostettu palveluasuminen kattaa yli 12 prosenttia. Kunnat ovat keskeisessä osassa vanhusten palveluiden järjestämisessä, joten vanhustalaki painottaakin kuntien varautumista lisääntyvään palveluiden kysyntään. Kuntien velvollisuuksia ja toisaalta vanhusten mahdollisuuksia saada tarvitsemansa palvelut täsmennetään uudessa laissa. (Noro & Alastalo 2014, 15, 49.)



Kuvio 1. Yli 65-vuotiaiden terveydenhuollon ja ikääntyneiden hoivan menot vuonna 2011, miljoonaa euroa (Noro & Alastalo 2014).

Vanhuspalvelulain valmistuminen on monessa mielessä hyvä asia. Lainvalmistelun taustalla on kuitenkin ollut myös tavoitteita, joiden vaikutukset vanhusväestöön eivät ole pelkästään positiivisia. Marja Jylhä (2014, 266) tuo esiin sen, että hallituksen niin sanotussa rakennepaketissa veloitetaan sosiaali- ja terveysministeriö löytämään vanhuspalveluista 300 miljoonan euron säästöt. Keskeinen tapa saada säästöjä on laitoshoidon vähentäminen ja vanhusten kotona asumisen lisääminen. Vaikka useimmat vanhuksat haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään, tulee varoa ylikorostamasta kodin merkitystä. Osa vanhuksista on muuttanut paljon, eikä varsinaista kotia ole muodostunut. Joillekin vanhuksille koti merkitsee turvattomuutta ja väkivallan uhkaa. (Kos-

kinen 2004, 72.) Siksi on merkityksellistä, että pitkäaikaista laitoshoidoa voidaan antaa vain lääketieteellisin tai asiakas- tai potilasturvallisuuteen liittyvin perustein (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012/980, 3 luku 14 a §).

Kuntien velvollisuuksien korostamisesta huolimatta hoivaa ollaan siirtämässä yhä enemmän myös omaisten vastuulle. Omaisilla oli velvollisuus huolehtia läheisistään aina 1970-luvulle asti, jolloin lasten velvollisuus huolehtia vanhemmistaan ja isovanhemmistaan poistettiin lainsäädännöstä. Puolisoiden keskinäinen huolehtimisvelvollisuus poistui vähän myöhemmin vuonna 1977. Samanaikaisesti kehitettiin ja laajennettiin kotipalvelua ja sen tukipalveluita. (Ikonen 2015, 52.) Nyt resurssien niukkuus ja hoivan siirtyminen jälleen omaisten suuntaan näkyy myös sosiaalityössä esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakkaan perhesuhteissa on sisäisiä ristiriitatilanteita (Karjalainen & Sarvimäki 2005, 36).

Kolmas laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi valmistui kesällä 2013. Laatusuosituksen tarkoituksena on tukea kuntia väestönmuutokseen varautumisessa sekä samaan aikaan valmistuneen vanhuspalvelulain toimeenpanossa. Suosituksessa on seitsemän eri osa-alueita, jotka ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat ja johtaminen. Väestön ikääntymisen ja palvelutarpeiden kasvamisen ohella huomiota vaatii asennemuutos. Ikääntyneet ovat hyvin heterogeeninen ryhmä jo pelkän ikänsä puolesta kattaen kaiken väliltä 65–109 vuotta. Tästä noin runsaasta miljoonan henkilön väestöstä on noin 90 000 säännöllisen kotihoidon piirissä ja runsaat 50 000 ympärivuorokautisessa hoidossa. Lähtökohtana on se, että vanhuksen tulee voida elää mielekäästä elämästä omassa lähiyhteisössään siitä huolimatta onko hän terve ja hyvätoiminen harmaa pantteri vai toimintakyvyltään heikko, köyhä, etniseen tai seksuaaliseen vähemmistöön kuuluva. Laatusuositus tukee kuntapäätäjii, kun kunnan tehtävänä on varmistaa laadukkaat ja oikea-aikaiset palvelut iäkkäille asukkailleen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 13, 15-16.)

2.2 Vanhusväestö muutoksessa

Simo Koskinen (1994, 19-20) jakaa ikääntyneiden yhteiskunnallisen aseman neljään eri ulottuvuuteen. Väestöllinen, terveyteen ja toimintakykyyn liittyvä sekä sosioekonominen asema kuvaavat vanhusten todellista elämistä ja olemista. Neljäs ulottuvuus on intellektuaalis-kulttuurinen asema, joka on enemmän yksilöllinen tajunnan ilmiö kuin konkreettista elämistä ja olemista, kuten kolme aiemmin mainittua asemaa. Asemia ei tule ymmärtää staattisina ja muuttumattomina asiantiloina, vaan niiden ulottuvuudet ovat sidoksissa ajalliseen ja paikalliseen yhteyteen, jotka muuttuvat jatkuvasti.

2.2.1 Väestökehitys sekä ikäihmisten terveys ja toimintakyky

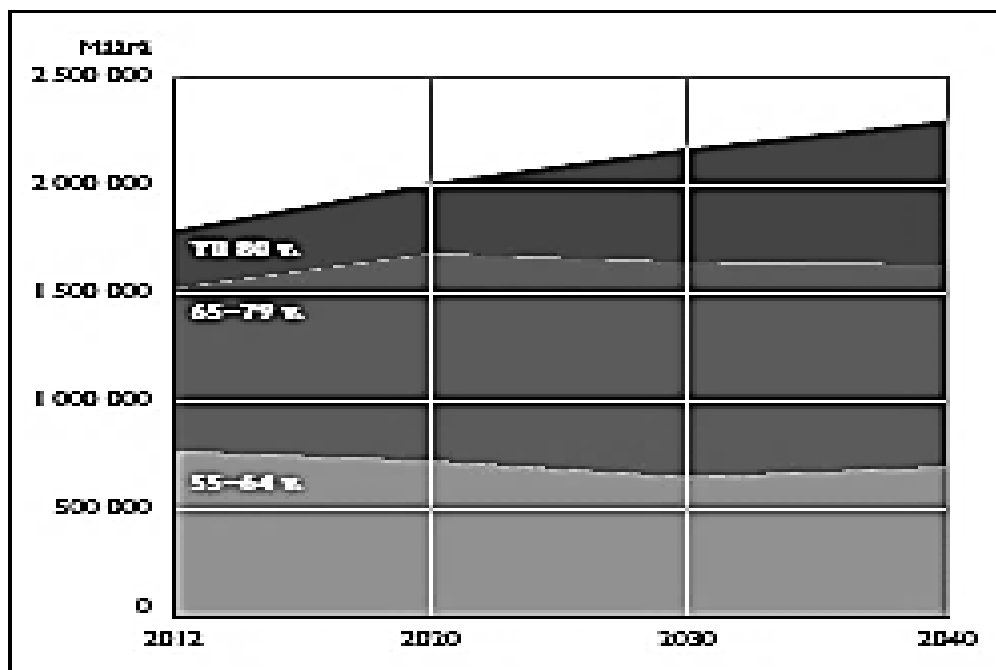
Väestöllinen asema muuttuu paljon, sillä Suomen väestö vanhenee vauhdilla. 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa puolitoistakertaiseksi vuoteen 2030 mennessä ja 80 vuotta täyttäneiden määrä lähes kaksinkertaistuu (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2012). 80 vuotta täyttäneiden osuus kasvaa suhteellisesti eniten. Vaikka Suomen väestöllinen ikääntyminen oli 2000-luvun alussa 15 EU-maan keskitasoa, kuulumme nyt kolmen nopeimmin vanhenevan maan joukkoon Euroopassa. Työikäisten ja vanhusten suhde muuttuu ja toisaalta alueelliset erot ikääntymisessä ovat suuria. (Koskinen 2007, 19.)

Valitsin pro gradu – tutkielmani aineiston kokoamiseen seitsemän kuntaa Turun alueelta. Turku ja Kaarina ovat kaupunkeja, jotka tuottavat itse omat sosiaali- ja terveystalvullensa. Raision kaupunki tuottaa vastaavat palvelut itsensä lisäksi myös maaseutukunta Ruskolle. Maaseutukunnat Masku, Mynämäki ja Nousiainen ovat muodostaneet yhteisen perusturvakuntayhtymä Akselin, joka on vastannut palveluiden tuottamisesta vuoden 2011 alusta. Seuraavalla sivulla olevasta taulukosta näkyy yli 65-vuotiaiden osuus kuntien asukasmäärästä. Mynämäessä lähes 23 prosenttia asukkaista on yli 65-vuotiaita, kun Maskussa luku on 15,4 prosenttia. Turussa ja Raisiossa on Mynämäen jälkeen eniten yli 65-vuotiaita asukkaita ja nämä kunnat ovat koko maan keskiarvon tasolla. Masku ja Rusko ovat selvästi alle maan keskiarvon ja ovat pystyneet saamaan nuorempia asukkaita sijaitessaan suurten kaupunkien naapurissa.

Taulukko 1. Kuntien asukasluvut, yli 65-vuotiaiden määrä sekä yli 65-vuotiaiden osuus asukkaista (Suomen virallinen tilasto (SVT), väestörakenne 2014).

| | Kunnan asukas- luku | yli 65- vuotiaat | yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä % |
|-------------------|------------------------|---------------------|---|
| Kaarina | 31973 | 5860 | 18,3 |
| Masku | 9748 | 1499 | 15,4 |
| Mynämäki | 7934 | 1805 | 22,8 |
| Nousiainen | 4858 | 777 | 16,0 |
| Raisio | 24468 | 4845 | 19,8 |
| Rusko | 6020 | 952 | 15,8 |
| Turku | 182948 | 36017 | 19,7 |
| Koko maa | 5 461 512 | 1 073 968 | 19,7 |

Vuonna 2014 yli 65-vuotiaiden määrä Suomessa oli 1 073 967,5 henkilöä, joka on 19,7 prosenttia koko väestöstä (Suomen virallinen tilasto (SVT), väestörakenne 2014, vuoden 2014 keskipäivä luku vuoden 2014 aluejaolla). Vuonna 2020 ennustetaan yli 65-vuotiaiden määräksi 1 264 156, joka on 22,6 prosenttia väestöstä ja vuonna 2060 määrä olisi jo 1 723 944 eli 28,8 prosenttia väestöstä (Suomen virallinen tilasto (SVT), väestöennuste, 2015).



Kuvio 2. Ikääntyneiden määrän kehitys vuosina 2012-2040 (Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013, 5).

Kasvava vanhusten osuus väestöstä liittyy tiiviisti väestöllisen huoltosuhteen käsitteeseen, eli siihen miten monta ei-työikäistä on työikäistä kohden. Huoltosuhde heikkenee tulevaisuudessa, sillä työelämään tulevat nuoret sukupolvet ovat pienempiä kuin eläkkeelle jäävät suuret ikäluokat. Alueelliset erot huoltosuhteessa ovat suuret ja johtuvat erisyyistä. Osassa kuntia lasten määrä on suuri rasittaen näin huoltosuhdetta, kun taas suuressa osassa maaseutua vanhusten määrä on suuri ja kasvamaan päin. Suurten kaupunkien ja niiden lähellä olevien kuntien huoltosuhde on pääsääntöisesti parempi kuin pienemmissä kunnissa. Kun huoltosuhde oli 50 vuonna 1987 (50 lasta ja vanhuseläkeikäistä sataa työikäistä kohden), ennustetaan sen nousevan 62,8 vuonna 2020 ja yli 70 vuonna 2030. Työikäisen väestön määrä vähenee samalla nykyisestä noin 65 prosentista alle 60 prosenttiin. Arvioidaan myös, että vuonna 2030 Suomessa on jo yli 100 kuntaa, joiden väestöllinen huoltosuhde on yli 100 eli lapsia ja vanhuksia on enemmän kuin työikäisiä asukkaita. (Ruotsalainen 2013.)

Ikääntyneiden määrän lisääntyminen tulevaisuudessa on yksi näkökulma asiaan. Viime vuosikymmenten kuluessa ikääntyneiden toimintakyky on parantunut kaikissa ikäryhmissä, vaikka se väistämättä heikkeneekin ikääntymisen myötä. Yli 80-vuotiailla sukupuolella on merkitystä toimintakykyisyyteen, sillä naisten toimintakyky on miehiä heikompi, vaikka eroa ei ole nuorempien eläkeläisten kohdalla. Koulutuksella on merkitystä toimintakykyyn siten, että koulutetuimmilla se on parempi. (Ikonen 2015, 152-153).

Väestöllinen huoltosuhde luo paineita kiinnittää erityisesti huomiota vanhusten terveydelliseen ja toiminnalliseen asemaan, joka onkin parantunut 1970-luvulta lähtien. Monet tekijät kuten toimintakykyä heikentävien sairauksien väheneminen, ravinnon monipuolistuminen ja tupakoinnin vähentyminen sekä lisääntynyt liikunta ovat parantaneet toimintakykyä ja perustoiminnoista suoriutumista. Samoin koulutustason nousu ja kognitiivisen toimintakyvyn paraneminen tukevat samansuuntaista kehitystä. Elämänlaadun ja mielenvireyden kannalta positiivista on lisääntynyt osallistuminen erilaisiin harrastuksiin. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2014, 38–39.)

Vanhusten toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä uhkaavat kuitenkin erilaiset muistisairaudet. Muistisairaus on sitä todennäköisempää mitä vanhempi henkilö on. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7,12) määrittelee muistisairaudet jo merkittäväksi kansantaudiksi. Vanhuspalvelulain tavoite vanhusten kotona asumisesta mahdollisimman pitkään luo haasteen kehittää kotihoitoa siten, että se pystyy vastaamaan myös muistisairaiden vanhusten palvelutarpeeseen. Kuntoutusel-

la ja hyvin suunnitellulla kotihoidon tuella voitaisiin saavuttaa myös taloudellisia säästöjä muistisairaiden hoitamisessa mutta tähän ei ole vielä panostettu tarpeeksi.

Toimintakyvyn neljä ulottuvuutta ovat fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. Päivittäisistä perustoiminnoista kuten syömisestä ja pukeutumisesta suoriutuminen kertoo vanhuksen fyysisestä toimintakyvystä. Terveystila ja toiminnan vajavuudet ovat myös fyysisen toimintakyvyn ulottuvuuksia. Välinetoiminnoiksi kutsutaan kotiaskareiden tekoa ja kodin ulkopuolella asioimista, joissa vanhuksilla usein on vaikeuksia, kun tarkastellaan fyysistä toimintakykyä. Kognitiivinen toimintakyky sisältää muistin, oppimisen, toiminnan ohjauksen, tiedon käsittelyn ja puheentoimintoja. Psyykkiseen toimintakykyyn puolestaan liittyy elämänhallinta ja mielenterveys eli psyykkinen hyvinvointi. Omat voimavarat ja haasteista selviytyminen sekä itsearvostus ja mieliala kuuluvat myös psyykkiseen toimintakykyyn. Sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisten suhteiden sujuvuudesta omaisten, ystävien ja naapurien kanssa. Vanhuuden myötä kontaktit vähenevät ja heikkenevät, mikä vaikuttaa myös psyykkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. (Ikonen 2015, 154-155.)

Toimintakyvyn lisäksi vanhusten ikääntymistä voidaan tarkastella voimavarakäsitteen kautta. Ihminen selviytyy elämässään voimavarojensa mukaisesti. Voimavarat rakentuvat vuorovaikutuksessa muiden ihmisten ja ympäristön kanssa ajan kuluessa ja näiden kokemusten muodostamia voimavaroja ihminen käyttää elämässään. Ihmiset eivät koe voimavaraajaan samalla tavalla, vaan ulkoisesti samankaltaisessa tilanteessa olevat ihmiset voivat kokea tilanteessa selviämisen hyvin eri tavalla. Voimavarat voidaan jakaa neljään kokonaisuuteen, joista fyysiset voimavarat kertovat siitä, miten hyvin ihminen liikkuu ja selviää esimerkiksi näön ja kuulon suhteen päivittäisistä toiminnoista. Henkiset voimavarat koostuvat niin persoonallisuudesta, kognitiivisista toiminnoista kuin mielenterveydestäkin. Minäkuva ja itsetunto tai muisti ja ongelmanratkaisukyky ovat tärkeitä tekijöitä psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi määritettäessä henkisiä voimavaroja. Omaisten, ystävien ja tuttavien kanssa vuorovaikutuksessa oleminen luo sosiaalisten voimavarojen keskeisen osan, johon voidaan lisäksi lukea erilaiset palvelut ja niihin liittyvät yhteistyösuhteet. Ympäristölliset ja taloudelliset voimavarat sisältävät muun muassa oman kodin ja sen ympäristön sekä liikkumisen vapauden ja saatavilla olevat palvelut. Taloudellisesti toimeen tuleminen luo vanhuksille turvallisuuden tunnetta. (Koskinen 2004, 79-80.)

Toimintakykyisyys ja voimavarat ovat tiiviisti yhteydessä siihen, miten kotona asuva vanhus pystyy selviytymään päivittäisistä askareista ja sosiaalisten kontaktien ylläpidosta. Lisäksi oleellista kotona asuvien vanhusten osalta on puhua myös elämänlaadusta, johon vaikuttavat vanhuksen omat kokemukset mutta myös mitattavissa olevat hyvän elämän ehdot. Elämänlaatu muodostuu vuorovaikutuksessa yksilön ja ympäristön välillä ja sitä ilmentävät tyytyväisyys omaan elämään sekä ulkopuoliset aineelliset edellytykset. Myös elämänlaatu-käsite voidaan jakaa psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Sosiaaliset verkostot ja osallistuminen sekä mielekkäät aktiviteetit ovat sosiaalista elämänlaatua ylläpitäviä tekijöitä. Kodin merkitys vanhuksille lisääntyy samalla, kun elämänpiiri kapenee. (Heinola & Luoma 2007, 37-38.)

2.2.2 Ikäihmisten sosio-ekonominen ja intellektuaalis-kulttuurinen asema

Vanhusten sosio-ekonomiseen asemaan vaikuttavat muun muassa asema työvoimana, säästäjänä ja kuluttajana. Lisäksi siihen vaikuttavat taloudellinen asema, asumis- ja perheasema sekä asema vaikuttajana ja osallistujana. Myös asema palveluiden ja ammatillisen vanhustyön asiakkaina ovat osa sosio-ekonomista asemaa. Sosiaaliryhmästä riippuen koulutustasojen elinajanodotteissa on eroja, jotka säilyvät vanhuuteen asti samansuuntaisina. Varsinkin miesten kohdalla toimihenkilötaustaisilla on enemmän elinvuosia jäljellä työntekijöihin verrattuna. Ero on nähtävissä myös naisilla. Myös asuinalueet eriytyvät iän mukaan ja ikääntymisprosessi on ensin voimakkaampi syrjäseuduilla ja pienissä kunnissa mutta saavuttaa myös kasvukeskukset ja suuret kaupungit vuoteen 2030 mennessä. Tällöin yli 65-vuotiaita on vähintään neljännes kuntalaisista. (Koskinen 2007, 19, 21.)

Koskinen (2007, 27) kuvaa ikääntyneiden työmarkkina-asemaa positiivisin sanakääntein ja puhuu eläkeläisistä työvoimareservinä, jotka voivat astua takaisin työelämän tarpeisiin parantuneen koulutuksen, terveydentilan, suotuisien eläkeratkaisujen ja kohonneen arvostuksen siivittäminä. Suurten ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle työvoimapula näytti uhkaavalta, kunnes talouden heikkeneminen vuodesta 2008 alkaen on hillinnyt puheita työvoimapulasta. Suurten ikäluokkien siirtyminen eläkkeelle on lähinnä hillinnyt työttömyyslukujen nousua 1990-luvun laman lukemiin. Vielä vuonna 2007 oli syytä optimismiin työmarkkinoiden osalta, sillä talouden kasvu vuosina 1993–2008 oli Koistisen (2014, 32) mukaan poikkeuksellinen, ja nosti Suomen hyvin menestyneiden maiden joukkoon.

Ikääntyneiden siviilisäädystä on suuri ero miesten ja naisten välillä. Miehet elävät huomattavasti useammin parisuhteessa kuin naiset. Ero johtuu pitkälti siitä, että runsas kolmannes naisista on leskiä, kun miehistä on vain yhdeksän prosenttia. Tämä ero vain jyrkkenee, mitä vanhempia ihmisiä tarkastelee. Yksin vanhenevien naisten määrä on kuitenkin 1990-luvulta lähtien laskenut kymmenen prosenttiyksikköä, joka viittaa siihen, että miehet ikääntyvät naisia nopeammin. Näin ollen avioliitossa eletään pidempään. Yli puolet vanhuksista asuu kaupungeissa, lähes kolmasosa haja-asutusalueella ja vajaa viidennes taajama-alueella. Yli 80 prosenttia omistaa oman asuntonsa. (Koskinen 2007, 27-28.)

Ikääntyvien ihmisten koulutustaso kohoaa jatkuvasti, mikä on hyvä asia, sillä Koskisen (2007, 28) mukaan voidaan sanoa, että sitä myönteisemmin ihminen ikääntyy, mitä koulutetumpi hän on. Sen lisäksi, että ikääntyneet ovat koulutetumpia, he ovat myös varakkaampia kuin aikaisemmin. Ansioeläkejärjestelmät ovat parantaneet taloudellista tilannetta ja pelkällä kansaneläkkeellä elää enää alle kymmenen prosenttia eläkeläisistä. Eläketulot ovat alle 15 EU-maan keskitason mutta eläkkeet ovat tasaisesti jakautuneita, ja eläkeläisten köyhyysriski on melko alhainen myös naisilla (50 % määritelmällä), vaikka sukupuolten väliset köyhyysriskierot ovatkin Suomessa suuria. Suomessa myös eläkeläisten ostovoima on suhteellisen hyvä ja toimeentulovaikeuksien kokeminen on myös melko vähäistä. Suurin köyhyysriski on yli 75-vuotiailla naisilla, vaikka muuten naisten kasvanut työssäkäynti on kuronut kiinni eläkkeissä olevia eroja naisten ja miesten välillä. (Ahonen 2011, 143; Ahonen 2006, 125; Laesvuori 2006, 87.) Ikääntyneiden varallisuus on myös noussut. He omistavat asuntonsa, monet myös vapaa-ajan asunnon, säästöjä on kertynyt ja ikääntyneet ovat lähes velattomia. Kasvanut varallisuus mahdollistaa lisääntyvän kuluttamisen, jonka mittakaavalla on jo kansantaloudellista merkitystä. (Koskinen 2004,62.) Toisaalta Kiander, Riihelä ja Sullström (2004, 106) toteavat, että suomalaisten säästämisaste nousee eläkkeelle jäädessä. Tällöin tulojen pienentyessä kulutus joustaa säästämisen pysyessä aiemmalla tasolla.

Ikääntyneille on tärkeää päästä vaikuttamaan omiin asioihinsa yhteiskunnassa. Vanhusneuvostot ovat olleet kunnan ikääntyneen väestön vaikuttamismahdollisuuksien parantamisen välineenä jo vuodesta 1996. Vapaaehtoisuudestaan huolimatta vuonna 2005 vanhusneuvostoja oli yli kolmessa sadassa kunnassa. (Leinonen 2006, 49.) Nyt vanhuspalvelulain myötä vanhusneuvostojen perustamisesta tuli pakko kunnille. Neuvoston perustaminen yksin ei riitä, vaan kunnan on huolehdittava, että sillä on toimintaedelly-

tykset ja tosiasiallisesti vaikutusmahdollisuuksia päätöksenteon valmistelussa liittyen esimerkiksi elinoloja koskeviin ratkaisuihin. (Noro & Alastalo 2014, 16.)

Ikääntyneiden kasvavalla ryhmällä on potentiaalista poliittista valtaa. Tähän mennessä tämä valta ei ole näkynyt eduskuntaan ehdolla olevien ehdokkaiden ikäjakaumassa, eivätkä varsinaiset eläkeläisten puolueet ole menestyneet valtakunnallisesti tai paikallisesti. (Leinonen 2006, 39.) Suomalaiset eläkeläiset vaikuttavat kuitenkin aktiivisesti eri eläkeläisjärjestöissä, joista vanhimmat on perustettu jo 1950-luvun lopussa ja 1960-luvun alussa. EU-maiden tasolla tarkasteltuna suomalaisten ikääntyneiden järjestöosallistuminen on kärkitasoa, ja se on ollut edelleen nousussa. (Koskinen 2007, 31-32.)

Ikääntyneiden ihmisten osallistumisessa yhteiskuntaan on tietoteknisellä kehityksellä oma roolinsa. Tietoa siirretään jatkuvasti enemmän ja enemmän sähköiseen muotoon. Henkilökohtainen palvelu vähenee tai siitä tulee kallista. Tämä vaikeuttaa varsinkin hyvin iäkkäiden vanhusten osallistumista ja omista asioista huolehtimista, kun jo pankkiautomaatin käyttö voi olla haastavaa. Osa vanhuksista syrjäytyy tietoyhteiskunnasta, ja se on iso ongelma, jota ei saa jättää huomiotta. Aiheutunut haitta ei välttämättä ole vain ajan ja vaivan kulumista, vaan saattaa tarkoittaa myös huomattavia taloudellisia menetyksiä. (Koskinen 2007, 33-34.)

Kulloinenkin vanhuskäsitys tai vanhuskäsitykset määräävät ikääntyneiden kulttuurista asemaa. Vanhuskäsitys heijastaa sitä näkemystä, millaisen arvon vanhuksat yhteiskunnassa ansaitsevat ja miten heitä tulee kohdella. (Koskinen 1994, 20-21.) Vaikka keskustelu vanhusten asemasta tuntuu tällä hetkellä korostuneelta, on heihin aina suhtauduttu kahtalaisesti, joko torjuvan kielteisesti tai idealistisen myönteisesti. Vanhuskäsitys on merkittävä asia, sillä se vaikuttaa hyvin laajasti. Se määrittää ikääntyneiden oikeuksia ja velvollisuuksia sekä vaikuttaa siihen, millaisissa oloissa otamme huomioon vanhusten itsensä esittämät toiveet. Vanhuskäsitys määrittää sitä, millaisena näemme ideaalisen vanhenemisen ja millaisen arvon vanhuksemme saavat. (Koskinen 2007, 35-36.)

Vanhuskäsitys voidaan jakaa biolääketieteelliseen ja sosio-kulttuuriseen vanhuskäsitykseen. Medikalisoitumisesta puhutaan paljon, sillä vanhusten liiallinen lääkitseminen ja vanhuuden oireiden hoitaminen sairauksina aiheuttavat vanhuksille erilaisia ongelmia. Vanhuus tulisi nähdä arvokkaana ja asiaankuuluvana vaiheena ja osana elämää. Sosio-kulttuurinen vanhuskäsitys tuo esiin vanhenemisen moninaisuutta, ja kiinnittää huomiota vanhusten vahvuuksiin ja voimavaroihin. Vanheneminen on historiallinen, kulttuurinen ja sosiaalinen ilmiö. (Koskinen 2004, 36-37.) Suomessa on vaikea olla vanhus, sillä

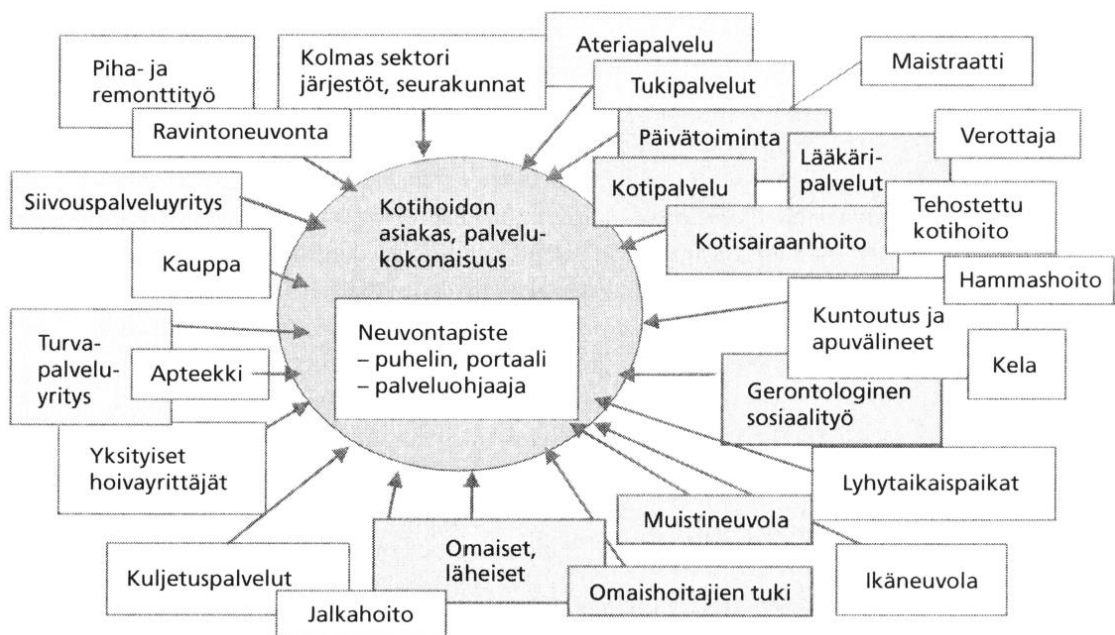
odotukset ja näkemykset ovat kovin ristiriitaisia. Ikääntyneiden tulisi olla mukana työelämässä pitkään, mutta samalla he vievät nuorten työpaikat. Ikääntyneitä ei arvosteta, vaikka samalla odotetaan, että he kantavat vastuuta lähimmäisistään vapaaehtoistyön kautta tai omaishoitajina. Ikääntyneistä puhutaan usein yhtenäisenä ryhmänä, vaikka toisaalta korostetaan sitä, etteivät he ole yhtenäinen ryhmä. (Leinonen 2006, 29-30.)

Edellä kuvatusta huolimatta suomalaiset vanhukset ovat olleet pääosin tyytyväisiä elämänsä. Lapin yliopiston Kaupunki Elvi-tutkimushankkeen (Koskinen, Hakapää, Maranen & Piekkari 2007, 123-124,197, 199-204) osallistujista (60-79-vuotiaat) yhdeksän kymmenestä piti elämänvaihettaan melko myönteisenä. Samoin kaksi kolmasosaa koki itsensä ikäänsä nuorempana ja loppu kolmannes oman ikäisenään. Vanhusten yksinäisyydestä puhutaan paljon, mutta sen esiintyvyys ei eroa muiden ikäryhmien yksinäisyydestä. Jatkuvasti yksinäisiä on alle kymmenen prosenttia ja joskus itsensä yksinäiseksi kokee noin kolmannes vanhuksista. Kaksi kolmasosaa ei koe itseään koskaan yksinäiseksi. Yhdeksän kymmenestä kokee elämänsä myös melko turvalliseksi ja elämänhalua sekä myönteistä suhtautumista tulevaisuuteen löytyy myös saman verran. Masennus on myös vähemmistön ongelma, sillä kahdeksan kymmenestä kokee elämänsä vähintään melko tarkoituksenmukaiseksi ja itsensä vielä hyödylliseksi. Tosin tutkimukseen osallistuneet ikääntyneet eivät olleet vielä siinä iässä, jossa toimintakyky heikkenee huomattavasti ja eläminen keskittyy kotioloihin.

3. Kotihoito palveluna

Vuoden 2013 vanhuspalvelulain johdosta on oltu huolestuneita vanhusten laitoshoidon määrästä ja tasosta. Tavoitteena on hoitaa vanhukset kotona niin pitkään kuin mahdollista. Näin pystytään vähentämään laitospaikkoja ja säästämään kuluissa. Tämä ei ole ensimmäinen kerta, kun laitospaikkoja halutaan vähentää. Ensimmäinen suuri rakenneuudistus tehtiin 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa. Tavoitteena oli vähentää laitosasumista avopalvelujen lisäämisen kautta. Suomea koetellut kova lama kuitenkin aiheutti sen, ettei avopalveluja lisätty, vaan lähes kaikkien palveluiden osuudet pienenevät. (Vaarama 2004, 170-171.) Vanhukset, jotka kotihoitoa tarvitsevat, eivät ole homogeeninen ryhmä, vaan eroavat toisistaan monella tavalla kuten ihmiset muissakin ikäryhmissä. Kotihoidon tulee olla asiakaslähtöistä, jolloin kullekin vanhukselle suunnitellaan juuri hänen tarpeitaan vastaavaa laadukasta kotihoitoa. (Luoma & Kattainen 2007, 18.)

Vaikka väestön toimintakyky on yleisesti parantunut, tämä ei näy yli 85-vuotiaiden toimintakyvyssä. Hoivan ja hoidon tarve ei näytä myöhentyneen. Tulevaisuuden haasteena nähdään dementiaoireisten vanhusten määrän kasvu sekä psyykkisten ongelmien ja alkoholin käytön lisääntyminen vanhuksilla. (Heinola 2007, 9.) Hyvä kotihoito on monen tekijän yhteistyötä, kuten seuraavasta kuviosta näkyy. Sen saavuttamiseksi tarvitaan asiakkaita, omaisia, vapaaehtoisia, sekä useita eri ammattilaisia sekä organisaatioita. Kotihoidon tulee sisältää ennakoivaa toimintaa, tarvittavaa fysio- tai toimintaterapiaa, gerontologista hoitotyötä, lääketieteellistä hoitoa, gerontologista sosiaalityötä sekä hoivaa ja kodinhoidollisia tehtäviä. Tarvittaessa kotihoitoa tulee olla saatavilla 24 tuntia vuorokaudessa. (Tepponen 2007, 61-62.)



Kuvio 3. Kotihoidon asiakkaan palveluverkosto (Tepponen 2007, 63)

3.1 Kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta yhteiseen kotihoitoon

Säännöllisen kotihoidon asiakasmäärissä ei ole tapahtunut vuosien kuluessa suuria vaihteluita. Vuoden 2014 lopussa asiakasmäärä oli 72 531 henkeä, jossa on puolen prosentin nousu edellisestä vuodesta. Kuten aikaisempinakin vuosina suurin osa asiakkaista on naisia, 66 prosenttia. Runsas 77 prosenttia asiakkaista on yli 75-vuotiaita. Käyntitiheys vaihteli asiakkaiden keskuudessa siten, että 39 prosentilla käyntejä oli 1-9 kuukaudessa ja 28 prosentilla käyntejä oli yli 60 kuukaudessa. Eniten apua saaneiden määrä on kasvanut viimeisten 20 vuoden aikana. (THL, tilastokatsaus 5/2015.) Kotihoidon tarve syntyy useimmiten fyysisistä syistä, 61 prosentilla asiakkaista. 17 prosentilla kotihoidon

asiakkaista on syynä sairauden tutkimus ja hoito, 11 prosentilla dementoivat sairaudet ja kymmenellä prosentilla psyykkis-sosiaaliset syyt. Psyykkis-sosiaalisissa syissä merkittävimmät tekijät ovat yksinäisyys ja turvattomuuden tunne. Dementian arvioidaan olevan alidiagnosoitua kotihoidon asiakkailla ja sen määrä tulee tulevaisuudessa lisääntymään. (Luoma & Kattainen 2007, 19-20.)

Liian pieniksi mitoitettujen kotihoidon resurssit ovat herättäneet keskustelua jo pitkään (ks. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010). Kunnat ovat joutuneet vastaamaan vanhuspalvelulain vaatimukseen myös resursointien osalta. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta tutkimuksessa on kysytty kunnilta arvioita siitä, miten eri osa-alueilla on edetty. Kotihoidon riittävyyden osalta vuonna 2013 76 prosenttia vastasi sitä olevan vähintäänkin melko riittävästi ja vuonna 2014 luku oli jo 85 prosenttia, josta 51 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoitoa on saatavana riittävästi. (Alastalo, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2014, 2-3.) Prosenttilukua voi lukea myös siten, että lähes puolet vastaajista ei koe kotihoitoa olevan tarjolla riittävästi.

Asiakkaiden palvelutarpeet ja palvelujärjestelmän resurssit joudutaan sovittamaan yhteen. Tämä on tarkoittanut sitä, että säännöllistä kotihoitoa on kohdennettu yhä enemmän yhä huonokuntoisemmille asiakkaille, jolloin hoitokertoja asiakasta kohden kertyy paljon. Tämä mahdollistaa huonokuntoisten vanhusten kotona asumisen mutta tarkoittaa myös sitä, että vähemmän apua tarvitsevia asiakkaita on jouduttu ohjaamaan muun muassa yksityisen kotiavun piiriin. Tätä kehitystä on tuettu myös lainsäädännöllisillä toimenpiteillä kuten kotitalousvähennyksen säätämällä. Yksityisen avun käyttämisestä aiheutuvia kustannuksia voidaan korvata myös Kelan maksaman hoitotuen kautta. Kunnallisen kotihoidon tulisi varmistaa, että vanhuksia neuvotaan ja ohjataan avun hankkimisessa, vaikka he eivät olisi kunnallisen palvelun piirissä. Tämän ryhmän kohdalla on riskinä, etteivät heidän varansa riitä tarvittavien palveluiden ostamiseen ja toimintakyky heikkenee niin, etteivät kaikki arkiaskareet onnistu enää ilman apua. Gerontologisella sosiaalityöllä olisi mahdollisuus auttaa tätä kohderyhmää palveluiden piiriin palveluohjauksen kautta. (Tepponen 2007, 63.)

Kotihoito määritellään uudessa vuonna 2015 voimaan tulleessa sosiaalihuoltolaissa kotipalvelujen ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaksi kokonaisuudeksi. Vanhukille suunnattu kotipalvelu sisältää avustamista ja suorittamista muun muassa asumisessa, hoidossa ja huolenpidossa, toimintakyvyn ylläpidossa sekä asioinnissa ja muissa jokapäiväiseen elämään kuuluvissa tehtävissä. Kotipalvelua on mahdollista saada esi-

merkiksi silloin, kun toimintakyky on alentunut sairauden tai erityisen elämäntilanteen vuoksi. (Sosiaalihuoltolaki 2015, 19§-20§.) Kotisairaanhoidon määrittely laissa moniammatillisesti tuotetuksi terveyden ja sairaanhoidon palveluksi, jota annetaan kotona tai siihen verrattavissa olevassa paikassa. Palvelu perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan tai se voi olla tilapäistä. Määräaikainen ja tehostettu kotisairaanhoidon palvelu on eroteltu vielä erikseen kotisairaalahoidon palveluksi. (Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 25§.)

Erilaiset asetukset, lait, suositukset ja ohjelmat määrittelevät sitä, millaista on laadukas kotihoito. Näiden asiakirjojen mukaan kotihoidon tulee olla asiakaslähtöistä ja perustua palvelutarpeen arviointiin. Kotihoidon tulee olla tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja sen tulee perustua toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan. Kotihoito tulee toteuttaa yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa sekä koordinoitua eri palveluntuottajien toimintaa. Kotihoidon järjestämisessä tulisi hyödyntää olemassa olevaa tutkimustietoa sekä hyviä käytäntöjä. (Ikonen 2015, 57-58.)

Suurin osa kunnista eli 71 % oli yhdistänyt kotipalvelun ja kotisairaanhoidon vuonna 2009. Kotihoito voidaan järjestää monella eri tavalla (Tepponen 2007,65):

- kunta voi tuottaa kotipalvelun osana sosiaalipalveluja ja kotisairaanhoidon osana kansanterveystyön kuntayhtymää
- kunta tuottaa kotipalvelut osana sosiaalipalveluja ja kotisairaanhoidon osana kunnan omaa terveystyötoimintaa
- kunta tuottaa kotihoidon palvelut osana elämänkaarimallia (kotihoito osana vanhusten palveluja)
- kunta tuottaa kotipalvelut itse, mutta toinen kunta vastaa kotisairaanhoidon järjestämisestä (isäntäkunta) tai kunta ostaa kotisairaanhoidon yksityiseltä palveluntuottajalta
- kunta tuottaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kunnan yhteisessä kotihoitoyksikössä (yhdistetty kotihoito)

Tutkielmaani valitsemani kunnat ovat järjestäneet kotihoidon eri tavoin. Maskun, Myllymäen ja Nousiaisten kunnat perustivat PARAS-lainsäädännön vaatimusten mukaisesti perusturvakuntayhtymän (jatkossa Akseli tai perusturvakuntayhtymä Akseli) vuonna 2010 ja sen toiminta alkoi 1.1.2011. Kuntayhtymä vastaa perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen palveluiden järjestämisestä. Laki edellytti vähintään 20.000 asukkaan väestöpohjaa yhteistoiminta-alueelle ja alueen kuntien yhteensä väkiluku vuonna 2010 oli 23.000 asukasta. Akselin toiminta on jaettu kolmeen

palvelulinjaan, jotka ovat sosiaalityö- ja perhepalvelut, terveyspalvelut ja ikäihmiset. Ikäihmisten palvelulinja jakaantuu yhteisiin palveluihin, vanhusten avopalveluihin ja ympärivuorokautiseen hoivaan. Vanhusten avopalvelut sisältävät ehkäisevän vanhus-työn ja kotihoidon. Kotihoito on jaettu kahteen eri alueeseen, joista ensimmäinen kattaa Maskun ja Nousiaisten kunnat ja toinen Mynämäen kunnan alueen. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2015.) Yhteistyössä kotihoidon kanssa toimii sosionomin koulutuksen saanut palveluohjaaja ja ikäihmisten ongelmiin voidaan tarvittaessa pyytää apua ja neuvontaa aikuissosiaalityön puolelta (Haastattelu 3).

Kaarinan kunta tuottaa sosiaali- ja terveyspalvelut itse. Kunnan toiminta on jaettu neljään toimialaan, joista hyvinvointipalvelut sisältävät hyvinvoinnin edistämisen, perhe- ja vammais- ja kotihoito- ja vanhuspallvelut sekä terveyspalvelut. Kotihoito- ja vanhuspallveluihin kuuluvat kotihoitopalvelut, palveluasuminen, omaishoito ja vanhusten laitoshoido. Kaarinassa on olemassa ikäihmisille suunnattu oma neuvontapalvelu VINKKI ja neuvontapallveluiden kehittämishanke, joka tähtää palvelutorikonseptin toteuttamiseen sekä Suomen ensimmäinen ja toistaiseksi ainoa senioreiden perhehoitokylä. (Hyvinvointipallvelut 2015.) Kotihoidon apuna sosiaalipuolelta on eri koulutuksen omaavia henkilöitä, esimerkiksi sosionomeja, mutta sosiaalityöntekijää ei tällä hetkellä ole (Haastattelu 1).

Raision kaupunki ja Ruskon kunta ovat itsenäisiä kuntia mutta muodostavat sosiaali- ja terveydenhoidon osalta yhteistoiminta-alueen, jossa pallvelut tuotetaan lähi- ja keskitettyinä pallveluina. Raisiossa kaupungin pallvelut on jaettu kolmen keskuksen kesken, jotka ovat sivistyskeskus, sosiaali- ja terveyskeskus sekä tekninen keskus. Sosiaali- ja terveyskeskuksen alta löytyvät sosiaalityö, hoito- ja hoivapallvelut, lastensuojeluyksikkö, vastaanottopallvelut (terveyspallvelut), työterveyshuolto ja talous- ja hallintopallvelut. Kotihoito ja muut vanhusväestölle suunnatut pallvelut sijaitsevat hoito- ja hoivapallveluiden alla. (Sosiaali- ja terveyskeskus 2015.) Yhteistyössä kotihoidon kanssa työskentelee yksi sosiaalityöntekijä, joka kuuluu hallinnollisesti aikuissosiaalityön alaisuuteen. Toinen sosiaalityöntekijän virka on sairaalassa ja ympärivuorokautisessa hoidossa, joka kuuluu hallinnollisesti hoito- ja hoivapallveluiden alaisuuteen (Haastattelu 7).

Turun kaupungin pallvelut on jaettu viiteen toimialaan, jotka ovat hyvinvointi-, kiinteistö-, sivistys-, vapaa-aika- ja ympäristötoimiala. Turku tuottaa sosiaali- ja terveyspallvelut omana toimintanaan yhdistetyn sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisuudessa. Hyvinvointitoimiala sisältää kolme pallvelu-alueetta, terveyspallvelut, perhe- ja sosiaalipallvelut

sekä vanhus- ja vammaispalvelut. Turussa on myös kuusi sosiaalityöntekijää vanhuspalvelujen sosiaalityössä. Sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta tehdään avopalveluissa ja asumispalveluissa lähinnä kotihoidossa ja ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa. (Hyvinvointitoimiala 2015.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö kiinteä osa kotihoitoa

Kotihoitoa kuten myös gerontologista sosiaalityötä voidaan tarkastella osana modernia vanhustyötä, jossa vanheneminen nähdään eri ammattien edustajien yhteisenä työalueena (Koskinen 2003, 27-28). Kuten sivulla 15 olevasta kuviosta voimme nähdä kotihoiton asiakkaan palveluverkosto voi olla hyvin monesta tahosta koostuva. Moniammatillisen tiimin on todettu lisäävän kotihoidon yhteistyötä. Toiminnan tehostamista auttavat sitoutuminen yhteisiin päämääriin ja toimintamalleihin sekä tiimiläisten toisiaan täydentävät taidot. Ongelmia moniammatilliseen tiimityöskentelyyn tuovat työnjaolliset kysymykset, ammattien työnkuvat ja käytännöt, salassapito sekä myös työntekijöiden enakkoluulot ja asenteet omien etujen puolustamisen lisäksi. Verkostoitumis- ja vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu osana päivittäistä työtä. (Tepponen 2007, 67.)

Esimerkki 1: Rauman kaupungin hoitokokoukset sairaalasta kotiuttamisessa

Raumalla on käytössä hoitokokoukset, kun asiakasta ollaan kotiuttamassa sairaalasta. Sairaalan osasto arvioi potilaan palvelutarvetta ja kutsuu kokoukseen tarvittavat tahot, joita ovat muun muassa omaiset/läheiset, kotipalvelun ohjaaja, kotiutuskoordinaattori, kotisairaanhoidon osastonhoitaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti/kuntohoitaja. Lisäksi palaverissa on sairaalan puolelta sairaanhoitaja tai omahoitaja ja usein myös lääkäri. Sosiaalitoimi lanseerasi ensin kotiutuskoordinaattorin toimen, jonka työntekijä tekee tiivistä yhteistyötä eri sektorirajojen yli selvittäen tarvittavia palveluita ja niiden tuottajia. Sosiaali- ja terveystoimen lisäksi kotiutuskoordinaattori tekee yhteistyötä yksityisen sektorin ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa. Myös terveystoimessa perustettiin vastaava toimi, kun sosiaalipuolelta saatiin hyviä kokemuksia. Kotiutuskoordinaattori pyrkii selvittämään asiakkaan kokonaistilannetta ja toimintakykyä, jotta kotona asuminen onnistuisi ja tarvittavat palvelut saataisiin. Asiakkaat ja heidän omaisensa ovat olleet toimintaan tyytyväisiä ja ovat kokeneet kotiutukset turvallisiksi. Myös pitkään sairaalassa olleita potilaita on voitu kotiuttaa tällä menetelmällä. Kotipalvelun resursseja on ollut helpompi järjestää, kun toiminta on ollut suunnitelmallista.

Kotihoidon moniammatillisen työskentelyn haasteellisuutta aiheuttaa se, että sekä sosiaali- että terveydenhuollon työntekijöillä on vahva oman tieteenalansa mukainen näkökulma työhönsä. Kaiken tarvittavan osaamisen saaminen käyttöön vaatisi työn organisoimista tiimityöksi mutta tämä on kotihoidossa vasta kehitysvaiheessa. (Ikonen 2015, 32-33.) Moniammatillinen tiimityöskentely asettaa erityisvaatimuksia myös toiminnan johtamiselle. Toisten tekemä työ tulee tuntea sekä sitä tulee arvostaa. Ongelmia moniammatillisessa työssä tulee vastaan mutta ne tulee osata ratkaista yhdessä ja mahdollisimman nopeasti. Yhteistyökyky on tärkeä johtajan ominaisuus. Lisäksi haasteita asetetaan tiedonkululle, jonka tulee olla nopeaa ja sujuvaa. Muuten vaarana on, että tehdään päällekkäistä työtä tai asiakas jää kokonaan ilman jotain palvelua, kun tieto ei kulje oikein. (Paasivaara 2007, 82-83.)

Riitta-Liisa Kinni (2014, 59) tarkasteli väitöskirjassaan muun muassa gerontologisen sosiaalityön roolia sairaalan moniammatillisessa ympäristössä. Hänen tutkimuksensa tulos oli, että muihin ammatteihin verrattuna gerontologisen sosiaalityön toimijuus ei ole erityisen vahvaa. Tutkimuksen kohteessa sosiaalityöntekijä ei osallistunut päätöksentekoon, vaan päätökset tekivät terveydenhuollon ammattilaiset. Sosiaalityöntekijän työ näyttäytyi asiakaslähtöisenä. Kinni näkee, että gerontologisen sosiaalityön tulisi edelleen kehittää sellaisia välineitä ja työmenetelmiä, joiden kautta se voidaan hyväksyä mukaan moniammatilliseen työhön.

3.3 Kotihoidon tulevaisuuden haasteet

Kotihoito on ollut suurten palvelurakennemuutosten kohteena 2000-luvulta lähtien. Kunnat ovat perinteisesti järjestäneet sosiaali- ja terveystalvet erillään toisistaan oimien lautakuntiensa alaisuudessa. Resurssien niukkenemisen johdosta sosiaali- ja terveystoimien yhdistämisestä on tullut kunnissa yhä yleisempää kulujen karsimisen saavuttamiseksi sekä palvelujen parantamiseksi. Toimialojen yhdistämisellä on toivottu poistettavan päällekkäisiä toimintoja sekä helpotettavan asiakkaiden kokonaisvaltaista auttamista, kun tarvetta on sekä sosiaalipuolen että terveystalven palveluille. Kotihoito käsitteenä syntyi sosiaalipuolen kotipalvelujen ja terveydenhoidon kotisairaanhoidon yhdistämisestä ja se on yleistynyt aina 1990-luvulta lähtien. Ongelmana tässä kehityksessä on nähty se, että lääketieteen ja sairaanhoidon rooli on vahvistunut sosiaalipalvelujen kustannuksella. Tällöin helposti kotihoidosta tulee terveydenhuollon jatke ja apuammatti, ilman omaa ammatillista arvostusta. Hoivaa ja huolenpitoa siirretään voimakkaasti

lähiyhteisöjen vastuulle, ja kotipalvelun toiminta ulkoistetaan tai karsitaan, jolloin kotihoito sananmukaisesti redusoi kotona asuvien ikääntyneiden tarpeet hoidon tarpeiksi. (Seppänen 2006, 34-35; Ikonen 2015, 21, 28.)

Gerontologian professori Marja Jylhä (2014, 267-268) kritisoi voimakkaasti sitä, ettei vanhuspalvelulaki ota huomioon vanhusten kasvavaa määrää, joka Suomessa kasvaa erityisen paljon. Laitospalveluita vähennetään, vaikka palveluiden taso suhteessa vanhuksiin vähenisi silläkin, että palveluiden taso pidettäisiin nykyisellään. Varsinkin yli 80- ja 90-vuotiaiden määrä on kasvussa ja heidän palvelutarpeensa kasvavat terveiden ikävuosien mahdollisesta lisääntymisestä huolimatta. Nuorempien kohdalla palvelutarvetta lisäävät selkeät sairaudet kun taas vanhemmilla sairauksien lisäksi tulee vanhuuden mukanaan tuomaa raihnausta, väsymystä, aistien heikentymistä ja muistisairauksia. Nämäkään vaivat eivät vaadi jatkuvaa hoivaa mutta ne vaativat sen, että hoivaa on saatavissa tarvittaessa ympärivuorokautisesti. Siksi kotihoito ei ole paras mahdollinen ratkaisu kaikkien vanhusten palvelutarpeisiin.

Pelkän fyysisen toimintakyvyn huomioon ottaminen ja lääkärijohtoisuus esimerkiksi kuntien SAS-toiminnassa (selvitys, arviointi, sijoitus) on saanut pitkään kritiikkiä sosiaalityöntekijöiltä. Kritiikin ansioista erilaisiin mittareihin on onnistuttu lisäämään sosiaalista toimintakykyä mittaavia osioita. Kunnissa sosiaalityön sekä kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet huomattavasti, palvelut ovat osin vähentyneet ja talous tiukentunut. Tämä on johtanut siihen, että vaihtuvuus niin sosiaalityöntekijöiden kuin kotihoidon henkilöstönkin keskuudessa on suurta. Suuri vaihtuvuus vaikeuttaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä, kuten myös se, että työntekijöillä on jatkuva kiire. (Krokkfors 2012, 186-187.)

Esimerkki 2: Helsingin kaupungin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston kotipalvelu ja terveystieteiden keskuksen kotisairaanhoidon yhdistettiin hallinnollisesti samaan yksikköön 2005, jolloin muodostui kotihoito-osasto terveystieteiden keskuksen. Vuonna 2006 käynnistettiin kotihoidon kehittämishanke, jota tehtiin yhdessä Helsingin yliopiston kanssa. Kotihoidon asiakkaana on 16 000 vanhusta, joiden hoivan ja hoidon taustalla on osalla syrjäytymistä ja huono-osaisuutta. Nämä ovat niitä osa-alueita, joiden kohtaamiseen kotihoidon työntekijöillä ei ole ollut riittävästi osaamista. Kotikäyntejä asiakkaiden luokse tekevät lähihoitajat,

sairaan- ja terveydenhoitajat, lääkärit, perushoitajat, kotiavustajat, kodinhoitajat, muistikoordinaattorit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit ja ravitsemusterapeutit, vuosittain yhteensä yli 1,7 miljoonaa kotikäyntiä. (Simola & Lyytinen 2009, 9.)

Sosiaalityöntekijää ei mainita eri ammattihenkilöiden luettelossa, vaikka juuri vanhusosiaalityössä keskeistä on vanhuksen kokonaistilanteen huomioiminen. Sosiaalityöntekijä toimii asiantuntijana, tekee neuvonta- ja vaikuttamistyötä, antaa psykososiaalista tukea sekä pyrkii vaikuttamaan kuntien vanhuspolitiikkaan. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 179-181.)

Helsingin kaupungin kotihoidossa on ongelmana asiakkaan kokonaisvaltainen hoito siten, että häntä aktivoidaan ja omia voimavaroja tuetaan. Asiakkaan fysiologisten tarpeiden kannalta välttämättömät rutiinitehtävien suorittaminen vie suurimman osan kotihoidon työntekijöiden ajasta. Lisäksi tukipalvelut ovat hajautuneet useille palveluntuottajille, jolloin kokonaiskuvan muodostaminen ja ylläpitäminen asiakkaan tilanteesta ja palveluista on vaikeaa. Huonokuntoisten vanhusten hoidossa korostuu lääketieteelliset toimet. Asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista arviointia pidetään vaativana työskentelynä, eikä kaikilla kotihoidon työntekijöillä ole siihen välineitä. Työn jakaminen työntekijäryhmien kesken siten, että palvelujen koordinointi ja yhteen nivominen tulisi suppeamman ja korkeammin koulutetun henkilöstön tehtäväksi, nähdään heikentävän muun kotihoidon henkilöstön motivaatiota. Koetaan, että tehtävien supistuminen heikentäisi henkilöstön saamista pelkkiin rutiinitehtäviin. Työntekijät kuitenkin myöntävät suoraan, että asiakkaan omien resurssien aktivoiminen ja palvelujen koordinoiminen ja yhteen nivominen jäävät fysiologisesti välttämättömien vakioitehtävien jalkoihin. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 14–15, 21–22.)

Kotihoidon palvelusuunnitelmaa sovittaessa asiakkaan kanssa tulee lähtökohtana olla asiakkaan voimavarat. Palvelutarpeen arvioimiseksi selvitetään asiakkaan toimintakykyä käyttämällä erilaisia kartoituksia ja toimintakykymittareita. Toimintakykyä voi selvittää myös haastatteleamalla asiakkaan lähiomaisia. (Ikonen 2015, 155, 159.)

Ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia ja psykososiaalisen tuen toteutumista kotihoidossa tutkineet Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho ja Routasalo (Eloranta ym. 2012, 14–16) to-

teavat, että vanhusten kotona asumista uhkaa heikentynyt psyykkinen hyvinvointi. Tämä johtaa usein terveystalouden lisääntyneeseen käyttöön sekä ennen aikaiseen laitoshoidon. Tutkimuksessa kysyttiin sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkemyksiä aiheesta. Asiakkaat tunsivat masennusta ja yksinäisyyttä, eivätkä olleet tyytyväisiä saamaansa psykososiaaliseen tukeen, kun puolestaan työntekijät kokivat onnistuneensa tuen antamisessa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu, että omaiset ja ammattilaiset korostavat fyysisistä tarpeista huolehtimista, kun taas asiakkaat eli vanhukset kokevat psykososiaalisen tuen tärkeyttä (ks. Harmer & Orrell 2008). Elorannan ym. (2012, 21) tutkimus vahvisti kuitenkin aikaisemmista tutkimuksista saatua tulosta, että kotihoidon asiakkaat ovat tyytyväisiä elämäänsä siitä huolimatta, että masennus ja yksinäisyys ovat yleisiä (ks. Savikko 2008).

Kotihoidon niukat resurssit ja suoranaisten alibudjetointi on monen kunnan ongelma. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa (2010, 62-63, 78-79) todetaan, että tärkein kunnallista palvelupolitiikkaa ohjaava työväline on kunnan oma talousarvio, johon kirjatut määrärahat suoraan vaikuttavat siihen, millaisia palveluja asukkaille voidaan myöntää. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa painotetaan sitä, että paikalliset olosuhteet tulee ottaa huomioon, kun palvelutarpeen arviointia tehdään. Huomioon otettavia seikkoja ovat muun muassa ikärakenne ja väestöennusteet, ikääntyneiden elinajanodote ja vanhusten taloudellinen tila, sekä useat muut tekijät. Kuitenkin tarkastuskertomuksen tulokset osoittavat, että kotihoidon määrärahatarvetta määrittää pääsääntöisesti edellisen vuoden talousarvio ja sen toteutuminen sekä kuluvan vuoden toteutuma asiakasmäärien ja –käyntien mukaan.

Edellisten vuosien lukujen valossa ei voida arvioida tulevaisuuden tarpeita ja siksi kunnissa tapahtuu paljon budjettien ylittämistä. Talousarvioiden laatiminen tiukasti toteutuneiden asiakasmäärien ja tuotettujen palveluiden mukaan ei jätä myöskään varaa palvelujen kehittämistoimiin. Usein erillisille hankkeille saadaan määrääjäksi rahoitus ja hankkeen päättymisen jälkeen toiminta siirtyy normaaliksi palveluksi jakamaan jo ennestään niukkoja taloudellisia resursseja. Tämä on johtanut jo nyt siihen, että kotihoito ei pysty vastaamaan niihin tavoitteisiin, jotka sille on asetettu. Kunnissa esiintyvä alibudjetointi johtuu myös siitä, ettei huomioon oteta sijais- ja koulutusmäärärahojen tarvetta. Osa kunnista oli pystynyt pitämään kiinni laaditusta budjetista mutta tarkastushavainnoissa huomattiin sen tapahtuneen kotihoidon laatua heikentämällä. (Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksessa 2010, 78-79.)

Tietoa kotihoidon kustannuksista on vaikea saada, sillä tilastoinnissa esiintyy ongelmia. Koko maan kattavia kustannustietoja ei ole saatavilla vanhusten kotihoidon menoista. Kuntien käyttökustannuksista kerätään tietoa myös sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, mutta niistä ei selviä erikseen vanhuspalveluiden osuutta. Tämä johtuu siitä, että kyseinen luokka sisältää myös vammaispalveluiden kustannukset. Lisäksi vanhusten kustannuksia sisältyy myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon luokkiin. Esimerkiksi kotisairaanhoidon saatetaan laskea kokonaan perusterveydenhuollon kuluihin. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveysterveyst 2005 (2007), 86.) Kustannustietoon perustuva suunnittelu ja vertailu on valtakunnallisesti vaikeaa tehdä edellä mainituista syistä johtuen.

4. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten palveluissa

Mirja Satka (1997, 28-31) jakaa sosiaalityön kehityksen Suomessa kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäinen on sosiaalityön juridisoitumisen kausi 1900-luvun alkupuolella. Tällöin luotiin lainsäädäntö ja luotettava hallintojärjestelmä sosiaalialalle, joiden tarkoituksena oli ohjata moraalisesti ja sosiaalisesti epäilyttävät kansalaiset kohti yhteiskuntakelpoisuutta. Toiminnan tavoitteena oli suojella yhteiskuntaa rajoittamalla poikkeavaa käyttäytymistä. 1940-luvulta alkanutta kautta Satka kutsuu psykologisoinnin vaiheeksi. Tällöin alettiin nähdä, että pelkkä lainsäädäntö ei ole riittävä sosiaalityön muoto. Yhdysvalloissa oli kehitetty yksilötyöskentelyä social casework –mallin mukaan, jonka perusta oli psykologiassa ja psykiatriassa. Sosiaalihuollon toimeenpanijat saivat uuden mallin pohjalta useita käsitteellisiä ja metodisia välineitä työnsä tekemiseen. Tämä kehitys johti siihen, että sosiaalityölle muodostui perusta itsenäisenä professiona. Yliopistojen tutkintouudistus 1970-luvulla oli ratkaiseva tekijä kolmannessa vaiheessa, jolloin sosiaalityö ammattina tieteellistettiin. Sosiaalityö oli osana sosiaalipolitiikkaa mutta sen kehittäminen oppi- ja ammattialana jäi puolitiehen. Satkan mukaan 1980-luvulla koulutettiin lähinnä yhteiskuntatieteilijöitä ja opetusohjelmien käytännön sisällöt jäivät viimeistelemättä.

Sosiaalityön kehityksessä voidaan nähdä vielä myös neljäs vaihe, jota Ulla Mutkan (1998, 181-183) mukaan kuvaa vahvan hyvinvointivaltion mureneminen. Toimintaympäristön muutos haastaa sosiaalityöntekijöitä määrittelemään työtään uudelleen. Alkuperäinen ajatus siitä, että ammatillinen sosiaalityö olisi tieteellisesti ohjattua, hallittua ja

suunniteltua toimintaa, ei toimi yhteiskunnassa, jota leimaa yksilölliset ja moninaiset elämäntavat ja – tilanteet. Käytännössä voi olla vaikeaa edes tunnistaa niitä kysymyksiä, joihin vastauksia tarvitaan. Sosiaalityössä tarvitaan kokemuksellista tietoa, jota tutkiva ja kirjoittava sosiaalityöntekijä tuottaa. Tämän ammatillisesta arjesta tuotetun tiedon sosiaalityöntekijät sitten välittävät muille.

Timo Toikko (2005, 223-230) erottaa kolme sosiaalityön perinnettä lukuisten erilaisten työtapojen joukosta. Hallinnollisten toimenpiteiden perinteessä korostuu se, miten ongelmallisia asioita selvitetään ja järjestetään lakiin perustuvien toimenpiteiden avulla. Sosiaalityön tehtäväksi muodostuu toimeentulon ja perusturvallisuuden takaaminen. Henkilökohtaisen vuorovaikutuksen perinteessä keskeisenä on ajatus, että yhdessä keskusteleminen ja kokeminen voivat tukea asiakasta. Tällöin työntekijä ja asiakas toimivat keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Varsinkin henkilökohtainen huolto, sosiaalinen kasvatus ja päihdeterapia ovat tällaisia työtapoja. Kolmas perinne on yhteisöllisen muutoksen perinne. Osa työntekijöistä katsoo, että ihmisten ongelmat ovat lähtöisin ennemminkin ympäristön olosuhteista kuin yksilöstä itsestään. Kansalaisliikkeet ovat keskeinen osa yhteisöllisen muutoksen perinnettä, sillä aatteellinen maailma toimii toiminnan motiivina ja innoittajana. Yhteisöllisen muutoksen sosiaalityössä ei ole tarkoitus suoraan auttaa yksilöä tai yhteisöä, vaan mahdollistaa heidän osallistumisensa keskusteluun ja toimintaan. Kun hierarkkinen suhde auttajan ja autettavan väliltä poistuu, yhteinen toiminta ja keskustelu synnyttävät välttämättä ratkaisuja henkilökohtaisella ja yhteisöllisellä tasolla.

4.1 Vanhussosiaalityön kehitys

Gerontologisen sosiaalityön tavoitteena on vahvistaa vanhusten hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta ja vanhusten toimintakykyisyyttä. Gerontologinen sosiaalityö on luonteeltaan muutostyötä, joka perustuu yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin. (Seppänen 2006, 47.)

Sosiaalityön koulutuksen, tutkimuksen ja käytännön kehittäjä Sosnet (SOSNET 2003) on laatinut määritelmän sosiaalityöstä, joka nojaa kansainväliseen sosiaalityön määritelmään. Tämä määritelmä on perustana myös gerontologisen eli vanhussosiaalityön määritelmälle. Satu Ylinen (2008, 90) määrittelee gerontologisen sosiaalityön seuraavasti:

Gerontologisen sosiaalityön asiakkaana on ikääntyvä ja ikääntynyt ihminen. Sen tavoitteena on asiakkaan hyvän nykyisyyden ja tulevaisuuden tukeminen. Tavoitteensa saavuttamiseksi gerontologinen sosiaalityö käyttää hyväkseen sosiaalityön yleistä ja ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvää erityistä gerontologista tietoa ja asiantuntijuutta. Erityisesti asiakkaansa hyvää elämää uhkaavissa tilanteissa gerontologinen sosiaalityö soveltaa eettistä asiantuntijuuttaan ja toimii välittäjänä asiakkaan ja hänen elämäänsä eri tavalla vaikuttavien osapuolten välillä.

Simo Koskinen on nimi, jonka kohtaa lähes jokaisessa vanhussosiaalityötä käsittelevässä kirjassa tai artikkelissa. Hän on kirjoittanut aiheesta jo 1980-luvulla mutta varsinaisesti vuonna 1993 kirjoitettu Review-tutkimus gerontologisen sosiaalityön muotoutumisesta kartoitti vanhussosiaalityötä koskevia aikaisempia kirjoituksia ja hahmotti sosiaalityön kehityskaarta vanhusten parissa. Koskinen (1993, 20) jakaa vanhuspolitiikan vaiheet kuuteen eriin jaksoon. Ajanjaksolla 1600-1880 vanhukset olivat lähinnä köyhäinhoidon kohteena, ennen kuin 1800-luvun lopulta alettiin kiinnittää huomiota taloudellisen toimeentulon turvaamiseen erilaisten eläkejärjestelmien kehittämisen kautta. 1930-luvulta alkaen laitosvaltaisuus alkoi kasvaa, kun vanhusten asumiseen ja elämiseen alettiin kiinnittää enemmän huomiota. Laitosvaltaisuudesta alettiin luopua 1960-luvulta, jolloin huomiota alettiin kiinnittää vanhusten elämisen laatuun ja eläkeläisyyden sisältöön esimerkiksi vanhusspesifisten avopalvelujen kehittämisen kautta. Samalla vanhus työ alkoi ammatillistua.

Varsinainen vanhuspolitiikan kausi ajoittuu 1970-luvulle, jolloin kiinnostuksen kohteeksi nousi koko vanhusväestö ja sen hyvinvointi, jota tuettiin valtiollisin interventioin. Huomion kohteena olivat niin kasvatukselliset, elämänsisällölliset kuin sukupolvien välisiin suhteisiin liittyvät elementit. Negatiivinen vanhuskuva alkoi saada myös positiivisempia sävyjä, kun vanhukset alettiin nähdä myös voimavarana. 1980-luvulla vanhuspolitiikka kohtasi uudenlaiset haasteet hyvinvointivaltion muutosten ja taloudellisen tilanteen kautta. Kasvavan vanhusväestön hyvinvoinnista huolehtimiseen kehitettiin erilaisia pluralistisia malleja palvelujen organisoimiseksi. (Koskinen 1993, 20.) Salonen (2002, 43) kutsuu 1990-lukua uuden vanhenemisen aikakaudeksi, jossa korostuvat entisestään hyvinvointivaltion uudelleenmuotoutuminen sekä taloustilanteen radikaali muuttuminen 1990-luvun alun laman johdosta. Vanhusväestön heterogeenisyys korostuu ja palveluvaatimukset muuttuvat aikaisempiin vanhuskohortteihin verrattuna. Vanhukset käyttävät yhä enemmän hyvinvointipalveluja, ja tämä yhdistettynä yhteiskunnal-

lisiin ja taloudellisiin muutoksiin merkitsee väistämättä muutoksia myös tuleviin vanhuspalveluihin.

Sosiokulttuurinen lähestymistapa korostui ikääntymisen tutkimuksessa ja vanhustyön ammatillisissa käytännöissä 1990-luvulla ja erityisesti 2000-luvun alusta. Muistelemisen lisäksi taiteen positiivinen rooli vanhusten hyvinvoinnin edistämässä korostui. Toisaalta pohdinnan kohteena on ollut myös se, miten arkipäivässä selviytyminen vaikuttaa vanhusten elämänsisältöön ja merkityksiin. Kunnat ja valtio perustelevat tehtyä vanhuspolitiikkaa, eli vanhusten mahdollisimman pitkään kotona jatkuvaa asumista, heidän omalla tahdollaan ja autonomian, aktiivisuuden ja osallisuuden säilyttämisellä. Sosiaalityöntekijät näkevät myös sen puolen, missä toisten avusta suuresti riippuvainen tai turvattomuutta ja yksinäisyyttä kokeva huonokuntoinen vanhus kotiutetaan laitoksesta. (Ylinen 2008, 40, 92.)

Sosiaalityö vanhusten parissa kehittyi ensimmäisenä Yhdysvalloissa jo 1950-luvulla, johtuen ainakin osin hyvinvointivaltion heikosta roolista, jolloin vanhusten ongelmien kohtaamiseen tarvittiin omaa ammatillista osaamista. Vanhussosiaalityön kehittymisen mahdollisti samanaikaisesti lisääntynyt sosiaaligerontologinen tutkimus, joka laajeni entisestään 1960-luvulla. (Koskinen 1993, 21-22.) Suomessa sosiaalityötä vanhusten parissa ei ole juuri ollut 1900-luvun alkupuolella, vaikka esimerkiksi köyhäinlaitosten johtajat olivat sosiaalityön ammattilaisia. Moni asia osoittaa, että vanhussosiaalityö vakiinnutti paikkaansa 1970- ja -80-luvuilla. Tänä aikana yhä enenevästi tutkijat kiinnostuivat vanhussosiaalityön temasta. Gerontologisen näkemyksen tärkeyttä ja roolia sosiaalityön koulutuksessa korostettiin. Aiheesta ilmestyi oppikirjoja ja kirjoittelussa alettiin käsitellä vanhusten kannalta uusia sosiaalityön työmuotoja ja ongelma-alueita. Käsitys siitä, että vanhuksilla on samanlaisia sosiaalityön apua vaativia ongelmia kuin muillakin väestöryhmillä, alkoi muotoutua. Vanhuskysymykset eivät olleet enää vain palvelukysymyksiä. (Koskinen 1993, 60, 80, 85.)

Kari Salonen on tutkinut vanhussosiaalityöntekijöiden ammattia lisensiaatintyössään ammattia kuvaavien työkokonaisuuksien sekä ammatillisten tieto- ja taitoalueiden kautta. Työkokonaisuudet on jaoteltu seitsemään osaan, jotka ovat arviointi- ja sijoitustyö, neuvonta- ja ohjaustyö, tiedonhankinta- ja selvitystyö, yhteistyö, kannustava ja tukeva työ, edustaminen ja huolehtimistyö. Vanhussosiaalityön ammatilliset tietalueet Salosen tutkimuksen mukaan ovat vanhusasiakkuus, ammattietiikka, palvelujärjestelmä, geriat-ria, toimeentuloturva, lainsäädäntö, toiminta- ja menettelytapatieto, kokemuksellinen

tieto ja yhteiskunnallinen muutos. Vanhussosiaalityön ammatilliset taitoalueet jakautuvat seuraavasti: vuorovaikutus- ja kohtaamistaidot, yhteistyötaidot, neuvottelutaidot, päätöksentekotaidot, ristiriitojen ratkaisutaidot, tiedonhallintataidot, kommunikatiiviset taidot, kulttuurinen lukutaito ja refleksiiviset taidot. (ks. Salonen 2002.) Väitöskirjassaan Salonen tutki avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta (ks. Salonen 2007b).

Raija Tenkanen (2007, 191) kirjoittaa sosiaalityöstä ja kotona asuvien vanhusten ongelmista. Hän tulee siihen tulokseen, ettei sosiaalityö näy kotihoidossa muuten kuin erityisasiantuntijuutena esimerkiksi toimeentulokysymyksissä ja kriisitilanteissa. Moniammatillisuutta käytetään kotihoidossa palvelutarpeen arvioinnissa sekä palveluiden järjestämisessä mutta sosiaalityö ei ole keskeisesti mukana tässä prosessissa. Sosiaalityöllä olisi kuitenkin paljon annettavaa vanhuksen elämänlaadun varmistamiseksi esimerkiksi palveluohjauksen kautta, jota hyödynnetään vanhussosiaalityössä liian vähän. Erilaisten palvelumahdollisuuksien läpikäynti vaatii aikaa keskustella niin vanhuksen kuin tämän omaistenkin kanssa. Vanhuksen elämänvaiheet ja tausta vaikuttavat nykyisyyteen ja tarvetta laajempaan sosiaaliseen arviointiin saattaisi olla monesta syystä.

Vanhussosiaalityön tehtävät kotihoidossa ovat Tenkasen mukaan seuraavat: ”sirpaleisen tiedon yhteen kerääminen, asiakkaan sekä omaisten kuuleminen ja tältä pohjalta tapahtuva selvitys- ja arviointityö sekä palvelujen suunnitteluun osallistuminen.” ja lisäksi ”koordinoida eri tahojen yhteistyötä ja verkostoitumista sekä etsiä uusia ja innovatiivisia ratkaisuja tähän työskentelyyn.” Sosiaalityöntekijällä voisi olla aloitteentekijän rooli verkostotyöskentelyn aloittamisessa, vaikka hän ei voi aikaansaada yhteistyötä yksin. (Tenkanen 2007, 191.)

4.2 Vanhussosiaalityön erityispiirteet ja asema sosiaalityössä

Koskinen (1993, 124) jakaa sosiaalityön kannalta vanhukset iän mukaan kolmeen osaan: nuoret tai uudet vanhat, vanhat ja hyvin vanhat. Näillä ryhmillä on keskenään erilaiset sosiaalityön tarpeet. 2000-luvulla tyypillinen vanhuspalveluiden käyttäjä on hyvin ikääntynyt vanhus, joka asuu lähes kuolemaansa asti kotona ja tarvitsee paljon päivittäistä apua. Hyvin monella on myös eritasoista muistisairautta. Ihmisten eliniän pidentyminen haastaa meidät ymmärtämään vanhuuden yhtenä elämänkulun pitkänä vaiheena, ja suhtautumaan siihen vakavasti. Vanhukset muuttuvat muun yhteiskunnan mukana, joko omasta halustaan tai pakosta. Yhä useampi asuu pitkään omassa kodis-

saan, joka mahdollistuu osin siitä syystä, että fyysinen terveys säilyy vanhuksilla suhteellisen hyvänä, jolloin halu huolehtia itsestä ja omista asioista kasvaa. Vanhukset ovat myös aikaisempaa itsenäisempiä taloudellisesti, koulutustaso on aiempaa korkeampi ja he pystyvät tekemään päätöksiä omista asioistaan. Vanhusten taloudellisen tilanteen koheneminen näkyy myös heidän kulutustottumuksissaan. Kaikki nämä piirteet yhdessä johtavat siihen, että vanhusten taloudellinen ja poliittinen valta lisääntyy tulevaisuudessa. (Salonen 2007b, 6,13,15.)

Sosiaalityön ammatillisuuden hajoaminen erilaisiksi työtavoiksi on ollut sosiaalityön historian aikana todellinen uhka. Sosiaalityö on ulottunut yhä uusille aloille ja uudet työmenetelmät ovat perustuneet erilaisille teoreettisille oletuksille ja menetelmille. Erikoistuminen uhkaa yhtenäistä kehitystä, jota voidaan puolustaa korostamalla sosiaalityön kovan ytimen, eli oman teorian ja menetelmän, merkitystä. Jonkin yksittäisen menetelmän tai teorian nostaminen keskeiseksi ja muita tärkeämmäksi voi myös hillitä sosiaalityön hajoavaa kehitystä. Toisaalta ristiriitaiset kehityssuunnat voidaan nähdä osoituksena sosiaalityön dynaamisuudesta, ei siis negatiivisessa merkityksessä. Kilpailevat perinteet ovat pakottaneet sosiaalityöntekijät määrittelemään työtapaansa yhä paremmin niin teoreettisesti kuin käytännöllisestikin. Sosiaalityön historiallinen kehitys voidaan Toikon mukaan jakaa erilaisiin vaiheisiin, jotka ovat varhainen pioneerivaihe, ammatillisen muotoutumisen vaihe, metodisen työtavan vaihe ja postmodernin ammatillistumisen vaihe. (Toikko 2005, 231-233.)

Vanhussosiaalityön erityispiirteet kietoutuvat siihen kysymykseen, että onko vanhuus erityinen ajanjakso ihmisen elämässä ja sitä kautta vanhusasiakkuus erityinen asiakkuus. Koskinen (1997, 37-42) toteaa vanhuuden määrittelyn lähteneen aikaisemmin sosiaalisen ongelman näkökulmasta, joka liittyi pitkälti köyhyyden kysymyksiin. Lisäksi vanhuus liitettiin raihnaisuuteen ja sairauksiin, elämään työelämän jälkeen. Vanheneminen nähtiin vaiheena, jossa ei ollut enää mahdollisuutta oppia uutta, vaan oli luopumisen ja passiivisen olemisen aika. Elämänkulun näkökulma 1970- ja 1980-luvuilla avasi uusia näkökulmia vanhuuteen ja alettiin nähdä, että vanhuksilla on samoja erityisiä ja yksilöllisiä avuntarpeita kuin muillakin ikäryhmillä. Tällöin alettiin tunnustaa vanhusten erityisyyttä. (Koskinen 1997, 43; Salonen 2007b, 50-51.)

Salonen (2007b, 52) kiteyttää vanhusasiakkuuden neljään osaan. Vanhuus on ainutkertainen elämänvaihe, jossa ilmenevät omat tapahtumat ja kriisit ja käytettävissä ovat erityiset voimavarat. Toiseksi erityiset fyysiset vanhenemisprosessit niin sosiaalisella, bio-

logisella kuin psyykkiselläkin tasolla määrittävät asiakkuutta. Kolmanneksi vanhukset suhtautuvat elämään eri tavalla kuin nuoremmat johtuen heidän pitkästä elämästään ja siitä kertyneestä elämäkokemuksestaan. Viimeinen erityisyys syntyy siitä, että vanhusasiakkuus tapahtuu tietyssä tilassa ja ajassa, jonka merkityksellisyyden vain vanhus itse voi kokea ja ymmärtää. (ks. Koskinen 1997, 44-45.)

Vanhussosiaalityöstä muodostuu kahtalainen kuva Koskisen (1993, 115) mukaan. Jo 1960-luvulta kiinnostus vanhussosiaalityötä kohtaan on alkanut lisääntyä, jolloin myös asenteet itse työtä kohtaan ovat muuttuneet paremmiksi. Samanaikaisesti lisääntyneestä tutkimuksesta ja kasvaneesta vanhusväestöstä huolimatta työ on aliarvostettua ja sitä tehdään liian vähän. Kröger, Karisto ja Seppänen (2007, 7-8) kirjoittavat, että edelleen sosiaalityössä keskitytään muihin aiheisiin kuin vanhuuteen. Eri erityisryhmiä ei tule asettaa toisiaan vastaan, sillä lapsiin ja nuoriin panostamista tarvitaan mutta sen lisäksi tulisi kiinnostuksen kasvaa myös vanhuksia kohtaan. Vanhustyö ei ole koskaan ollut Suomessa sosiaalityön ydinaluetta, vaikka se on ollut historiallisesti katsottuna kunnallisen vaivais- ja köyhäinhoidon alkuperäisiä töitä. Vanhussosiaalityö ei houkuttele myöskään opiskelijoiden enemmistöä, eikä sillä ole sosiaalityön sisällä vahvaa asemaa. Osan vanhussosiaalityötä tekevistä työntekijöistä kokevat muiden sosiaalityöntekijöiden pitävän heitä ”b-luokkaan” kuuluvina. (Ylinen 2008, 91.)

4.3 Sosiaalisesta ulottuvuudesta sosiaalityöhön kotihoidossa

Vanhuspalveluiden palvelujärjestelmässä tapahtuneet muutokset ovat heikentäneet sosiaalityön roolia avopalveluissa ja kotihoidossa. Rooli on ollut aiemminkin selkiintymätön ja vähäinen muualla kuin laitoshoidossa. Kuntakohtaiset erot ovat olleet suuret siinä, miten paljon sosiaalityötä avopalveluissa on tehty. (Tenkanen 2007, 181.) Kari Salonen teki tutkimusta gerontologisessa sosiaalityössä vaadittavasta ammattitaidosta ja professionaalista asemasta kunnallisissa vanhuspalveluissa 1990-luvun lopulla. Hänellä oli valittavana kahden kunnan vanhussosiaalityöntekijöiden väliltä, Turun tai Helsingin, sillä muualla ei vastaavia työntekijöitä ollut. Tampereella oli jo tiedostettu tarve palkata sosiaalityöntekijöitä vanhuspalveluihin, mutta asiassa ei ollut edetty käytännössä. (Salonen 2007a, 55.)

Myös nykyisin on se tilanne, että vanhussosiaalityöntekijöiden olemassa olo vaihtelee kunnittain, eikä ole aina kiinni kunnan koosta. Myös isommassa kaupungissa vanhus-

palveluiden sosiaalisista kysymyksistä saattavat vastata muut kuin sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneet työntekijät. Tulevaisuudessa vanhussosiaalityön paikkaa määrittävät ikäpolitiikan painopistealueet sekä yhteiskunnallinen konteksti laajasti ottaen. Ikäpoliittisia painopistealueita ovat kotona asumisen tukeminen ja hyvinvoinnin sekä terveyden edistäminen. Vanhusväestön määrän kasvu, kunta- ja palvelurakenteen muutokset sekä muutokset hyvinvointivaltion määrittelyssä luovat yhteiskunnallisen kontekstin. (Seppänen 2013a, 13, 42.)

Omaisten ja läheisten rooli psykososiaalisesta hyvinvoinnista huolehtimisessa on lisääntynyt, kun kiireinen kotihoito keskittyy muuhun kuin henkiseen ja sosiaaliseen puoleen. Usein myös omaiset tarvitsisivat neuvoa vanhuksen kotona asumisen tukemisessa tai omaisia ei ole ollenkaan. Vanhussosiaalityön tarve on erityisesti vaikeissa elämäntilanteissa kuten kaltoinkohtelussa tai päihdeongelmissa. Sen lisäksi vanhuksen elämä voi olla yksinäistä ja kotiin keskittyvää, jos fyysinen kunto ei mahdollista enää osallistumista kodin ulkopuoliseen elämään. Elämää voivat vaikeuttaa myös talousvaikeudet tai henkisesti köyhä arki. Oman kunnan huononeminen ja vaikeudet arkisissa asioissa voivat aiheuttaa masennusta sekä elämän kokemisen merkityksettömänä. Kotihoidolla voidaan korvata puutteita toimintakyvyssä ja hoitaa sairauksia, mutta apu ei useinkaan ole riittävää psykososiaalisissa ongelmissa. Asiakkaiden voimavarojen vahvistaminen ja informaation antaminen jäävät vähäisiksi, samoin kuin yhteistoiminta niin asiakkaan itsensä kuin omaistenkin kanssa. (Tenkanen 2007, 183-184.)

Vanhussosiaalityö voidaan nähdä joko perinteisenä sosiaalitoimistojen harjoittamana järjestelmäkeskeisenä työnä tai ongelmalähtöisenä sosiaalityönä, jonka ytimessä ovat sosiaalityön teoriapohja ja metodisuus. Jälkimmäisen työtteen on katsottu sopivan paremmin uusien sosiaalisten ongelmien käsittelyyn. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi päihteiden väärinkäyttö, syrjäytyminen, avioerot ja muut perhe-elämän ongelmat. Järjestelmäkeskeisessä mallissa työntekijöillä on vaikeuksia puuttua asiakkaiden ongelmiin kuten kaltoin kohteluun tai mielenterveysongelmiin. (ks. Seppänen 2006, 54; Antikainen-Juntunen 2014, 111.)

Tarkastelemistani seitsemästä kunnasta kolmessa toimi sosiaalityöntekijä kotihoidon asiakkaiden parissa, kun taas neljässä muussa kunnassa käytettävissä oli muun koulutuksen saaneiden työntekijöiden työpanos. Seppänen Marjaana on pitämällään luennolla 2013 esittänyt sosiaalityön ja palveluohjauksen eroja ja suhdetta toisiinsa. Keskustelu on ollut ajankohtainen, sillä hallituksen esityksissä kuntataloutta on ajateltu helpotetta-

van esimerkiksi henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia väljentämällä. Palveluohjaus on omaa toimintaa, jota usein tekevät muut kuin sosiaalityön koulutuksen saaneet. Toisaalta palveluohjaus on myös yksi sosiaalityön menetelmä. Alla olevasta taulukosta selviää se, että sosiaalityön tarkoituksena itsessään ei ole palveluihin pääseminen, vaan asiakkaan elämäntilanteen muuttaminen palveluiden avulla tai rakenteellinen sosiaalityö, kun taas palveluohjauksen tarkoitus on saattaa asiakas palveluiden piiriin. Sosiaalityön aikajänne on selvästi pitempi kuin palveluohjauksessa. Alla olevaan taulukkoon Eija Antikainen-Juntunen teki oleellisen lisäyksen sosiaalityön Muutos-kohtaan lisätessään siihen kannattelun, sillä iäkkään ihmisen elämässä muutosta ei ole aina tarkoituksenmukaista tavoitella. (ks. Seppänen 2013b; Antikainen-Juntunen 2014, 114.)

Taulukko 2. Sosiaalityön ja palveluohjauksen painotuseroja (Seppänen 2013b).

| Sosiaalityö | Palveluohjaus |
|--|---|
| Tilannearviointi: elämäntilanne | Tilannearviointi: palvelutarve |
| Pitkä aikajänne | Nykyhetki |
| Muutos ja/tai kannattelu | Palvelujen piiriin pääsy |
| Asianajo | Neuvonta |
| Työskentely asiakkaan kanssa ja lisäpalvelut | Asiakkaan auttaminen palvelujen piiriin |
| Seuranta, muutoksen arviointi | |
| Rakenteellinen sosiaalityö | |

Marjaana Seppänen (2013a,42) kokee tämän päivän haasteena vanhussosiaalityössä sen, että keskitytään liiaksi palvelujen koordinointiin ja arviointiin. Sosiaalisten ongelmien havaitsemisessa on vaikeuksia, eikä niiden ratkaisemiseksi työskennellä tarpeeksi tai ei ollenkaan. Aikuissosiaalityö ei ole ottanut vanhusten ongelmia omikseen. Myös Kari Salosen (2002, 223) liseniaattityössä vanhussosiaalityöntekijöiden työssä korostuvat sijoituspäätösten tekeminen sekä neuvonta- ja ohjaustehtävät. Kannustava ja tukeva työ, edustaminen ja huolehtimistyö ovat osa ammatillisuutta mutta eivät ammatillisen osaamisen keskiössä.

5. Tutkimustehtävän täsmennys

5.1 Tutkimuskysymykset

Kiinnostukseni vanhussosiaalityötä ja kotihoitoa kohtaan on lisääntynyt vuosien varrella, kun olen työskennellyt kotona asuvien vanhusten parissa kolmannella sektorilla. Omaisten ja vanhusten itsensä puheissa korostuvat kotihoidon ongelmat, kuten kiireinen aikataulu, yksinäisyys, turvattomuus ja alati vaihtuvat työntekijät. Näiden työkokemusten jälkeen muun muassa lainsäädäntö on muuttunut yhä enemmän kotona asumista painottavaan suuntaan. Olen kiinnostunut selvittämään miten näihin jo pitkään tiedossa olleisiin ongelmiin suhtaudutaan kotihoidon parissa työskentelevien sosiaalialan ammattilaisten parissa. Osa ongelmista kuten kiire ja työntekijöiden vaihtuvuus kohdistuu enemmän hoidolliseen ja huolenpidolliseen puoleen mutta osa sosiaalityön alaan. Yksinäisyys, ahdistuneisuus, masennus ja taloudelliset ongelmat kuuluvat sosiaalityön kenttään.

Tutkimuskysymykseni ovat:

*Miten sosiaalinen ulottuvuus näkyy vanhusten kotihoidossa?

*Miten vanhussosiaalityö näkyy kuntien vanhushuolissa?

Tekemissäni teemahaastattelussa käsittelem viittä teemaa tarkentavin alakysymyksin. Yleiset teemat ovat haastateltavien työtehtävien kuvaus tai vanhussosiaalityön rooli kunnan vanhushuolissa (esimiestehtävissä toimiville), ammatillinen osaaminen ja erityisosaamisen tarve, moniammatillisuuden näkyminen työssä, muutokset toimintaympäristössä viimeisten 5-10 vuoden aikana sekä millaisia haasteita on odotettavissa vanhusten kotihoidossa seuraavan 5-10 vuoden aikana. Alakysymyksissä keskityn erityisesti gerontologisen tiedon rooliin ammatillisessa osaamisessa, oman osaamisen esiintuomiseen moniammatillisen työn osiossa, vanhushuolulain vaikutuksiin toimintaympäristön muutoksissa sekä sosiaalisen säilymiseen kotihoidossa tulevaisuuden haasteena.

Olen rajannut tutkielmani koskemaan kotihoitoa sosiaalipalvelujen valikoimasta. Vaikka kotona asumista on alettu lisätä jo 1980-luvun lopulta alkaen, on painotus vain vahvistunut vanhushuolulain myötä. Vanhussosiaalityötä on perinteisesti tehty paljon laitoksissa mutta laitospaikkojen rajun vähentämisen myötä vanhussosiaalityön tarve ja

roolin tulisi lisääntyä kotihoidossa. Kuitenkin kotipalvelua on supistettu, eikä kotona asumista ole tuettu riittävästi. (Salonen 2002, 26-27.) Yleisessä keskustelussa kotihoito mielletään vahvasti terveydenhuollon alaan kuuluvaksi.

Tutkielmaani mukaan tulevat kunnat valitsin siten, että mukana on niin erikokoisia kaupunkia kuin myös maaseutua sekä erilaisia hallinnollisia malleja, joita on useita näinkin maantieteellisesti pienellä alueella. Kunnat ovat Kaarina, Turku, Raisio, Rusko, Mynämäki, Nousiainen ja Masku. Raisio ja Rusko tuottavat yhdessä terveys- ja sosiaalipalveluja ja Mynämäki, Nousiainen ja Masku muodostavat perusturvakuntayhtymä Akselin, jonka toimesta terveys- ja sosiaalityö alueella järjestetään.

5.2 Metodologiset ratkaisut

Tutkielmani on laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus ei ole parempi tutkimusmenetelmä kuin määrällinen tutkimus, mutta omaan tutkimuskysymykseeni saan vastauksen paremmin laadullisella menetelmällä. Määrällisellä tutkimuksella saadaan usein vastaus siihen, miten asia on juuri sinä hetkenä, kun sitä kysytään. Tällöin saatava kuva on seisahtunut ja välähdyksenomainen. (Hakala 2010, 20.) Omassa tutkielmassani olen kiinnostunut tavoittelemaan sitä muutosta, joka kotihoidon vanhussosiaalityössä on aikojen kuluessa tapahtunut tai jäänyt tapahtumatta. Jos muutosta ei ole tapahtunut, laadullinen tutkimusmenetelmä mahdollistaa sen selvittämisen, miksi näin on.

Laadullinen tutkimus mahdollistaa merkitysten tutkimista, eli esimerkiksi millaisia merkityksiä kotihoidon vanhussosiaalityöntekijät työlleen antavat tai miten he rakentavat oman työnkuvansa. Voimme tutkia, miten nämä merkitykset näkyvät tekoina työntekijöiden työpäivässä tai organisaatioiden hallinnollisissa ratkaisuissa. Varto Juha (2005, 28-29) puhuu merkitysten maailmasta ihmisten elämisaailmana, jossa ihminen kokee olevansa osa toiminnallista, kulttuurista ja sosiaalista ympäristöä. Merkitysten kokonaisuus muodostuu yhteisöistä, yksilöistä, arvotodellisuudesta, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta sekä yleisesti ihmisten välisistä suhteista. Tällaisessa lähestymistavassa korostuu laadullisen tutkimuksen erityisyys. Olen kiinnostunut tutkimaan sitä, miten vanhussosiaalityötä kotihoidossa tekevät työntekijät kokevat ja ymmärtävät oman asemansa ja työtapansa osana vanhusasiakkaiden arkea.

Kokemusta voidaan tutkia fenomenologisesta näkökulmasta ja tutkielmani nojaakin fenomenologis-hermeneuttiseen perinteeseen. Oleellista on kiinnittää huomiota tutkimuksen taustalla oleviin filosofisiin ongelmiin kuten ihmis- ja tiedonkäsitteisiin. Ihmis-

käsitys pohtii sitä, millainen ihminen on tutkimuskohteena ja tiedonkäsitys puolestaan sitä, miten sellaisesta kohteesta saadaan tietoa ja millaista se tieto on. Keskeistä tässä metodissa ihmiskäsityksen osalta on merkityksen, kokemuksen ja yhteisöllisyyden käsitteet. Ymmärtäminen ja tulkinta ovat osa tiedonkäsitystä. Ihmisen kokemukset syntyvät hänen suhteestaan omaan todellisuuteensa ja fenomenologiassa tutkitaan juuri tätä suhdetta ihmisen omaan elämäntodellisuuteen. Ihmisen suhde maailmaan nähdään myös intentionaalisenä, eli kaikella tapahtuvalla on meille merkitystä ja kokemus muotoutuu näiden merkitysten mukaan. (Laine 2010, 28-29.) Toisaalta Juha Perttula (2008, 149) näkee niin, että todellisuudessa on paljon sellaista, johon emme ole suhteessa ja siten niitä tapahtumia ei ole meille olemassa, sillä ne eivät saa merkityksiä meidän elämäntilanteessamme.

Olen kiinnostunut vanhussosiaalityötä tekevien työntekijöiden kokemuksista, jotka muodostuvat heidän työssään vanhusasiakkaiden todellisuudesta. Kokemukset muotoutuvat merkitysten mukaan, jolloin merkitykset ovat niitä, mitä fenomenologisessa tutkimuksessa tutkitaan. (Laine 2010, 29.) Jos vanhussosiaalityöntekijän kokemus on se, että hän ei pysty riittävän hyvin vaikuttamaan kotona asuvien vanhusten kysymyksiin, eikä hänen ammattitaitoaan arvosteta työyhteisössä, tavoitteena on tutkia, millaisia merkityksiä nämä kokemukset hänen työssään ja elämäntodellisuudessaan saavat aikaan. Syntyvät merkitykset eivät ole satunnaisia tai meissä synnynnäisesti olevia, vaan ihminen kasvaa ja kasvatetaan yhteisössä (Laine 2010, 30). Eri kulttuuripiireissä elävillä ihmisillä on erilainen elämämaailma mutta niin on myös eri aikakausina elävillä ihmisillä. Juuri valmistuneella sosiaalityöntekijällä ja vanhusasiakkaalla voi olla ikäeroa 60-80 vuotta, jona aikana yhteiskunta ja yhteisö ovat muuttuneet valtavasti. Tämä luo haasteita vanhussosiaalityöntekijälle ymmärtää se konteksti, jossa vanhus elää, varsinkin, jos vanhus ei ole jaksanut pysyä muutoksen mukana.

Hermeneutiikka on teoria ymmärtämisestä ja tulkinnasta, kun fenomenologia keskittyy ihmiskäsitykseen. Fenomenologis-hermeneuttisen tutkimusperinteen aineisto kerätään usein haastattelemalla. Hermeneutiikka pyrkii luomaan sääntöjä, joiden avulla tulkintaa aineistosta voidaan tehdä siten, että tulkinta olisi mahdollisimman oikea. Vaikka hermeneuttinen tutkimus keskittyy kommunikaation maailmaan ja kielellisiin ilmaisuihin, myös muut keholliset ilmaisut kuten ilmeet, eleet ja liikkeet ovat tulkinnan ja ymmärtämisen kohteena. Aikaisemmin fenomenologisen tutkimuksen yhteydessä puhuttiin merkityksistä, ja samojen merkitysten osalta voidaan sanoa, että niitä voidaan lähestyä vain ymmärtämällä ja tulkitsemalla. (Laine 2010, 31.)

Hermeneuttisessa ymmärryksessä puhutaan hermeneuttisesta kehästä, joka kuvaa sitä ajattelun mallia, että ymmärtäminen on kiinni aina joissain lähtökohdissa. Näistä lähtökohdista lähdetään liikkeelle mutta niihin myös palataan, kun ne ymmärretään ja oivalletaan. Ja jälleen ymmärtämisen kehä lähtee liikkeelle tästä ymmärryksestä, joka on etäännytynyt jo osin alkuperäisistä lähtökohdista. Tavoitteena on päästä lähellä tutkimuskohteen omaa mieltä siten, että vapautuu omasta ymmärryksestään ja niistä piirteistä, jotka ovat tutkijan piirteitä mutta eivät tutkittavan. Hermeneuttinen kehä ei ole umpinainen, vaan siinä edetään kohti ymmärrystä siitä, että ensimmäinen lukutapa kertoo vain minusta, jolloin seuraava lukeminen on jo vapaa tästä ja on etäännytynyt minun lähtökohdistani. (Varto 2005, 107-108.)

Hermeneuttiseen tutkimukseen kuuluu myös näkemys esiymmärryksestä, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija ymmärtää tutkimuskohteensa jonkinlaisena jo ennen varsinaista tutkimusta. Tämä esiymmärrys perustuu yhteiseen kulttuuriperimään ja se mahdollistaa merkitysten ymmärtämisen. Haastateltava kuvaa perustasolla omia kokemuksiaan ja ymmärrystään, joiden merkityksiä tutkija toisella tasolla reflektoi, tematisoi ja käsitteellistää. Tutkimuksella voidaan tehdä jo tunnettua tiedetyksi, eli nostaa sellaista esiin, mikä on tottumuksen mukana painunut näkymättömiin tai itsestäänselvyydeksi. Toisaalta voidaan nostaa tietoisien ajattelun kohteeksi jotain jo koettua mutta ei vielä tiedostettua. (Laine 2010, 32-33.)

Aikaisempi tutkimus on luonut osin ristiriitaista kuvaa vanhussosiaalityön merkittävydestä. Historiallisesti katsottuna vanhuksista on kiinnostuttu sosiaalityön kohteena myöhemmissä vaiheissa, eikä heidän parissaan tehty työ ole nauttinut arvostusta myöskään ammattilaisten itsensä keskuudessa. Viimeaikoina vanhukset ovat nousseet esiin enemmän, usein nähtynä uhkakuvana yhteiskunnan huoltosuhteelle ja taloudelliselle kestävyydelle. Heidän hoitonsa ja huolenpitonsa kustannukset ovat jatkuvan mielenkiinnon kohteena. Tätä taustaa vasten korostuu vaatimus mahdollistaa vanhusten asuminen kotona mahdollisimman pitkään, sekä heidän auttamisensa muilla kuin terveydenhuollon keinoilla. Käyty keskustelu ja esiin nostettu huoli eivät ole kuitenkaan merkittävästi lisänneet opiskelijoiden tai oppilaitosten panostusta vanhussosiaalityön opiskeluun ja opetukseen. Myös kunnissa käytännöt vanhussosiaalityön järjestämisessä vaihtelevat suuresti. Laadullisella tutkimusmenetelmällä mahdollistuu marginaalissa toimivien vanhussosiaalityöntekijöiden oman äänen esiin nostaminen. Usein laadullisia menetelmiä käytetään juuri silloin, kun halutaan antaa ääni sellaisille toimijoille, joilla sitä yleensä ei ole ollut. (Hakala 2010, 21.)

5.3 Tutkimusaineisto

Laadullisella tutkimuksella on mahdollista selvittää niitä merkityksiä, arvoja ja tunteuksia, joita sosiaalityöntekijät vanhussosiaalityöhön kotihoidossa liittävät. Kerään tutkimusaineistoni teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka mahdollistaa tutkittavien näkökulmien ja tulkintojen esiin tuomisen, sekä sen ymmärtämisen, että merkitykset syntyvät haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutuksessa. Toisaalta teemahaastattelu ei ole sidottu vain kvalitatiiviseen tutkimukseen, vaan sitä voidaan käyttää myös kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Teemahaastattelu on lähempänä avointa haastattelua kuin täysin strukturoitua haastattelua, sillä siinä ei ole tarkkoja kysymyksiä, jotka esitettäisiin kaikille samassa muodossa ja järjestyksessä. Haastateltavat kertovat asioista etukäteen päätettyjen keskeisten teemojen mukaan ja haastattelija käyttää joitakin etukäteen mietittyjä apukysymyksiä tai sanoja haastattelun eteenpäin viemiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48.)

Teemahaastattelussa haastattelija keskustelee haastateltavan kanssa tietyistä teemoista, mutta niiden järjestys ja keskustelun laajuus teemoittain voivat vaihdella haastateltavasta toiseen (Eskola & Vastamäki 2010, 28-29). Henna Köykkä (2013, 16) kiinnostui tekemään pro gradu – tutkielmansa gerontologisesta sosiaalityöstä osin siksi, että hän huomasi, miten eri tavoin sosiaalityötä vanhusten parissa tehtiin Suomen eri kunnissa. Koska oma tutkielmani sisältää niin kaupunkeja kuin maalaiskuntiakin, niin myös minä löysin eroja vanhussosiaalityön toteuttamisen muodoissa. Haastattelin kaksi työntekijää jokaisesta mukana olevasta kunnasta tai yhteistoiminta-alueesta. Haastattelut tein kuntien vanhussosiaalityön johtajalle tai vastaavalle henkilölle sekä vanhussosiaalityötä tekeväälle sosiaalityöntekijälle tai muun sosiaalialan koulutuksen saaneelle työntekijälle. Yhteensä haastatteluja kertyi kahdeksan kappaletta. Nauhoitin haastattelut yhtä lukuun ottamatta, sillä yksi työntekijöistä ei halunnut haastattelua nauhoitettavan. Litteroin ensimmäisen haastattelun heti sen tekemisen jälkeen, ja muutin yhden teeman paikkaa sopivammaksi kokonaisuuteen nähden.

5.4 Tutkimusmenetelmät

Valitsin aineistoni analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin, joka on sekä väljä teoreettinen kehys että yksittäinen metodi. Sen avulla voidaan aineistoa analysoida järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysia on mahdollista käyttää kaikenlaisen kirjalli-

sen materiaalin tai kirjalliseen muotoon saatetun materiaalin, kuten puheen tai haastattelujen, analysoimiseksi. Tarkoituksena sisällönanalyysissä on tuottaa tiivistetyssä ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä ja etsiä tekstin merkityksiä. Metodien avulla saadaan aineisto järjestettyä siten, että siitä voidaan alkaa tehdä johtopäätöksiä. Tuomi ja Sarajärvi tiivistävät Hämäläisen, Strauss & Corbin ja Atkinson et al. näkemykset aineiston laadullisesta käsittelystä siten, että se on loogista päättelyä ja tulkintaa. Aineisto joudutaan hajottamaan ensin osiin, käsitteellistämään ja lopuksi kokoamaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Analyysia ei tehdä vain tutkimuksen lopuksi, vaan koko ajan. Tutkimustulos ei siis ole se järjestetty materiaali, joka sisällönanalyysin toteuttamisen jälkeen on käytettävissä, vaan tutkijan tulee tehdä tästä materiaalista johtopäätöksiä, jotka ovat tutkimuksen tuloksia. (Grönfors 1982, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-104, 108.)

Sisällönanalyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa mutta se taipuu myös määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi (2009, 91-93) esittelevät Timo Laineen laatiman laadullisen tutkimuksen analyysirungon. Tärkeintä analyysissä on tehdä vahva päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa ja pysyä siinä päätöksessä. Aineistossa on luultavasti paljonkin mielenkiintoisia asioita, mutta niitä kaikkia ei voi sisällyttää yhteen tutkimukseen, vaan tulee pitäytyä niissä asioissa, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi aineisto tulee litteroida tai koodata. Koodaamisen voi tehdä monin tavoin ja omaan tutkimukseen parhaiten sopivalla tavalla. Litteroiminen on työläs ja aikaa vievä vaihe, mutta antaa mahdollisuuden myös tutustua aineistoon ensimmäisen kerran paremmin (Eskola 2010, 179). Kolmannessa vaiheessa luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään aineisto. Koska hankin aineiston teemahaastattelua käyttäen, tekemäni teemoittelu noudatti tehtyä haastattelurunkoa. Neljännessä ja viimeisessä vaiheessa kirjoitetaan yhteenveto tehdystä analyysistä.

Analyysin tekoa ohjaa myös tutkijan suhde teoriaan. Tutkimus voi olla aineistolähtöinen, teoriasidonnainen tai teorialähtöinen. Teorialähtöisessä tutkimuksessa aineistoa tarkastellaan valitun teorian kautta ja raportoidaan siitä esiin nousevat tulokset. Teoriasidonnainen tutkimus ei ole niin tiukkaan sidottu valittuun teoriaan kuin teorialähtöinen mutta kytköksiä teoriaan on olemassa. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pyritään muodostamaan teoria itse aineistosta. (Eskola 2010, 182.) Omassa tutkielmassani käytin aineistolähtöistä lähestymistapaa, jolloin muodostuva teoria syntyi aineiston teemoista. Jari Eskola (2010, 183) kuvailee aineistolähtöisen tutkielman teorialuvun olevan usein

kokoelman erilaisia teorioita, aikaisempia tutkimustuloksia ja käsitteitä, jotka jäävät irrallisiksi ilman, että niitä hyödynnetään tulososiossa.

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu määräävät valittavat analyysiyksiköt. Nämä analyysiyksiköt eivät ole ennalta harkittuja, eikä aiemmat teoriat tai tiedot saa vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen. Tällaista analyysia käytetään usein juuri fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimusperinteessä. Aineistolähtöisen analyysin ongelma ja heikkous on juuri edellä mainitussa edellytyksessä, etteivät aiemmat teoriat ja tiedot saa vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen. Usein tutkijan aiemmat käsitykset ohjaavat muun muassa käytettävien käsitteiden valinnassa ja ennakkoluulot ohjaavat teemojen ja haastattelukysymysten muotoilua. Laadullisessa tutkimuksessa tähän kysymykseen pyritään vastaamaan siten, että tutkija kirjoittaa auki omat taustalähtökohdat ja ennakkoasenteet ja tiedostaa ne myös analyysin aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-96.)

Omalla kohdallani tunnistan ennakkoasenteen nykyistä vanhustenhoitoa ohjaava valtakunnallista ohjeistusta ja lakia kohtaan. Kokemukseni kenttätyöstä ovat luoneet negatiivisen kuvan siitä, miten kotihoidolla voidaan turvata vanhusten turvallinen ja inhimillisesti ottaen laadukas elämä kotona, kun vanhuksen toimintakyky heikkenee olennaisesti. Olen kokenut, että taloudelliset arvot ovat syrjäyttäneet ihmisten arvon. Keskityin erityisesti tämän ennakkoajatuksen mielessä pitämiseen, kun analysoin haastattelutuloksia. Kotihoidon riittävydestä puhuttaessa vuonna 2014 85 prosenttia vastaajista koki, että kotihoitoa oli saatavissa vähintäänkin melko riittävästi, josta 51 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoitoa on saatavana riittävästi. Jouduin miettimään tarkasti sitä ovatko nämä luvut hyviä vai huonoja. Voidaanko olla tyytyväisiä siihen, että suurin osa työntekijöistä on sitä mieltä, että palvelua on saatavissa vähintäänkin melko riittävästi. Jos vain vähän yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että palvelua on saatavilla riittävästi, niin voiko sitä tulkita muutoin kuin suurina puutteina kotihoidossa.

6. Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa

Haastattelin tutkielmaani varten kahdeksan työntekijää, joista neljä toimi vanhuspalveluiden esimiestehtävissä ja neljä käytännön työntekijöinä kotona asuvien vanhusten parissa. Haastatteluteemat olivat kaikille haastateltaville samat, ainoastaan ensimmäinen taustoittava teema erosi siinä, että käytännön työntekijöiltä kartoitin heidän työnkuvaan-

sa ja työtehtäviään, kun esimiestason työntekijöiltä kysyin laajemmin kunnan vanhuspalveluissa tehtävästä vanhussosiaalityöstä. Tämä johtui siitä, että alun perin tarkoituksenani oli haastatella sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneita henkilöitä. Ollessani yhteydessä kuntiin tuli esille, että vain kahdessa kunnassa neljästä, eli Turussa ja Raisiossa toimii sosiaalityöntekijöiden kelpoisuuden täyttävä työntekijä tai työntekijöitä vanhusten kotihoidossa. Kaarinan ja Akselin osalta haastattelin henkilöitä, joiden koulutus oli kodinhoitajankoulutus sekä sosionomi AMK. Vaikka kunnassa ei välttämättä ollut sosiaalityöntekijää kotona asuvien vanhusten palveluissa, halusin esimiehiltä kartoittaa, löytyykö heitä muista tehtävistä kuten omaishoidonohjaajista tai SAS-koordinaattoreista.

Haastateltavat olivat erittäin kokeneita työntekijöitä yhtä työntekijää lukuun ottamatta, joka oli valmistunut sosiaalityöntekijäksi noin vuotta aikaisemmin. Hän oli ollut harjoittelussa ja tehnyt sijaisuuksia vanhuspalveluissa jo opintojen aikana, joten kokemusta oli kertynyt useammista työtehtävistä ja useamman vuoden ajalta. Puolet haastateltavista oli yli kuusikymmentävuotiaita ja kolme yli viidenkymmenen. Tulevina vuosina lähikunnissa on siis avautumassa useita tehtäviä vanhuspalveluissa. Sain luvan äänittää haastattelut yhtä lukuun ottamatta, jolloin tein muistiinpanot käsin kyseisestä haastattelusta. Puhtaaksi kirjoitetut muistiinpanot olivat vain noin puolet siitä, mitä nauhoituksista puretut tekstit olivat. Tosin muistiinpanojen pohjalta kirjoitettu teksti oli tiivistä asiaa tekstiä kysytyihin teemoihin liittyen.

Vanhussosiaalityö kuten kaikki muukin sosiaalityö näyttäytyy kiireiseltä alalta ja tutkimuslupien sekä haastattelujen sopiminen veivät paljon enemmän aikaa, kuin olin ajatellut. Lupien saamisen suhteen ei ollut vaikeuksia, kun ensin onnistui tavoittamaan niitä myöntävät henkilöt. Minulle jäi myös kuva, että haastateltavat vastasivat mielellään kysymyksiini, kun ensin onnistuimme löytämään yhteisen ajan haastattelua varten. Kahdeksan haastattelua tuntuu sopivalta määrältä tämän laajuiseen työhön, sillä teksteistä nousee esiin hyvin samantyyppisiä huomioita liittyen itse työhön. Eri kuntien toimintatavat tai jako kaupunkeihin ja maaseutuun tulivat myös esille tästä haastattelumäärästä. Sitaatteihin en ole erotellut onko sanojana työntekijä vai esimies, sillä se olisi voinut paljastaa liikaa sanojan työskentelykunnasta tai henkilöllisyydestä.

6.1 Toimintaympäristön muutos heikentää vanhusten asemaa kotihoidossa

Vanhustenhuolto yleensä ja kotihoito ovat muuttuneet paljon viimeisten vuosikymmenien aikana Suomessa. Tämän oli useampi haastateltava kokenut henkilökohtaisesti pit-

kän työuransa aikana. Hyvinvointipalvelut kasvoivat voimakkaasti 1960- ja 1970-luvuilla, jolloin myös vanhustenhuolto kohtasi uudenlaisia haasteita johtuen voimakkaasta muuttoliikkeestä kaupunkeihin ja kahden sukupolven ydinperheiden yleistymisestä. Avo- ja laitoshoidtoa lisättiin vastaamaan palvelutarvetta ja niiden henkilöstömäärä kasvoi. (Anttonen & Sipilä 2000, 64-68.) 1990-luvun alun lama viimeistään muutti aikaisemman palveluita kasvattavan suunnan ja erilaiset rationalisointitoimenpiteet ja tuotantoretoriikka läpäisivät julkisen palvelusektorin. Säästöjen ei uskottu vaikuttavan palvelujen tasoon tai laatuun, mutta 2000-luvun taitteessa oli jo nähtävissä, että oli olemassa ryhmiä, joiden palvelutarvetta ei pystytä täyttämään. Erityisesti yksi tällainen ryhmä olivat vanhukset ja heidän omaisensa. Muutoksen yhteydessä alettiin puhua palvelupluralismista, jossa hoivaa tuotetaan halvemmalla mutta inhimillisyyttä unohtamatta. Laitoshoidosta haluttiin siirtyä avohoitoon ja ammatillista työtä korvattaisiin vapaaehtoistyöllä, samalla kun omaiset ottaisivat suuremman vastuun itse hoivatyöstä. (Salonen 2002, 14.) Haastateltavien puheista löytyvät kaikki nämä piirteet. Inhimillisyyden ja taloudellisuuden yhdistäminen vanhustenhoidossa ei vain ole ollut niin yksinkertaista, kuin ehkä toivottiin ja ajateltiin.

6.1.1 Toimintaympäristön taloudelliset muutokset vähentävät palveluja

Vanhusten määrä on kasvanut maltillisesti jo vuosikymmeniä, mutta muutos tapahtuu nopeasti ja iäkkäimpien vanhusten määrät ovat korkeimmillaan ajanjaksolla 2020-2030. Vanhusten määrän kasvu luo painetta hoivan ja hoidon palveluille, joihin vastaaminen nykyisin resurssein on vaikeaa. Kasvavista asiakasmääristä huolimatta palveluja on kunnissa leikattu ja resursseja vähennetty 1990-luvun lamasta lähtien. (Vaarama 2004, 133.) Tarkastelun kohteena olevissa kunnissa taloudellinen tilanne vanhuspalveluissa on tiukentunut muun talouden myötä. Selvemmin tämä näkyy siinä, että asiakkaille eli iäkkäille kuntalaisille on yhä vähemmän palveluita tarjolla. Palvelujen saamisen ehtoja on kiristetty jatkuvasti, joka rajaa saajat yhä pienempään ja valikoidumpaan ryhmään. Aikaisemmin asumisjärjestelyjen kohteena oleva niin sanottu tavallinen asiakas oli iältään noin kahdeksänkymmenen ja pärjäsi huonohkosti omassa kodissaan. Nykyisin asiakkaat ovat yli yhdeksänkymmenvuotiaita ja todella huonokuntoisia.

...asiakkailla saattaa olla se kokemus, että ei saa mitään. Että kun ei oo mihinkään oikeus ja näin, niin se aika pitkälle onkin. (H6)

Hoitopaikkojen väheneminen ja pitkäaikaisen laitoshoidon muuttuminen lähes kokonaan yksityisvetoiseksi palveluasumiseksi näkyy asiakkaille ja heidän omaisilleen siten,

että hoitopaikan saaminen on erittäin vaikeaa ja kotona asutaan yhä huonokuntoisempina. Tämä tosin on myös valtakunnallisten ohjelmien ja laatusuositusten mukainen tavoite, sillä vanhuspalvelulaki painottaa vahvasti kotona asumista. Myöhäinen siirtyminen tehostettuun palveluasumiseen tai laitoshoitoon on tarkoittanut sitä, että hoitoajat laitoksissa ovat lyhentyneet radikaalisti. Jos aikaisemmin saatettiin olla pitkäaikaisessa laitoshoidossa vuosia, niin nykyisin ovat hoitoajat ennemminkin kuukausia. Tämä osaltaan vähentää painetta pitkäaikaiseen laitoshoitoon mutta ei muuta sitä tosiasiaa, että vanhusväestön voimakkaasti kasvava määrä tulee näkymään tulevaisuudessa myös asumis- palveluissa, ei vain kotihoidossa (Jylhä 2014, 267).

Vanhuspalveluissa juuri ympärivuorokautinen hoito on ollut suurimpien muutosten kohteena, joka näkyy haastateltujen mukaan siinä, että pitkäaikaista laitoshoittoa on muutettu tehostetuksi palveluasumiseksi ja yksityiset palveluntarjoajat ovat lisääntyneet valtavasti. Tehostetun palveluasumisen nähdään osin olevan kosmeettista muutosta entisiin vanhainkoteihin verrattuna, jolla mahdollistetaan maksuperusteiden muuttaminen. Tosin hyvänä asiana nähtiin, että vanhainkoteja remontoitaessa palveluasumiseen esimerkiksi kahden hengen huoneita muutetaan yhden hengen huoneiksi, joiden omaa rauhaa asiakkaat arvostavat. Toisaalta yksityiset palveluntarjoajat nähdään vain rahastajina, jotka vievät asiakkaan rahat, toisaalta niiden koetaan antavan asiakkaille sitä valinnan mahdollisuutta, jota uusimmissa vanhuspalveluiden linjauksissa kaivataan. Useammassa kunnassa ympärivuorokautisen hoidon osuus oli valtakunnallisia suosituksia korkeampia. Josain se johtui aiemmasta palvelurakenteesta, jota oltiin jo hiljalleen muuttamassa. Eräs haastattelija totesi, että jos kotihoitoa resursoitaisiin riittävästi, niin ympärivuorokautisen asumisen tarve vähenisi.

Kaikki haastateltavat jakoivat huolen tiukasta kuntatalouden tilasta. Osa oli sitä mieltä, että rahaa ei ole ollut koskaan riittävästi tai sitä ei tule olemaan koskaan riittävästi tarpeeseen nähden. Siksi toiminnan tehostaminen, säästäminen ja palvelutarpeen myöhen-täminen ovat keskeisiä asioita nykyisissä vanhuspalveluissa. Eräs haastateltava pohti, että onko kotihoidon resurssit tehokkaassa käytössä ja pitäisikö työntekijöiden aikaa suunnata selkeästi enemmän asiakastyöskentelyyn kaiken muun oheistoiminnan sijaan. Edellä esitetty kriteerien tiukentaminen on yksi keino vähentää palvelujen piirissä olevia asiakkaita tai hillitä määrän kasvua. Ennaltaehkäisevien palvelujen kehittäminen ja toteuttaminen tuli esille monessa kunnassa. Niiden kohdalla ongelmaksi muodostuvat poliitikot, joiden tukea on vaikea saada sellaisille toimille, joista kulut aiheutuvat heti mutta hyödyt näkyvät vasta vuosien tai jopa vasta vuosikymmenen päästä.

Mut esimerkiksi mä olen pystynyt hillitsemään, mä väitän näillä keinoilla, ympärivuorokautisen hoidon ostopalvelun kasvua. Parina vuonna olen nyt alittanut talousarvion ihan miljoonilla. Nyt mä en enää pysty sieltä vähentämään, koska en hän mä pysty poistamaan sitä kokonaan, sitä tarvetta. (H7)

Kuntien tilanteet vaihtelivat resurssien suhteen toisistaan. Toisaalla koettiin, että kuntalaisille tarjottavat palvelut olivat suhteellisen hyvät ja tiukkenevat resurssit tulisivat aiheuttamaan haasteita vasta tulevaisuudessa. Kyseisessä kunnassa nähtiin, että laitosten purkamisesta saataisiin varoja vanhusten hoitamiseen kotona mutta saman kunnan toinen haastateltava totesi, ettei paikkoja ole nykyisinkään riittävästi, eli niitä pitäisi enemmän lisätä. Yhdessä kunnassa resurssien lisääminen esimerkiksi ennaltaehkäisyyn ja kotihoitoon oli onnistunut, kun toisaalla jouduttiin elämään nollabudjetin tai säästövaatimusten kanssa. Vaikka kunnat ovat eri tilanteissa sen suhteen, kuinka suuri osa heidän asukkaistaan on tällä hetkellä yli 65-vuotiaita, myös alhaisten prosentiosuuksien kunnissa nähtiin, että asiakasmäärät tulevat jyrkästi kasvamaan. Asiakasmäärien kasvu tulee väistämättä aiheuttamaan myös kulukasvua kaikista tehdyistä toimenpiteistä huolimatta.

Haastateltavat yhtä lukuun ottamatta totesivat olemassa olevat resurssit ennemminkin annettuina kuin asiana, johon he voisivat jotenkin vaikuttaa. Osassa kuntia todettiin, että esimerkiksi kiireelliset asumisjärjestelyt on voitu hoitaa, vaikka annetut budjetit olivatkin ylittyneet. Tosin siinäkin kunnassa oli nyt annettu tiukat kriteerit siitä, millaiset kiireelliset tapaukset voitiin ottaa huomioon. Toisaalla todettiin, ettei edes kiireellinen tapaus päässyt jonojen ohi, koska resursseja ei vain ollut. Määrärahasidonnaisten palvelujen osalta loppuvuoden aikana joudutaan usein toteamaan, ettei palvelua ole saatavilla, vaikka asiakkaan kriteerit täyttyisivätkin. Osin tästä syystä voi johtua erään työntekijän havainto siitä, että alkuvuosi ja kevät ovat erittäin kiireistä aikaa töissä, kun ihmiset jotenkin ”heräävät” hakemaan palveluja. Tällöin kunnissa mahdollisesti puretaan edellisen loppuvuoden aikana patoutunutta tarvetta. Kaikesta säästötarpeesta ja tiukasta taloudenpidosta huolimatta sekä kuntalaiset että poliitikot odottavat kunnan järjestävän hyvät palvelut.

Varsinkin esimiestehtävissä toimivat haastatellut pohtivat sitä, miten rahat saadaan tulevaisuudessa riittämään hyvien palveluiden järjestämiseen. Suoranaisia oikeita vastauksia ei kenelläkään ollut mutta usea totesi, ettei tällä palvelujärjestelmällä voida jatkaa. Esimerkiksi asumispalveluihin kaivattiin jotain muutosta ja lisää monimuotoisuutta. Lisääntyville muistisairaille kaivattiin kodinomaisempaa ja kevyempää asumismuotoa

kuin tehostettu palveluasuminen. Yhtenä syynä kuluihin ja raskaaseen palvelujärjestelmään todettiin aluehallintovirastojen tiukat säädökset koskien niin laitoshoidtoa, tarvittavia rakennuksia kuin esimerkiksi henkilöstön koulutustaustaa. Marja Vaarama (2004, 186-187) herättää myös keskustelua siitä, onko nykyinen lähi- ja sairaanhoitajapainotteinen koulutustausta paras mahdollinen kotona asumisen tukemisen näkökulmasta. Kotona selviytymisen suurimmat haasteet ovat arkipäivän kotihoitoon liittyviä kuten siivoukseen, ruoanlaittoon ja asiointiin. Vaarama näkee, että varhaista puuttumista ja elämänhalun tukemista pitäisi kehittää viimesijaisen auttamisen sijaan. Haastateltavat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että kotihoidon tehostamisessa aletaan olla sillä tasolla, ettei sieltä ole enää säästöjä saatavissa.

Nykyisillä resursseilla selviäminen on kyllä todella, todella suuri haaste ja erilaisia, uusia palveluratkaisuja esimerkiksi välimuotoisii asumispalvelui kehittämällä me voidaan loiventaa sitä väestön ikääntymisestä vääjäämättä seuraavaa kulkasvua. Tai hyvin radikaaleilla lainsäädäntömuutoksilla... (H1)

Edellä olevassa sitaatissa mainittu radikaali lainsäädäntömuutos tuli haastateltavan mieleen, kun Suomen hallitus oli joitakin päiviä aikaisemmin esittänyt, että yli 75-vuotiailta vaikeavammaisilta poistettaisiin subjektiivinen oikeus joihinkin vammaispalveluihin ja tarve arvioitaisiin sosiaalihuoltolain perusteella, eikä enää vammaispalvelulain mukaan. Näin ollen palvelu saatettaisiin evätä kokonaan tai se muuttuisi ainakin maksulliseksi. Kyseessä on pieni ja vähävarainen ryhmä, jonka on vaikea saada ääntään kuuluviin. (YLE Uutiset 2016.) Haastateltava ei pitänyt tällaista ehdotusta hyvänä ja nosti esiin yleisesti tulevaisuuden haasteena eri väestöryhmien vastakkainasettelun, jossa taistellaan niukkenevista resursseista. Hän kantoi huolta siitä, kuka pitää esimerkiksi muistisairaiden vanhusten puolta, koska he eivät siihen enää itse pysty ja toivoi, että ikäihmisiä voitaisiin ”varjella” ja pitää heidän puoltaan kiristyvässä yhteiskunnallisessa ilmapiirissä.

Myös parissa muussa haastattelussa nostettiin esiin se, miten vanhukset nähdään vain kulueränä ja heidän hyvinvoinnistaan ja palveluistaan ollaan kiinnostuneita vain vaalien alla. Vaalien jälkeen kukaan ei ole halukas laittamaan yhteisiä rahoja vanhuksiin ja suhtautuminen on kylmää. Ihmetystä herättää tässä ajassa kuuluvat puheenvuorot, että meillä ei ole varaa hoitaa vanhuksiamme, kun kuitenkin kyseessä on vauras hyvinvointiyhteiskunta. Pohdintaa herättää se, miten pitkälle vanhustenhoidon annetaan heiketä ennen kuin asenteet muuttuvat, kuten alla olevassa sitaatissa todetaan. Haastateltava vertaa muistisairasta kaduilla harhailevaa vanhusta romanikerjäläiseen. Kun kerjäläisiä on vain

muutamissa kadunkulmissa nöyrästi istumassa ja kolikkoa pyytämässä, se ei häiritse suurta yleisöä. Kun kerjäläisiä on joka kadunkulmassa ja he tulevat aggressiivisesti pyytämään rahaa, asiasta nousee melu. Yhteiskunnassamme on jo nyt kadulla harhailevia yksittäisiä vanhuksia, jotka saavat kulkea kanssaihmissen häiriintymättä vaikka yöpaidassa keskellä talvea. Mutta haastateltava pelkää ja toivoo, että he eivät jää näkymättömiksi enää siinä vaiheessa, kun heitä on todella paljon.

Niin, kyllähän me joudutaan koko ajan tän kylmän puolen kanssa tässä niin kun painimaan, ihmettelemään. Mä en enää jaksa muuta kuin ihmetellä tavallaan sitä asiaa, että se ei niin kun huolestuta oikeesti sen enempää. Se on se peräseinä kylä ollut kans jo, ja siinä on mun pieni toiveeni, että ihan oikeesti tää yhteiskunta ei ehkä kestä sitä, että meillä on kaduilla harhailevia mummoja ihan pilvin pimein. (H6)

Koskinen ja Seppänen (2013, 451, 453) tuovat esiin, että valtaistaminen on noussut esiin sosiaalityön uutena teoriaperusteena viime vuosina. Vanhussosiaalityön työmuotona se tarkoittaa sitä, että vanhuksia ja vanhusryhmiä autetaan kontrolloimaan elinympäristöään erilaisten voimavarojen kautta. Valtaistamisella halutaan lisätä monia tärkeitä nähtyjä asioita kuten autonomisuutta, hyvää elämänhallintaa ja elämänlaatua sekä parempia vaikuttamismahdollisuuksia. Valtaistumisen esteinä ovat usein muun muassa huono terveys, ikäsyryjä ja taloudelliset vaikeudet. Siksi vanhussosiaalityöntekijän yhtenä painopistealueena tulevaisuudessa voidaan nähdä asianajotehtävät sekä välittäjänä toimiminen vanhuksen ja omaisten, kunnan ja yhteiskunnan välillä. Haastateltujen puheissa ei korostunut kunnan työntekijöiden, kotihoidon henkilökunnan tai vanhuspalveluiden sosiaalityön edustajien rooli tai asema vanhusten äänen esiin tuomisessa. Joko käytännön työtä on liikaa, jotta vaikuttamiselle jäisi aikaa, tai sitten siihen ei ole saatu koulutusta eikä sitä ole sisäistetty omaan työnkuvaan kuuluvaksi.

6.1.2 Kotihoidon tehtävien muutos heikentää asiakkaiden henkistä hyvinvointia

Kuntatalouden kiristymisellä on ollut huomattava vaikutus vanhusten kotihoitoon. Moni haastatelluista tuo esiin sen, että kotihoidon muutos vuosikymmenten aikana on ollut valtava. Aikaisemmin kotihoito oli enemmän kodin hoitamista, tehtiin suursiivouksia, pestiin ikkunoita ja laitettiin ruokaa. Tuolloin vielä apua saivat myös lapsiperheet, joissa voitiin olla pitkäänkin synnytyksen tai sairauden vuoksi. Nykyisin kotona asuvat ovat hyvin iäkkäitä sekä voivat olla myös erittäin huonokuntoisia. Tämä on johtanut siihen, että kodin hoitamisesta on siirrytty ihmisten hoitamiseen, eli kotihoito on sängystä aamulla ylös nostamista, pesu- ja pukeutumisapua sekä lääkkeiden jakamista. Kotihoidon käyntejä voi olla päivässä kolme tai neljä ja ne ovat kestoiltaan lyhyitä, ehkä vain kym-

menen minuuttia kestäviä. Siinä missä ennen ehdittiin puhua kuulumiset ja juoda kuppi kahvia, nykyiset lyhyet käynnit eivät täytä ainakaan asiakkaiden sosiaalisia tarpeita.

Kaikissa haastateltavissa herättää huolta se, että kotiin pyritään hoitamaan yhä huonokuntoisempia vanhuksia. He näkevät työssään sen, että kotihoitoon ei saada lisäresursseja mutta asiakkaiden hoitoisuus kasvaa koko ajan. Huonokuntoisen asiakkaan luona täytyy käydä useasti päivän aikana mutta käyntiajat lyhenevät jatkuvasti asiakasmäärien kasvaessa mutta resurssien pysyessä samana. Nykyisessä kotihoidossa ongelmaksi koetaan vanhusten yksinäisyys sekä turvattomuuden tunteet. Huonokuntoinen vanhus ei pysty huolehtimaan omasta sosiaalisesta hyvinvoinnistaan, eivätkä kotihoidon lyhyet käynnit auta siinä. Lisäksi alati vaihtuva henkilöstö aiheuttaa asiakkaissa tyytymättömyyttä ja turvattomuutta. Haastateltavat kokevat nykysuuntauksen huonona.

Kyllähän ihmisii voidaan tavallaan hoitaa kotiin, jos on semmonen asiakas, joka ei oo niin muistisairas, että lähtee ulos joka päivä. Et kyllähän monii ihmisii voidaan sinne hoitaa, mut sit se on niin ko semmost ett ne ihmiset on siin mihin ne käynnii jättää ja sit tulee kotihoito uudestaan, niin he löytää sen ihmisen siit samast paikkaa. On se kauheet ajatella, ett ne suurin osa on sit vaan yksin. (H5)

Lisähaastetta kotihoitoon tuo muistisairaiden asiakkaiden suuri määrä, joka on edelleen kasvussa (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 7, 12). Niissä kunnissa, joissa kotihoitoon kriteerit ovat erityisen tiukat, muistisairaiden asiakkaiden osuus on lähes sata prosenttia, eli kaikilla asiakkailla on jonkinasteinen muistisairaus. Niissäkin kunnissa, joissa tilanne ei ole näin paha, nähdään muistisairaiden määrän jatkuva kasvu. Tämä yhdessä niukkojen resurssien kanssa aiheuttaa huolta vanhusten turvallisesta ja inhimillisestä asumisesta kotona.

Jos on nää muistiongelmat pahat, niin kotihoidos on tosi isoja haasteita. Niin, sen mä nään yhtenä tosi isona (haasteena), miten voidaan niin kun, tai et voidaan voimakkaasti siirtää se painopiste kotiin ja taata sinne sitten kuitenkin näille muistiongelmaisille asiakkaille riittävän turvallinen kotihoito. (H3)

Toisaalta eräs haastateltava toi esiin myös sen, että koti on muistisairaalle paras paikka asua niin pitkään, kun ei esiinny kotoa karkailua, tai vaaratilanteita ei aiheudu hellojen tai muiden kodinlaitteiden kanssa. Muistisairaiden osalta muillakin haastatelluilla oli sitä näkemystä, että kodin ja palveluasumisen väliin tarvittaisiin jokin uusi asumismuoto, joka olisi asiakkaalle kotia turvallisempi mutta ei edellyttäisi esimerkiksi niin raskaita tila- tai henkilöstövaatimuksia kuin tehostettu palveluasuminen. Osassa kuntia olikin jo ryhmäkotityyppistä tarjontaa ja Kaarinasta löytyy Suomen ensimmäinen ja ainoa vanhuksille suunnattu perhehoitokylä.

Kotihoidon tehostaminen alkaa olla kaikissa kunnissa siinä pisteessä, että sinne ei voida suunnata enää säästöjä tai tehostamistoimia. Kotihoitoa on tehostettu muun muassa tekniikan kuten toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Työntekijöillä on mobiililaitteet mukana asiakaskäynneillä, joista he näkevät asiakkaan tiedot, työtehtävät ja pystyvät tekemään tarvittavat kirjaukset. Mobiilien avulla on pyritty lisäämään asiakastyöhön käytettävää aikaa, kun kirjauksia varten ei tarvitse enää ajaa toimistolle. Näiden teknisten ratkaisujen avulla on mahdollista seurata työntekijöiden toimintaa minuutilleen ja osa työntekijöistä kokee tämän ahdistavana. Heidän työnsä on tarkkaan kellotettu ja työntekijöitä vertaillaan tulosten perusteella toisiinsa. Positiivisena asian eräs haastateltava toi esiin sen, että nyt asiakas maksaa siitä ajasta, jonka oikeasti saa. Toinen haastateltava toi esiin hyödyn siinä, että esimerkiksi maaseudulla on helpompi järjestää asiakaskäynnit sijainniltaan järkevästi, joka minimoi matkaan menevän ajan ja kustannuksen. Kuitenkin negatiivinen puoli korostui haastatteluissa. Sitä ei nähty hyvänä, että työntekijä istuu nenä kiinni mobiilissa ja näppäilee sitä, kun hänen tulisi keskustella asiakkaan kanssa. Mobiilien lisäksi toimintaa on tehostettu erilaisten kehittämishankkeiden kautta tuoteuusin työmenetelmin.

Kotihoidon henkilökunnan jaksaminen ja työn raskaus huolettivat lähes kaikkia haastateltuja. Työ nähtiin henkisesti hyvin raskaana, kun jatkuva kiire ja työn luonne ovat muuttuneet siten, että työntekijät eivät välttämättä pysty tekemään työtään siten, kuin haluaisivat. Kotihoidon henkilöstöllä on vastuu todella huonokuntoisten asiakkaiden selviytymisestä. He saattavat olla myös ainoita vanhuksen luona käyviä ihmisiä, jolloin he ovat vanhusten kaikkinaisten tunteiden kohteina. Kotihoidon työntekijän tulee ottaa asiakkaiden tunteet vastaan ja esimerkiksi osata kohdata kuoleman pelkoa ja ahdistusta. Asiakasmäärät työntekijää kohden ovat suuret. Jos useampi asiakas päivän aikana tuo oman ahdistuksensa työntekijälle sen lisäksi, että jatkuvat kiire aiheuttaa riittämättömyyden tunteita, on se henkisesti raskasta myös työntekijälle. Eräs haastateltava koki omaan työhönsä liittyvän henkisenä tukena toimimisen kotihoidon työntekijöille, jotka saattoivat purkaa ahdistustaan ja vaikeita tilanteita hänelle.

Haastatellut kantoivat huolta työntekijöiden jaksamisen lisäksi myös siitä, mistä tulevaisuudessa saadaan hyvää työvoimaa kasvavaan tarpeeseen. Työntekijöiden eläköityminen on runsasta kotihoidon henkilöstössä ainakin osassa kuntia. Maahanmuuttajatyöntekijöitä on jo nyt osassa kuntia paljon mutta vain heidän varaansa ei voida tulevaisuutta varata, koska maahanmuuttajatyöntekijöiden kanssa on omat haasteensa. Asenne van-

huksia kohtaan on maahanmuuttajataustaisilla pääasiassa erittäin hyvä, usein lämpimämpi ja arvostavampi kuin kantaväestöön kuuluvalla henkilöstöllä. Ongelmia aiheutuu puutteellisesta kielitaidosta, sillä hoidettavat vanhukset eivät osaa juurikaan vieraita kieliä ja huono kunto saattaa muutenkin vaikeuttaa kommunikointia. Tummaihoiset hoitajat ovat osalle vanhuksista kokemuksena vieraita ja saattavat aiheuttaa pelkoa ja turvattomuutta. Muistisairaajat sotaveteraanit saattavat joutua harhojen valtaan kuullessaan esimerkiksi puhuttavan venäjää hoitajien kesken.

Tällä hetkellä kotihoidossa työskentelevät hoitajat, lähinnä lähihoitajat, on aivan järkyttävän työn parissa. Et mä en käsittä kui siel ylipäänsä kukaan suostuu olemaan. Ottamaan sitä vastuuta, jota heiltä edellytetään, et he hoitaa ne vanhukset eikä lähetä niitä sairaalaan. Et tää, et tota ihan kohtuuttomasti ja, ja turmion tie alkaa siitä, kun sinne ei ihan oikeesti kukaan järkevä ihminen mene töihin. Ei halua ottaa sitä vastuuta, kun siihen samalla, samalla tähän kehityskaareen liittyy haastavat, vaativat omaiset. (H6)

Haastavat ja vaativa omaiset tulivat esiin kaikissa haastatteluissa. Toisaalta nähtiin, että vaatimukset palveluiden suhteen ovat lisääntyneet mutta toisaalta koettiin, että vielä nykyiset vanhukset ovat kovin vaatimattomia, eivätkö pyydä itselleen paljoa. Omaiset ovat tietoisia laista ja asetuksista, ja osaavat vaatia läheisilleen palveluita. Osa omaisista on oikeasti huolissaan siitä, miten iäkäs äiti tai isä pärjää kotona ja haluaa heille parasta mahdollista hoitoa. Haastatteluista tuli ilmi myös toinen ryhmä omaisia, jotka lähinnä odottavat perintöä, eivätkä suostu esimerkiksi siihen, että vanhuksen kotona asumista helpotettaisiin ostopalveluin, vaikka varaa tähän olisi. Säästämään tottuneet vanhukset eivät käytä rahojaan oman hyvinvointinsa lisäämiseen varsinkaan omaisten sitä vastustaessa. Toisaalta on myös omaisia, jotka haluavat vanhuksen pois kotoa, vaikka tämä haluaisi siellä vielä asua. Tällaisen toiveen takana on usein huoli vanhuksen pärjäämisestä sekä omaisen omaa väsymistä huolehtimiseen ja hoitamiseen.

6.2 Muutosvaatimukset työmenetelmissä, osaamisessa ja ammattitaidossa

Vanhussosiaalityön määritelmä esittää vanhustyön tavoitteeksi vanhusten hyvinvointia edistävien olosuhteiden, yhteisöjen toimivuuden ja vanhusten toimintakykyisyyden vahvistamisen. Vanhussosiaalityö on muutostyötä, jonka avulla arvioidaan yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilanteita ja pyritään ratkaistaan niitä. (Seppänen 2006,47.) Usein määritelmät ovat ihannetilanne, jossa huomioon otetaan kaikki ne asiat, joihin tulisi pyrkiä. Haastattelujeni perusteella käytännön vanhussosiaalityöstä on vaikea löytää määritelmän esittämiä tavoitteita tai toimintatapoja edes niissä kunnissa, joissa työskentelee pätevä sosiaalityöntekijä. Koulutuksen antama

tuki työhön jää epäselväksi ja korostuneempaan rooliin nousee käytännön osaaminen ja oppiminen kuten Ulla Mutka (1998, 181-183) on todennut jo 1990-luvun lopulla. Tavoitteena yleisesti ottaen sosiaalityössä oli tieteellisesti ohjattu, hallittu ja suunniteltu toiminta. Se ei käytännössä toimi, koska ihmisten elämäntavat ja – tilanteet ovat yksilöllisiä ja moninaisia. Sosiaalityön kokemuksellisen tiedon tärkeys korostuu, kuten se korostuu myös haastateltavilla.

Moniammatillinen yhteistyö on ollut arkipäivää vanhusten kotihoidossa jo vuosikymmeniä, vaikka sosiaali- ja terveystieteiden työntekijät ovat alussa olleet toisistaan selvästi erillään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimina. Yhteistä kotihoitoa on ehditty myös harjoitella jo vuosia. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuudesta kotihoidon osalta nousee päällimmäiseksi havainnoksi haastattelujen perusteella se, että yhteistyön sujuminen on enemmän kiinni työntekijöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista sekä organisaation toimintahistoriasta. Yhdistetyssä kotihoidossa kumppanuus on helpompi muodostaa kuin esimerkiksi sairaalassa, jossa terveydenhuollon rooli on ymmärrettävästi korostunut. Riitta-Liisa Kinni (2014,59) tuokin esiin sairaalamaailmaan sijoittuvassa tutkimuksessaan sen, että vanhussosiaalityön toimijuus siinä ympäristössä ei ole erityisen vahvaa. Päätöksiä tekevät edelleen terveydenhuollon ammattilaiset. Työvälineitä tulisi kehittää vahvemman roolin saavuttamiseksi yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa.

6.2.1 Koulutuksen antama hyöty selkiintymätön käytännön osaamisen rinnalla

Tutkielmani alkuperäisenä tavoitteena oli haastatella sosiaalityöntekijän koulutuksen saaneita työntekijöitä. Tästä tavoitteesta jouduin joustamaan, sillä haastateltujen koulutustaustat olivat moninaiset. Kolmella haastatellulla kahdeksasta oli sosiaalityöntekijän pätevyys, kaksi oli valtiotieteiden maistereita sosiaalipolitiikka pääaineena, sosionomeja (AMK), terveystieteiden maistereita ja kodinhoitajia löytyi jokaista yksi. Kuudella kahdeksasta haastatellusta oli kaksi koulutusta, joista kolmella sosiaalipuolen koulutusta täydensi terveydenhuollon koulutus, pääasiassa sairaanhoitajan koulutus, yksi oli perushoitaja ja yksi restonomi aikaisemmalta koulutukseltaan. Monet olivat käyneet erilaisia sosiaalityön tai sosiaalialan kursseja ja yksi haastatelluista oli suorittanut avoimessa yliopistossa gerontologian perusopinnot, jotka toteutetaan hoitotieteen, lääketieteen ja sosiaalityön yhteistyönä.

Suurin osa haastatelluista oli koulutusmyönteisiä. Vuosi sitten valmistunut sosiaalityöntekijä ei kokenut juuri nyt tarvetta lisäkoulutukselle. Toinen haastateltu, joka oli joutu-

nut vanhussosiaalityöhön vastoin tahtoaan organisaatiomuutoksen yhteydessä, ei ollut motivoitunut hakeutumaan koulutuksiin, vaikka sanoikin, että niitä olisi ollut myös hänelle tarjolla. Kodinhoitajan koulutuksen suorittanut oli kouluttautunut paljon vuosien varrella ja hänen työnantajansa oli panostanut paljon eri koulutusmahdollisuuksiin. Monet olivat kuitenkin huomanneet viime vuosina, että taloudellinen tilanne oli vaikuttanut myös koulutuksiin. Koulutusmäärärahat olivat pienet ja osallistuminen maksullisiin koulutuksiin oli kiellettyä. Siitä huolimatta, että työnantaja ei ollut valmis tarjoamaan lisäkoulutusresursseja, sen koettiin suhtautuvan koulutuksiin myönteisesti, esimerkiksi omaehtoisiiin opintoihin.

Koulutuksen laaja-alaisuudesta oltiin hyvin yksimielisiä, eli terveydenhoidon koulutuksesta oli hyötyä ja tukea varsinkin suoraan asiakastyössä työskentelevillä, vaikka hoitajan tehtäviä ei ottaisikaan tehtäväkseen. Molempien alojen koulutus mahdollisti myös läheisten työkollegojen työn ymmärtämistä sekä toi lisätietoa asiakkaiden tilanteiden tunnistamiseen. Vain yksi haastatelluista koki, ettei aikaisemmalla sairaanhoitajan koulutuksella ollut enää merkitystä. Nuorena sosiaalityöntekijänä se oli kuitenkin koettu hyväksi yhdistelmäksi työnhaussa. Perinteisen terveydenhuollon ja sosiaalityön osaamisen lisäksi eräs haastatelluista nimesi kulttuuripuolen osaamisen sellaiseksi, jota tarvittaisiin, ja toinen suunnitteli erilaisten ammattiryhmien kuten proviisorien osaamisen hyödyntämistä esimerkiksi vanhusten lääkehoidon kohdilleen saattamiseksi.

Ikäihmisten lääkearviointeja, tämmösi proviisorin osaamista hyödyntäisin. Kun on hirveesti ikäihmisillä lääkkeitä, siellä kolmiolääkkeitä, niin mä ottaisinkin siihen avuksi tämmösen lääkepuolen asiantuntijan. Ja sillä varmaan saatas sitä hyvinvointia paremmaks, ja sitte tän turvallisuutta, estettäis kaatuiluu tai tän tyyppiä. Niin ihan tämmösiä uudenlaisii lähtisin ehkä kokeilemaan. (H7)

Harvalla haastatellulla oli siis nykyisenlaista sosiaalityöntekijän tai sosionomin koulutusta. Huomattavaa oli kuitenkin, että nämä kaksi työntekijää, jotka olivat lähimenneisyydessä nämä koulutukset suorittaneet, eivät nostaneet koulutuksen roolia osaamisessaan kovin korkealle. Turun yliopiston sosiaalityön opintoja pidettiin hyvin lapsilähtöisenä eli lastensuojeluun ja perheiden kysymyksiin keskittyvänä. Kolmas haastatelluista nosti esiin gerontologisten perusopintojen suorittamisen mahdollisuuden hyvänä. Tosin koulutusta ei ole enää viime vuosina järjestetty vastuuopettajan jäätyä eläkkeelle, vaikka opintokokonaisuus edelleen näkyy opintotarjonnassa. Koulutuksen anniksi mainittiin teoreettinen perusta, jonkinlainen kokonaisuuksien hallinta ja tietty asenne sekä jonkin verran palvelujärjestelmästä oppiminen. Aikaisempi terveydenhuollon koulutus sekä omassa työssä opittu käytännön tieto koettiin hyödyllisemmäksi kuin ammattikoulutus.

Jos mä mietin ihan koulutusta, tää koulutus, minkä mä oon saanu, ni en osaa sanoa kuin pal se ihan oikeesti tähän käytännön työhön niin ko auttaa. Varsinkin mun mielest Turus oli hirvittävän lapsi - tai niin ku lastensuojelupainotteist se opiskelu, et hyvin vähän oli niin ko mitään vanhuksiin liittyvää, et tää on niin ko vähän oma alansa mun mielest. (H5)

Simo Koskinen (1993, 27) kirjoitti jo yli kaksikymmentä vuotta sitten siitä, miten tärkeää erityisasiantuntijuus on sosiaalityön ammatillisessa kehityksessä. Siksi on huomattavaa, että gerontologisen tiedon tarpeellisuus ei nouse haastatteluista vahvana esille. Esimiestehtävissä toimiville ei ollut tullut viestiä siitä, että työntekijät tarvitsisivat kyseistä koulutusta. Eräs esimies tosin toteaa, että se on varmasti tarpeellista osaamista ja toteaaakin heidän palkanneen geronomeja ja pohtivansa sen ammattiryhmän henkilöiden palkkaamista lisää tulevaisuudessa. Työntekijät korostivat oppineensa asioita vanhuksesta ja vanhuudesta nimenomaan työn kautta oppimalla. Vanhusasiakkaat ovat avoimia ja kertovat mielellään omista vaivoistaan ja sairauksistaan. Lisäksi erilaiset toimintakyvyn mittarit tulevat käytännön työssä tutuiksi.

Työtä voidaan kotihoidon asiakkaiden parissa tehdä hyvin monella tapaa, jokainen työntekijä oman persoonansa mukaan. Muutama sellainen ominaisuus nousee kuitenkin esiin, joita muun muassa esimiestehtävissä toimivat korostavat. Yksi tällainen kaivattu ominaisuus työntekijässä on rohkeus tehdä itsenäisiä päätöksiä. Sosiaalipuolen työntekijöitä ei ole paljon kotihoidossa ja he tekevät hyvin itsenäisesti työtään. Tällöin täytyy olla rohkeutta käyttää sitä valtaa ja ottaa se vastuu, joka heille työn puolesta tulee. Ihmissuhdetaidot sekä asiakkaiden kiireetön ja kunnioittava kohtaaminen nousevat vahvasti esiin haastatteluissa. Vanhoille ihmisille tulee olla ystävällisiä ja asioita tulee käsitellä maltilla, niin asiakkaiden kuin heidän omaistensakin kanssa. Esimiestehtävissä oleva nostaa esiin myös jatkuvan kehittämisen ja kehittymisen teeman, eli halua jatkuvaan oppimiseen tulisi olla.

Kyl mä ainakin kovasti yritän tukea siihen, että tavallaan muistuttaa, että heillä on valta ja voima aika pitkälle. Siinä on oma vaaransa tietysti, sitä täytyy osata käyttää oikein, ettei voi tehdä oikein mitä sattuu. (H6)

Haastatteluissa pohditaan myös työntekijöiden sopivuutta vanhustyöhön, ja ollaan huolissaan siitä, että välttämättä kaikki eivät ole työssään oikealla asenteella. Esimerkiksi moni lähihoitaja ja sairaanhoitaja arvostavat sairaalatyötä enemmän kuin vanhustyötä, ja jos sairaalasta ei saa työpaikkaa, voi asenne olla väärä tai motivaatio huono vanhustyöhön tultaessa.

Täytyy olla ihan ehdoton semmoinen kunnioitus, arvostus ja semmoinen kohtelu ikäihmistä kohtaan...mutta ikävä kyllä kaikilla työntekijöillä näitä ei vaan oo ja meidän on pakko tietenkin palkata, mut se on ikävää. (H7)

Myös sosiaalipuolen koulutukseen kaivataan soveltavuustestejä ja kannetaan huolta siitä, miten tulevaisuudessa saadaan tarpeeksi oikeanlaista työvoimaa. Käytännössä aina ei ole varaa valita parasta mahdollista työvoimaa, vaan joskus joudutaan palkkaamaan myös heitä, jotka eivät vanhustyöstä ole kiinnostuneita. Tällöin asiakkaan kunnioittava kohtaaminen ja työssä kehittyminen sekä työn kehittäminen eivät ole sitä tasoa, kuin moni haastatelluista sen haluaisi olevan.

6.2.2 Moniammatillisuus toimii kotihoidon arjessa hyvin

Kuva sosiaalipuolen koulutuksista ja työntekijöiden vahvuuksista oli hyvin moninainen, eikä moniammatillisuuskään näyttäydä haastattelujen perusteella kovin yhtenäiseltä kentältä. Haastateltavat ovat yhtä mieltä ainoastaan siitä, että kotihoidossa tehtävä sosiaalinen työ nivoutuu tiiviisti yhteen monen muun ammattiryhmän työn kanssa. Työ on aidosti moniammatillista työtä ja sinällään vaativaa. Merja Tepponen (2007, 67) esitti, että moniammatillinen yhteistyö onnistuu, kun sitoudutaan yhteisiin päämääriin ja toimintamalleihin ja arvostetaan osallistujien erilaisia taitoja. Haastattelussa nousi esiin se, että omaa osaamista tulee arvostaa, jolloin myös muut arvostavat sitä. Monen ongelman takana on se, että yhteistyötahoille ei ole selvää se, mitä toinen osaa tai mikä hänelle kuuluu. Esimerkiksi vanhussosiaalityöstä todetaan, että se on osin kovin erilaista kuin muu sosiaalityö ja jopa muut sosiaalityöntekijät eivät välttämättä tiedä, mitä siihen kuuluu. Verkostoitumis- ja vuorovaikutustaitoja korostavat Merja Tepposen lisäksi haastatellut, jotka kokevat moniammatillisen yhteistyön onnistumisen olevan hyvin paljon persoonasta kiinni.

Ja vaiks mä oon se, joka tekee sen päätöksen, niin kyl se kuitenkin yhdes on, et must se riippuu enemmän ihan henkilöistä, et miten se yhteistyö menee. (H5)

Ongelmien osalta nousee selkeä ero toimintaympäristön osalta. Siinä missä haastateltavat kokivat yhteistyön suhteellisen mutkattomaksi kotihoidon henkilökunnan kanssa, sairaalaympäristössä kohdattiin vielä voimakasta jakoa sosiaalipuolen työntekijöiden ja terveydenhuollon työntekijöiden välillä. Kuten Riitta-Liisa Kinni (2014, 60) toteaa väitöskirjassaan, organisaatiot ovat olemassa jotain tiettyä tarkoitusta varten, eikä niissä voida huomioida kaikkia asiakkaiden tarpeita tasavertaisesti. Sosiaalityön ongelmana sairaalaympäristössä on se, että sen ammatillista harkintaa vaativat tilanteet ovat vaike-

asti mitattavissa. Sosiaalityön arviot edellyttävät eettistä harkintaa, eikä esimerkiksi yksinäisyyttä tai turvattomuutta mittaavia menetelmiä ole käytettävissä. Kun sairaalaan tullaan ensisijaisesti hoitamaan terveydellisiä ongelmia, joutuu sosiaalipuolen työntekijä tekemään töitä saadakseen oman ammattilaisen näkemyksensä esiin asiakkaan tilanteesta, johon sosiaaliset kysymykset vaikuttavat myös sairaalaympäristössä.

Osa haastatelluista kokee vastakkainasettelun olevan vielä jyrkkää ammattiryhmien välillä, kun taas toisilla tällaista kokemusta ei ole. Sen lisäksi, että persoonakysymykset vaikuttavat voimakkaasti moniammatillisen yhteistyön sujumiseen, siihen vaikuttavat myös eri organisaatioiden historiallinen kehitys. Vaikka tilanne ei kaikkialla työskentelyn osalta ole paras mahdollinen, niin tilanteen nähdään muuttuneen vuosien myötä paremmaksi. Nykyisin arkinen työ sujuu pääosin ongelmitta ja tilanteet, joissa terveydenhuollon ammattilaisten koetaan väheksyvän tai katsovan sosiaalipuolen ammattilaisia alaspäin, liittyvät lähinnä ongelmallisiin asiakastilanteisiin. Asiakkaat ovat yhteisiä, kun asiat menevät hyvin, mutta niistä tulee vain sosiaalityön asiakkaita siinä vaiheessa, kun ongelmia ilmenee. Pitkään samassa organisaatiossa työskennelleet ammattilaiset ovat jo paikkansa vakiinnuttaneet mutta uudet tulijat eivät pääse helpolla. Eräs esimiestehtäväsä oleva haastateltava kokee sen olevan myös esimiesten velvollisuus varmistaa, että oma työntekijä pärjää siinä ympäristössä, jossa työskentelee.

Me tehdään tosi tiivistä yhteistyötä, hoitopalavereita ja sitten ihan tätä asioiden hoitamista, niin ei se ihan ongelmatonta oo... kyl se semmonen kyseenalaistava asenne. Se tulee yleensä silloin, kun on vaikeita asioita, joista ei oikein saa otetta ja eikä oikein oo selvää vastausta. Niin sitten sieltä tulee se semmonen, että se ei ookaan siinä tilanteessa meidän yhteinen ongelma, vaan se onkin meidän ongelma. Meidän kykenemättömyyttä hoitaa sitä, että se on semmonen mitä sosiaalityöntekijät varmaan aina joutuu kohtaamaan, mutta ei se oo mitään jatkuvaa, että toki suurin osa asioista hoituu ihan niin kun kuuluukin ja otetaan huomioon. (H6)

Kotihoidon kanssa työskentelyn sujavuus voi osin perustua sille, että tiiviissä yhteistyössä työtehtävät ovat tuttuja molemmiin puolin. Haastatteluista tulee esiin, että silloin kun työyhteisössä eri toimijoiden tehtävät ja toiminta tunnetaan, sitä myös arvostetaan. Vanhussosiaalityön osalta todetaan, etteivät välttämättä edes muut sosiaalityöntekijät tiedä, mitä vanhussosiaalityöhön kuuluu. Tällöin ala jää vieraaksi ja syntyy kokemus siitä, ettei omaa työtä arvosteta. Haastatellut pitävät vanhusten kanssa työskentelyä erilaisena kuin muiden ryhmien kanssa työskentelyä. Erot johtuvat osin siitä, että työnkuvia on rajattu hyvin eri tavalla. Toisaalla sosiaalipuolen työntekijällä korostuu palvelutarpeen arviointi ja ennaltaehkäisevä työ, kun taas toisaalla työ on lähes pelkästään asumisjärjestelyjen arviointia. Riitta-Liisa Kinni (2014, 60) toteaa, että sen lisäksi, että

vanhussosiaalityöntekijät tekevät oman osaamisensa tutuksi muille ammattiryhmille, heidän pitää tehdä se tutuksi myös palveluissa oleville vanhuksille.

Sosiaalityöntekijän koulutuksen saanut haastateltu tuo esiin sen, minkä myös Raija Tenkanen (2007, 191) näkee vanhussosiaalityöntekijän rooliksi kotihoidossa, eli eri tahojen yhteistyön koordinointi sekä sen varmistamisen, että asiakas saa kaikki tarvitsemansa palvelut. Sen lisäksi haastatellut koki Tenkasen tavoin, että hänen tehtävänä on selittää ja selvittää asioita asiakkaan ja omaisten kanssa, sillä se vaatii aikaa, jota kiireisillä kotihoidon työntekijöillä ei ole. Myös asiakkaiden ja heidän omaistensa kuunteleminen on tärkeää yhteistyön sujuvuuden mahdollistamiseksi. Sosiaalityöllä olisi kuitenkin paljon enemmän annettavaa asiakkaiden elämänlaadun parantamisen varmistamiseksi kuin mitä nykyiset toimenkuvat haastattelujen perusteella mahdollistavat. Resurssit myös sosiaalipuolen palveluissa ovat tarpeeseen nähden pienet, vaikka samanlainen tehokkuusajattelu ei ole vielä tullut vanhussosiaalityöhön kuin on yleisesti kotihoidossa.

Eräs haastatelluista tulkitsi kysymykseni tiukoista ammattirajoista sosiaali- ja terveyspuolen välillä siten, että hän pitää yllä tiukkaa ammattirajaa oman osaamisensa suhteen. Vastaus liittyi siihen, että haastatellulla oli sekä hoitotyön että sosiaalipuolen koulutus. Hän koki hoitajakoulutuksen erinomaiseksi lisäksi työssään, sillä hän tunnisti tiettyjä avuntarpeita sen avulla. Hän oli kuitenkin tarkkana siinä, että ei alkanut tehdä hoitotyötä, vaan ilmoitti asiasta aina kotihoidon vastaavalle henkilölle. Hän koki myös, ettei kotihoidon työntekijöiden kannattanut tehdä tiettyjä töitä, kuten hakemusten täyttämiset, kun kerran hän oli olemassa. Aikaisemmin tehtävien rajaukset eivät olleet niin tarkkoja mutta käytännön työ toi esiin rajaamisen hyödyt. Hän oli myös valmis ohjaamaan ikään-tyneen asiakkaan sosiaalityöntekijälle, jos kyseessä oli sellainen tapaus, että sosiaalityöntekijällä oli parempi osaaminen siinä asiassa. Haastateltu koki, että häntä arvostettiin niin kotihoidon työntekijöiden keskuudessa kuin sosiaalityöntekijöidenkin parissa.

...tuomaan tonne kotihoidolle, että mun osaaminen on se mikä on, että mua saa käyttää hyödyksi, ett älkää itse nyt räpeltäkö niitten asioitten kans, kun teille kuuluu se hoitaminen. Niin jos siel on jotain tämmöst epämääräistä, niin mul voi soittaa, niin mä voin sit taas tavallaan auttaa. (H4)

Kaksi haastatelluista esimiehistä toi esiin sen huomion, että organisaatiomuutoksen yhteydessä tai sitä suunnitellessa moniammatillisessa yhteistyössä tulee enemmän esiin vastakkainasettelua kuin muulloin. Tämän nähtiin liittyvän siihen epävarmuuden tuntee-

seen omasta asemasta, jota muutokset aina ihmisissä herättävät. Siksi on tärkeää olla tietoinen omasta osaamisestaan ja arvostaa sitä, koska silloin on mahdollisuus myös arvostaa ja kunnioittaa muiden osaamista ja tekemistä. Vanhusten elämäntilanteet ja ongelmat ovat niin moninaisia, että yhä enemmän yhteistyötahoja tulee mukaan, kuten sivulla 15 olevasta kuviosta näkyy. Kaikkien näiden tahojen kanssa tulee pystyä toimimaan yhteistyössä. Esimerkiksi kolmas sektori ja yksityiset palveluntuottajat ovat yhä useammin haluttuja yhteistyökumppaneita kunnille, sillä ne tuovat lisäresursseja sekä valinnanmahdollisuutta julkisesti tuotettujen palveluiden rinnalle.

6.3 Vanhussosiaalityön profiloitumaton osaaminen vanhusten kotihoidossa

Vanhuspalvelut on järjestetty hyvin eri tavalla eri kunnissa. Sosiaalinen ulottuvuus vanhuspalveluiden kotihoidossa vaihtelee osin sen mukaan, millainen organisatorinen ratkaisu kunnassa on tehty. Tarkastelen toimintaa yhteensä seitsemän kunnan alueella, mutta yhteistyökuvioista johtuen eri järjestelmiä on käytössä neljä erilaista, joten erilaiset kuntayhtymät tai isäntäkunta-mallit yhtenäistävät toimintakulttuuria alueellamme. Toisaalta erilaiset hallinnolliset ratkaisut vaikuttavat toimintaan enemmän kuin niissä kunnissa, joissa palvelua tuotetaan vain omille kuntalaisille. Tarkastelin tutkielmassani sekä kaupunkeja että maaseutukuntia ja niiden toiminnassa voidaan nähdä pieniä eroja toiminnan laadussa ja laajuudessa kunnan koosta ja sijainnista riippuen.

6.3.1 Kotihoidon muutokset, uhka vai mahdollisuus sosiaalisuudelle

Tarkastelemistani palvelutuotannon kokonaisuuksista puolessa eli kahdessa kunnassa tai kuntayhtymässä oli kotihoidon parissa työskentelevä kelpoisuusehdon täyttävä sosiaalityöntekijä. Lopuissa kahdessa kunnassa oli sosiaalipuolen työntekijän palvelut kotihoidon käytettävissä mutta muunlaisen koulutuksen saaneen henkilön toimesta ja siten, että aikuissosiaalityön henkilökunta oli tarvittaessa käytettävissä. Eräässä kunnassa oli ollut viitisen vuotta sitten auki vanhussosiaalityöntekijän virka mutta siihen ei tuolloin saatu yhtään hakijaa, joten koulutusvaatimuksia madallettiin. Toisessa kunnassa oli tänä vuonna haettavana sairaalan ja asumispalveluiden yhteinen sosiaalityöntekijän toimi ja siihen saatiin yhdeksän hakemusta, joista kahdeksan oli päteviä sosiaalityöntekijöitä. Varsinaisia kotihoidon asiakkaiden parissa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä on siis huomattavan vähän tällä alueella, joista Turun kuusi vanhussosiaalityöntekijää edusta-

vat huomattavaa osaa. Käsittelemme sosiaalisia kysymyksiä laajasta perspektiivistä, joka ei rajaudu vain vanhussosiaalityöhön sen tiukassa merkityksessä.

Haastatellut olivat monenlaisessa ja tiiviissä yhteistyössä kotihoidon kanssa. Monella oli perspektiiviä työhistorian osalta aikaan, jolloin kotipalvelu ja kotisairaanhoito toimivat eri sektoreiden alaisuudessa. Kotipalvelun kautta tarjottiin sosiaalisia palveluita kodinhoitajien toimesta ja kotisairaanhoito antoi hoidollista palvelua lähinnä perushoitajien ja sairaanhoitajien toimesta. 1990-luvulta alkaen kotipalvelu ja kotisairaanhoito on yhdistetty enenevässä määrin yhteiseksi kotihoidoksi, jota suorittaa pääasiassa lähihoitajat, kun kodinhoitaja- ja perushoitajakoulutus lakkautettiin uuden lähihoitajakoulutuksen alta 90-luvulla. Aikaisemmissa kappaleissa esitetyt muutokset ovat johtaneet omalta osaltaan siihen, että kotihoidon asiakkaita hoidetaan pääasiassa sairaina eikä vanhuksina.

Mä korostan vielä. Me hoidetaan ikäihmisten sairauksia, vaikka he asuu kotona, he asuu tehostetussa palveluasumisessa. Me ei niinkään tueta sitä ikäihmisten hyvinvointia. Se on niinkö sitä sairauden hoitoa. Se ei oo sitä hyvinvointia, semmosta kokonaisvaltaista, että siinä meillä on mun mielestä on tosi paljon tekemistä. (H7)

Viimeisten vuosikymmenien aikana vanhustenhoito on alkanut puhuttaa päättäjiä ja kuntalaisia yhä enemmän. 2000-luvun taitteen jälkeen tehtiin useita valtakunnallisia suosituksia, joissa asetettiin tavoitteita ikääntyneiden hyvinvoinnin parantamiseksi ja palvelujen kehittämiseksi. Näitä suosituksia on laatinut pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriö, mutta yhdessä mukana oli myös Suomen Kuntaliitto. Näissä suosituksissa painottuvat ikäihmisten toimintakyvyn ylläpito ja sen edistäminen sekä yhteistoiminta ja kotona asumisen tukeminen. (Vaarama 2004, 134-135.) Samaa linjaa jatkaa kymmenen vuotta suositusten jälkeen voimaan astunut vanhuspalvelulaki ja sen soveltamisen avuksi laadittu Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, jonka ovat yhdessä laatineet sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto.

Haastateltujen puheissa vanhuspalvelulaki ja viimeisin laatusuositus saavat erilaisia merkityksiä. Osa esimiestehtävissä toimivista kokee, ettei vanhuspalvelulaki tuonut oikeastaan paljoakaan uutta heidän työhönsä. Tämä johtuu osittain siitä, ettei laki tuo vanhuksille mitään subjektiivisia oikeuksia. Osittain kyse on siitä, että laki jatkaa samalla linjalla kuin aiemmat suositukset ja monessa kunnassa toiminnan painopistettä oli jo pitkään siirretty ennaltaehkäisevään toimintaan ja avohuollon palveluihin pitkäaikaisen laitoshoidon sijaan. Osassa kuntia oli tehty ikääntymispoliittinen strategia, jota oli myös aktiivisesti työstyetty yhteistyötahojen kuten vanhusneuvostojen kanssa ja toteutettu

suunniteltuja toimenpiteitä. Osa koki, että omasta kunnasta löytyi jo vastaavanlainen asiakirja, jonka päivittäminen lain vaatimaan laajuuteen odotti sopivaa hetkeä muiden töiden lomassa. Yksi haastatelluista toi esiin sen, että vanhuspalvelulaki on hyvä asia, sillä se antaa selkänöjää perusteltaessa asioita esimerkiksi kuntapäätäjille. Asiat otetaan vakavammin silloin, kun ne ovat mainitut laissa, vaikka kyseessä olisi vain suositus, eikä kuntaa velvoittava oikeus.

Erilaista suhtautumista vanhuspalvelulakiin oli havaittavissa myös työntekijöiden keskuudessa. Osa mainitsi suurimpana muutoksena sen, että myönteinen sijoituspäätös tulee toteuttaa kolmen kuukauden kuluessa. Aikaisempi käytäntö saattoi olla se, että asiakas oli jonossa jopa vuoden ja hänen tilanteensa kehittymistä tarkkailtiin. Lain velvoite on muuttanut tilannetta ja kolmen kuukauden aikarajaa oli vaikeaa saada pidettyä ainakin yhdessä kunnassa. Toisaalta myönteisen päätöksen saamista ei perusteta lain pykäliin, jossa esimerkiksi todetaan, että:

13 § Palveluntarpeisiin vastaamista ohjaavat yleiset periaatteet

Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystalve-luja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä.

Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palveluntarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista (980/2012).]

Kuten todettiin luvussa 6.1.2. Kotihoidon tehtävien muutos, moni ammattilainen, asiakkaasta tai hänen omaisestaan puhumattakaan, kokee kotona asumisen olevan nykyisin suurelle osalle vanhuksista jotain muuta kuin heidän hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan ja osallisuuttaan tukevaa. Selviä aikarajoja on helpompi noudattaa kuin laatusuosituksia, jotka eivät mahdu kuntien tiukkojen taloudellisten resurssien piiriin. Eräs haastatelluista oli huomannut lain vaikutuksen siinä, että hänelle tuli ilmoituksia vanhuksista, jotka tarvitsevat apua. Vanhuspalvelulain mukaan viranomaisten tulee tehdä ilmoitus huolta aiheuttavasta vanhuksesta salassapitosäädösten estämättä samalla periaatteella kuin lastensuojeluilmoituksia on tietyillä tahoilla velvollisuus tehdä. Osa haastatelluista koki, ettei laki tai suositukset näy konkreettisesti työssä, vaan ovat siellä taustalla, ehkä työpaikkakokouksissa esiin nostettuina. Toisaalta esiin tuli, että kymmenen vuotta sitten tällaisista asioista ei juurikaan puhuttu, eli siinä mielessä tilanne on muuttunut.

Asiakkaiden yksinäisyys on asia, josta jokainen haastateltava oli huolissaan. Ainakin osassa kunnista vanhusten yksin asuminen lisääntyy, joka lisää erilaisia riskejä vanhuksen hyvinvoinnille ja kotona selviytymiselle. Yksinäisyys näkyi ja tuntui kotikäyntien yhteydessä mutta sen lieventämiseksi ei ollut paljoa tehtävissä. Osassa kunnista sosiaalipuolen kotikäyntien aikana keskusteltiin paljon päivätoiminnasta ja kolmannen sektorin järjestämästä ohjelmasta, jonne yksinäisiä kannustettiin lähtemään. Eräs työntekijä oli aikaisemmin järjestänyt ystäviä Suomen punaisen ristin kautta sellaista haluaville mutta siitä piti luopua, koska työaika ei enää riittänyt kaikkiin töihin. Haasteena nähdään myös se, että kaikki eivät halua lähteä kotoaan minnekään, eikä osallistua aktiivisesti toimintaan. Osalla esteenä on toiminnan tai kuljetusten maksullisuus mutta eräs haastatelluista toi esiin myös sen, etteivät kaikki vanhukset ole aktiivisia ja motivoituneita, ja myös heidän haluaan pysyä kotona tulee kunnioittaa. Heidän kohdallaan vaikeus muodostuu siitä, että vanhuspalveluiden nykyisenä ideana on aktiivinen ja toimiva, ajassa kiinni pysyvä vanhus. Useampi haastateltava totesi, ettei usko kunnalla olevan varoja yksinäisyyden lievittämiseen, vaan sen nähtiin jäävän omaisten ja kolmannen sektorin tehtäväksi. Huolta herätti se, miten yksinäiset vanhukset pysyvät kotona järjissään ja esimerkkejä oli jo sellaisista vanhuksista, joiden mielenterveys oli järkkynyt yksinäisyyden ja turvattomuuden johdosta. Tämän pelättiin lisääntyvän seuraavan viiden tai kymmenen vuoden aikana.

Vanhuspalvelulakiin vedoten puhuttiin yllättävän paljon palvelujen valinnanvapauden lisäämisestä, vaihtoehtojen tarjoamisesta ja vanhusten kuluttajuuden vahvistamisesta. Osin tämä liitettiin vaatimukseen tukea vanhusten itsemääräämisoikeutta. Osa haastatelluista koki, ettei voida puhua aidosta itsemääräämisoikeudesta, jos ei ole vaihtoehtoja, joista valita. Nämä vaihtoehdot olivat usein tukipalveluissa, joita rahoitetaan erilaisin palvelusetelijärjestelyin. Ainakin yhdessä kunnassa oli käytössä sähköinen palvelusetelijärjestelmä, joka mahdollistaa tuottajien ja palveluiden vertailua Internetissä. Asumispalvelujen nykyisiä suuria muutoksia perustellaan hyvin pitkälle juuri asiakkaiden mahdollisuudella valita perinteisten kotihoidon ja vanhainkodin lisäksi monesta muusta mahdollisuudesta.

Et voidaan puhua itsemääräämisoikeudesta, voidaan puhua kuluttajanäkökulmasta eli pitää olla niitä erilaisia palveluita tarjolla (H1)

Haastatellut tuovat kuitenkin myös esiin haasteet käytännön valinnanvapauden lisäämisessä. Palvelujen vertailu ja tieto ovat usein saatavana sähköisesti, johon kaikilla ikääntyneillä ei ole osaamista. Kaikilla ei ole myöskään omaisia, jotka voisivat auttaa van-

huksia selvittämään ja vertailemaan. Työntekijöiden resurssit ovat rajalliset, eli ellei vanhus kykene itse lähtemään neuvontapalveluihin tai soittamaan vanhussosiaalityöhön, ei kotihoidolla ole mahdollisuuksia auttaa aikaa vievissä palveluohjaustehtävissä. Simo Koskinen (2007, 33-34) kirjoittaa samasta asiasta kuin yksi haastatelluistakin toteaa, että asioiden siirtyessä Internetiin, osa vanhuksista syrjäytyy sen vuoksi, että tässä maailmassa toimiminen vaatii monenlaista tietoteknistä osaamista.

Valinnanvapauden lisääminen pääasiassa yksityisten tuottajien palveluja lisäämällä tuomukanaan myös ongelman asiakkaiden yhdenvertaisuudesta. Tämä tuli vahvasti esiin suurimmissa kaupungeissa, joissa jo pelkästään kotihoidon järjestäminen on jakautunut useisiin kymmeneen eri tiimeihin, jotka saattavat toimia hyvin eritavalla toisiinsa nähden yhteisistä laeista ja ohjeistuksista huolimatta.

7 § Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

Kunnan on järjestettävä ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut sisällöltään, laadultaan ja laajuudeltaan sellaisina kuin kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointi, sosiaalinen turvallisuus ja toimintakyky edellyttävät. Palvelut on järjestettävä niin, että ne ovat kunnan ikääntyneen väestön saatavissa yhdenvertaisesti. [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012).]

Kansalaisten eriarvoistuminen näkyy myös vanhusten parissa. Osa vanhuksista elää pelkän kansaneläkkeen varassa, kun taas osa on erittäin varakkaita. Varakkailta vanhuk-silla on mahdollisuus ostaa itselleen palveluita alati kasvavalta yksityiseltä palvelusek-torilta. Heillä on mahdollisuus myös valita asumispalveluita eri palvelutalojen tarjon-nasta, jos heidän kuntonsa edellyttää palvelutalossa asumista. Vähävaraiset vanhukset ovat niukkenevien kunnallisten palveluiden varassa ja joutuvat palveluseteleitä käyttä-essään myös tilanteisiin, jossa setelin arvo ei kata palvelusta aiheutuvaa kustannusta. Tällöin koko palvelu saattaa jäädä hankkimatta. Yhdenvertaisuuden ongelma saattaa tulla esiin myös erilaisissa hallintomalleissa, jossa useamman kunnan päättäjät päättävät yhteisistä palveluista. Tällöin ei ole välttämättä helppoa miettiä kaikkien yhteistä hyvää, vaan jokainen ajattelee oman kuntansa ja kuntalaistensa parasta. Osa haastateltavista kokee juuri asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistamisen yhdeksi tärkeäksi vanhus-sosiaalityön muodoksi, jossa sosiaalityöntekijä on se, joka katsoo, että kokonaisuus toi-mii vanhuksen osalta oikeudenmukaisesti.

Asiakaslähtöisyys on itsemääräämisoikeuden lisäksi korostunut viime vuosikymmeninä tärkeänä periaatteena palvelujen tuottamisessa. Haastateltavien mukaan asiakaslähtöinen toimintatapa on itsestäänselvyys. Moni koki oman tai työyksikkönsä toimintatavan hyvin asiakaslähtöiseksi mutta heti perään totesi, että kokonaisuudessaan tässä asiassa oli vielä parantamisen varaa. Sosiaali- ja terveystieteiden perinteisinä vahvoina auttamisen aloina, joissa työntekijöille muodostuu nopeasti asiakkaan nähdessään kuva siitä, millaista apua juuri tämä asiakas tarvitsee. Tätä apua aletaan joskus antaa ennen kuin asiakkaan oma mielipide on kysytty. Tähän viittaa myös muissa tutkimuksissa esiin tullut havainto, että asiakkaan ja ammattilaisten näkemykset hoidon tarpeista ja riittävydestä eivät aina kohtaa. Esimerkiksi asiakkaiden tyytyväisyys saamaansa psykososiaaliseen tukeen oli vähäisempää kuin työntekijöiden kokemus tuen antamisen onnistumisesta. Tämä osoittaa sen, että kotihoitoa tulee kehittää siten, että asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin vastataan paremmin, eikä toimita sen mukaan, minkä työntekijä luulee olevan asiakkaan toive ja hänen kannaltaan parasta. (Eloranta ym. 2012, 16, 21-22.)

Haastatteluista sai sen kuvan, että varsinkin kotihoidon peruspalveluissa ei ole paljon sijaa asiakkaiden omille toiveille, joten niitä ei kysytä. Sosiaalipuolta edustavat työntekijät pyrkivät pitämään asiakkaan kuulemisen enemmän esillä. Sini Elorannan ym. (2012, 21) tutkimuksessa nousi esiin sama huomio, että sosiaalipuolen koulutuksen saaneet arvioivat itse huomioivansa esimerkiksi asiakkaiden psykososiaalisen tuen tarpeet ja tunteet paremmin kuin terveystoimessa työskentelevät. Mielenkiintoinen tulos oli se, että ilman ammatillista koulutusta olevat kokivat huomioivansa asiakkaidensa tunteet paremmin kuin ammatillisen koulutuksen saaneet työntekijät. Haastateltavat toivat yleisesti esiin, että varsinkin hyvin iäkkäiden ja kenties muistisairaiden vanhusten kohdalla monet omaiset ovat sitä mieltä, että he kyllä tietävät vanhuksen ajatukset, joten heitä on turha vaivata kokouksilla ja yhteisillä tapaamisilla. Tämä nähtiin työntekijöille tiukkana paikkana, jossa joutuu laittamaan ammatillisuutensa peliin, jotta itse asiakas ei joudu syrjään.

Mun mielestä se ei ihan kaikissa tilanteissa vielä toimi. Et asiakkaalta ei välttämättä kysytä, että mitä mieltä sä nyt oot ja miten sä haluaisit tätä asiaa hoidettavan tai näin. Kyllä me vielä ehkä mennään niin, että me tullaan ja hoidetaan tää juttu olet sä mitä mieltä tahtoo, et me toimitaan näin. (H4)

Asiakaslähtöisyyden ja itsemääräämisoikeuden vahvistaminen on erityisen hankalaa silloin, kun asiakas on erittäin huonokuntoinen tai muistisairas. Omaiset mielellään pu-

huvat vanhustensa suulla, mutta haastatteluissa tuli selkeästi esiin vanhusten kaltoin kohtelu sekä taloudellinen hyväksikäyttö, joka on olemassa oleva ja osan mielestä kasvava ongelma, joka asettaa haasteet työntekijöille. Vanhukset eivät herkästi puhu hyväksikäytöstä, vaan työntekijän täytyy osata tulkita asioita ja ottaa niitä varovasti puheeksi. Vielä suurempi haaste ovat muistisairaat vanhukset, joiden omaa tahtoa ei pystytä enää saamaan selville. Monen haastateltavan työkenttään kuuluivat myös edunvalvonta-asiat ja edunvalvoja aina välillä jouduttiin asiakkaille hakemaan.

On omaisia, jotka sanoo, ettei häneltä kannata enää mitään kysyä, ei hänen mieltä pidettään tarvitse kysyä, me tiedämme tämän asian paremmin. Niin tähän on tietysti semmonen ihan yleinen, itse asiassa liian yleinen, kommentti mikä tulee vastaan. Ja missä sosiaalityöntekijä varsinkin joutuu sitten tekemään hommia, että asiahan ei mee näin ihan yksinkertaisesti. (H6)

Haastatellut näkivät omaan työhönsä liittyvän erilaisten kehittämishankkeiden ohjaamisen tai niihin aktiivisesti osallistumisen. Hankkeilla on onnistuttu tuomaan uusia toimintamuotoja kotihoidon asiakkaiden palveluihin. Osassa kuntia on vielä mahdollista ottaa kontaktia kaikkiin kunnan tietynikäisiin asukkaisiin, vaikka tähänkin on jouduttu hakemaan uudenlaisia tapoja. Seudullinen ja osin myös valtakunnallinen yhteistyö nähtiin tärkeänä, varsinkin nyt, kun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote) on tulossa, mutta siitä ei tiedetä vielä mitään konkreettista. Kunnat eivät ole jääneet uudistusta odottamaan, vaan kehittävät omaa toimintaansa. Haastatteluissa kuitenkin korostuu yhteistyön merkitys siinä, että olemassa olevat palvelut olisivat yhdistettävissä. Lisäksi oman kunnan haluttiin olevaan houkutteleva yhteistyökumppani, eikä sellainen, joka otettaisiin pakosta uusiin kuvioihin mukaan. Osa haastatelluista toivoi, että jatkuvaan kehittämiseen ja hankkeiden määrään tulisi pientä taukoa, jotta pystyttäisiin varmistamaan edellisten hankkeiden saavutusten juurtuminen kunnan toimintaan. Omaan työhön keskittyminen oli myös toiveena, sillä laajoihin hankkeisiin sitoutuminen merkitsi paljon palavereja, jotka olivat pois varsinaisesta asiakastyöstä.

Varsinaista asiakastyötä haittaa myös tietojärjestelmien kehittyminen ja jatkuvat ohjelmistouudistukset tai lisäykset. Eräässä kunnassa aiemmin merkittiin tehty asumissijoitus yhteen ohjelmaan, nykyisin samanlainen sijoitus merkitään kolmeen erilliseen ohjelmaan, ilmeisesti erilaisiin tilastointitarpeisiin liittyen. Kirjaamista koneelle on työntekijöillä paljon ja se aika on asiakkailta pois. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset kirjauskäytännöt ja lainsäädännölliset tekijät rajoittavat kirjattujen tietojen yhteiskäyttöä. Sosiaalipuolella ei välttämättä päästä näkemään terveydenhuollon puolella tehtyjä kirjauksia. Asiakkaiden asioita hoitaa monta tahoa ja eri ihmisiä voi olla mukana paljon,

jolloin aina ei oikein tiedetä, missä asiakkaan tilanteessa mennään. Tämä on työntekijöistä turhauttavaa. Toisaalta muistissa on myös aika, jolloin asiakkaista oli tietona osoite pahvikortilla laatikossa pöydällä, joten osataan arvostaa myös sitä, että tietotekniikka on kuitenkin myös helpottanut työtä. Asiaa pitäisi kehittää haastateltavien mukaan eteenpäin, jotta päästäisiin vähäisempiin ohjelmiin ja toimiviin kirjausjärjestelmiin.

6.3.1 Mitä sosiaalinen ulottuvuus on kotihoidossa

Seuraavat kaksi lukua kirjoitan pääasiassa siten, että tarkastelen käytännön työtä tekevien ja esimiesasemassa olevien haastatteluja erikseen. Esimiestehtävissä työskentelevillä varsinaisen asiakastyön osuus vaihteli SAS-ryhmän jäsenyydestä satunnaisten ongelmallisten asiakastapausten käsittelyyn tai asiakastyöskentelyä ei ollut lainkaan. Käsittelem esimestehtävissä toimivien vaikutusta kotihoidon sosiaalisuuteen jäljempänä. Työntekijöiden työ vaihteli kunnasta riippuen joko hyvin laajasta työnkuvasta, jossa periaatteessa työntekijä tapasi jokaisen kuntansa ikäihmisen jossain vaiheessa, suppeampaan työnkuvaan, jossa yksi työtehtävä korostui huomattavasti. Työnkuvan jakaantuminen noudatti kuntakoon eroja siten, että pienissä maaseutukunnissa, jossa työntekijöitä oli vain yksi tai mahdollisesti kaksi, työnkuva oli monipuolinen ja laaja. Suurimmassa kunnassa, Turussa, jossa myös vanhussosiaalityöntekijöitä ja sosiaalihojaajia toimii eniten koko alueella, työnkuva oli rajatumpi kuin muualla. Tietyt työtehtävät löytyvät kaikilta mutta niiden painottuminen vaihteli työnkuvasta toiseen.

Kari Salonen (ks. 2002) jaotteli lisensiaattityössään vanhussosiaalityöntekijöiden työkokonaisuudet seitsemään osaan, jotka ovat arviointi- ja sijoitustyö, neuvonta- ja ohjaustyö, tiedonhankinta- ja selvitystyö, yhteistyö, kannustava ja tukeva työ, edustaminen ja huolehtimistyö. Nämä kaikki osa-alueet tulivat esille myös omissa haastatteluissani, vaikka vastaajat eivät kaikki sosiaalityöntekijöitä olleetkaan. Samalla tavalla kuin Salosen tutkimuksessa, myös minun haastatelluillani korostuivat arviointi- ja sijoitustyö, neuvonta- ja ohjaustyö, tiedonhankinta- ja selvitystyö sekä yhteistyö. Haastatteluissa korostuivat käytännön työn ja hoitotyön arvostaminen ja hyödyllisyys omassa työssä. Teoreettisen tiedon rooli jäi kovin pieneksi, mikä nousi esiin myös Salosen tutkimuksessa. (Salonen 2002, 221, 223.)

Haastatellut kertoivat työtehtävistään aloittaen pääasiassa puhelinajasta, koska se sijoitui yleensä aamuaikaan. Osa haastatelluista otti vastaan puheluita vain soittoaikana, osa vastaili siihen aina, kun mahdollista. Puheluissa korostuivat neuvonta- ja ohjaustyö.

Toisissa kunnissa soittajat olivat asiakkaita, omaisia tai yhteistyötahoja, toisessa puolestaan asiakkaat olivat niin huonokuntoisia, etteivät juuri enää soittaneet itse, vaan soittajat olivat pääasiassa omaisia. Toinen paljon aikaa vievä työtehtävä olivat kotikäynnit asiakkaiden luokse joko yksin tai yhteistyössä kotihoidon kanssa. Käyntien tarkoituksena olivat arviointi- ja sijoitustyöt. Asiakastyöskentelyssä korostuivat myös tiedonhankinta- ja selvitystyö, joka näyttäytyy palvelujärjestelmän tuntemisena sekä tiedon haun osaamisen tarpeina. Yhteistyötä tehdään kaikissa osa-alueissa eri ryhmien kanssa. Koska työntekijät tekevät virallisia päätöksiä, niiden tekemiseen menee myös osa työajasta. Paperityöhön ja erilaisiin kirjauksiin menee osan mielestä liikaa omaa työaika. Lisäksi lähes kaikkien työhön kuului edunvalvojien hakeminen asiakkaille, jotka sellaista tarvitsivat. Joihinkin työpäiviin sisältyi koulutuksia ja palavereja eri tahojen kanssa.

Haastateltujen vastauksista kävi selväksi se, että työmäärä on ollut jatkuvasti kasvussa. Koska työtä tehdään hyvin itsenäisesti, on myös työn rajaamisesta tullut tärkeä osa työajan hallintaa. Kaikkein suppeimman työnkuvan omannut haastateltu totesi, että hän ehtii kyllä työnsä tekemään hyvin, vaikka ajoittaista kiirettä ilmeneekin. Pienemmissä kaupungeissa ja maaseutukunnissa, jossa on laajempi työnkuva, työn rajaaminen aiheuttaa enemmän pohdintaa. Tiettyjä työtehtäviä tai asiakasryhmiä, joiden kanssa aikaisemmin on työskennelty, on jouduttu asiakasmäärän kasvun johdosta rajaamaan pois eli tiukentamaan asiakastyön kriteereitä.

Työn rajaamista, ett kotikäyntejäkin vois tehdä hirveesti muutenkin kun tavallaan tän SAS-arvioinnin tiimoilta, ett olis muitakin asioita, ett vois käydä kattomas niit asiakkait. Ja monel voi olla kaikennäköst esimerkiks tukien kans hakemisis ongelmii ja tarvii apuu. Mut kotihoito kyl sit aika paljon hoitaa niitä. Et se vähän riippuu siit työn rajauksest, et jos lähtis jokaist asumistukikaavaket täyttää asiakkaitten kans, niin sit ei kyl kerkeis pal muuta tekee. (H5)

Haastateltujen puheenvuoroissa korostuivat kotihoidon kiire ja toimintamalli huolena asiakkaiden elämänlaadusta ja kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Yksinäisyys nousi usein esiin haastatteluissa, kun huonokuntoiset vanhukset eivät pääse enää lähtemään kotoaan ja omaisia tai ystäviä ei ole. Toinen huolta vahvasti herättänyt teema oli vanhusten kokema turvattomuus, jota korostavat yksinasuminen ja huonokuntoisuus. Masennus ja ahdistus ovat asioita, jota myös sosiaalipuolen työntekijät kohtaavat kotikäynneillään. Haastateltujen kertomukset tukevat aiempia tutkimuksia siitä, että kotihoito on niukkaa, työntekijät kiireisiä ja palvelut pirstaleisia. Kotihoidon asiakkaiden parissa työskentelee useita eri ammattiryhmiä, joiden edustajat käyvät pikaisesti tekemässä omat tehtävänsä asiakkaiden luona. Tarvetta olisi yhdelle tutulle hoitajalle, jolla olisi

aikaa hoidollisten ja hoivallisten tehtävien lisäksi paneutua vanhuksen psykososiaaliseen tukeen. (Eloranta ym. 2012, 22.)

Et mitä asiakkailta viestittyy osaltaan että, siit ei tuu turvallista oloa, et kotihoito juoksee käymässä ja tulee eri työntekijöitä. Koskaan ei tiedä kuka työntekijä sieltä ovesta tulee... asiakkaat, omaiset eivät ole tyytyväisiä siihen kotihoidon antamaan palveluun että se on niin kiireistä ja ei näe sitä kokonaisuutta, vaan näkee sen yhden tehtävän, mitä menee antamaan et. (H8)

Mielenkiintoista oli huomata, että saman kunnan esimiestehtävässä oleva haastateltu toi esiin toisenlaista kehitystä, sillä esimiestehtävissä työskentelevät korostivat työntekijöiden ammatti- ja osaamisvaatimuksissa tilanteiden kokonaisvaltaista hahmottamista. Haastateltavat korostivat sitä, että koska aikaa on vähän käynneillä, tulee nopeasti hahmottaa kokonaisuus ja kohdata asiakas kokonaisvaltaisesti. Toisaalta haastattelussa keskityttiin tässä kohtaa tulevaisuuden haasteisiin, joten saattaa olla, ettei nykyinen toimintamalli vielä ole tämän toiveen mukaista.

Eli kokenut kotihoidon hoitaja, kun menee asiakkaan luokse, niin hän pystyy aikast nopeesti yhdellä katseella niin ku skannaamaan sen kokonaistilanteen...Sekin on semmonen valmius, et miten ihan, vaiks aika on lyhyt, miten ihan aidosti kohdata se ihminen. (H1)

Sosiaalityöntekijöiden ja muiden sosiaalipuolen koulutuksen saaneiden vähäisyys vanhusten kotihoidossa ja vanhuspalveluissa yleensä vaikuttaa siihen, että nämä työntekijät kokevat omat konkreettiset vaikutusmahdollisuutensa vähäisiksi asiakkaiden yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteiden lieventämisessä. Haastateltavat näkevät kotihoidon työntekijöiden panoksen ensisijaisena ja sen lisäksi apua kaivataan kolmannelta sektorilta ja vapaaehtoisilta. Sen sijaan haastatellut eivät tuoneet esiin, että omaisten tulisi huolehtia vanhuksista enemmän tai lievittää heidän yksinäisyyttään. Psykososiaalisissa ongelmissa työntekijät kokivat pystyvänsä tekemään enemmän esimerkiksi selvittäessään mahdollista edunvalvojan tarvetta, kotihoidossa heränneen hyväksikäytön tai kaltoin kohtelun epäilyn selvittämisessä tai perheriitojen ratkaisussa.

... Edunvalvonta-asia on semmonen kanssa, et jos tulee tämmösii, et kotihoidon hoitaja epäilee et on jonkin näköst taloudellist hyväksikäyttöö jonkin omaisen taholt esimerkiksi tai asiakas on itte voinu tuoda esiin, et hän epäilee tämmöst. Niin semmosii käyntei on, että käy asiakkaitten kans juttelemas ja sit jonkin verran tulee tehty edunvalvontailmoituksii. (H5)

Edellä mainituissa tilanteissa kotihoidon työntekijät usein myös pyytävät haastateltujen apua. Koulutuksellinen ero tuli esiin siinä, että sosionomitaustainen työntekijä sanoi kääntyvänsä aikuissosiaalityöntekijän puoleen, jos vastaan tulee vaikea ongelmatilanne. Hän totesi sieltä löytyvän osaamisen ja ammattitaidon asian hoitamiseen. Pääasiassa kuitenkin vastaantulevat tilanteet ovat hoituneet palveluohjaajien toimesta.

6.3.2 Mitä sosiaalisen ulottuvuuden tulisi olla kotihoidossa

Esimiestehtävissä työskennelleet haastatellut pohtivat kotihoitoa ja sosiaalisuutta sekä tulevaisuuden haasteita hyvin laajalti. Useimmissa kunnissa oli meneillään erilaisia kehittämishankkeita vanhuspalveluissa ja kotihoidossa. Kunnan tiukka taloudellinen tilanne pakottaa jatkuvasti miettimään, miten palvelut järjestetään tai pohtimaan perusteluja lisäresurssien pyytämiseksi. Huoli asiakkaiden saamasta palvelusta korostui mutta myös kotihoidon työntekijöiden jaksamisesta ja tulevaisuudessa selviämisestä, kun asiakasmäärät vain jatkavat kasvuaan.

Osa haastatelluista keskittyi miettimään, miten tulevaisuudessa vanhuksat pystytään hoitamaan. Ensisijaisiksi ratkaisuksi mietittiin palvelujärjestelmän muutoksia ja kehittämistä siten, että taloudellisia säästöjä saavutetaan, tai pystytään hyödyntämään uusien työntekijäryhmien työpanosta. Kuntien vahva painotus kehittämistyöhön viittaa siihen, että muutoksen tarve on otettu vakavasti kuntapäätäjillä myöten. Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tosin aiheuttaa epäilyjä siitä, miten paikallisten kehittämishankkeiden käy, kun ja jos sote-uudistus tapahtuu. Osassa kuntia hiotaan omaa toimintaa laajenevaa yhteistyötä silmällä pitäen mutta samalla ollaan huolissaan käytännön työn sujumisesta isossa yksikössä, kun pienemmissäkin on paljon muutosvastarintaa ja käytäntöjen yhtensovittamisen vaikeuksia. Sote-uudistus saattaa olla uhka myös vanhuspalveluiden sosiaalisuudelle, sillä jo paikalliset suunnittelu- ja työryhmät antavat viitteitä siitä, millaista osaamista tulevaisuudessa painotetaan.

Elikkä periaattees se vois joskus toteutuu, mut mä ihan oikeesti pelkään tota sotee, ku tulee, et mitä se tekee tämmösil ideoille ja kehittämisjutuille, et tota se jää nähtäväks. (H7)

Haastatellut kantavat huolta vanhusten psykososiaalisesta hyvinvoinnista mutta ratkaisuja siihen, miten sosiaalipuolen henkilökuntaa saataisiin lisää tai vanhussosiaalityöntekijöiden työpanosta lisättyä, ei juuri ilmene. Vanhussosiaalityöntekijöiden paikkoja on ennemminkin menetetty kuin saatu lisättyä, eikä tarve tälle koulutukselle tulevaisuudessaakaan näyttäydä kovin suurena haastattelujen perusteella. Enemmän haastatteluissa korostuvat tarpeet lisätä sosionomien, geronomien, geriatrien ja vanhanmallisten kodinhoitajien työpanosta vanhuspalveluissa. Ainoastaan yhden haastateltavan puheessa korostuu sosiaalityöntekijöiden osaamisen erityinen arvostaminen ja tunne siitä, että asiat olisivat paljon huonommin, jos sosiaalityöntekijät eivät olisi tehtäviään tekemässä.

...homma ei sujuisi. Että jos me pyritään siihen, että vanhusten palvelut olis mahdollisimman tasa-arvoisesti asiakkaille tarjolla ja kriteerit olis yhdenmukaisia

kaikkien kohdalla, et semmoinen yhdenmukainen toimintatapa. Niin jos nää sosiaalityöntekijät ei olisi, niin tää asia olisi surkeassa jamassa. (H6)

Kyseinen haastateltu korosti myös sitä, että kaikkea sosiaalityötä tulisi arvostaa yhtä paljon, sillä hänen mukaansa ihmiselämän kaari lapsesta vanhukseen ansaitsee joka kohdassa sosiaalityötä. Vaikka hän näkee sosiaalityöntekijöiden työn tärkeänä, myös hän myöntää, ettei se ole vanhuspalveluissa tai kotihoidossa sitä, mitä sen tulisi olla. Resurssien vähäisyydestä johtuen ennaltaehkäisevästä toiminnasta on jouduttu luopumaan ja keskittämään apu eniten sitä tarvitseville. Tämä näyttäytyy lyhytnäköisenä toimintana, kun tavoitteena on saada vanhukset asumaan kotona yhä pitempään. Tällöin aikainen tuki olisi ensiarvoisen tärkeää. Haastateltu nostaa esiin huolen myös siitä, että jos vielä enemmän joudutaan supistamaan resursseja, niin sosiaalityön ja terveydenhuollon työntekijöitä voidaan joutua arvottamaan toisiaan vastaan, ja silloin hän näkee, että sosiaalipuoli joutuu väistymään. Tämä kehitys jatkaisi nykyistä linjaa, jossa huonokuntoinen vanhus on hoidollisten toimenpiteiden kohde, ilman panostusta hänen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiinsa.

Tulevaisuuden vanhuspalveluiden sisältö ei muutu terveydenhuoltopainotteisemmaksi vain resurssien vähäisyyden vuoksi. Olemme tilanteessa, jossa laki ei velvoita omaisia huolehtimaan vanhuksistaan. Vastuu heistä siirrettiin kunnille, jotka nyt resurssipulan sekä muuttuneen yhteiskunnallisen ilmapiirin johdosta ovat alkaneet kaventaa niitä palveluja, joilla vanhusten hyvinvointi voitaisiin taata. Vastuuta ollaan siirtämässä takaisin omaisille tai kolmannelle sektorille, eli hyväntahtoisten vapaaehtoisten kannettavaksi. Jopa sosiaalialan koulutuksen saanut esimiestehtävässä oleva haastateltu kokee, että kunnan tehtävä ei ole vastata kokonaisvaltaisesti vanhusten psykososiaalisesta hyvinvoinnista.

Kylhän se yksinäisyys selkeesti, et meil on kovasti mietitty näit erilaisii kerhotoimintoja ja päivätoimintoja ja semmosia vastaamaan siihen. Mut se tietysti et eihän me... kun me ollaan tämmönen sote-toimija, voida nyt ihan hirveesti sille puolelle mennä, ett siin tarvitaan sit näit järjestöjä ja kuntien muuta toimintaa. Et me ehkä nimenomaan sit niille huonokuntoisimmille, jotka eivät enää aktiivisesti näissä muissa pysty toimimaan niin tarjotaan sit toimintaa. (H3)

Haastateltuja huolestaa tulevaisuudessa vanhusten päihdeongelmien selvä lisääntyminen, muistisairaiden valtava kasvu, eläkkeiden paranemisesta huolimatta vähävaraiset vanhukset, yksinasumisen lisääntyminen ja yhä iäkkäämpien vanhusten kotona asuminen, jolloin oma sosiaalinen verkosto on heikko. Kaikkiin näihin huoliin voitaisiin vastata vahvalla sosiaalipuolen osaamisella, mutta meidän palvelujärjestelmämme korostaa

terveydenhuollon panosta. Tosin lähihoitajan koulutukseen on ainakin periaatteessa ollut tarkoitus yhdistää sekä sosiaalipuolen että terveydenhoidon osaaminen. Toimintakulttuurimme redusoi annetun avun enimmäkseen terveydenhoidolliseksi avuksi. Myöskään vanhusten yksinäisyys ja turvattomuus eivät ole vähenemässä tulevaisuudessa haastateltujen mukaan.

Haastatellut toivat esiin, että ne jotka tietävät ja tuntevat sosiaalityön sisältöä ja toimintatapoja, myös arvostavat sitä. Tällä hetkellä tämä toteutuu ehkä eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä mutta ei näy paljoa vanhuspalveluissa. Siitä huolimatta, että sosiaaliset ongelmat ja kysymykset ovat vahvasti esillä haastateltujen puheessa, ei sosiaalityön koulutuksen tai työpanoksen lisääminen vanhuspalveluissa saa mainintoja. Ei edes siitä huolimatta, että useimmat kokevat nykyisten palvelujen olevan liiaksi terveydenhoitoon liittyviä ja vanhusten kohtelu sairauskeskeistä. Asiantilan muuttaminen saattaa vaatia ulkopuolelta tulevaa painetta, joka tarkoittaisi sitä, että yhteiskunta ja ihmiset alkaisivat arvostaa vanhuksia oikeasti eikä vain vaalien alla. Vanhuspalvelujen sosiaalisesta ulottuvuudesta vastaavat työntekijät eivät tällä hetkellä tutkielmani kattavalla alueella aja muutosta, joka saisi kyseisen asennemuutoksen aikaiseksi palveluista käsin.

7. Johtopäätökset

7.1 Tutkielmani luotettavuudesta

Pro gradu – tutkielmani tarkoituksena oli alun perin tutustua useamman kunnan vanhuspalveluissa tehtävään sosiaalityöhön eli vanhussosiaalityöhön. Rajasin tarkasteluni koskemaan erityisesti kotihoidon parissa tehtävää sosiaalityötä, sillä omien aikaisempien työ- ja arkikokemusteni perusteella minulla oli sellainen käsitys, että kotihoidon järjestämisessä on paljon haasteita, jotka eivät rajoitu pelkästään hoitoon ja hoivaan. Oltuani yhteydessä tutkimuskuntiin jouduin rajaamaan työtäni uudelleen, sillä kahdella alueella neljästä ei toiminut lainkaan sosiaalityöntekijää vanhuspalveluissa. Tästä syystä en voinut keskittyä varsinaisen sosiaalityön ilmenemiseen, vaan laajensin käsitteen koskemaan muiden sosiaalipuolen ammattilaisten tekemään sosiaaliseen työhön, jota kutsuin työssäni sosiaalisesti ulottuvuudeksi.

Aineistoni hankintaan liittyy se vaikeus, että haastateltujen koulutustaustat eivät ole yhtenäiset. Lisäksi päätös haastatella sekä työntekijöitä että esimiestehtävissä työskente-

leviä hajotti haastateltujen työnkuvaa sekä roolia asiakastyössä. Nämä aineiston sisältöön vaikuttavat seikat olen pyrkinyt ottamaan huomioon parhaani mukaan. Yleistyksiä laadullisessa tutkimuksessa varotaan tekemästä, sillä yleensä haastateltavien määrä on vähäinen. Olen esittänyt aineistosta nousevia huomioita siten, että aina kun olen kokenut, että haastatellun esimiesasema tai työntekijän asema on ollut merkityksen kannalta oleellinen, olen tuonut hänen asemansa esiin myös tekstissä. Muiden huomioiden osalta en ole tätä jakoa tehnyt, jotta haastateltujen henkilöllisyys ja työskentelykunta pysyvät paremmin salattuina.

Aiemmin pohdin jo oman henkilökohtaisen taustani vaikutusta työni luotettavuuteen, sillä koen kotihoidossa olevan puutteita, jotka vaarantavat sekä asiakkaiden fyysisen että psyykkisen turvallisuuden ja ovat inhimillisen vanhuskäsityksen vastaisia. Haastatellut toivat esiin hyvin samanlaisia huomioita kuin itsellenikin jo oli, mutta olen ollut huolellinen siinä, että myös vastakkaiset näkemykset on tullut kirjoitettua auki analyysissä, enkä ole valikoinut aineistosta vain merkityksiä, jotka olisivat tukeneet omaa näkemystäni asiasta. Haastatteluja litteroidessani kirjoitin myös omat puheenvuoroni esiin, jotta pystyin varmistumaan siitä, etten johdatellut haastateltavaa vastaamaan tietyllä tavalla. Olen pyrkinyt monipuolisella sitaattien käytöllä tuomaan haastateltujen oman äänen voimakkaana esiin, jotta lukija voi arvioida tekemiäni tulkintoja aineistosta.

7.2 Tutkielmani johtopäätökset

Tutkielmani tavoitteena oli tarkastella sosiaalista työtä vanhusten kotihoidossa. Tämän lisäksi tavoitteena oli selvittää, millaista vanhussosiaalityötä kuntien vanhuspalveluissa tehdään. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnilla on käytettävissään gerontologisen sosiaalityön asiantuntemusta. Tämä kirjaus ei toteudu kahdessa kunnassa tai kuntayhtymässä, jossa ei toimi yhtään sosiaalityöntekijää vanhuspalveluissa. Näissä kunnissa käytössä ovat aikuissosiaalityön palvelut tarvittaessa. Asiantila vanhussosiaalityöntekijöiden kohdalla ei ole haastattelujen perusteella parnemassa lähivuosina, eli suunnitteilla ei ole lisäresursointia vanhussosiaalityöhön. Päinvastoin iso osa nykyisistä työntekijöistä on eläköitymässä lähitulevaisuudessa ja ainakin yhden viran kohdalla pohdittiin mahdollisuutta muuttaa sosiaalityöntekijän tehtävä toiseksi. Tämä ei luo kuvaa ammatti-identiteettiään ja asemaansa vahvistavasta professiosta.

Yhtenä tavoitteena työssäni oli tarkastella vaikuttaako kunnan maalaisuus tai kaupunkilaisuus tai erilaiset hallinnolliset ratkaisut vanhuspalveluissa tehtyyn sosiaalityöhön. Kaupungeissa, joissa asukkaiden määrä on suuri, myös vanhusasiakkaiden määrä kotihoidossa on suuri. Vaikka kaupungeissa työntekijöitä on usein enemmän kuin maalla, niin asiakasmäärän johdosta työn sisältö näyttyy rajatumpana kuin pienemmissä kunnissa. Tutkielmani maalaiskunnissa oli vielä periaatteessa mahdollista kohdata jokainen vanhus jossain vaiheessa ja keskustella palvelutarpeesta, kun taas kaupungeissa työskennellään eniten apua tarvitsevien kanssa. Kuntayhtymän ja isäntäkuntana toimimisen hyötynä nähtiin laajempi palveluvalikoima kuin mihin olisi mahdollisuus yksittäisinä kuntina toimittaessa. Noin 20 000 tai 30 000 asukkaan kokonaisuuksia pidettiin hyvinä hallittavuuden kannalta. Yllättävä kommentti eräältä haastateltavalta oli se, että hän koki maaseudulla vaatimusten olevan kovemmat palveluja kohtaan kuin kaupungissa. Yleensä on totuttu siihen, että kaupungeissa on paremmat palvelut. Toisaalta maaseudulla on totuttu henkilökohtaiseen, ja ehkä myös epävirallisempaan, palveluun kuin mitä kaupungissa on mahdollista antaa.

Mitä siis on sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa? Sosiaalinen ulottuvuus kotihoidossa on jotain, jota kaikki haastateltavat pitävät arvokkaana ja toivottavana mutta oikein missään siihen ei ole aikaa tai varaa, ainakaan siinä määrin, mikä nähtäisiin riittäväksi. Toimintaympäristö on ollut jo pitkään voimakkaassa muutoksessa ja sen nähdään jatkuvan myös tulevaisuudessa. Suurimmat haasteet liittyvät vanhusten kasvavaan määrään, taloudellisten ja henkilöstöresurssien vähäisyyteen sekä muistisairauksien voimakkaaseen lisääntymiseen kotihoidon asiakkaiden parissa. Vanhusten aseman parantamiseen tähtäävä laki tai laatusuosituksiset eivät näy kuntien vanhuspalveluissa ainakaan vielä siinä määrin kuin olisi toivottavaa. Positiivista on se, että muun muassa vanhusneuvostojen kanssa tehdään yhteistyötä ja strategiat kuntatasolla on pääsääntöisesti laadittu. Esimerkkejä löytyy kuitenkin siitä, että tärkeissä taloudellisissa kysymyksissä ei anneta vanhusneuvostolle sitä roolia, jota vanhuspalvelulaki edellyttäisi, kun päätökset vaikuttavat vanhusväestöön (Vakka-Suomen Sanomat 24.5.2016).

Kunnissa ollaan hyvin selvillä siitä, mikä tulee olemaan oman kunnan vanhusten määrän kehitys. Vaikka tätä tietoa ei oteta huomioon vuosittaista toimintabudjettia laadittaessa, ainakin esimiestehtävissä toimivat tietävät lähitulevaisuuden haasteet, joista asiakasmäärien kasvu on yksi keskeisimmistä (ks. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 2010). Nykyiset vanhuspolitiikan linjaukset kotona asumisen lisäämisestä tuskin muuttuvat tulevaisuudessa ja eräs haastatelluista totesikin, että ny-

kyisellä palvelujärjestelmällä mitkään rahat eivät riitä tulevaisuudessa vanhusten hoitamisessa. Vaihtoehtoisten asumisratkaisujen tarpeellisuus nousee esiin varsinkin muistisairaiden vanhusten kohdalla. Eräs haastatelluista sanoi, että kuntoutus tulee olemaan tulevaisuudessa tärkeässä osassa siinä, että vanhukset pärjäävät kotona pidempään. Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole pystytty todistamaan, että kuntoutuksella voitaisiin vähentää sosiaali- ja terveydenhuollon kuluja tai myöhentää laitoshoitoon siirtymistä. Sen sijaan sosiaalipalveluihin panostamalla on pystytty parantamaan vanhusten terveydentilaa ja vähentämään terveydenhuollon kuluja. (Kehusmaa 2014, 78, 85.)

Haastatellut yhtä lukuun ottamatta eivät korostaneet koulutuksen tuomaa antia työssä selviytymisessä. Huomiota herättää se, että huoli vanhusten heikosta tilanteesta kotihoidossa, yksinäisyydestä ja turvattomuudesta sekä heikosta yhteiskunnallisesta asemasta, ei heijastunut toimintaan tai rakenteellisen sosiaalityön tarpeen korostumiseen. Haastatellut sopeutuivat siihen työnkuvaan, joka heille oli annettu, eikä haastatteluissa tullut esille, että he olisivat kokeneet vanhusten edunvalvonnan tai asianajon oman työnsä keskeisiksi osiksi. Esimiestehtävissä olevat puhuivat vähän enemmän resurssien lisäämisen tärkeydestä tai panostamisesta ennaltaehkäisevään toimintaan mutta siitä jäi kuva, että kyseessä oli enemmän taloudellisiin resursseihin vaikuttamisesta kuin päättäjien vakuuttamisesta siitä, että vanhusten ihmisarvoinen elämä vaatii panostusta myös psykososiaalisiin kysymyksiin. Vanhusten parissa työskenteleville olisi tarpeellista lisätä koulutusalaan katsomatta enemmän opetusta asianajosta sekä rakenteellisesta vaikuttamisesta.

Vanhussosiaalityön tärkeys kotihoidossa tai yleensä vanhuspalveluissa ei korostunut yhtä esimiestä lukuun ottamatta haastatteluissa. Tulos on yllättävä siinä mielessä, että yhtä lukuun ottamatta kaikilla oli jokin sosiaalipuolen koulutus ja huoli kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisesta hyvinvoinnista korostui. Huonokuntoisten vanhusten yksinäisyys ja turvattomuus, muistisairaiden edunvalvonta sekä asiakkaiden yhdenvertainen kohtelu olivat aiheina paljon esillä. Kun vielä 1990-luvun taitteessa nähtiin, että vanhussosiaalityön merkitys tulee kasvamaan, niin 2000-luvun loppupuolella on jouduttu toteamaan, ettei kaivattua kehitystä tullutkaan. 1990-lama sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen väheneminen ovat voineet vaikuttaa tähän kehityskulkuun. Vanhussosiaalityöllä ei ole sitä asemaa, jonka koko ajan kasvava ja yhä vanhemmaksi elävä vanhusväestö ansaitsisi. (ks. Koskinen 1993; Kröger, Karisto & Seppänen 2007; Ylinen 2008.)

Moniammatilliseen yhteistyöhön liitetään paljon hankaluuksia, jotka juontavat eri ammattiryhmien perinteisistä rooleista. Tutkielmani haastateltavat loivat kuvaa siitä, että osin noista hankaluuksista on päästy eroon, ja arkipäivän yhteistyö sujuu. Yhteistyö on ongelmatonta silloin, kun osapuolet tuntevat toistensa osaamisalueet ja työntekijöiden henkilökohtaiset ominaisuudet tukevat sekä oman että toisten ammattitaidon ja osaamisen arvostamista. Yleisesti ottaen yhteistyö kotihoidon henkilöstön kanssa on tiivistä ja sosiaalityöntekijät selvästi ymmärtävät henkilöstön ongelmat kuten ainaisen kiireen sekä turhautumisen siihen, ettei työtä pysty tekemään niin hyvin kuin haluaisi. Sairaalaissa puolestaan terveydenhoidon ammattilaisten työ korostuu, jolloin vanhoista arvostuksista eri ammattiryhmien välillä ei ole täysin päästy irti. Tulevaisuudessa moniammatillinen työ tulee entisestään lisääntymään, jos mahdollista, ja pakottaa kaikki osapuolet tarkistamaan omia näkemyksiään asiakkaan parhaaksi.

Sosiaalinen ulottuvuus vanhusten kotihoidossa on päätösten tekemistä asumisratkaisuisista, uusien asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämisessä sekä vanhojen asiakkaiden erityisten ongelmatilanteiden hoitamisessa. Vanhussosiaalityön tehtäväalueet kuten asiantuntijana oleminen, kuntien vanhuspolitiikkaan vaikuttaminen, psykososiaalisen tuen tarjoaminen ja vaikuttamistyö ovat marginaalissa (ks. Salonen 2002; Koskinen ym. 1998). Näitä tehtäväalueita eivät korosta käytännön työntekijät mutta eivät myöskään esimiestehtävissä olevat, joista kolme toimi oman toimialansa johtajana. Vanhuspalveluiden vaihteleva sijoittuminen hallinnollisissa ratkaisuisissa ei auta luomaan vahvaa sosiaalista ulottuvuutta vanhuspalveluihin. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tulee näyttämään, millaiset muutokset vanhuspalveluita tulevaisuudessa odottavat. Selvää kuitenkin on, että vanhukset pyritään hoitamaan kotona mahdollisimman pitkään. Taloudelliset hyödyt kunnille voivat olla huomattavat tehostettuun palveluasumiseen verrattuna, mutta todellisen laskun maksavat kotihoidon ikääntyneet asiakkaat hyvinvointinsa puutteina.

Lähteet

Ahonen, K 2006. Eläkeläisten toimeentulo kansainvälisessä vertailussa. Teoksessa Uusitalo, H. (toim.) Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo. Kehitys vuosina 1990-2005. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2. Helsinki.

Ahonen, K. 2011. Eläkeläisten toimeentulo eurooppalaisessa vertailussa. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo 2000-2010. Eläketurvakeskuksen raportteja 4/2011. Helsinki.

Alastalo, H., Noro, A., Mäkelä, M., Finne-Soveri, H. 2014. Kunnissa valmiudet toteuttaa vanhuspalvelulakia lisääntyneet -Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos THL.

Antikainen-Juntunen, E. 2014. Psykososiaalinen työ osana gerontologista sosiaalityötä. Gerontologia 2/2014.

Anttonen, A & Sipilä, J. 2000. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. Hoitotiede 2012, 24(1), 14-26.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman J. (toim.) 2009. Lupaava Kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylän: PS-Kustannus.

Eskola, J 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkuna tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Hakala, J. 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Heinola, R. & Luoma, M.-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hyvinvointipalvelut 2015. http://www.kaarina.fi/kaarina-info/hallinto_organisaatio/organisaatio/hyvinvointipalvelut/fi_FI/hyvinvointipalvelut/. Viitattu 25.8.2015.
- Hyvinvointitoimiala 2015. http://www.turku.fi/organisaatio/toimialat/hyvinvointi_toimiala. Viitattu 26.8.2015.
- Ikonen, E.-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005 (2007). SVT Sosiaaliturva 2007. Helsinki: Stakes
- Jylhä, M. 2014. Vanhuspalvelulain muutoksen ihmettelyä. Gerontologia 4/2014.
- Kaipiainen, S. & Eskelinen, J. 2014. Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
- Karjalainen, P. & Sarvimäki, P. (toim.) 2005. Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 – toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:13. Helsinki.
- Kaskiharju, E. 2004. Vanhus, ikäihminen vai seniorikansalainen? Gerontologia 4/2004.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja Terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kiander, J., Riihelä, M. & Sullström, R. 2004. Ikääntyneiden kulutuskäyttäytyminen: Miten tulevaisuuden eläkeläiset kuluttavat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja.
- Kinni, R.-L. 2014. Gerontologinen sosiaalityö ja ihmisten työstäminen. Kategorisointia sairaalan moniammatillisessa työssä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Koistinen, P. 2014. Työ, työvoima & politiikka. Tampere: Vastapaino.
- Koskinen, S. 1993. Sosiaalityö vanhusten parissa. Review-tutkimus gerontologisen sosiaalityön muotoutumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 17.
- Koskinen, S. 1994. Gerontologinen sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Koskinen, S. 1997. Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Antena Kustannus Oy.

Koskinen, S. 2003. Suomalaisen yhteisösosiaalityön kehitys ja nykysuuntaukset. Teoksessa: Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.): Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=c327b72d-5e57-4c3b-92c2-7d9aa9d031c0>. Viitattu 14.9.2015.

Koskinen, S. 2007. Ikäihmisten asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: OKKA-säätiö.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Vanhustyön keskusliitto ry.

Koskinen, S., Hakapää, L., Maranen, P. & Piekkari, J. (toim.) 2007. Kolmosikälaisten elämää pohjoisissa kaupungeissa. KaupunkiElvi-hankkeen tutkimustuloksia. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Koskinen, S. & Seppänen, M. 2013. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Kroffors, Y. 2012. Näkemyksiä ja kokemuksia gerontologisesta sosiaalityöstä sairaalassa. Teoksessa Strömberg-Jakka, M. & Karttunen, T. (toim.) Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Kröger, T., Karisto, A., & Seppänen, M. 2007. Sosiaalityö vanhuuden edessä. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Köykkä, H. 2013. Gerontologisen sosiaalityön paikkaa etsimässä. Pro gradu – tutkielma. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto.

Laesvuori, A. 2006. Eläkeläisten brutto- ja nettotulot. Teoksessa Uusitalo, H. (toim.) Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo. Kehitys vuosina 1990-2005. Eläketurvakeskuksen raportteja 2006:2. Helsinki.

Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkuna tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012/980. <http://www.finlex.fi>.

Leinonen, A. 2006. Vanhusneuvoston funktioita jäljittämässä. Tutkimus maaseutumaisien kuntien vanhusneuvostoista. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Luoma, M.-L. & Kattainen, E. Kotihoidon asiakkaat. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.
- Mutka, U. 1998. Sosiaalityön neljäs käänne. Asiantuntijuuden mahdollisuudet vahvan hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Noro, A. & Alastalo, H. (toim.) 2014. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, raportti 13/2014.
- Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.
- Perttula, J. 2008. Kokemus ja kokemuksen tutkimus. Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T. (toim.) Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia.
- Perusturvakuntayhtymä Akseli 2015. <http://www.soteakseli.fi/perustietoa-akselistasta>. Viitattu 25.8.2015.
- Ruotsalainen K. 2013. Väestö vanhenee, heikkeneekö huoltosuhte? Tilastokeskus. http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html Viitattu 12.2.2016
- Sainio, S., Koskinen S., Sihvonen A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2014. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityslinjoja. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, raportti 13/2014.
- Salonen, K. 2002. Vanhussosiaalityö ammattina. Tutkimus vanhussosiaalityöntekijöiden ammattitaidosta, työkokonaisuuksista, tiedoista, taidoista, ammatillisista kvalifikaatioista, kompetenssista sekä toiminnallisista ympäristöistä. Turku: Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 2.
- Salonen, K. 2007a. Ammattitaito ja kompetenssi gerontologisessa sosiaalityössä. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Salonen, K. 2007b. Haastava sosiaalinen vanhustyössä – avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten sosiaalisesta olomuotoisuudesta. Turku: Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26.
- Satka, M. 1997. Sosiaalityö ajassa – ydinkysymysten äärellä. Teoksessa Viialainen, R. & Maaniittu, M. (toim.) ”Tehdä itsensä tarpeettomaksi?” Sosiaalityö 1990-luvulla. Helsinki: Stakes Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 213.
- Seppänen, M. 2006. Gerontologinen sosiaalityö. Katsaus lähtökohtiin, nykytilaan ja tulevaisuuteen. Helsinki: Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus SOCCA.
- Seppänen, M 2013a. Gerontologinen sosiaalityö. Alustus 28.1.2013 PaKaste-hankkeen tilaisuudessa, järjestäjänä Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Seppänen, M 2013b. Muuttuva toimintaympäristö ja gerontologinen sosiaalityö. Gerontologisen sosiaalialan työn ajan ilmiöitä ja uusia tuulia. Osa II. Helsingissä 28.11.2013 pidetty luento. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen koulutusaineistoja.

Simoila, R. & Lyytinen, A-L. 2009. Esipuhe. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman J. (toim.). Lupaava Kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Sosiaalihuoltolaki 2014/1301. www.finlex.fi

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2015. http://www.raisio.fi/maatoksenteke-ja-hallinto/kaupunkiorganisaatio/sosiaali-ja-terveystieteiden_tutkimuskeskus/fi_FI/sosiaali-ja-terveystieteiden_tutkimuskeskus/. Viitattu 26.8.2015.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Palvelut ja etuudet iäkkäille. <http://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut>. Viitattu 14.9.2015.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki.

SOSNET 2003. Valtakunnallisen sosiaalityön yliopistoverkoston sosiaalityön määrittely. <http://www.sosnet.fi/Suomeksi/Koulutus/Peruskoulutus/Sosiaalityon-maarittely> (Viitattu 20.11.2015)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2012. http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. Viitattu: 12.3.2015. Helsinki: Tilastokeskus

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2015. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2060 (vuodet 2020–2060: ennuste). http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tau_001_fi.html. Viitattu: 16.11.2015. Helsinki: Tilastokeskus

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne 2014. http://www.stat.fi/til/vaerak/2014/vaerak_2014_2015-03-27_tie_001_fi.html. Viitattu 16.11.2015. Helsinki: Tilastokeskus.

Tenkanen, R. 2007. Sosiaalityö ja kotona asuvien vanhusten ongelmat. Teoksessa Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.

THL Tilastokatsaus 5/2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2014. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>. Viitattu 17.11.2015.

Tilastokeskus 2008. Toimialaluokitus. <http://www.stat.fi/meta/luokitukset/toimiala/001-2008/88109.html>. Viitattu 19.2.2015.

Toikko, T. 2005. Sosiaalityön ideat. Johdatus sosiaalityön historiaan. Tampere: Vastapaino.

Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2012. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja.

Vakka-Suomen Sanomat 24.5.2016. Mielipidekirjoitus: Mynämäen vanhusneuvosto valittaa uudelleen Akselin päätöksestä sulkea Mynämäen terveyskeskuksen vuodeosasto.

Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 214/2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.

Varto, J. 2005. Laadullisen tutkimuksen metodologia. https://wiki.aalto.fi/download/attachments/70791584/varto_laadullisen_tutkimuksen_metodologia.pdf?version=1&modificationDate=1349944103000&api=v2. Viitattu 19.1.2016.

YLE Uutiset 2016. Vanhat vaikeavammaiset säästöleikkuriin – hallitus karsimassa yli 75-vuotiaiden tukia. http://yle.fi/uutiset/vanhat_vaikeavammaiset_saastoleikkuriin_hallitus_karsimassa_yli_75-vuotiaiden_tukia/8722067. Viitattu 15.5.2016.

Ylinen, S. 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155.