



## Arjen auttajien matkassa – kotihoito ammattilaisten silmin

Suomessa taataan iäkkäälle mahdollisuus asua kodissaan myös sairaana ja toimintakyvyn rajoituksissa kotihoidon palveluiden avulla. Iäkkäiden määrän lisääntyessä kotihoidon asiakkaiden määrä kasvaa edelleen ja ammattilaisia kotihoitoon tarvitaan lisää. Kotihoitotyön imago on heikko ja alaa vaivaa työvoimapula. Aikaisempi tutkimus osoittaa, että kotihoitotyöhön sisältyy fyysistä ja henkistä kuormitusta aikapaineen ja rajallisten resurssien vuoksi. Nämä huomiot nousevat esille usein myös julkisessa keskustelussa. Sen sijaan työn mielekkyyttä lisäävät piirteet, kuten läheinen kontakti asiakkaisiin, työn vaihtelevuus ja autonomia, ovat vähemmän esillä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon ammattilaisten kokemuksia työstään. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä, alan vetovoiman lisäämisessä sekä alan julkisuuskuvan laajentamisessa aiempaa myönteisemmäksi.

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, etäkokousovelluksen avulla kahden maakunnan alueelta vuonna 2020 osana Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon -hanketta. Osallistujina oli yhteensä 30 kotihoidon ammattilaista. Tutkimustehtävänä oli selvittää, miten kotihoidon ammattilaiset kuvaavat työtään. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tulokset osoittavat, että kotihoitotyötä tehdään asiakaslähtöisen työskentelyn kautta vaihtelevassa ja monimuotoisessa työympäristössä. Kotihoitotyön imago on heikko. Työskentely edellyttää joustavaa työn organisointia sekä osaamista muuttuvissa ja yllätyksellisissä tilanteissa. Kotihoidon kehittämiskohteita ovat kuntouttavan ja moniammatillisen työotteen lisääminen, asiakaslähtöisten teknologioiden hyödyntäminen, joustavuuden lisääminen palveluiden toteuttamisessa sekä alalle tulevien perehdyttäminen ja mentorointi. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä sekä yhteiskunnallisesti kotihoidon julkisuuskuvan laajentamisessa. Näillä toiminnoilla on mahdollista lisätä kotihoitotyön veto- ja pitovoimaa.

**ASIASANAT: kotihoito, ammattilaiset, kotihoitopalvelut, hoivatyö**

**KATJA HAUTSALO, SIRPA SALIN JA SARI TEERI**

## YDINASIAAT

- Kotihoidon asiakkaiden määrä on kasvanut viime vuosina ja uusia ammattilaisia tarvitaan alalle.
- Tuloksien mukaan kotihoitotyö edellyttää itsenäistä työtettä, joustavuutta ja moniammatillisuutta.
- Ammatillaiset ovat kiinnostuneita kehittämään työtään, jos siihen on mahdollisuus ja toimivat käytänteet sekä ongelmakohtat on tunnistettu. Tämän tutkimuksen tulokset auttavat tunnistamisessa.
- Perehdytyksen ja mentoroinnin toteuttamisen tarve nousi esille ja niiden merkitystä työn pito-omaisuuteen on syytä tutkia jatkossa.

## JOHDANTO

### KOTIHOITO OSANA IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUITA

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Kotipalvelu on asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin ja muihin arkielämään kuuluvien toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. (1.) Kotisairaanhoidolla tarkoitetaan moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jota kunnan tulee järjestää asukkailleen (2). Kansallisen ikäohjelman vuoteen 2030 (3) mukaan kotihoito on yksi tärkeimmistä iäkkäiden palvelujen kehittämiskohteista. Iäkkäillä on oikeus asua omassa kodissaan myös sairaana ja toimintakykyrajoitteisena, joten palveluja pitää olla saatavana viikon jokaisena päivänä ympäri vuorokauden. Palveluiden tulee olla iäkkäiden toimintakykyä ylläpitäviä, kuntouttavia ja niissä tulee olla varautunut akuuttitilanteisiin. Asiakkaiden palvelutarpeiden huomiointi, työntekijöiden joustava kohdentaminen ja teknologian hyödyntäminen mahdollistavat kotihoitoon kohdistuvien resurssien riittävyyttä ikääntyneiden avun tarpeen kasvaessa. THL:n selvityksen (4) mukaan kotihoidon asiakaskunta on kasvanut. Vuonna 2020 kotihoidon asiakkaita oli 208 180 ja heistä yli 65-vuotiaita oli 183 898. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita oli noin 115 000 ja heistä 77 prosenttia oli paljon palveluita käyttäneitä. Asiakkaista 71 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä ja 39 prosenttia 85 vuotta täyttäneitä.

Kotihoidon keskeisinä vaikuttavuustavoitteina ovat muun muassa palveluiden yhdenvertaisuuden varmistaminen, aiempaa tehokkaampi koordinaatio ja taloudellinen kestävyys (1). Kotihoidon kustannuskokonaisuus riippuu ikääntyneiden tarpeista (5,6). Sitran toteuttamassa Tampereen tutkimuksessa (5) kotihoidon yhden käynnin keskihinta oli 72 euroa asiakasta kohden. Myös Kukoistava kotihoito -hankkeessa (6) päädyttiin samaan 72 euron keskimääräiseen hintaan, tosin tämä laskettiin asiakastyötunnin keskihinnaksi. Asiakastyötunnin hinnan vaihteluväli oli eri kunnissa 60–101 €/tunti.

Teknologian hyödyntämisestä on tullut osa kotona asuvien ikääntyneiden arkea ja kotihoidon toimintaa (7,8). Ikäohjelman yhtenä tavoitteena on lisätä ikääntyneiden hyvinvointia hyödyntämällä digitalisaatiota ja uusia teknologioita (3). Koronaepidemia on osaltaan jouduttanut verkko- ja etäpalveluiden käyttöönottoa (9). Teknologioista turvarannekkeet, valvontalaitteet ja ovivahdit ovat vakiintuneet kotihoidon käyttöön (7), lisäksi toiminnanohjausjärjestelmiä hyödynnetään asiakaskäyntien organisoinnissa (6). Kotona asumista tukeva teknologia – kansallinen toimintamalli ja tietojärjestelmät (KATI-malli) -raportti tuo esille, että teknologisten ratkaisujen käyttö kotona asumisen tukena on kuitenkin melko vähäistä, kirjavaa, vaihtelee alueittain ja prosessit voivat olla sekavia. Yhtenä syynä tähän arvellaan olevan sen, että sote-toimijoiden ja esihenkilöiden taidot teknologian käytössä ja hyödyntämisessä vaihtelevat. (10.) Ammatillaisen osaamista teknologiavaihtoehtojen tunnistamisessa ja käytössä pitää vahvistaa, ja heidän tulee päästä osalliseksi käyttöönottoprosesseihin. Tämä vahvistaa teknologioiden käyttöönoton lisäksi myönteistä asennoitumista teknologiaa kohtaan, yhteistyön tekemistä ja tiedonkulkua. (11.) Teknologian käytön tulee tapahtua asiakaslähtöisesti, niin että käyttöönotto perustuu asiakkaan tarpeisiin ja käytössä huomioidaan asiakkaan yksilöllinen tilanne (12).

### KOTIHOITOTYÖ AMMATTILAISTEN NÄKÖKULMASTA

Kotihoidossa asiakaslähtöisyys ja tuottavan kotihoidon laadukas toteuttaminen ovat keskeisiä tavoitteita. Esteiksi näiden toteutumiseksi on havaittu niin rakenteellisia kuin toimintatapoihin ja -kulttuuriin liittyviä haasteita, jotka samalla myös

heikentävät kotihoidon henkilöstön hyvinvointia ja työssä jaksamista. (13,14.) Kotihoidon työntekijöiden kokemuksia tutkittaessa on noussut esille työn ruumiillinen ja henkinen kuormittavuus, joka on korkeammalla tasolla kuin keskimääräinen kuormituksen kokemus muilla palkansaaajilla (15). Yhtenä työn kuormittavuutta lisäävänä tekijänä on työn ruuhkautuminen aamupäivälle. Työn tasainen jakautuminen läpi työvuoron on välttämätön edellytys niin tuottavuuden kuin palvelun laadun ja henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämiseksi. (16.) Lisäksi kotihoidon toimintaa kuormittavat työntekijöiden rekrytointiongelmät, joita on erityisesti suuremmissa kaupungeissa, mutta myös pienemmillä paikkakunnilla. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan yksiköistä kolmasosalla on jatkuvia lähi- ja sairaanhoitajien rekrytointiongelmia ja lisäksi yli puolella on ajoittaisia rekrytointiongelmia (17).

Krögerin tutkimusryhmän (14) tekemässä Pohjoismaisessa vertailussa kotihoidon kehitys Suomessa on huolestuttava. Suomessa työskenteleviin hoitajiin kohdistunut arvostelu, väkivalta, väkivallan uhka ja seksuaalinen ahdistelu ovat lisääntyneet (14,18) huomattavasti kymmenen vuoden seuranta-aikana, ja tämä on selkeästi yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Seuranta-aikana kotihoidon työpaine on kasvanut eli hoitajilla on liikaa tekemistä suhteutettuna käytettävissä olevaan aikaan. Työtehtävistä erityisesti kirjaaminen on lisääntynyt. Hoitajien rasitusoireet ovat yleisiä, samoin kiireen tunne. Asiakkaiden määrä on kasvanut varsinkin yövuoroissa. Myös muistisairaita ja päihdeongelmaisia asiakkaita on aiempaa enemmän. Hoitajat kantavat huolta asiakkaiden turvallisuudesta sekä työntekijöiden riittävydestä. Yhä useampi hoitaja kokee riittämättömyyttä työssään etenkin siksi, että he eivät ehdi tehdä työtään niin hyvin kuin haluaisivat. Jopa 41 prosenttia kotihoidon työntekijöistä harkitsee lopettamista tai alan vaihtoa. (14.)

Kotihoidossa työskentely edellyttää laaja-alaista osaamista, kuten asiakkuus- ja työyhteisöosaamista sekä arjen toiminnoissa tukemisen ja sairaanhoidollisten tehtävien osaamista. Asiakkaan toimintakykyä tulee ymmärtää, samoin tunnistaa hänen kuntoutustarpeensa ennakoivasti ja toimia niiden edellyttämällä tavalla. Tällöin asiakkaan aktiivisuus ja osallistuminen ovat optimaalisia ja kotona asumisen jatkuvuus mah-

dollistuu. (6.) Kotihoitotyötä tehdään tiimeissä, ja tiimityön kehittämällä on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia kotihoidon rakenteellisiin haasteisiin vastaamisessa. Esimerkiksi Hollannissa kehitetyssä Boorzorgin tiimimallissa kotihoidon tiimit toimivat hyvin itsenäisesti, kantaen vastuun asiakkaiden hoidosta kokonaisvaltaisesti. Kommunikointiin kiinnitetään erityishuomiota ja niin tiimin henkilöstön kuin asiakkaidenkin määrä on rajallinen. Tällaisessa toimintamallissa asiakastyytyväisyys sekä työtyytyväisyys on todettu hyväksi ja toimintatapa on osoittautunut kustannustehokkaaksi. (19.)

Kotihoitotyöhön liittyy kannustavia tekijöitä, kuten hyvät asiakassuhteet, asiakkaiden kiitollisuus, halu auttaa sekä monipuoliset työtehtävät. Hoitajien mukaan työn sisältö, työyhteisö ja turvattu toimeentulo (18) sekä moniammatillinen työskentely (20) ovat tärkeitä tekijöitä kotihoitotyössä. Suomalaisista kotihoidon työntekijöistä jopa 80 prosenttia kokee työtehtävänsä mielekkäiksi. Työn mielekkyys on lievästi muita Pohjoismaita korkeammalla tasolla. (14.) Kotihoidossa työskentely edellyttää ammattilaiselta asiakkaan kuulemistä ja priorisointikykyä, jotta asiakkaan tarpeisiin voi vastata rajallisella kotikäyntiajalla (21). Vaikka työhön sisältyy aikapaineita ja muita vaatimuksia, läheinen kontakti asiakkaisiin ja työn autonomia tekevät työstä merkityksellistä ja lisäävät halua sitoutua työhön. Ammattilaiset suhtautuvat eri tavoin työhönsä ja kokemus työn merkityksellisyydestä muodostuu yksilöllisesti erilaisista asioista. (22.) Kotihoidon asiakkaiden tarpeista ja heidän toiveistaan on tutkimustietoa (23-25), sen sijaan kotihoidon ammattilaisten kokemuksiin liittyvää tietoa on vähemmän (21,22). Ammattilaisten näkemysten huomiointi on tärkeää kotihoitotyön kehittämisessä.

Kotihoitotyön kehittämistä toteutetaan Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon -hankkeessa. Hankkeen tavoitteena (26) on lisätä kotihoitotyön veto- ja pitovoimaisuutta kotihoidon palvelukseen valmistuvien opiskelijoiden ja kotihoidossa työskentelevien kesken, sekä vahvistaa heidän toimintaedellytyksiään ja muutoskyvykkyyttään. Hanke on Euroopan Sosiaalirahaston rahoittama kolmevuotinen hanke (2020–2023), jota koordinoi Satakunnan ammattikorkeakoulu ja muina osatoteuttajina ovat Tampereen ammattikorkeakoulu sekä toisen asteen oppilaitokset

Sataedu ja Sasky koulutuskuntayhtymä. Tämä artikkeli perustuu hankkeessa kerättyyn aineistoon. Koska kotihoidon ammattilaisten kokemuksista on suhteellisen vähän kansallista tutkimustietoa, tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon ammattilaisten kokemuksia kotihoitotyöstä.

## TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä sekä yhteiskunnallisesti kotihoidon julkisuus kuvan laajentamisessa ja kotihoidon vetovoiman lisäämisessä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon ammattilaisten kokemuksia työstään. Tutkimuksessa halutaan antaa ääni kotihoidon ammattilaisille, koska heitä kuulemalla on mahdollista kehittää kotihoitoa eettisesti asiakkaita ja työntekijöitä parhaiten palvelevaksi. Tutkimustehtävänä on selvittää:

Millaisiksi kotihoitotyön vetovoimaisuustekijät ja kuormitusta aiheuttavat asiat rakentuvat ammattilaisten puheessa?

## MENETELMÄT

### TUTKIMUSAINEISTO

Haastatteluaineisto kerättiin touko-syyskuussa 2020 kahden maakunnan alueelta. Yhteensä 11 ryhmähaastattelua toteutettiin etäyhteydellä, kahden etäkokousovelluksen (Teams ja Hill) avulla. Haastatteluihin osallistui kahdesta neljään haastateltavaa ammattilaista sekä yksi tai kaksi haastattelijaa. Ryhmähaastattelun tavoitteena oli saada monipuolinen ja rikas aineisto, jota ei olisi saatavissa esimerkiksi yksilöhaastatteluina tai kyselyinä. Ryhmähaastattelun avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä ja saamaan esille erilaisia näkökulmia ryhmien keskusteluista. (27.) Ryhmähaastattelussa osallistujien välinen vuorovaikutus mahdollistaa sen, että ryhmä tuottaa yhdessä erilaisia kuvauksia ja käsitteitä keskustelun kohteena olevasta aiheesta, samalla perustellen sekä tuoden esille arvojaan ja normejaan (28). Haastatteluiden toteutuksista vastasivat Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon -hankkeen oppilaitosten asiantuntijat, ja he toteuttivat haastattelut yhteisen ohjeistuksen mukaan, joka oli laadittu kotihoidon asiantuntijoista koostuvan työryhmän toimesta. Haastattelun aluksi tarkastettiin tekniikan toimivuus. Tämän jälkeen osallistujia

pyydettiin kertomaan omista kokemuksistaan ja keskustelemaan vapaasti työskentelystään kotihoidossa. Ensimmäisenä keskustelua ohjaavana kysymyksenä oli: millaista on työskennellä kotihoidossa? Tämän jälkeen osallistujilta kysyttiin: millaisia haasteita kotihoidossa on? Kun keskustelu aiheesta tyrehtyi, osallistujille jaettiin nähtäväksi hankkeen asiantuntijoiden laatima kuvakollaasi kotihoitoon liittyvistä asioista. Kuvakollaasin tarkoituksena oli monipuolistaa keskustelua (kuvakollaasi on tarvittaessa saatavilla pyynnöstä kirjoittajilta).

Haastatteluihin osallistui 30 kotihoidon ammattilaista, joista 19 oli lähihoitajia, yhdeksän sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa sekä geronomi ja sosiaalityöntekijä. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista, ja osallistumisen mahdollisuudesta tiedotettiin hankkeessa mukana olevien kotihoidon organisaatioiden työntekijöitä sähköpostitse ja esihenkilöiden välityksellä. Osallistumisesta kiinnostuneet ammattilaiset valitsivat itselleen sopivan haastatteluajankohdan tarjotuista vaihtoehdoista. Haastatteluihin osallistuminen tapahtui työvuoron aikana, ajankohdittana, jolloin ammattilainen pystyi irrottautumaan asiakastyöstä. Haastattelu ryhmät muodostuivat sattumanvaraisesti valittujen ajankohtien mukaan, jolloin osallistujat tulivat kotihoidon eri tiimeistä ja myös eri paikkakunnilta oman maakuntansa alueelta. Haastattelut olivat noin tunnin mittaisia. Haastattelut tallennettiin ja litteroitiin. Litteroinnin yhteydessä osallistujien tunnistetiedot poistettiin. Tulososiossa olevat suorat lainaukset on merkitty maakunnan ja haastattelun järjestysnumeron mukaan. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 89 sivua fonttikoolla 11 ja rivivälillä 1.

### TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimuksessa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä sekä ihmistieteiden tutkimuksen eettistä ennakkoarviointia koskevia ohjeita (29). Tutkimusluvat saatiin kohdeorganisaatioilta. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja etenemisestä korostaen sitä, että osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksesta voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa. Osallistujia informoitiin myös aineiston käsittelyn luottamuksellisuudesta ja raportoinnista. Kultakin haastateltavalta ryh-

mältä pyydettiin lupa keskustelun tallentamiseen haastattelujen alussa.

### AINEISTON ANALYYSI

Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (30,31). Ensimmäisessä vaiheessa haastattelunauhoitukset kuunneltiin ja literoitiin tekstiksi. Sen jälkeen teksti luettiin useaan kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Toisessa vaiheessa aineistosta koodattiin tutkimustehtävän mukaiset merkitsevät lauseet tai ajatuskokonaisuudet. Merkitsevät ilmaiset pelkistettiin kirjoittamalla ne uudelleen tiivistettyyn muotoon. Sa-

mankaltaiset merkitykset luokiteltiin alaluokkiin, joita muodostui yhteensä 19 kappaletta. Aineisto abstrahoitettiin yhdistämällä samansisältöisiä alaluokkia viideksi yläluokaksi. Analyysin toteutti kolme tutkijaa siten, että ensimmäisessä vaiheessa 1. ja 3. kirjoittajat koodasivat ja pelkistivät aineiston puoliksi, ja toteuttivat alustavan luokittelun. Tämän jälkeen analysointia jatkettiin kaikkien tutkijoiden yhteistyönä, jotta keskustellen saavutettiin yhteisymmärrys ja konsensus analyysistä. Esimerkki pelkistyksistä ja sisällön analyysin etenemisestä on kuvattu taulukossa 1. yläluokan ”kotihoiton heikko imago” osalta.

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä yläluokan ”kotihoitotyön heikko imago” osalta

pelkistys	alaluokka	yläluokka
kotihoito koki maineen menetystä aikaisemmin ja sen palautuminen on hidasta	kotihoitotyöhön liittyvät ennakkoluulot	kotihoitotyön heikko imago
yhteiskunnassa trendi, että kotihoiton pitäisi vastata lähes kaikkeen, paine näkyy työssä		
kaikilla ei ole aina ymmärrystä siitä, mitä kotihoiton työhön kuuluu, esim. lääkäreillä ja omaisilla		
se, mitä kotihoitosta esitetään julkisuudessa, on negatiivista		
julkisuudessa esille tulleissa negatiivisissa uutisissa on usein kyse siitä, että kotihoito ei ole saanut tietoa asiakkaan kotiutumisesta laitoksesta ja jotain negatiivista on tapahtunut		
kotihoiton kokonaisuutta ei ymmärretä ja on jopa puhetta siitä, että se on ammattitaidon hukkaamista		
uusia työntekijöitä pitäisi saada motivoitua kotihoitoon töihin	työntekijöiden saatavuuden ongelmat	
jossain muussa työssä pääsee helpommalla kuin kotihoitossa		
uusi työntekijä katsoo viikon, millaista työ on ja päätyy lähtemään pois		
palkka ei ole hyvä		
hoitajia pitäisi saada lisää, avustajia on saatavilla, mutta he eivät voi tehdä kaikkia tehtäviä itsenäisesti, esim. lääkehoito		
lähihoitajia yritetään haalia joka paikasta		
tilapäistyöntekijöiden saaminen on hankalaa, äkilliset vapaapäivät työllistävät, koska vaikuttavat työn suunnitteluun		
pitäisi olla enemmän työntekijöitä, niin voitaisiin tehdä koulutustasoa vastaavaa työtä		

### TULOKSET

Kotihoiton ammattilaisten kokemukset työstään kotihoitossa muodostuivat asiakaslähtöisestä työskentelystä, työympäristön vaihtelevuudesta ja monimuotoisuudesta, kotihoitotyön heikosta

imagosta, joustavasta työn organisoinnista sekä osaamisesta muuttuvissa ja yllätyksellisissä tilanteissa. Aineiston ylä- ja alaluokat on esitelty taulukossa 2, ja niiden sisältö kuvataan seuraavaksi tarkemmin.

Taulukko 2. Kotihoidon työntekijöiden kokemukset työstään kotihoidossa

Alaluokat	Yläluokat
asiakkaan kohtaaminen hänen kotiympäristössään	Asiakaslähtöinen työskentely
erityishuomiointia vaativien asiakkaiden tarpeet	
läheisten ohjaus ja motivointi	
asiakkaan käyttämä teknologia	
Koronan aiheuttamat poikkeusolosuhteet	Työympäristön vaihtelevuus ja monimuotoisuus
työergonomia kodeissa	
muuttuvat sääolosuhteet	
kotien arvaamattomat olosuhteet	
kotihoitotyöhön liittyvät ennakkoluulot	Kotihoitotyön heikko imago
työntekijöiden saatavuuden ongelmat	
kotikäyntien vaihteleva aika ja työtahti	Joustava työn organisointi
työmallina omahoitajuus	
yksin työskentely monialaisen tiimin tukemana	
työtapojen kehittäminen ja organisointi	
teknologia työvälineenä	
monikanavainen viestintä ja tiedonkulku	
vaihteleva työ	
edellytyksenä monipuolinen tieto-taito	Osaaminen muuttuvissa ja yllätyksellisissä tilanteissa
itsenäisyyden, vapauden ja vastuullisuuden korostuminen	

### ASIAKASLÄHTÖINEN TYÖSKENTELY

*Asiakkaan kohtaaminen hänen kotiympäristössään* mahdollisti asiakkaaseen tutustumisen ja luottamuksen rakentamisen. Tutustumista helpottivat kotiympäristö, valokuvat ja ammattilaisen mahdollisuus keskittyä yhteen asiakkaaseen kerrallaan. Kotihoidon käynnit olivat monille asiakkaille päivän kohokohta, jota odotettiin. Keskustelu oli tärkeä osa kotikäyntejä. Asiakkaiden toimintakyky vaihteli itsenäiseen toimintaan kykenevästä aina paljon apua tarvitseviin muistisairautta sairastaviin, ja tämän vuoksi tilanteiden yksilöllinen huomiointi oli erityisen tärkeää. Kotona toimimiseen tarvitaan aina asiakkaan lupa ja hänen itsemääräämisoikeutensa on huomioitava eri tavalla kuin laitoksessa toimittaessa.

”meitä rajoittaa tietysti sen asiakkaan oma tila ja myös heidän niin kuin ihan erilainen itsemääräämisoikeus...kuin laitoksessa” (Sa1)

*Erityishuomiota vaativien asiakkaiden tarpeet* liittyivät monikulttuurisuuteen, päihdeiden käyttöön, mielenterveysongelmiin ja asiakkaan väkivallan uhkaan. Tulkkien saatavuus oli vaikeaa ja välillä läheiset joutuivat tulokkaamaan puhelimen kautta tai kommunikointi elekielellä. Asiakkaiden päihdeiden käyttö on lisääntynyt, ja tämä aiheutti

arvaamattomia tilanteita kotikäynneille, erityisesti jos asunnossa oli myös muita päihdyneitä henkilöitä. Asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, eikä päihdeiden käyttämiseen voinut sen vuoksi juurikaan puuttua, vaan ennemminkin käyntien sisältöjä, esimerkiksi lääkkeiden antoa, sovellettiin tilannekohtaisesti. Mielenterveysasiakkaiden osuus on lisääntynyt vanhuspsykiatrian laitoshoidon purkamisen vuoksi, ja näiden asiakkaiden kohtaamiseen kaivattiin enemmän koulutusta. Osa asiakkaista saattoi käyttäytyä aggressiivisesti ja vaikeassa tilanteessa oli osattava perääntyä tarvittaessa. Myös perheen sisäiset suhteet vaativat huomiointia kotikäynneillä.

”pariskuntia on, ainakin omilla asiakkailla, siellä sitä skismaa on. Kun menee sinne, niin saattaa joutua jonkun riidan selvittäjäksi. Pitää pystyä olemaan asettumatta kumman puolelle, vaan kuuntelee, joskus pystyy olemaan rauhantuomarina” (Pi1)

*Läheisten ohjaus ja motivointi* edellytti läheisten erilaisten osallistumisen mahdollisuuksien tunnistamista. Osa läheisistä oli aktiivisia ja osallistui kaikkeen, kun taas osa läheisistä oli etäisempiä. Asiakas saattoi kaivata kovasti läheisiään, ja tällaisessa tilanteessa kotihoito pyrki lisäämään

läheisten osallistumista asiakkaan arkeen. Yhteistyö läheisten kanssa korostui muutostilanteissa, ja läheiset tarvitsivat ohjausta. Yhteydenpito läheisiin, ja erityisesti käytännön asioista sopiminen, vei aikaa. Aineiston mukaan maalla asuvien kohdalla lähinaapurit saattoivat olla hyvin läheisiä ja tiiviisti tekemisissä keskenään. Kaupungissa naapureiden osuus näkyi esimerkiksi huoli-ilmoitusten tekemisensä.

*Asiakkaan käyttämä teknologia* koostui kulkelekin asiakkaalle sopivista teknologioista. Iäkkäin, sodan nähnyt sukupolvi käytti vain televisiota ja radiota. Heille jo mikroaaltouunin tai turvarannekkeen käyttö tai se, että hoitaja kirjasi älypuhelimella käyntitietoja, saattoi herättää enakkoluuloja. Joillekin asiakkailla turvallisuusteknologia, kuten liikkeentunnistus ja hälytysjärjestelmä tai turvaranneke gps -ominaisuuksilla ja aktiivisuuden seurantaominaisuuksilla edistivät kotona pärjäämistä huomattavasti, koska ikääntynyt pystyi liikkumaan itsenäisesti ilman eksyksiin joutumisen pelkoa.

”Se on ollut tosi hyvä, koska jos on vaikka asukas, joka liikkuu itsenäisesti ja lähtee kävelyille yksin, niin GPS näyttää, missä hän menee. Jos asiakas menee tietyn alueen ulkopuolelle, niin hälytys tulee omaiselle tai meille hoitajille. Silloin voimme GPS-sijainnin avulla hakea tai saatella asiakas takaisin kotiin, jos ei sinne itse osaa” (Pi2)

Asiakkaiden teknologian käyttötaidot vaihtelivat, mikä näkyi tabletin ja turvarannekkeiden käytön sujuvuudessa. Uuden teknologian opettelu vei aikaa. Kun kaikki oppivat käyttämään laitetta, siitä oli hyötyä eri osapuolille. Oli myös tilanteita, joissa teknologia ei enää auttanut kotona asumisessa.

”...kun nähdään, että se koti ei ole enää se paras paikka, niin ei sillä turvarannekkeella enää pitkälle pötkitä” (Sa5)

#### TYÖYMPÄRISTÖN VAIHTELEVUUS JA MONIMUOTOISUUS

*Koronapandemian aiheuttamat poikkeusolosuhteet* näkyivät maskien kanssa työskentelynä, mikä teki työstä aikaisempaa raskaampaa, ja sai aikaan tunteen hapen loppumisesta. Maskia tai visiiriä käytettäessä asiakkaiden kanssa kommu-

nikointi vaikeutui, koska asiakas ei kuullut tai saanut puheesta selvää. Läheisten käyntien loppuminen keväällä 2020 lisäsi asiakkaiden masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. Samalla lisähaasteen asetti myös lääkärisä käynnit, koska aikaisemmin läheiset saattoivat ikääntyneen, mutta korona-aikana näille käynneille piti osoittaa saattaja kotihoidosta.

*Työergonomia kodeissa* vaatii paljon huomiota, koska puitteet ja välineet olivat kotona usein puutteellisia. Toisaalta hoitajat kokivat työn kotihoidossa fyysisesti kevyemmäksi kuin osastolla. Matala sänky tai ahtaat pesutilat tekivät haava- hoitojen tai pesutilanteiden toteuttamisesta haastavia. Asiakkaan liikuntakyvyn heikettyä kodin eri tasojen välillä siirtyminen saattoi muuttua mahdottomaksi ja pesujen toteutus oli suunniteltava uudelleen. Suunnittelua edellytti myös apuvälineiden käyttö. Niitä hankittiin fysioterapeutin kautta, koska apuvälineitä ei ole kodeissa saatavilla automaattisesti. Osalla kotihoidon tiimeistä oli käytössä omia, asiakkaille tarvittaessa lainattavia sähkösänkyjä. Sairaslomien riskiä lisäsi yksin työskentely ja ilman apuvälineitä nostojen tai siirtojen tekeminen.

”kun tehdään työtä yksin, nostetaan ja yritetään auttaa ihmisiä siellä kotona, niin tietysti ne lisääntyvät sairaslomat, ko on selkävammoja, on käsivammoja, on kaikkensa... liikuntaelin...se on niin paljon raskaampaa ja ko ei ole apuvälineitä, ei ole nostolaitteita ja ei mitään...” (Sa1)

*Muuttuvat sääolosuhteet* liittyivät erityisesti talveen. Pakkasella autoilu avaraammomilla teillä tai mäkien päällä sijaitseviin koteihin pääsy oli haastavaa. Joidenkin asiakkaiden kotona saattoi olla talvella kylmä ja joissain kodeissa kotihoidon tehtäviin kuului tulenteke veden lämmittämiseksi padassa. Kesäaika vähensi työn vaatimuksia matkojen ja säiden osalta.

*Kotien arvaamattomat olosuhteet* toivat esille kotien moninaista kirjoa, ”aina kun eri oven avaa, on yllätyksellinen arki siellä asiakkaan tykönä” (Sa2). Epäjärjestys, huono hygienia, sisällä tupakointi ja kodin muutostöiden tarve olivat esimerkkejä eri koteihin liittyvistä haasteista, joihin ammattilaiset sopeuttivat toimintaansa.

”Nää tietysti nää asumisolosuhteet o välil haasteellisii. On semmosiiki vielä, et ei o ei tu vettä tai tulee vaan kylmää. Ei viemärit toimi tai et o niin, ettei siel voi asuu...” (Sa3)

Työ edellyttää myös tarkkaa havainnointikykyä ja jatkuvaa asiakkaan tilanteen arviointia:

”noi lääkkeet, ikinä ei tiedä, mistä vanhoja piiloja löytyy. Vaikka ne olis meillä lukkojen takana, mutta ne voi olla silti piilotellut jotain vanhoja lääkkeitä, joita ottaa silloin tällöin. Yksikin esimerkki oli, että lääkkeet oli meidän takana, mutta hän oli piilotellut vanhat melatoniinit jonnekin kaapin perälle ja hän oli ottanut ne jo päivällä ja alkoi kaatumisia tulemaan.” (Pi4)

### KOTIHOITOTYÖN HEIKKO IMAGO

*Kotihoidotyöhön liittyvien ennakkoluulojen muodostumiseen vaikutti negatiivissävytteinen uutisointi kotihoidosta. Myös tietämättömyys kotihoidotyöstä tai palvelujen kokonaisuudesta aiheutti ennakkoluuloja. Yhteiskunnallinen trendi, jossa kotihoidon odotetaan vastaavan lähes kaikkiin ikääntyneiden tarpeisiin, aiheutti paineita työhön. Ennakkoluulot voivat olla myös paikakuntakohtaisesti erityisen voimakkaita: aluehallintoviraston valvonnan alaisuudessa olleessa kunnassa työntekijät kuvasivat maineen palauttamisen olevan hidasta, ja sen eteen piti työskennellä vielä senkin jälkeen, kun valvonta oli päättynyt.*

”Meillä oli se heikko hetki viime vuonna, että saatiin varmasti tosi huono maine, että ehkä karttaakin sitten. Menee heti aikaa, että saaraan nostettua mainetta, että ei tämä ny niin paha paikka ole” (Pi5)

Heikon imagon koettiin osaltaan lisäävän *työntekijöiden saatavuuden ongelmia*. Erityisesti tilapäistyöntekijöiden saaminen oli hankalaa. Avustajia oli saatavilla. Sen sijaan lähihoitajia, jotka pystyivät tekemään kaikkia tehtäviä (myös lääkehoitoa) itsenäisesti, jouduttiin rekrytoimaan kaikin keinoin. Uusien työntekijöiden motivointi kotihoidotyöhön oli tärkeää.

”Koko ajan on avoimet paikat haussa. Esimies kyllä heti reagoi, kun joku sinne joku vaan tulee tai kuulee, että joku vois olla kiinnostu-

nut. Kyllä sieltä puolen ihan kiitosta. Yritystä on. En tiedä mihin nuo kaikki lähihoitajat on kadonnu.” (Pi5)

### JOUSTAVA TYÖN ORGANISOINTI

Työn organisointiin liittyi *kotikäyntien vaihteleva aika ja työtahti*. Tilanteet tiimien asiakkaiden kohdalla vaihtelivat. Aikataulutaminen oli haastavaa, koska muuttuvat tilanteet vaikuttivat päivän käynteihin. Siirtymiin kuluva aika väheni asiakaskäyntilistojen optimoinnilla. Maaseudun asiakkaalla kotikäynnin kesto saattoi olla pidempi välimatkojen vuoksi. Jos tiimin asiakkaiden määrä ja tilanteet olivat tasaisia, kotikäynneille varattu aika riitti. Oli myös tilanteita, joissa käyntimäärät koettiin liian suuriksi eikä asiakkaiden luona ollut yhtään ylimääräistä aikaa. Tällaisiin tilanteisiin kaivattiin resurssimitoituksen parantamista. Työ koettiin kuormittavana, jos resurssi mahdollisti vain välttämättömän. Ammatillaiset toimivat joustavasti: ylitöihin jäätiin tarvittaessa, jos sijaista ei saatu tai asiakaskäyntejä ei ehditty tehdä loppuun työaikana.

*Työmallina omahoitajuus* mahdollisti omaan asiakkaaseen tutustumisen ja luottamussuhteen muodostumisen. Monissa tiimeissä omahoitajat kävivät pääsääntöisesti omilla asiakkaillaan. Kuitenkin välillä asiakaskäyntien tekijät vaihtuivat vapaapäivien takia, mutta myös siksi, että asiakas tottuisi ottamaan apua vastaan eri hoitajilta, ja niin asiakkaat kuin hoitajatkin saivat vaihtelua. Toinen ammattilainen saattoi myös huomata asiakkaan toimintakyvyn muutokset omahoitajaa selkeämmin, koska päivittäin asiakkaan tapaava omahoitaja saattoi sokeutua asiakkaan tilassa tapahtuville hitaille muutoksille.

”...eikä kiinnitytä liikaa niihin omiin, puolin ja toisin. Asiakkaat kiintyy välillä liikaa siihen omaan hoitajaan se on välillä ikävä mennä outona hoitajana sinne, kun heti kysytään, että missä (työntekijän nimi) on?” (Pi4)

Kotihoidon työskentelymuotona oli *yksin työskentely monialaisen tiimin tukemana*. Moniammatillisuus ja myös tiimin sisäinen asioiden jakamisen mahdollisuus koettiin tärkeiksi, hankalia asioita selvitettiin ja päätöksiä tehtiin yhdessä. Jos tarvittiin apua, soitettiin työkaverille tai keskusteltiin sairaanhoitajan kanssa. Sujuva ja mutkaton yhteistyö lääkärin kanssa helpotti työsken-



telyä, ja erityisesti geriatriin osaaminen koettiin tärkeäksi. Mobiililääkäriltä sai apua akuuteissa tilanteissa. Fysioterapeutti oli tärkeä osa moniammatillista tiimiä. Häntä konsultoitii ja hän teki tarvittaessa kotikäyntejä.

Kotona yksin työskentelyyn liittyi turvallisuuden huomiointi. Turvallisuusriskejä piti pystyä ennakoimaan ja tarvittaessa tehdä käyntejä pariryönä tai vartijan kanssa, jos työntekijän turvallisuus oli vaarassa. Turvallisuusasioista keskusteltiin paljon työyhteisössä ja tarvittaessa konsultoitii esimerkiksi vammaispalveluita.

”Etupäässä käynneille mennään yksin, mutta on muutamia sellaisia paikkoja, joihin etukäteen tiedetään, että on tarvetta parille turvallisuuden vuoksi. Myös iltavuoroissa yleensä voidaan pyytää käynnille mukaan vartija, jos siltä tuntuu. Sitä kyllä korostetaan kaikille työntekijöille ja varsinkin uusille, ettei tarvitse pelätä käynnille menoa ja että, aina voi pyytää kaverin mukaan. Mutta onneksi tällaisia tilanteita ei paljoa ole.” (Pi2)

*Työtapojen kehittäminen ja organisointi* sisälsi tapoja, joilla yritettiin vastata kotihoidon ongelma-kohtiin. Pyrkimys pienempiin tiimeihin ja siten vastuun rajautuminen pienempään asiakasmäärään oli yksi kehitettävä asia. Koronapandemian aiheuttamat poikkeusolot ja pyrkimys vähentää mahdollisia altistumisia nopeuttivat tätä kehittämistyötä. Yhteisten työohjeiden noudattaminen ja tiimien yhdessä toimimisen kehittäminen olivat tärkeinä pidettyjä asioita. Yksi osa tätä oli uusien työntekijöiden hyvä perehdyttäminen. Uusia työntekijöitä tuli tiimeihin lähes jatkuvasti, ja työhön kuvattiin kuuluvan osana muiden neuvominen ja auttaminen, vaikka varsinaisena perehdyttäjänä toimisivatkin vain tietyt tiimiläiset.

*Teknologia työvälineenä* on lisääntynyt kotihoidossa ja muokannut työtapoja. Älypuhelimien avulla asiakkaan luona voitiin tehdä RAI-arviointoja ja kirjaamisia, ja ne sisältyivät suoraan asiakasaikaan. Samalla asiakkaan osallistumisen mahdollisuudet lisääntyivät. Mobiililaitteiden kanssa oli välillä teknisiä ongelmia, sillä verkko-yhteydet eivät toimineet kaikkialla. Mobiilin käyttöön liittyi muistamista: se piti käynnistää aamulla ja sulkea ruokatauon ajaksi. Koneellinen lääkkeiden annosjakelu koettiin hyväksi, samoin turvarannekkeet, vaikka niistä välillä tu-

likin turhia hälytyksiä. Tärkeää kaikille laitteille oli toimintavarmuus ja se, että kaikki ammattilaiset huolehtivat laitteiden kunnosta, esimerkiksi viemällä huoltoon rikki menneen laitteen tai vaihtamalla paristot. Teknologia nähtiin osaksi tulevaisuuden työn kehittämistä: esimerkiksi etähoitoa odotettiin osaksi työtä. Helppokäyttöisen tabletin avulla tehtävät tarkastuskäynnit kaukana asuville asiakkaille helpottaisivat työtä. Toisaalta todettiin, että teknologia ei voi korvata aitoa kanssakäymistä.

”kauhistuttava ajatus, jos yhteydenotto pitäisi tapahtua vain teknologian välityksellä eikä nähtäisi asiakasta” (Sa4)

*Monikanavainen viestintä ja tiedonkulku* sisälsivät kirjaamiseen liittyviä huomioita. Kirjaamiseen kului paljon aikaa. Tiedonsiirto reaaliajassa koettiin erityisen tärkeäksi muutostilanteissa. Asiakkaan luona kirjaaminen oli sujuvoittanut työtä. Yhteinen, eri ammattilaisten käyttämä asiakastietojärjestelmä helpotti moniammatillista yhteistyötä, vaikka eri ammattiryhmien kirjaamiseen liittyikin erityispiirteitä.

”Sairaanhoitajan kirjaamista yritetään sit aina jossakin välissä, missä on aikaa, niin päivitellä. Lääkelistoja, jos on käyty lääkärissä, lääkekirjauksia, sitten laitetaan reseptejä uusia” (Sa1)

#### OSAAMINEN YLLÄTYKSELLISISSÄ JA MUUTTUVISSA TILANTEISSA

*Vaihteleva työ* edellytti varautumista ennakolta muutuviin tilanteisiin sekä teki työstä monipuolista, mielekästä ja kiinnostavaa. Asiakkaiden ja työpäivien vaihtelevuus esti työn yksitoikkoisuutta ja edellytti ammattilaisilta joustavuutta samalla rikastuttaen työtä. Asiakkaan tyytyväisyys ja kiitollisuus olivat tärkein palaute työntekijälle hänen työstään.

”...ajattelin, että tässä on vain taivas rajana, kuinka paljon pystyy itsestään antamaan ja myös toteuttamaan” (Sa5)

Kotihoitotyössä toimimisessa oli *edellytyksenä monipuolinen tieto-taito*. Työtä tehtiin omalla persoonalla, sydämellisesti ja lämminhenkisesti. Ammattitaidon tuli olla laaja-alaista. Oma osaamista kehitettiin jatkuvasti. Työhön kuului laaja

skaala tehtäviä hoitotyöstä, sosiaalialan asioista, kuntoutuksesta mutta myös remontoinnista ja erilaisista kodin huoltoon liittyvistä asioista. Asiakasta huomioitiin kokonaisvaltaisesti sekä tehtiin tilannearviointia häneen liittyvistä muutoksista.

Kotihoitotyöhön sisältyi *itsenäisyyden, vapauden ja vastuullisuuden korostuminen*. Työskentely koettiin vapaammaksi kuin ympärivuorokautisessa hoivassa. Päivää pystyi rytmittämään itse, ilman rutiininomaista työskentelyä. Matkojen aikana sai aikaa ”koota itsensä” ja keskittyä seuraavaan käyntiin. Yksin työskentely edellytti vastuunottoa tilanteista ja asiakkaan hoidosta. Itsenäinen, välillä nopeakin päätösten tekeminen oli osa kotihoidon työtä.

## POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotihoidon ammattilaisten kokemuksia työstään. Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää sitä, millaisiksi kotihoitotyön vetovoimaisuustekijät ja kuormitusta aiheuttavat asiat tulevat esille ammattilaisten puheessa. Kotihoidon ammattilaisten näkökulman esille tuominen on tärkeää, koska ammattilaiset pystyvät kehittämään työtään, kun siihen on mahdollisuus. Uusien toimintatapojen jalkauttamista edistävät salliva ilmapiiri ja tarvelähtöinen kehittämistyö. Jokaisella työntekijällä on oikeus ja velvollisuus osallistua työn kehittämiseen. Työhön liittyvien kokeilujen toteuttaminen mahdollistaa konkreettisten muutosten lisäksi innostavan työkuultuurin ylläpitämisen. (32.) Ammattilaisten kuvaukset kotihoidon arjesta auttavat tunnistamaan ja vahvistamaan toimivia käytänteitä ja huomaamaan paremmin ongelmakohtia. Näitä voidaan hyödyntää kotihoidon kehittämisessä.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että kotihoitotyö on asiakaskesteistä, ja asiakkaan itsenäistä toimintaa pystytään mahdollistamaan. Samoja huomioita kotihoitotyön sisällöstä on tehty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (24,13), ja esimerkiksi Turjamaa (23) korostaa asiakkaiden tarpeiden selvittämisen lisäksi myös voimavarojen huomioimista ja merkityksellisyyden kokemusta. Sen sijaan kuntouttavan työotteen käyttäminen ei tullut esille ammattilaisten kuvauksissa. Kariniemi ym. (25) huomioi, että pitkällä aikavälillä kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote ylläpitää ja lisää ikääntyneen toimintakykyä sekä mahdollistaa asiakkaan osallistumisen päivittäisiin toimintoihin. Myös kansallisessa

ikäohjelmassa (3) painotetaan kuntouttavaa työotetta kotihoidossa. Voiko kuntouttavan työotteen vähäinen huomiointi johtua kotihoitotyöhön sisältyvästä kiireestä, joka johtaa asiakkaan puolesta tekemiseen vai onko syynä se, että omasta työtavasta ei tunnisteta kuntouttavaa työskentelyä? Joka tapauksessa kotihoidossa on syytä kiinnittää jatkossa enemmän huomiota kuntouttavan työotteen käyttämiseen ja tuettava ammattilaisia ottamaan se osaksi työskentelytapansa.

Tulosten perusteella teknologian avulla voidaan kehittää kotihoitotyötä. Virtuaaliset käynnit voivat tuoda kustannussäästöjä ja parantaa kotihoidon saatavuutta esimerkiksi syrjäseuduilla (7). Saman laitteen avulla mahdollistuu myös etäryhmätoimintaan osallistuminen ja yhteydenpito läheisiin videopuheluilla (8,10). Tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempaa tietoa siitä, että teknologia ei voi korvata ihmistä. Kotihoidon asiakkaiden ongelmat saattavat olla niin moninaisia, että pelkillä virtuaalikäynneillä niihin ei voida vastata, mutta oikein räätälöity teknologia voi olla osaltaan ikääntyneen arjen tukena (7). Tilanteissa, joissa ikääntyneen avuntarve koostuu tukemisesta, muistuttamisesta tai kontrollista, virtuaalinen käynti voi olla toimiva ratkaisu (9). Asiakkaan kyvykkyyttä teknologian käyttämiseen tulee arvioida tarkasti, samoin teknologian soveltuvuutta hänen tarpeisiinsa ja riittävää ohjausta teknologian käytön opettelussa (8,10,12). Teknologiatuetun kotona asumisen kehittäminen nähdään yhtenä tärkeänä toimintatapana suomalaisen kotihoidon kehittämisessä, ja teknologioiden käyttöä lisätään tällä hetkellä aktiivisesti kotihoidon organisaatioissa. Sosiaali- ja terveysministeriö tukee osaltaan kehittämistyötä. Se on myöntänyt vuosille 2021–2022 valtionavustusta kuudelle maakunnalliselle hankkeelle, joissa keillaan ja otetaan käyttöön kotona asumisessa ja kotihoidossa käytettäviä teknologioita. (33.)

Kotihoitoa työskentely-ympäristönä kuvattiin tutkimuksessa hyvin vaihtelevaksi. Työn monipuolisuus on tuotu esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (19–21). Monet tekijät erottavat kotihoidossa työskentelyn esimerkiksi palveluasumis- tai sairaalaympäristössä työskentelystä. Kotihoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Yhteistyötä parantavat hyvä tiedonkulku ja asiakkaan tarpeet huomioiva palveluiden yhteissuunnittelu

sekä aktiivinen keskustelu yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi. (20.) Moniammatillisen työskentelyn on todettu parantavan hoidon laatua, ja hyvä hoidon laatu on yhteydessä työntekijöiden työssä pysymiseen. Myös vahva johdolta saatu tuki edistää työssä pysymistä. (34.) Kotihoitotyön erityispiirteet kytkeytyvät siihen, miten ammattilaiset kokivat työn osaamisen vaatimukset ja työn soveltuvuuden itselleen (20). Aikaisemmissa kotihoitoa koskeneissa tutkimuksissa esille noussut hoitajiin kohdistuva arvostelu tai väkivalta (14,18) eivät esiintyneet tässä tutkimuksessa. Sen sijaan työn fyysinen kuormitus ja ergonomian huomioon ottaminen nousivat esille. Sipiläinen (35) on tutkinut kotihoitotyötä rakennussuunnittelun näkökulmasta. Hän havaitsi huonojen työasentojen johtuvan altaista ja mattomista tiloista tai apuvälineistä, mutta myös työtapojen puutteista. Ergonomisiin haasteisiin voidaan vastata kehittämällä kodin tiloja avustamistehtävien kannalta sopiviksi sekä hoitajien työmenetelmien ja apuvälineiden käyttöä kehittämällä (35). Asiakaslähtöinen, hyvään hoitosuhteeseen perustuva työskentely korostuu kotihoidossa. Hyvän hoitosuhteen toteutumista ja positiivista yhteenkuuluvuuden tunnetta lisäävät hyvä vuorovaikutussuhde, luottamus ja yhteinen asioista päättäminen (23). Omahoitajamalli mahdollistaa osaltaan näiden toteutumista (23,24).

Resurssien puute ja kiire nousevat kotihoitoa negatiivisesti leimaaviksi tekijöiksi niin kotihoitoa käsittelevässä julkisessa keskustelussa kuin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (14,21, 24,25). Noin kolmasosa kotihoidon työntekijöistä kokee stressiä, jota aiheuttaa kiire, epäselvät ja ristiriitaiset toimintaohjeet ja työn vastuullisuus (15). Tässä tutkimuksessa tuli esille vaihtelevuus resurssien riittävydessä. Kiire häiritsi erityisesti muuttuvissa tilanteissa. Kiireeseen ja resurssien riittävyyteen liittyvät huomiot nostavat esille kotihoidon rakenteellisen kehittämistarpeen. Jatkossa tulisikin kehittää erityisesti kotihoitopalveluiden joustavaa toteuttamista. Palveluiden joustavuutta on mahdollista kehittää resurssipoolin ja liikkuvien hoitajien sekä ruuhkahuippujen purkamisen avulla (6). Myös tiimien itseohjautuvuutta lisäävien työmallien on todettu parantavan kotiin tarjottavan avun konkreettisuutta. Ne helpottavat työsuunnittelua ja siten myös resurssien kohdentamista. (19.) Koti-

hoidon työntekijöiden kokemus työkyvystä on hieman heikompi kuin keskimäärin suomalaisten työssä käyvien kokemus työkyvystä on. Näiden asioiden vuoksi erilaiset työkykyä edistävät keinot on huomioitava kotihoidossa. (15.)

Kotihoidon asiakkaiden palveluiden toteuttamisen laatuun ja kustannustehokkuuteen vaikuttavat esimerkiksi tarvepohjainen toiminta, riittävä välitön asiakastyöaika, sairauspoissaolot, kuntoutus- ja kotiutusprosessien onnistuminen sekä epätoivottavien kotihoidon keskeytysten, eli niin sanotun pyörövi-ilmion, vähentäminen (6). Tämän tutkimuksen tuloksissa epätoivottavia kotihoidon keskeytyksiä ehkäisi tiivis yhteistyö oman tiimin kesken, mutta myös moniammatillinen yhteistyö, kuten mobiililääkärin hyödyntäminen akuuttitilanteissa ja fysioterapeutin konsultointi. Kotihoidon kustannustehokkuus tuli esille asiakastyöajan seuraamisena. Työntekijät toivat haastatteluissa esille uusia toimintatapoja, mobiililaitteen avulla asiakkaan luona kirjaamista ja RAI -arviointien tekemistä, jotka osaltaan lisäävät välitöntä asiakastyöaika. Asiakasmakslain mukaan asiakkaan käyttämä palvelutuntien määrä on keskeinen peruste asiakkaalta perittävään maksuun, ja sen vuoksi asiakas aika suunnitellaan asiakas kohtaisesti palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä ja sitä seurataan tarkasti (36).

Kotihoitotyön heikko imago nousi esille tutkimuksen tuloksissa. Siihen vaikuttivat muun muassa kotihoitotyöhön kohdistuvat ennakkoluulot ja työntekijöiden saatavuuden ongelmat. Sairaanhoidon työlöbarometrin (37) mukaan kotihoidossa, kotisairaanhoidossa tai palveluasumisyksikössä työskentelevät sairaanhoitajat olivat tyytymättömämpiä työyhteisönsä käytänteisiin verrattuna muihin hoitoalan työyhteisöihin. Tosin erot olivat pieniä. Hoitajapula on valtakunnallinen ongelma, erityisesti ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluissa (17). Yhtenä ratkaisuna uusien työntekijöiden viihtymiselle tuli tutkimuksessa esille perehdytyksen kehittäminen. Perehdytyksen lisäksi uuden työntekijän mentoointiin panostamisen on todettu lisäävän työntekijöiden työhön sitoutumista niin kotihoidossa kuin laajemminkin sosiaali- ja terveysalalla. Jokelaisen (38) mukaan mentoointi voi vahvistaa ammatillista osaamista, syventää ammatillista kasvua ja ammatti-identiteettiä sekä edistää alalla pysymistä. Kouvola kotihoidossa on kokeil-

tu mentorointia ja havaittu, että se auttoi uutta työntekijää tunnistamaan osaamistaan, antoi varmuutta toimia itsenäisesti kotihoidossa ja toi jatkuvuutta työskentelytapojen oppimiselle (39). Systemaattinen mentorointi kotihoidossa voi olla jatkossa yksi mahdollisuus työn pitovoimaisuuden lisäämiseen. Mentoroinnin toteutumista ja kokemuksia sen toteutumisesta olisi tärkeää tutkia tulevaisuudessa. Tarkempaa tietoa tarvittaisiin myös siitä, miten kuntouttava työskentely kotihoidon asiakkaan kanssa toteutuu ja kuinka ammattilaisten osaamista tämän suhteen voisi vahvistaa. Myös eri-ikäisten ja ammattiuran eri vaiheissa olevien työntekijöiden näkemysten selvittäminen voisi tuoda uutta näkemystä kotihoidossa työskentelyn kehittämiseen ja työntekijän tarpeiden huomioimiseen.

### LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin uskottavuuden, vahvistettavuuden ja siirrettävyyden kriteerien kautta (40). Uskottavuutta lisäävät haastateltavien omakohtaiset ja monipuoliset kokemukset työstään kotihoidossa. Haastattelutilanteissa kuvakollaasi monipuolista ja rikastutti ryhmän keskustelua. Haastattelun alussa teeman mukainen keskustelu kotihoitotyöstä käytiin hyvin yleisellä tasolla. Kuvakollaasin avulla keskustelu suuntautui konkreettisiin esimerkkeihin ja tarkempiin kuvauksiin. Kuvakollaasiin oli kerätty monipuolisesti kotihoidontyöhön sisältyviä asioita, jolloin vältettiin osallistujien ohjaamista tiettyihin teemoihin. Aineiston keruuseen liittyvänä heikkoutena saattoi olla etäyhteys, se vaikutti mahdollisesti jonkin verran haastateltuiden kulkuun ja haastateltavien vapaaseen ilmaisuun. Lisäksi aineistonkeruu ajoittui Covid-19 pandemian alkuvaiheeseen, mikä osaltaan oli muuttanut kotihoidon työtapoja esimerkiksi suojavarusteiden käytön lisääntymisen ja sairauspoissaolojen yleistymisen kautta. Nämä tekijät saattoivat osaltaan lisätä osallistujien kokemusta työn kuormittavuudesta.

Suorat lainaukset havainnollistavat haastateltuaineistoa, jonka analysointi eteni tutkimustehävän mukaisesti. Tutkimuksen vahvistettavuutta pyrittiin lisäämään keskustelemalla ennen haastatteluja haastattelijoiden kanssa haastatteleemoista ja haastattelun etenemisestä. Analyysin luotettavuuden varmistamiseksi kolme eri tutkijaa analysoi aineiston. Analysoinnissa huo-

mioitiin ainoastaan aineiston ilmisällöt. Vahvistettavuuden lisäämiseksi kuvataan sekä tutkimusprosessin että aineiston analysoinnin eteneminen.

Siirrettävyyttä tutkimuksessa tukee se, että aineisto on kerätty maantieteellisesti kahdelta eri alueelta, maaseutu- ja kaupunkiympäristöistä sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kotihoidon organisaatioista. Tämän perusteella tulosten voidaan ajatella olevan siirrettävissä kotihoidon työkenttään laajemminkin. Tosin kotihoidon toimintakäytänteet vaihtelevat kunnittain ja tiimeittäin, jolloin vielä laajemmalla otoksella olisi voinut tavoittaa lisänäkökulmia kotihoitotyöstä esimerkiksi nuorempien tai eri kulttuurista tulevien asiakkaiden kanssa työskentelyyn liittyen.

### JOHTOPÄÄTÖKSET

Kotihoitotyön vaihtelevuus tuo työhön rikkautta, mutta myös vaatii ammattilaiselta monipuolista osaamista. Osaamisen kehittyminen edellyttää työuran alussa riittävää kotihoitotyöhön perehtymisen mahdollisuutta ja moniammatillisessa tiimissä työskentelyn omaksumista. Mentoroinnin hyödyntäminen uuden työntekijän kotihoitotyöskentelyn perehdytysvaiheessa voi olla yksi keino tukea työuraa aloittavaa. Myös teknologiaa hyödyntämällä on mahdollista kehittää kotihoitotyötä: sillä voidaan vastata asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja suunnata resursseja tarkoituksenmukaisesti. Kotihoitotyö ei ole kovin kiinnostavaa, ja yhtenä tekijänä tähän vaikuttaa alan heikko imago. Työn tunnettuuden lisääminen oppilaitoksissa, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa ja koko yhteiskunnan tasolla on yksi keino, jolla imagoon voidaan vaikuttaa. Työntekijöiden työssä viihtymisen kannalta omaan työhön vaikuttaminen, sujuvat työkäytänteet ja tiimien itseohjautuvuuden lisääminen ovat tekijöitä, joilla työn veto- ja pitovoimaisuutta on mahdollista kohentaa.

### RAHOITTAJAT:

Tutkimuksen tekemistä on tukenut ”Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon” hanke, joka on saanut rahoitusta Euroopan sosiaalirahastolta (hankekoodi: S21932). Rahoittajalla ei ole roolia tämän tutkimuksen suunnittelussa tai artikkelin käsikirjoituksessa.

## KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Kaikki kirjoittajat osallistuivat tutkimuksen alkuun saattamiseen ja suunniteluun. Aineiston keräämisen ja aineiston alustavan analysoinnin suorittivat Hautsalo ja Teeri. Kaikki kirjoittajat

osallistuivat analyysin jatkotyöstämiseen ja kriittiseen tarkasteluun sekä artikkelin kirjoittamiseen. Kaikki kirjoittajat kommentoivat käsikirjoitusta, hyväksyivät artikkelin lopullisen version sekä ottavat vastuun sen kaikista osa-alueista.

**Hautsalo, K., Salin, S., Teeri, S. Home as a Care Environment – Professionals' Experiences of Working in Home Care. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2023: 60: 57–71.**

In Finland, aged people are guaranteed the opportunity to live in their home with the help of home care services, even when suffering from diseases and limited functional capacity. The number of aged people increasing causes a continuously growing number of home care clients, which in turn contributes to an increasing demand for home care professionals.

The image of home care work is somewhat poor, and there is shortage of workers in the field. Previous research shows that home care work involves physical and mental strain due to time pressure and limited resources. These observations are also often present in public debate, whereas features increasing the meaning of work, such as close contact with clients, job variability, and autonomy, are less discussed. The purpose of this study is to describe home care professionals' experiences about their work.

The data were collected as part of the Appeal and Maintaining Appeal for Home Care -project. A total of 30 home care professionals working in two provinces were interviewed remotely in 2020.

The obtained data were analysed by means of data-oriented content analysis.

Home caregivers work close to the client, in different home environments. The work is diverse and varied, and it requires a wide range of skills as well as a flexible approach to the tasks. The developmental targets of home care include increasing the rehabilitative and multi-professional approach, utilising customer-oriented technologies, increasing the flexibility in providing services, as well as providing orientation and mentoring for new employees. The results can be utilised to develop home care, and to expand the public image of home care. These measures are likely to increase and maintain the appeal of home care work.

**Keywords:** home care, professionals, home care services, care work.

Saapunut (26.10.2021)  
Hyväksytty (13.05.2022)

## LÄHTEET

- (1) Sosiaalihuoltolaki, 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- (2) Terveysthuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- (3) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030, Tavoitteena ikävyvykäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. Luettu 3.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>
- (4) Saukkonen S-M, Mölläri K, Puroharju T. Kotihoito 2020: Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Tilastoraportti 27/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090645178>
- (5) Rissanen P. Ikäihmisten hoiva: säästääkö kotihoito kunnille? Ppt-esitys. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Luettu 24.5.2021. <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2018/11/lk%C3%A4-verkosto-14.11.2018-Pekka-Rissanen-S%C3%A4%C3%A4st%C3%A4%C3%A4k%C3%B6-kotihoidokunnille.pdf>
- (6) Groop J, Hakala A-M, Ikonen M ym. Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Hanke julkaisu, 2018. Luettu 2.8.2021. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiQnKmW8pTyAhVp-yoKHU5aAcoQFJAaegQIAxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.ks2021.fi%2Fwp-content%2Fuploads%2F2018%2F10%2FKukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.df&usq=AovVaw1NHS0v6zY2vi4jOTMS4hHa>
- (7) Hammar T, Mielikäinen L, Alastalo H. Teknologia tukee kotihoidon asiakkaan omatoimisuutta ja turvallisuutta – eroja käyttöön otossa maakuntien välillä. Tutkimuksesta tiiviisti 44, joulukuu 2018.

- Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-252-9>
- (8) Salin S, Laaksonen H. 'Bringing Older Informal Caregivers and Recipients to the Digital Age: Experiences of Using Digital Services' *Technol Disabil* 2019;31:115–127. DOI: 10.3233/TAD-190230
  - (9) Ryyänen OP, Vauramo E, Malmi T ym. Sote ja ikääntymisen ongelmat – selviämispolun etsintää. KAKS – Kunnallissalan kehittämissäätiö 2020. <https://kaks.fi/julkaisut/sote-ja-ikaantymisen-ongelmat-selviamispolun-etsintaa/>
  - (10) Lähteenmäki J, Niemelä M, Hammar T ym. Kotona asumista tukeva teknologia – kansallinen toimintamalli ja tietojärjestelmät (KATI-malli) 2020. VTT technology 373. DOI: 10.32040/2242-122X.2020.T373
  - (11) Glomsås HS, Knutsen IR, Fossum M, ym. User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals-A qualitative study. *J Clin Nurs* 2020;29:4007–4019. doi: 10.1111/jocn.15424.
  - (12) Sallinen M, Hentonen O, Teeri S. Ethical dilemmas related to the use of safety technology in service house environments. *Scand J Caring Sci* 2020;34:199–205. doi: 10.1111/scs.12721.
  - (13) Groop J, Ketokivi M, Mahesh Guptac M ym. Improving home care: Knowledge creation through engagement and design. *J Oper Manag* 2017;35:53–55:9–22. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2017.11.001>
  - (14) Kröger T, Van Aerschot L, Puthenparambil J. Hoivatyö muutoksessa: Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa. Jyväskylän yliopisto, YFI julkaisuja 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7372-8>
  - (15) Perkiö-Mäkelä M, Vauhkonen A, Kupari S ym. Kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointi. Itä-Suomen yliopisto 2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3732-2>
  - (16) Tekes. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Tekes -kehityshanke, 2014. [https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014\\_03\\_25\\_Kotihoito\\_2020\\_-\\_10\\_askeleen\\_ohjelma\\_kotihoidoon.pdf](https://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/06/2014_03_25_Kotihoito_2020_-_10_askeleen_ohjelma_kotihoidoon.pdf)
  - (17) Yle-uutinen. Kuka hoitaisi iäkkäät? 10.2.2021 <https://yle.fi/uutiset/3-11749284>
  - (18) Rytönen A. Hoivatyöntekijöiden työn kuormittavuus ja teknologian käyttö vanhustyössä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0829-2>
  - (19) Alders P. Self-managed care teams to improve community care for frail older adults in the Netherlands. *Int J Care Coord* 2015;18:57–61. <https://doi.org/10.1177/2053434515614429>
  - (20) Gudnadottir M, Björnsdottir K, Jonsdottir S. Perception of integrated practice in home care services. *Int J Integr Care* 2019;27:73–82. <https://doi.org/10.1108/JICA-07-2018-0050>
  - (21) Martinsen B, Mortensen A, Norlyk A. Nordic homecare nursing from the perspective of homecare nurses—a meta-ethnography. *Br J Community Nurs* 2018;23:597–604. doi: 10.12968/bjcn.2018.23.12.597.
  - (22) Nielsen MS, Jørgensen F. Meaning creation and employee engagement in home health caregivers. *Scand J Caring Sci* 2016;30:57–64. doi: 10.1111/scs.12221.
  - (23) Turjamaa R. Older people's individual resources and reality in home care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto 2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1616-7>
  - (24) Hautsalo K, Rantanen A, Kaunonen M ym. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva hoitotyö* 2016;14:4–12.
  - (25) Kariniemi K, Siira H, Kyngäs H ym. ”Vanhakin on ihminen”: ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta. *Gerontologia* 2020;34:24–40. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.80436>
  - (26) Veto- ja pitovoimaa kotihoitoon hanke. Luettu 3.9.2021 <https://vetojapitokotihoido.samk.fi/>
  - (27) Mäntyranta T, Kaila M. Fokusrühmähaastattelun laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008;124:1507–13.
  - (28) Pietilä I. Ryhmäkeskustelu. Kirjassa: Hyvärinen M, Nikander P, Ruusuvoori J ym. Tutkimushaastattelun Käsiopetus. Tampere, Vastapaino; 2017, 111–130.
  - (29) TENK. Ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019.
  - (30) Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M. (toim.). The application of content analysis in nursing science research. Cham. Springer; 2020.
  - (31) Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 4. painos. SAGE publications. INC; 2019.
  - (32) Tepponen M, Viitikko T, Lehmus R ym. Uudistuva palvelukokonaisuus – kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-456-6>
  - (33) Sosiaali- ja terveysministeriö. Iäkkäiden ihmisten kotona asumista tuetaan teknologialla – kokeiluhankkeet alkavat maaliskuussa. Luettu 27.9.21. <https://stm.fi/-/iakkaiden-ihmisten-kotona-asumista-tuetaan-teknologialla-kokeiluhankkeet-alkavat-maaliskuussa>
  - (34) Piers RD, Versluis K, Devoghel J ym. Interprofessional teamwork, quality of care and turnover intention in geriatric care: A cross-sectional study in 55 acute geriatric units. *Int J Nurs Stud* 2019;91:94–100. doi: 10.1016/j.nurstu.2018.11.011.

- (35) Sipiläinen P. Kuntoutuksen hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Väitöskirja. Aalto-yliopisto 2011. ISBN: 978-952-60-4226-8 (pdf)
- (36) Sosiaali- ja terveysministeriö. Kotiin annettavien palvelujen ja palveluasumisen maksut. Luettu 24.9.2021. <https://stm.fi/maksut-kotipalvelu-kotisairaanhoido>
- (37) Hahtela N. Sairaanhoidajaliiton selvitys sosiaali- ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoidajaliiton julkaisu 2019. Luettu 7.10.2021. [https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri\\_2018\\_web-1.pdf](https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/tyoolobarometri_2018_web-1.pdf)
- (38) Jokelainen M. Mentorointi välineeksi osaamisen ja yhteistyön kehittämiseen organisaatioissa. SLA 2015;52:99–101. <https://journal.fi/sla/article/view/52491>
- (39) Lyhty M. Mentori on uuden työntekijän rinnalla kulkija. Super -verkkolehti 6.4.2018. <https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammattissa/mentori-on-uuden-tyontekijan-rinnalla-kulkija/>
- (40) Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. Kirjassa: Denzin N, Lincoln Y. (toim.) Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994, 105–117.

KATJA HAUTSALO

*TtM, lehtori*

*Tampereen ammattikorkeakoulu*

SIRPA SALIN

*TtT, dosentti, yliopettaja*

*Tampereen ammattikorkeakoulu*

SARI TEERI

*TtT, yliopettaja*

*Satakunnan ammattikorkeakoulu*