

# Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa

## SINI ELORANTA

TtT, tutkija  
Turun kaupunki  
Sosiaali- ja terveystieteiden  
virasto

## SEIJA ARVE

TtT, dosentti, palvelujohtaja, apulaisopettaja  
Turun kaupunki  
Sosiaali- ja terveystieteiden  
virasto  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## MATTI VIITANEN

LKT, professori  
Turun kaupungin sisätautisairaala  
Turun yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta

## HANNU ISOAHO

VTM, tilastotieteilijä  
Statcon Ltd

## PIRKKO ROUTASALO

THT, dosentti  
Helsingin yliopisto  
Lääketieteellinen tiedekunta

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia sekä psykososiaalista tukea asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös arvioida psykososiaaliseen tukeen yhteydessä olevia tekijöitä. Aineistot kerättiin vuonna 2007 yhden kunnan iäkkäiltä kotihoidon asiakkailta (n = 120, vastausosuus 60 %) ja työntekijöiltä (n = 370, vastausosuus 65 %) postikyselyllä. Aineiston analysoinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä. Asiakkaista 62 % koki masentuneisuutta ja 54 % kärsi yksinäisyydestä vähintään joskus. Asiakkaat olivat yleisesti tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen, kun taas työntekijät kokivat onnistuneensa tuen toteuttamisessa. Asiakkaista 48 % arvioi, etteivät työntekijät riittävästi kannusta tekemään itse niitä päivittäisiä toimintoja, joista asiakkaat vielä selviytyvät. Sen sijaan, työntekijöistä reilu kolme neljäsosaa koki, että he kannustavat asiakkaita riittävästi tekemään itse ne päivittäiset toiminnot, joista he vielä selviytyvät. Tutkimus tuo esille

## ABSTRACT

### Older home care clients' psychological well-being and psychosocial care

*Sini Eloranta, PhD  
Seija Arve, PhD, Adjunct Professor  
Matti Viitanen, MD, Professor  
Hannu Isoaho, MSc  
Pirkko Routasalo, PhD, Adjunct Professor*

The aim of this study was to evaluate older home care clients' self-rated psychological well-being as well as clients' and professionals' perceptions of the quality of psychosocial care and the factors connected to it. A postal questionnaire was distributed to 200 older home care clients (n = 120, response rate 60 %) and 570 home care professionals (n = 370, response rate 65 %) in 2007. Statistical methods are used to analyse the data. Of the clients, 62 % reported feeling depressed and 54% reported suffering from loneliness. The clients were critical of the psychosocial care they received from the professionals, whereas the professionals believed that they had succeeded in delivering the required support. The clients (48 % disagree) were more critical than the professionals (21 % disagree) about the professional group's intervention to motivate them when they were

uutta tietoa kotihoidon asiakkaiden psyykkisestä hyvinvoinnista sekä psykososiaalisen tuen haasteista.

Avainsanat: ikäihmiset, kotihoito, hyvinvointi, tukeminen

able to perform independent actions. The study adds to knowledge about older clients' self-rated psychological well-being and the challenges of providing psychosocial care for older clients.

Keywords: aged, home care, well-being, supporting

### **Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?**

- Psyykinen hyvinvointi vaikuttaa onnistuneeseen vanhenemisprosessiin.
- Heikentynyt psyykinen hyvinvointi uhkaa ikäihmisten kotona asumista sekä johtaa ennenaikaiseen laitoshoitoon.
- Kotihoidon työntekijöiden tarjoamalla psykososiaalisella tuella voidaan parantaa ikäihmisen psyykkistä hyvinvointia.

### **Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?**

- Kotihoidon asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä elämäänsä, vaikka masennuksen kokeminen ja yksinäisyydestä kärsiminen olivat yleisiä.
- Kotihoidon asiakkaat olivat yleisesti tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen, kun taas työntekijät kokivat onnistuneensa tuen toteuttamisessa.

### **Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?**

- Tutkimus tuo esille ikäihmisten kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista ja heidän kriittiset näkemykset psykososiaalisen tuen toteutumisesta kotihoidossa.
- Heikoimmin toteutuneisiin hoidon osa-alueisiin on tärkeää jatkossa paneutua hoitotyön koulutuksessa, johtamisessa sekä käytännön hoitotyön kehittämisessä.

## **Tutkimuksen lähtökohdat**

Psyykinen hyvinvointi on tärkeä osa ikäihmisten kokemaa elämänlaatua, ja se vaikuttaa oleellisesti onnistuneeseen vanhenemisprosessiin (Felce & Perry 1995, WHO 2002, Hellström ym. 2003). Ikäihmisillä erityisesti yksinäisyyden ja masentuneisuuden kokeminen on psyykkistä hyvinvointia uhkaava tekijä (Routasalo ym. 2006, Savikko 2008). Väestötutkimusten mukaan 5–10 % ikäihmisistä kärsii jatkuvasti ja 25–30 % kärsii toisinaan yksinäisyydestä (Savikko 2008, Tilvis ym. 2010). Masentuneisuuden kokemisen suhteen tulokset ovat samansuuntaisia (Savikko 2008). Heikentynyt psyykinen hyvinvointi uhkaa kotona asumista ja johtaa ikäihmisillä lisääntyneeseen terveyspalveluiden käyttöön ja ennenaikaisesti laitoshoitoon (Tilvis ym. 2000, Harris 2007).

Kotona asumisen tueksi osa ikäihmisistä tarvitsee monipuolisia palveluja, joista kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat keskeisimpiä (Tepponen 2009). Kotipalvelu on sosiaalityön alaista toimintaa, jonka tehtävänä on ensisijaisesti tukea arjesta selviytymistä. Kotisairaanhoido on terveydenhuollon alaista toimintaa, joka perustuu lääkärin valvontaan. Kunnat voivat järjestää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon joko hallinnollisesti ja toiminnallisesti yhdessä tai erikseen. (Sosiaalihuoltolaki 1982, Kansanterveyslaki 1972.) Monissa suomalaisissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty yhteiseksi kotihoidoksi (Tepponen 2009).

Vuonna 2010 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 75 vuotta täyttäneistä 11,9 prosenttia (51 820) (Kotihoidon laskenta 2010). Palveluja käyttävät eniten iäkkäät yksinasuvat naiset, joilla on heikentynyt fyysinen toimintakyky (58 %) ja monia pitkäaikaisia

somaattisia sairauksia (19 %). Hoitoa kohdennetaan eniten päivittäisissä toiminnoissa avustamiseen (Niemelä & Simoila 2007, Vaarama & Tiit 2007), mutta psykososiaaliset tarpeet, kuten turvattomuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys, ovat lisänneet avun tarvetta (Cattan ym. 2005, Collins & Benedict 2006, Markle-Reid ym. 2006, Nicolai-des-Bouman ym. 2007).

Hyvä psykososiaalinen tuki parantaa ikäihmisen psyykkistä toimintakykyä (Mendes de Leon ym. 2003), elämänlaatua (Glass ym. 1999) ja terveyttä (Veenstra 2000, Pitkälä ym. 2005) sekä vähentää terveystalouden käyttöä ja laitoshoidon tarvetta (Pynnönen ym. 2007). Psykososiaalinen tuki on ikäihmisten omien voimavarojen vahvistamista sekä kotihoidon työmuotojen kehittämistä sellaisiksi, että ihmisen hyvinvointi, arkipäivän selviytyminen ja arvokkaan vanhenemisen kokeminen paranevat (Saarenheimo & Arinen 2009).

Huolimatta siitä, että kotihoito on modernin vanhusten hoidon kulmakivi, on varsin vähän tutkimusta psykososiaalisen tuen toteutumisesta kotihoidossa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että ikäihmisten ja heitä hoitavien työntekijöiden näkemykset asiakkaan hoidon tarpeesta ja toteutuneesta hoidosta osittain eroavat (Hallström & Elander 2001, Vaarama ym. 2006, Hammar 2008). Harmerin ja Orrellin (2008) tutkimuksessa ikäihmiset itse korostivat psykososiaalisen tuen toteutumista, työntekijät ja omaiset vastaavasti fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Yhteisen näkemyksen puuttuminen hoidon tarpeesta vaikeuttaa kotihoidon järjestämistä tarkoituksenmukaisesti (Reed ym. 2002, Vaarama 2006).

## Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia sekä psykososiaalista tukea asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös arvioida psykososiaaliseen tukeen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli saada uutta tietoa ja

tunnistaa kehittämistä vaativat iäkkäiden asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin ja psykososiaalisen tuen alueet kotihoidossa. Tutkimuksessa vastattiin seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millainen on iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden psyykkinen hyvinvointi heidän itsensä kokemana?
- 2) Miten psykososiaalinen tuki toteutuu iäkkäiden asiakkaiden näkökulmasta kotihoidossa?
- 3) Miten iäkkäiden asiakkaiden taustatekijät ja psyykkinen hyvinvointi ovat yhteydessä toteutuneeseen psykososiaaliseen tukeen?
- 4) Miten psykososiaalinen tuki toteutuu työntekijöiden näkökulmasta kotihoidossa?
- 5) Mitkä työntekijöiden taustatekijät ovat yhteydessä toteutuneeseen psykososiaaliseen tukeen?

## Aineisto ja menetelmät

### *Asiakasaineisto ja kyselylomake*

Aineisto kerättiin postikyselyllä iäkkäiltä kotihoidon asiakkailta (N = 200) vuonna 2007 yhdessä länsisuomalaisessa kunnassa. Kunnan 65 vuotta täyttäneistä, säännöllistä kotihoitoa saavista henkilöistä poimittiin satunnaisotannalla joka kymmenes. Kyselylomakkeita postitettiin 200 kappaletta. Vastausaikaa oli kuusi viikkoa. Kaikkiin asiakasasiin otettiin yhteyttä neljän viikon kohdalla lähettämällä kysely uudestaan. Vastausprosentti oli 60 % (n = 120) muistutuksen jälkeen.

Taustamuuttujina asiakkailta kysyttiin sukupuoli, ikää, koulutusta, siviilisäätystä ja asumismuotoa. Tutkimuksessa psyykkinen hyvinvointi ymmärretään ihmisen subjektiivisena kokemuksena, jollaisena sitä on tutkittu aikaisemmissa elämänlaatu tutkimuksissa (esimerkiksi Pitkälä ym. 2001, Savikko 2008). Sitä arviointiin kysymyksillä elämään tyytyväisyydestä (kyllä/ei), tarpeellisuuden tunteesta (kyllä/ei), tulevaisuuden suunnitelmista (kyllä/ei) ja elämänhalusta (kyllä/ei). Lisäksi kysyttiin masentuneisuutta (har-

voin tai ei koskaan/toisinaan/usein tai aina) ja yksinäisyyttä (harvoin tai ei koskaan/toisinaan/usein tai aina).

Tutkimuksessa psykososiaalista tukea koskevat kysymykset laadittiin aikaisempien kotihoitoon liittyvien haastattelututkimusten tulosten (Eloranta ym. 2008a, b, 2010) ja aikaisemmissa kyselytutkimuksissa (Pitkälä ym. 2001, Muurinen & Raatikainen 2005, Routasalo ym. 2006) käytettyjen kysymysten pohjalta. Kysymykset muodostuivat 20 väittämästä, joiden vastausvaihtoehdot noudattivat viisiportaista Likert-asteikkoa: huonosti (1) – hyvin (5). Ennen prosenttilukujen laskemista luokat 'hyvin ja melko hyvin' (5 ja 4) yhdistettiin luokkaan 'hyvin', ja 'ei hyvin eikä huonosti', 'melko huonosti' ja 'huonosti' (3, 2 ja 1) yhdistettiin luokaksi 'huonosti'. Luokat yhdistettiin, koska osaan luokista tuli vain vähän vastauksia ja vastaukset painottuivat asteikon ääripäihin. Luokka 'ei hyvin eikä huonosti' yhdistettiin luokkaan 'huonosti', koska haluttiin nimenomaan selvittää luokan hyvin ja melko hyvin prosenttiosuuksia eri muutujien osalta.

### *Työntekijäaineisto ja kyselylomake*

Samanaikaisesti kotihoidon työntekijöillä (N = 570) toteutettiin samanaikaisesti postikysely. Tutkimus toteutettiin kunnassa, jossa kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat hallinnollisesti erillisinä, mutta toiminnallisesti yhdistettynä kotihoitona. Työntekijöistä valittiin kokonaisotannalla kaikki työntekijät (N = 570), joista 485 oli kotipalvelun työntekijöitä, 81 kotisairaanhoidon työntekijöitä ja neljä lääkäriä. Vastausaika oli kuusi viikkoa. Heihin otettiin yhteyttä neljän viikon kuluttua ensimmäisen lomakkeen lähettämisestä sähköpostitse ja tämän muistutuksen jälkeen vastausprosentti oli 65 % (n = 370). Kyselyyn vastasi 308 kotipalvelun työntekijää, 60 kotisairaanhoidajaa ja kaksi lääkäriä.

Taustamuuttujina työntekijöiltä kysyttiin sukupuolta, ikää, toimipaikkaa, koulutusta ja työkokemusta vanhusten hoidossa. Ennen aineiston analyysiä koulutus yhdistettiin viiteen luokkaan (1 = kodinhoitaja, 2 = lähihoi-

taja 3 = sairaanhoitaja, 4 = muu ja 5 = ei ammatillista koulutusta). Työntekijöiltä selvitettiin psykososiaalisen tuen toteuttamista ja sitä koskevat kysymykset olivat samansäلتöiset kuin asiakkaille lähetetyssä lomakkeessa. Työntekijöitä ohjeistettiin arvioimaan yleisesti kaikille iäkkäille kotihoidon asiakkaille toteuttamaansa psykososiaalista tukea. Kysymykset muodostuivat 20 väittämästä, joiden vastausvaihtoehdot noudattivat viisiportaista Likert-asteikkoa: huonosti (1) – hyvin (5). Ennen prosenttilukujen laskemista luokat yhdistettiin samalla tavalla kuin asiakasaineistossa.

### *Aineiston analyysi*

Molemmista aineistoista tarkasteltiin aluksi prosentti- ja frekvenssijakaumia. Molempien aineistoiden psykososiaalista tukea koskevat muuttujat (20 väittämää) tutkittiin erikseen eksploraatiivisella faktorianalyysillä Varimax-rotatiota käyttäen. Samoille faktoreille latautui 16 väittämää, joista muodostettiin psykososiaalista tukea kuvaavat kolme summamuuttujaa: sosiaalinen toiminta (6 osiota), turvallisuus (5 osiota) ja tunteet (5 osiota). Faktorirakenteen näkökulmasta asiakkaat ja työntekijät hahmottivat psykososiaalisen tuen toteutumisen hyvin samankaltaisesti, sillä faktorianalyysissä kahdestakymmenestä väittämästä 16 latautui samoille faktoreille. Erityisen onnistunut oli sosiaalista toimintaa kuvaava faktori, sillä sekä asiakkaiden että työntekijöiden kohdalla tämän ulottuvuuden kaikki kuusi väittämää latautuivat ainoastaan tälle faktorille. (Taulukko 1.) Korrelaatioiden ja regressioanalyysin avulla tarkasteltiin muuttujien ennustearvoa. Regressioanalyysin tuloksia täydennettiin varianssianalyysin avulla. Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA, monivertailut Tukeyn testillä). Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin 5 %:n tasoa. (Burns & Grove 2005.) Aineisto analysoitiin SPSS® 16.0 – tilasto-ohjelmalla (SPSS In., Chicago, IL, USA).

Taulukko 1. Faktorianalyysi psykososiaalisen tuen toteutumisesta.

|  | Faktorilataukset ja Cronbachin alfat |            |            |             |            |            |
|--|--------------------------------------|------------|------------|-------------|------------|------------|
|  | Asiakkaat                            |            |            | Työntekijät |            |            |
|  | Faktori 1.                           | Faktori 2. | Faktori 3. | Faktori 1.  | Faktori 2. | Faktori 3. |
| <b>Sosiaalinen toiminta</b>  | alfa =.951                           |            |            | alfa =.877  |            |            |
| Virkistystilaisuuksien järjestäminen   | .921                                 |            |            | .491        |            |            |
| Vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen   | .807                                 |            |            | .405        |            |            |
| Ikäisten seuraan kannustaminen   | .782                                 |            |            | .809        |            |            |
| Kodin ulkopuoliseen toimintaan kannustaminen   | .760                                 |            |            | .734        |            |            |
| Muiden ihmisten kanssa yhteydenpitoon kannustaminen  | .736                                 |            |            | .731        |            |            |
| Harrastustoimintaan ohjaaminen   | .682                                 |            |            | .603        |            |            |
| <b>Turvallisuus</b>  | alfa =.885                           |            |            | alfa =.812  |            |            |
| Turvallisuudesta huolehtiminen   | .801                                 |            |            | .484        |            |            |
| Mieliala   | .745                                 |            |            | .495        |            |            |
| Kuljetuspalvelut   | .727                                 |            |            | .547        |            |            |
| Sosiaalietuudet  | .674                                 |            |            | .634        |            |            |
| Muistitoiminnot  | .623                                 |            |            | .614        |            |            |
| <b>Tunteet</b>   |                                      | alfa =.879 |            |             | alfa =.832 |            |
| Yksinäisyyden tunne  |                                      | .825       |            |             | .791       |            |
| Huomion kiinnittäminen enemmän ikäihmisen vahvuuksiin  |                                      | .770       |            |             | .541       |            |
| Hengelliset tarpeet  |                                      | .755       |            |             | .511       |            |
| Väsymyksen tunne   |                                      | .592       |            |             | .558       |            |
| Vanhojen aikojen muisteleminen   |                                      | .546       |            |             | .588       |            |
| <b>Muuttajat, jotka latautuivat eri faktoreille asiakkailta ja työntekijöillä</b>                |                                      |            |            |             |            |            |
| Kannustamisesta itse tekemään ne toiminnot, joista ikäihminen vielä selviytyy                    |                                      | .744       |            |             |            | .402       |
| Mahdollisuudesta keskustella työntekijöiden kanssa   |                                      | .540       |            |             |            | .497       |
| Myönteisestä palautteesta, kun ikäihminen onnistuu itse suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista |                                      | .508       |            |             |            | .433       |
| Läheisten hoitoon osallistumisen tukemisesta   |                                      |            | .585       |             | .475       |            |
| <b>Ominaisarvot</b>  | 5.24                                 | 4.82       | 4.63       | 3.59        | 3.09       | 3.57       |
| <b>Kumulatiiviset selitysasteet</b>  | 26.2 %                               | 50.3 %     | 73.4 %     | 17.9 %      | 33.4 %     | 51.3 %     |

### Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuseettiset ohjeet (www.etene.org) otettiin huomioon tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Kunnan sosiaali- ja terveystoimi myönsi tutkimusluvan. Kyselyiden mukana jaetuissa saatekirjeissä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkittavien oikeuksis-

ta, kuten osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimusaineiston käsittelemisestä luottamuksellisesti. Vapaaehtoiset asiakkaat ja työntekijät vastasivat nimettöminä lomakkeiden kysymyksiin ja palauttivat ne suoraan tutkijalle (SE). Vastaajia ei ole tunnistettavissa aineistosta.

## Tulokset

### Asiakkaiden ja työntekijöiden kuvaus

Asiakkaiden keski-ikä oli 84 vuotta (vaihtelu 67–96 vuotta). Enemmistö (83 %) heistä oli naisia ja yksin asui 91 %. Työntekijöiden keski-ikä oli 45 vuotta (vaihtelu 17–64 vuotta). Lähes kaikki (98 %) heistä oli naisia. Työntekijöistä 82 % (n = 303) työskente-

Taulukko 2. Asiakkaiden ja työntekijöiden taustatiedot.

|  | Asiakkaat<br>n = 120 (%) | Työntekijät<br>n = 370 (%) |
|--|--------------------------|----------------------------|
| <b>Sukupuoli</b>                               |                          |                            |
| Nainen   | 99 (83)                  |                            |
| <b>Ikä (vuosina)</b>                           |                          |                            |
| ≤ 85   | 66 (55)                  |                            |
| ≥ 86   | 53 (45)                  |                            |
| <b>Koulutus</b>                                |                          |                            |
| ≤ kansakoulu                                   | 97 (83)                  |                            |
| ≥ keskikoulu                                   | 21 (17)                  |                            |
| <b>Siviilisääty</b>                            |                          |                            |
| Naimaton                                       | 11 (10)                  |                            |
| Naimisissa/avoliitossa                         | 16 (13)                  |                            |
| Leski  | 72 (60)                  |                            |
| Eronnut/asumuserossa                           | 20 (17)                  |                            |
| <b>Asumismuoto</b>                             |                          |                            |
| Yksin  | 108 (91)                 |                            |
| Yhdessä puolison tai jonkun muun kanssa        | 10 (9)                   |                            |
| <b>Sukupuoli</b>                               |                          |                            |
| Nainen   | 363 (98)                 |                            |
| <b>Ikä (vuosina)</b>                           |                          |                            |
| Ka   | 45                       |                            |
| Vaihtelu                                       | 17–64                    |                            |
| <b>Koulutus</b>                                |                          |                            |
| Ei ammatillista koulutusta                     | 14 (4)                   |                            |
| Kodinhoitaja                                   | 98 (27)                  |                            |
| Perushoitaja/lähihoitaja                       | 164 (45)                 |                            |
| Sairaanhoidtaja/terveydenhoitaja               | 35 (9)                   |                            |
| Jokin muu koulutus                             | 57 (15)                  |                            |
| <b>Toimipaikka</b>                             |                          |                            |
| Sosiaalitoimi                                  | 303 (82)                 |                            |
| Terveystoimi                                   | 62 (18)                  |                            |
| <b>Työkokemus vanhustenhuollossa (vuosina)</b> |                          |                            |
| Ka   | 14                       |                            |
| Vaihtelu                                       | 0.5–34                   |                            |

teli sosiaalitoimen kotipalvelussa ja yli puolella (63 %) oli enemmän kuin 11 vuotta työkokemusta vanhustyöstä. (Taulukko 2.)

### Asiakkaiden kokema psyykkinen hyvinvointi

Suurin osa asiakkaista (79 %) oli tyytyväisiä elämäänsä ja heillä oli elämänhalua (75 %). Sen sijaan 75 % heistä arvioi, ettei heillä ole tulevaisuuden suunnitelmia. 62 % heistä koki itsensä myös masentuneeksi ja 54 % kärsi yksinäisyydestä vähintään joskus. (Taulukko 3.)

### Toteutunut psykososiaalinen tuki asiakkaiden näkökulmasta

Asiakkaiden näkökulmasta hoidossa toteutui melko hyvin kuljetuspalveluista huolehtiminen (60 %). Sen sijaan yli puolet (54 %) heistä koki, etteivät työntekijät anna riittävästi myönteistä palautetta silloin, kun he onnistuvat itse suoriutumaan päivittäisiä toiminnoista. 67 % heistä myös arvioi, etteivät työntekijät riittävästi kiinnitä huomiota heidän vahvuuksiinsa eivätkä kannusta riittävästi tekemään itse niitä päivittäisiä toimintoja, joista he vielä selviytyvät (48 % toteutui

Taulukko 3. Asiakkaiden (n = 120) kokema psyykkinen hyvinvointi.

|                                   | n  | (%)  |
|-----------------------------------|----|------|
| <b>Elämään tyytyväisyys</b>       |    |      |
| Kyllä                             | 92 | (79) |
| <b>Tarpeellisuuden tunne</b>      |    |      |
| Kyllä                             | 61 | (53) |
| <b>Elämänhalu</b>                 |    |      |
| Kyllä                             | 85 | (75) |
| <b>Tulevaisuuden suunnitelmat</b> |    |      |
| Kyllä                             | 29 | (25) |
| <b>Kokee masennusta</b>           |    |      |
| Harvoin tai ei koskaan            | 44 | (38) |
| Joskus                            | 67 | (57) |
| Usein tai aina                    | 6  | (5)  |
| <b>Kärsii yksinäisyydestä</b>     |    |      |
| Harvoin tai ei koskaan            | 54 | (46) |
| Joskus                            | 53 | (45) |
| Usein tai aina                    | 11 | (9)  |

*Taulukko 4. Psykososiaalisen tuen toteutuminen asiakkaiden (n = 120) näkökulmasta: toteutuvat hyvin -arvot.*

|   | n  | (%)  |
|---|----|------|
| Kuljetuspalvelut  | 53 | (60) |
| Turvallisuus  | 46 | (56) |
| Kannustaminen tekemään itse ne toiminnot, joista selviytyy                        | 40 | (52) |
| Muistitoiminnot   | 35 | (49) |
| Mahdollisuus keskustella työntekijöiden kanssa                                    | 36 | (49) |
| Kodin ulkopuoliseen toimintaan kannustaminen                                      | 37 | (49) |
| Ikäisten seuraan kannustaminen  | 32 | (47) |
| Mieliala  | 35 | (46) |
| Myönteistä palautetta, kun onnistuu itse suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista | 38 | (46) |
| Muiden ihmisten kanssa yhteydenpitoon kannustaminen                               | 30 | (45) |
| Läheisten hoitoon osallistumisen tukeminen  | 26 | (44) |
| Sosiaaliuudet   | 36 | (42) |
| Vanhoiden aikojen muisteleminen   | 30 | (39) |
| Virkistystilaisuuksien järjestäminen  | 22 | (35) |
| Väsymyksen tunne  | 25 | (34) |
| Huomion kiinnittäminen enemmän vahvuuksiin kuin rajoituksiin                      | 25 | (33) |
| Harrastustoimintaan ohjaaminen  | 20 | (33) |
| Yksinäisyyden tunne   | 17 | (28) |
| Vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen  | 15 | (26) |
| Hengelliset tarpeet   | 7  | (15) |

huonosti). Suurin osa (85 %) koki, että hengellisistä tarpeista huolehtiminen toteutui hoidossa huonosti. (Taulukko 4.)

*Psykososiaalisen tuen toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät asiakkaiden näkökulmasta*

Taustamuuttujatarkastelu osoitti, että ne asiakkaat, jotka elivät avio-/avoliitossa kokivat turvallisuus-ulottuvuuden toteutuneen hoidossa paremmin kuin ne asiakkaat, jotka olivat naimattomia/eronneita/leskiä ( $p = .020$ ). Regressioanalyysitarkastelu osoitti, että psykososiaalisen tuen toteutuminen ei tilastollisesti merkitsevästi selittänyt asiakkaan psyykkisen hyvinvoinnin kokemista ( $p = .058$ ). Yhteys oli kuitenkin suuntaantava. Kun regressioanalyysit tehtiin siten, että kukin summamuuttuja vuorollaan oli yksinään selittäjänä, niin havaittiin, että jokainen niistä oli tilastollisesti merkitsevä selittäjä (Taulukko 5.). Tämän jälkeen tuloksia tarkennettiin vielä varianssianalyysin avulla tutkimalla psyykkisen hyvinvoinnin osatekijöiden merkitystä. Tarkastelu osoitti, että asiakkaat, jotka olivat tyytyväisiä elämänsä, olivat tyytyväisempiä sosiaaliseen toimintaan kuin ne asiakkaat, jotka olivat tyytymättömiä elämänsä ( $p = .038$ ). Lisäksi ne asiakkaat, joilla oli tulevaisuuden suunnitelmia, kokivat turvallisuus- ja tunteenulottuvuuksien toteutuneen hoidossa paremmin kuin ne asiakkaat, joilla ei ollut tulevaisuuden suunnitelmia ( $p = .037$ ).

*Toteutunut psykososiaalinen tuki työntekijöiden näkökulmasta*

Työntekijöistä lähes kaikki (90 %) kokivat, että he antavat myönteistä palautetta

*Taulukko 5. Asiakkaiden psyykkisen hyvinvoinnin yhteys psykososiaalisen tuen toteutumiseen.*

|  | Korrelaatio r | Selitysosuus r <sup>2</sup> | p-arvo |
|--|---------------|-----------------------------|--------|
| Toteutunut psykososiaalinen tuki             | .315          | .099                        | .058   |
| Toteutuneen psykososiaalisen tuen osa-alueet |               |                             |        |
| Sosiaalinen toiminta                         | .246          | .060                        | .024   |
| Turvallisuus                                 | .215          | .046                        | .027   |
| Tunteet                                      | .274          | .075                        | .010   |

silloin, kun kotihoidon asiakkaat onnistuvat suoriutumaan itse päivittäisistä toiminnoista. Reilu kolme neljäsosaa (79 %) heistä koki, että he kannustavat asiakkaita tekemään itse ne päivittäiset toiminnot, joista he vielä selviytyvät. Kolme neljäsosaa (75 %) arvioi, että he kiinnostavat enemmän huomiota asiakkaiden vahvuuksiin kuin rajoituksiin. Sen sijaan työntekijät olivat tyytymättömiä asiakkaiden hengellisistä tarpeista huolehtimiseen (28 % toteutui hyvin). (Taulukko 6.)

### *Psykososiaalisen tuen toteutumiseen yhteydessä olevat tekijät työntekijöiden näkökulmasta*

Taustamuuttujatarkastelu osoitti, että sosiaalitoimessa työskentelevät arvioivat ottavansa huomioon tukeminen – ( $p = .037$ ) ja tunteet-ulottuvuuden ( $p = .014$ ) paremmin kuin terveystoimessa työskentelevät. Lisäksi ne työntekijät, joilla ei ollut ammatillista koulutusta arvioivat ottavansa huomioon tunteet-ulottuvuuden ( $p = .028$ ) paremmin hoidossa kuin ne työntekijät, joilla oli ammatillinen koulutus.

## **Pohdinta**

### *Tulosten tarkastelu*

Asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä elämänsä, vaikka masennuksen kokeminen ja yksinäisyydestä kärsiminen olivat yleisiä. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (Savikko 2008, Tilvis ym. 2011). Nämä tunteet ovat keskeisiä ikäihmisen psyykkistä hyvinvointia uhkaavia tekijöitä ja saattavat johtaa ennenaikaiseen laitoshoittoon (Tilvis ym. 2000, Harris 2007, Savikko 2008). Kotihoidon työntekijät ovat ensisijaisessa asemassa tunnistamaan ikäihmisten hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, sillä he näkevät säännöllisten kotikäyntien yhteydessä ikäihmisen kokonais tilanteen sekä siinä tapahtuvat muutokset. Kotihoitoa on jatkossa kehitettävä siten, että työntekijöillä on käytössään asiakkaan hyvinvoinnin kannalta tarkoituksenmukaisia

*Taulukko 6. Psykososiaalisen tuen toteutuminen työntekijöiden (n = 370) näkökulmasta: toteutuvat hyvin arviot.*

|   | n   | (%)  |
|---|-----|------|
| Kuljetuspalvelut  | 307 | (84) |
| Turvallisuus  | 328 | (89) |
| Kannustaminen tekemään itse ne toiminnot, joista selviytyy                        | 289 | (79) |
| Muistitoiminnot   | 257 | (70) |
| Mahdollisuus keskustella työntekijöiden kanssa                                    | 251 | (70) |
| Kodin ulkopuoliseen toimintaan kannustaminen                                      | 303 | (83) |
| Ikäisten seuraan kannustaminen  | 285 | (78) |
| Mieliala  | 257 | (70) |
| Myönteistä palautetta, kun onnistuu itse suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista | 328 | (90) |
| Muiden ihmisten kanssa yhteydenpitoon kannustaminen                               | 271 | (74) |
| Läheisten hoitoon osallistumisen tukeminen  | 212 | (58) |
| Sosiaalietuudet   | 267 | (73) |
| Vanhoiden aikojen muistelemine  | 262 | (72) |
| Virkistystilaisuuksien järjestäminen  | 195 | (54) |
| Väsymyksen tunne  | 229 | (64) |
| Huomion kiinnittäminen enemmän vahvuuksiin kuin rajoituksiin                      | 273 | (75) |
| Harrastustoimintaan ohjaaminen  | 213 | (59) |
| Yksinäisyyden tunne   | 201 | (55) |
| Vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen  | 200 | (55) |
| Hengelliset tarpeet   | 98  | (28) |

arviointimenetelmiä, jotka ottavat huomioon myös asiakkaan omat arviot hyvinvoinnistaan. Validien mittareiden avulla saadaan objektiivista ja vertailukelpoista tietoa asiakkaiden kokonaistilanteesta. Laadukas hoito edellyttää myös työntekijöiltä herkkyyttä rohkaista asiakkaita puhumaan tunteistaan, sillä viime kädessä vain asiakas voi itse arvioida kärsiikö hän psyykkistä hyvinvointia kuormittavista tekijöistä vai ei.

Näyttää siltä, että asiakkaat olivat yleisesti tyytymättömiä psykososiaalisen tuen to-

teutumiseen, kun taas työntekijät kokivat yleisesti onnistuneensa tuen toteutuksessa. Aikaisemmissa kotihoitoon kohdistuneissa vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että ikäihmiset ovat arvioineet hoidon toteutuneen ammattihenkilöitä paremmin (Rissanen ym. 1999, Paljärvi ym. 2003), mutta tämän tutkimuksen tulokset eivät tue tätä käsitystä. Tulos on tärkeä, sillä se osoittaa tarpeen kehittää kotihoitoa niin, että toteutettu tuki vastaa nykyistä paremmin asiakkaiden tarpeita ja odotuksia. Tulos saattaa johtua siitä, että työntekijät toteuttavat ikäihmisten hoitoa sen mukaan, minkä he uskovat ja luulevat olevan asiakkaan kannalta parasta ja mitä he luulevat hänen haluavan (Cahill 1999). Syynä saattaa myös olla se, että kunnallinen kotihoito on tänä päivänä niukkaa ja säännösteltyä, palvelut ovat pirstaleisia ja työntekijät kiireisiä. On havaittu, että eri ammattiryhmät käyvät pikaisesti tekemässä kukin omia tehtäviään asiakkaiden kotona sen sijaan, että tutuksi tullut työntekijä viipyisi asiakkaan luona, kuulisi häntä ja tukisi häntä hänelle tärkeissä toiminnoissa (Tenkanen 2003, Andersson ym. 2004, Eloranta ym. 2008a).

Kotihoidon toimintaympäristö muuttuu, kun asiakkaat ovat entistä tietoisempia ja vaativampia. Asiakkaan rooli on muuttunut passiivisesta hoidon kohteesta aktiiviseksi hoidostaan sopijaksi. Vanhustyössä muutos tarkoittaa sitä, että asiakkaan ja työntekijöiden välisen neuvottelun tuloksena tulee saavuttaa yhteisymmärrys hoidosta ja palvelusta (Päivärinta & Haverinen 2003, Eloranta ym. 2008a). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että hoidon räätälöiminen asiakkaan tarpeita vastaavaksi vaatii asiakkaan omien toiveiden ja tarpeiden nykyistä vahvempaa huomioon ottamista (Routasalo ym. 2009). Tulos antaa aiheita pohtia uusia toimintamuotoja, joilla asiakkaiden psykososiaaliset tarpeet voitaisiin jatkossa nykyistä paremmin tunnistaa ja hoidossa vastata niihin. Tämä saattaa herättää uudentyypisiä tarpeita kotihoitoon, kuten erilaisten toiminnallisten aktiviteettien suunnittelemista ja toteuttamista yhteistyössä asiakkaiden, kulttuuri- ja liikuntatoimen sekä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa.

Yhteistyötä voisi nykyistä tiiviimmin tehdä myös ammatillisten oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen kanssa. Kotihoidossa asiakkaille tulisi tarjota valinnanmahdollisuuksia ja rakentaa sellainen yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma, johon asiakas pystyy vaikuttamaan ja jonka hän pystyy arjessaan toteuttamaan (Nolan ym. 2004, Dowell ym. 2007, Routasalo ym. 2009).

Kotihoidon toimintaympäristön muuttuminen tehtäväkeskeisyydestä asiakaslähtöisyyteen edellyttää työntekijöiltä uudenlaisen ammattitaidon oppimista, omien tietojen päivittämistä, kriittisyyttä ja aloitteellisuutta sekä luovuutta ja mahdollisuutta tehdä asioita uudella tavalla yhteistyössä toisten ammattiryhmien kanssa (Pohjonen 2001, Toljamo & Perälä 2008, Eloranta ym. 2009, Kuusela ym. 2010). Työntekijöiden osaaminen on yhteydessä kotihoidon asiakkaiden saaman palvelun laatuun (Grönroos & Perälä 2006). Kotihoidossa työntekijät ovat sekä sosiaalialan koulutuksen saaneita henkilöitä, kuten kodinhoitajia, että terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita, kuten sairaanhoitajia. Lähihoitajakoulutuksessa yhdistyvät sosiaali- ja terveystieteen osaaminen. Lähihoitajilla on kodinhoitajia laajemmat, mutta sairaanhoitajia suppeammat valmiudet toimia asiakkaan hoidossa. Tässä tutkimuksessa ne työntekijät, joilla ei ollut ammatillista koulutusta arvioivat ottavansa huomioon tunteet-ulottuvuuden, kuten yksinäisyyden ja väsymyksen tunteen, ammatillisen koulutuksen omaavia paremmin. Voimme pohtia, kyetäänkö nykyisellä koulutuksella vastaamaan tulevaisuuden kotihoidossa hoidettavien asiakkaiden tarpeisiin ja työn moninaisiin vaatimuksiin? Tämä päivän tulee turvata myös huomisen, yhä suuremman ja hoidollisesti vaativamman asiakaskunnan palveluiden ja hoidon laatu (Toljamo & Perälä 2008). Osa modernia vanhustyötä on se, että vanhenemiseen liittyvät kysymykset nähdään eri ammattien edustajien yhteisenä työalueena, joten yhteistyötä tulisi nykyistä enemmän arvostaa. Monimuotuaistuvien haasteiden edessä tarvitaan kaikkien osapuolten korkeaa osaamista yhteiseen tavoitteeseen pääsemiseksi, asiakkaan parhaaksi.

### *Tutkimuksen luotettavuus*

Tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että iäkkäiltä huonokuntoisilta asiakailta kysyttiin heidän omaa käsitystään psyykkisestä hyvinvoinnista sekä toteutuneesta psykososiaalisesta tuesta. Asiakaskysely koostui kahdesta osiosta: psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalinen tuki. Psykososiaalisen tuen toteuttamista selvitettiin myös kotihoidon työntekijöiltä samansisällöisellä lomakkeella. Psyykkistä hyvinvointia koskevat kysymykset on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa iäkkäille helpoiksi ymmärtää, ja niillä on sekä sisällön validiteettia että ennustevaliditeettia kuolleisuuden, laitokseen joutumisen ja dementoitumisen suhteen (Tilvis ym. 2000, Pitkälä ym. 2001, Pitkälä ym. 2004). Väittämien on myös todettu osoittavan tutkimuskertojen välistä reliabiliteettia, kun psyykkistä hyvinvointia koskevat arviot ovat toistettu kahden viikon välein (kappa arvot 0.80–1.00) (Pitkälä ym. 2004). Psykososiaalista tukea koskevat kysymykset laadittiin aikaisempien tutkimusten perusteella (Pitkälä ym. 2001, Muurinen & Raatikainen 2005, Routasalo ym. 2006, Eloranta ym. 2008a, b, 2010). Tämän osion rakennevaliditeettia olisi voinut vahvistaa käyttämällä valmista jo validoitua mittaria yhdessä asiakas- ja ammattihenkilörakenteen ja asiakkaiden hoidontarpeen vakioinnin kanssa. Tämä olisi lisännyt tutkimuksen systemaattisuutta sekä tulosten vertailukelpoisuutta. Valitettavasti psykososiaalisen tuen arviointiin soveltuvaa validoitua mittaria ei kirjallisuudesta löytynyt. Aikaisemmissa tutkimuksissa psykososiaalinen tuki on ymmärretty asiakkaiden psyykkisten tarpeiden, kuten mielialan, turvallisuuden ja tunteiden, sekä sosiaalisten tarpeiden, kuten osallistumisen ja toisten kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen, huomioon ottamisena. Tähän aikaisempaan tietoon pohjautuen muodostettiin psykososiaalisen tuen väittämät.

Ennen aineiston keruuta lomakkeet esitettiin 21:llä (N = 50) iäkkäällä asiakkaalla sekä 32:llä (N = 50) työntekijällä. Arvioinnin jälkeen lomakkeiden muotoiluun tehtiin vielä pieniä muutoksia niiden selkeyden

parantamiseksi. Palautuneisiin lomakkeisiin oli vastattu hyvin huolellisesti ja johdonmukaisesti, mistä voidaan päätellä, että lomake oli käyttökelpoinen ja toimiva niin asiakas- kuin työntekijäryhmälläkin. Lomakkeet tuottivat kuvaavaa tietoa vastaajien kokemuksista.

Postikyselyiden vastausprosentit (65 % ja 60 %) olivat melko hyvät, mikä tukee tutkimuksen luotettavuutta. Kolmannes vastaajista jätti kuitenkin vastaamatta, eikä katoanalyysiä tehty. Menetelmä karsii pois kaikkein huonokuntoisimmat ja siten eniten kotihoitoa tarvitsevat asiakkaat. Asiakkaiden arviot olisivat voineet olla erilaisia, jos aineisto olisi kerätty esimerkiksi haastattelulla, jolloin myös postikyselytutkimukseen kykenemättömät vastaajat olisivat voineet arvioida toteutunutta hoitoa. Tutkimuksen heikkoutena voidaan myös pitää sitä, että aineisto kerättiin yhden kunnan kotihoidosta, jolloin tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin kotihoidon tilanteisiin. Validiteettia olisi voinut vahvistaa se, että aineisto olisi kerätty yhden kunnan sijasta myös muiden suomalaisten kuntien kotihoidon asiakailta ja työntekijöiltä. Kunnan kotihoidossa työskenteli neljä lääkärinä, joista vain kaksi palautti kyselylomakkeen. Tämän vuoksi lääkäreiden näkökulma jäi tässä tutkimuksessa ohueksi.

Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkastelevat Cronbachin alfa-arvot olivat asiakasaineistossa välillä 0.87–0.95 ja työntekijäaineistossa välillä 0.81–0.87, joita pidetään hyväksyttävänä (Burns & Grove 2005). Regressioanalyysin tuloksia täydennettiin varianssianalyysillä, koska on huomattava, että yksinäisyyttä kuvaava muuttuja on myös hyvinvointia kuvaavassa summamuuttujassa. On kuitenkin otettava huomioon, että tässä tutkimuksessa kyselylomakkeita käytettiin ensimmäistä kertaa, joten niiden luotettavuutta tulee edelleen testata kriteeri validiteetin parantamiseksi.

### *Jobtopäätökset*

Ikäihmisten omien näkemysten tulee olla nykyistä vahvemmin yhteiskunnan eri palveluorganisaatioiden suunnittelun ja toimin-

nan lähtökohtana. Tutkimus tuo esille ikäihmisten kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista ja kriittiset näkemykset psykososiaalinen tuen toteutumisesta, joihin tulee jatkossa paneutua ja toimintaa kehittää tutkimuksessa ilmenneiden haasteiden perusteella. Tutkimus osoitti tarpeen kehittää kotihoiton työmuotoja siten, että huomiota kiinnitetään entistä enemmän ikäihmisten yksilöllisten psykososiaalisten tarpeiden tunnistamiseen sekä etsitään ikäihmiselle itselleen tärkeitä keinoja niiden vahvistamiseksi.

Jatkotutkimuksissa on tärkeää kehittää gerontologiaa voimavara- ja lähtöisiä työmenetelmiä, jotka tukevat ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia ja vahvistavat psykososiaalista

tukea, sekä arvioida niiden tuloksellisuutta ikäihmisten kotona asumiseen. Jatkotutkimuksissa olisi tärkeää arvioida, miten ikäihmisten kiinnostusten mukaan räätälöidyllä psykososiaalisella tuella pystytään vahvistamaan heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja edistämään heidän kotona selviytymistään.

## VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: SE, SA, PR, aineistonkeruu: SE, aineiston analysointi: SE, HI, käsikirjoituksen kirjoittaminen: SE, SA, PR, HI, MV, käsikirjoituksen kommentointi: SE, SA, PR, HI, MV

## LÄHTEET

- Andersson S, Haverinen R & Malin M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeksisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (5), 481–494.
- Burns N & Grove S. 2005. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization* (5<sup>th</sup> Ed.). W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Cahill J. 1998. Patient participation – a review on literature. *Journal of Clinical Nursing* 7 (2), 119–128.
- Cattan M, White M, Bond J & Learmouth A. 2005. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25 (1), 41–67.
- Collins CC & Benedict J. 2006. Evaluation of a community-based health promotion program for the elderly: lessons from Seniors CAN. *American Journal of Health Promotion* 21 (1), 45–48.
- Cummins RA. 1997. Assessing quality of life. Teoksessa: Brown RI. (toim.) *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Stanley Thornes Ltd, Padstow, 116–150.
- Dowell J, Williams B & Snadden D. 2007. *Patient-Centered Prescribing. Seeking concordance in practice*. Radcliffe Publishing, Oxford, New York.
- Eloranta S, Arve S & Routasalo P. 2008a. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International Journal of Nursing Practice* 14 (4), 308–314.
- Eloranta S, Arve S & Routasalo P. 2008b. Multiprofessional collaboration promoting remaining capacity of older home care clients: Perspectives of older clients. *International Journal of Older People Nursing* 3 (2), 88–95.
- Eloranta S, Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 3, 136–145.
- Eloranta S, Welch A, Arve S & Routasalo P. 2010. A collaborative approach to home care delivery for older clients from the perspective of home help and home health care staff. *Journal of Interprofessional Care* 2 (24), 198–200.
- ETENE. 2001. *The National Advisory Board on Health Care Ethics. Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles*. ETENE-publications 2001.
- Felce D & Perry J. 1997. Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. Teoksessa: Brown RI. (toim.) *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Stanley Thornes Ltd., Padstow, 56–71.
- Felce D & Perry J. 1995. Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* 16 (1), 51–74.
- Glass T, Mendes de Leon C, Marottoli R & Berkman L. 1999. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal* 319 (7208), 478–483.
- Grönroos E & Perälä M-L. 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (5), 484–498.
- Hammar T. 2008. *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisesä – Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus*. Stakes, Tutkimusraportteja 179. Tampereen yliopisto.

- Harmer BJ & Orrell M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging and Mental Health* 12 (5), 548–558.
- Harris Y. 2007. Depression as a Risk Factor for Nursing Home Admission Among Older Individuals. *Journal of American Medical Directors Association* 8 (1), 14–20.
- Hallström I & Elander G. 2001. A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science* 15 (3), 228–234.
- Hellström Y, Persson G & Hallberg IR. 2003. Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 48 (6), 584–593.
- Kansanterveyslaki* 28.1.1972/66.
- Kotihoidon laskenta 30.11.2010. Suomen virallinen tilasto, *Sosiaaliturva 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuusela M, Routasalo P, Hupli M, Johansson K & Eloranta S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. *Hoitotiede* 2 (22), 96–107.
- Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Roberts J, Gafni A & Henderson S. 2006. Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing* 54 (3), 381–395.
- Mendes de Leon C, Glass T & Berkman L. 2003. Social engagement and disability in a community population of older adults. *American Journal of Epidemiology* 157 (7), 633–642.
- Muurinen S & Raatikainen R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 19, 13–22.
- Nicolaides-Bouman A, van Rossum E, Habets H, Kempen GJM & Knipschild P. 2007. Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 58 (5), 425–435.
- Niemelä A & Simoila R. 2007. *Helsingin kaupungin kotihoitokokeilun väliarviointi 1.1.2005–30.6.2007*. Helsingin kaupunki terveyskeskus, Helsinki.
- Nolan MR, Davies S, Brown J & Keady J. 2004. Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing* 13 (3a), 45–53.
- Paljärvi S, Rissanen S & Sinkkonen S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana – Seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. *Gerontologia* 17, 85–97.
- Pitkälä KH, Valvanne J, Kulp S, Strandberg TE & Tilvis RS. 2001. Secular trends in self-reported functioning, need for assistance and attitudes towards life: 10 years differences of three older cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society* 49 (5), 596–600.
- Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N & Tilvis R. 2005. *Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus*. Geriatrian kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 11, Vanhustyön keskusliitto, Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Pohjonen T. 2001. *Työkykyä ylläpitävä toiminta kotipalvelutyössä*. Teoksessa: Ilmarinen J & Louhevaara V. (toim.) Ikääntyvä arvoonsa – ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishanke 1990–1996. Työ ja Ihminen. Tutkimusraportti 17, Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy, 193–204.
- Pynnönen K, Sakari-Rantala R & Lyyra T. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden ihmisten laitoshoidon sijoittumista. *Gerontologia* 21, 27–36.
- Päiväranta E & Haverinen R. 2003. *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville*. Stakes, Oppaita 52. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Reed J, Pearson P, Douglas B, Swinburne S & Wilding H. 2002. Going home from hospital – an appreciative inquiry study. *Health and Social Care in the Community* 10 (1), 36–45.
- Rissanen S, Laitinen-Junkkari P, Hirvonen R & Sinkkonen S. 1999. Vanhusten kotihoidon laatu Kuopiossa 1994 ja 1997 – arviointitutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämisen vaikutuksesta kotihoidon laatuun vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana. *Gerontologia* 13, 71–81.
- Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125 (21), 39–47.
- Routasalo P, Savikko N, Tilvis RS, Strandberg TE & Pitkälä KH. 2006. Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-base study. *Gerontology* 52 (3), 181–187.
- Saarenheimo M & Arinen S. 2009. Ikäihmisen masennuksen psykososiaalinen hoito. *Gerontologia* 4, 209–221.
- Savikko N. 2008. *Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation*. Annales Universitatis Turkuensis Medica-Odontologia D 808. Painosalama, Turku.
- Sosiaalihuoltolaki* 17.9.1982/710.
- Tenkanen R. 2003. *The development of cooperation in home care and its implications for quality of life among elderly clients*. Acta Universitatis Lapponiensis 62. Lapin yliopisto, Rovaniemi.
- Tepponen M. 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kopijyvä, Kuopio.
- Tilvis RS, Laitala V, Routasalo P, Pitkälä K. 2011. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal of Aging Research*, 1–5. (First published online: January, 2011).
- Tilvis RS, Pitkälä K, Jolkkonen J & Strandberg T. 2000. Feeling of loneliness and 10-year cognitive decline in the aged population. *Lancet* 356 (9223), 77–78.
- Toljamo M & Perälä M-L. 2008. *Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palveluiden laadun muutokset PALKO -bankkeen aikana*. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakesin raportteja 7 / 2008.
- Vaarama M. 2006. *Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus*

- Espoossa. Espoon vanbuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Loppuraportti ja suositukset.* Espoon kaupunki ja Stakes: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisu- ja 7.
- Vaarama M & Tiit E-M. 2007. *Quality of Life of Older Homecare Clients. Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical Findings.* Vaarama M, Pieper R & Sixsmith A. (toim.) Springer, New York, 168–195.
- Vaarama M, Luoma M-L, Hertto P, Munkkila S, Muurinen S & Manninen O. 2006. *Helsingin kotiboidon laatu ja kohdenustehokkuus sekä asiakkaiden elämänlaatu. Care-Keys – projektin tutkimuksia.* Helsingin kaupungin sosiaaliviraston tutkimuksia 4, Helsinki.
- Veenstra G. 2000. Social capital, SES and health: an individual level-analysis. *Social Science & Medicine* 50 (5), 619–629.
- WHO (World Health Organisation). 2003. *WHOQOL-BREF.* Teoksessa: Rapley M. (toim.) *Introduction. Administration, scoring and generic version of the assessment. Field Trial Version December 1996. Quality of life research. A critical introduction.* Sage Publications, London.
- WHO (World Health Organisation). 2002. *Active Ageing A Policy Framework.* Ageing and Life Course Team, Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department, World Health Organisation, Geneva.

*Sini Eloranta TtT, tutkija, Turun kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto, PL 670, 20101 Turku, sinelo@utu.fi*

*Seija Arve TtT, dosentti, palvelujohtaja, apulaisopettaja, Turun kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, PL 670, 20101 Turku seija.arve@turku.fi*

*Matti Viitanen professori, LKT, Turun kaupungin sisätautisairaala Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kunnallissairaalan tie 20, 20700 Turku matti.viitanen@utu.fi*

*Hannu Isoaho VTM, tilastotieteilijä, Statcon Ltd, Salo, Paltankatu 10 B, 24260 Salo bisoaho@yahoo.com*

*Pirkko Routasalo THT, dosentti, Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta pirkko.routasalo@gmail.com*