

TERVEYSASEMAN JA SEURAKUNNAN YHTEISTYÖ KALLIOSSA  
– TERVEYSASEMAN HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA

Mari Mustonen ja Ulla Viiri

TERVEYSASEMAN JA SEURAKUNNAN YHTEISTYÖ KALLIOSSA  
– TERVEYSASEMAN HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA

Mari Mustonen ja Ulla Viiri  
Opinnäytetyö, kevät 2014  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa

*”Paljonhan alueella on syrjäytymistä ja yksinäisyyttä  
– kaikki tuki kyllä tarvitaan”*

## TIIVISTELMÄ

Mustonen, Mari & Viiri, Ulla. Terveysaseman ja seurakunnan yhteistyö Kalliossa – terveysaseman hoitohenkilökunnan näkökulma.

Helsinki, kevät 2014, 47 sivua, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Sairaanhoidaja (AMK) -diakonissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Helsingin Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitohenkilökunnan tarpeita ja toiveita yhteistyön kehittämisessä. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa seurakunnan diakoniatyön ja terveysaseman välisen yhteistyön kehittämiseksi.

Tutkimus oli pääosin kvantitatiivinen. Se toteutettiin kyselytutkimuksena internetpohjaisella Webropol-ohjelmalla. Kysely sisälsi sekä monivalinta että avoimia kysymyksiä. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Terveysaseman hoitohenkilökunnan mukaan yksinäisyys ja syrjäytyneisyys ovat näkyviä ongelmia alueella. Diakoniatyöntekijöiltä toivottiin erityisesti tukea asiakkaiden henkisten ja hengellisten asioiden käsittelyyn. Konkreettisiksi esteiksi yhteistyölle kuvattiin ajanpuute, kiire, tiedonpuute sekä salassapitoon liittyvät asiat. Seurakunta yhteistyökumppanina koettiin positiivisesti. Kallion seurakunta koettiin aktiiviseksi ja avarakatseiseksi seurakunnaksi.

Tulosten mukaan Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan ja Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden välistä yhteistyötä ei juurikaan ole. Yhteistyölle on kuitenkin tarvetta. Kallion terveysaseman hoitohenkilökunta toivoi yhteistyön rakentamista ja lisää tietoa diakoniatyön toimintamuodoista.

Asiasanat: yhteistyö, seurakunta, diakoniatyö, terveysasema, kvantitatiivinen tutkimus

## ABSTRACT

Mustonen, Mari and Viiri, Ulla

Collaboration between Health centre and Parish in Kallio – perspective of nursing personnel in health centre.

47 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2014.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Diaconal Nursing. Degree title: Nurse.

The aim of the study was to describe experiences of collaboration between nursing personnel in Kallio health centre and diaconal workers in Kallio parish. Furthermore, the aim was to find out nursing personnel's hopes and needs in developing collaboration. Our target was to produce information to develop collaboration between diaconal work and health centre.

The thesis was conducted as a survey using a quantitative method. The study was carried out by Webropol Internet-based software. The questionnaire included both multiple choice and open questions. The results were analyzed by using the SPSS method.

According to the respondents, loneliness and marginalization are noticeable problems in Kallio district. The diaconal workers were especially expected to give support to handle spiritual and emotional matters. Concrete barriers to collaboration were described to be lack of time and information, as well as haste and secrecy issues. Parish as a partner in cooperation was positively experienced. The responses showed that Kallio parish is perceived as active and broadminded.

According to the survey, there is only very little collaboration between nursing staff in Kallio health centre and diaconal workers in Kallio parish. The survey revealed, however, that collaboration is needed. Kallio Health centre nursing personnel hoped for establishment of collaboration and more information about forms of activities.

Key words: collaboration, parish, diaconal work, health centre, quantitative research

## SISÄLTÖ

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1   | JOHDANTO .....  | 6  |
| 2   | HAASTEELLINEN YHTEISTYÖ JA VERKOSTOITUMINEN KUNNAN JA SEURAKUNNAN VÄLILLÄ ..... | 8  |
| 2.1 | Kunnan ja seurakunnan yhteistyön historiallista taustaa .....                   | 8  |
| 2.2 | Verkostoituminen ja sosiaalinen pääoma .....                                    | 8  |
| 2.3 | Suosituksset ja reunaehdot yhteistyölle.....                                    | 10 |
| 2.4 | Yhteistyön vähäisyys ja satunnaisuus .....                                      | 11 |
| 2.5 | Yhteistyön vahvuudet ja kehittämishaasteet.....                                 | 13 |
| 3   | DIAKONIATYÖN JA TERVEYSALAN LIITTYMÄKOHTIA .....                                | 14 |
| 3.1 | Hoitaminen diakonian historiassa .....  | 14 |
| 3.2 | Diakoniatyö tänään .....  | 15 |
| 4   | DIAKONISSA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖKUMPPANINA .....                           | 17 |
| 4.1 | Terveys ja sairaus.....   | 17 |
| 4.2 | Sairauteen ja terveyteen liittyvät kysymykset diakoniatyössä .....              | 18 |
| 4.3 | Hengellisyuden merkitys kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille .....                | 19 |
| 5   | OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ .....   | 20 |
| 5.1 | Kallion asuinalue .....   | 20 |
| 5.2 | Kallion terveysasema.....   | 21 |
| 5.3 | Kallion seurakunnan diakoniatyö .....   | 21 |
| 6   | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....                                     | 24 |
| 7   | AINEISTO JA MENETELMÄT .....  | 25 |
| 7.1 | Kvantitatiivinen tutkimus .....   | 25 |
| 7.2 | Kyselylomake .....  | 26 |
| 7.3 | Aineiston keruu.....  | 27 |
| 7.4 | Aineiston analyysi .....  | 27 |
| 8   | TULOKSET .....  | 28 |
| 8.1 | Vastaajien taustatiedot .....   | 28 |
| 8.2 | Yhteistyön toteutuminen .....   | 29 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 8.3 | Toiveet ja tarpeet yhteistyölle .....                   | 29 |
| 8.4 | Yhteistyön esteitä .....                                | 32 |
| 9   | POHDINTA .....  | 34 |
| 9.1 | Eettisyys ja luotettavuus .....                         | 34 |
| 9.2 | Tulosten pohdinta – johtopäätökset .....                | 35 |
| 9.3 | Kehittämissuhteita.....                                 | 37 |
| 9.4 | Opinnäytetyöprosessi tukemassa ammatillista kasvua..... | 38 |
|     | LÄHTEET.....  | 40 |
|     | LIITE 1: Saatekirje .....                               | 45 |
|     | LIITE 2: Kyselylomake .....                             | 46 |

# 1 JOHDANTO

Nykyaikana yhteistyön ja verkostoitumisen merkitys korostuu myös sosiaali- ja terveysalalla. Työssä, jonka päämääränä on ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen ja hyvinvointi, tarvitaan monen eri toimijan välistä yhteistyötä. Yhteistyön onnistumiseen tarvitaan vuorovaikutusta ja luottamusta, josta rakentuu sosiaalista pääomaa.

Diakoniatyöllä on merkittävä sija terveyserojen kaventamiselle Suomessa. Diakoniatyöntekijät näkevät työssään suomalaisen yhteiskunnan terveyspalveluiden epätasa-arvoisen jakautumisen. Heillä on myös tietoa syistä, jotka johtavat huono-osaisuuteen. (Hiilamo & Hänninen 2009, 34–35.) Jotta tasa-arvo terveydenhuollossa toteutuu, on perusterveydenhuoltoa kehitettävä entisestään. On lisättävä yhteistyötä julkisen terveydenhuollon ja seurakuntien diakoniatyön välillä. (Kinnunen 2009d, 259.)

Kaisa Kinnusen toimittaman Sairas köyhyys -teoksen tarjoamien kehittämisehdotusten pohjalta kiinnostuimme siitä, miten terveysaseman ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä voi kehittää. Seurakunnan diakoniatyön tarjoamaa monipuolista ammattitaitoa ja osaamista olisi tehtävä paremmin tunnetuksi. Onko terveysaseman hoitohenkilökunnalla riittävästi tietoa seurakunnan diakoniatyöstä ja onko terveysaseman hoitohenkilökunnalla valmiuksia ohjata asiakas seurakunnan diakoniatyöntekijän luo tunnistaessaan asiakkaan tarvitsevan henkistä ja sosiaalista tukea? Kinnusen teoksessa pohditaan lisäksi, voisiko terveysasema ohjata kirkon piiriin sellaisia ihmisiä, jotka eivät muuten osaisi sinne hakeutua. Diakoniatyön monipuolinen toiminta erilaisine ryhmineen ja leiritomintoineen voisi tulla yleisemmin tutummaksi. (Kinnunen 2009d, 255–256.)

Tärkeä kysymys on, miten yhteistyö diakoniatyön ja julkisen terveydenhuoltojärjestelmän välillä toimii. Diakoniatyöntekijöiden keskeinen viranomaisyhteistyökumppani on sosiaalitoimi. Terveysteen liittyvissä kysymyksissä eniten yhteistyötä tehdään kotisairaanhoidon, kotipalvelun, mielenterveys- ja päihdehoitotyön



palveluiden ja vanhustyön parissa. (Kinnunen 2009a, 10, 13; Kinnunen 2009c, 111–112.)

Opinnäytetyössämme selvitämme Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa sekä millaisia toiveita ja tarpeita Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnalla on yhteistyölle.

## 2 HAASTEELLINEN YHTEISTYÖ JA VERKOSTOITUMINEN KUNNAN JA SEURAKUNNAN VÄLILLÄ

### 2.1 Kunnan ja seurakunnan yhteistyön historiallista taustaa

Suomessa kunnilla ja seurakunnilla on pitkä yhteinen historia (Kallunki 2010, 58). Vuoden 1870 alusta voimaan tullut kirkkolaki erotti kunnan ja seurakunnan hallinnollisesti toisistaan. (Murtorinne 1992, 220). Köyhäinhoito oli seurakuntien vastuulla 1860-luvulle saakka, kunnes se siirrettiin kuntien hoidettavaksi vuoteen 1879 mennessä. Yhteiskunnan suhtautuminen köyhiin ja vaivaisiin oli tuolloin suorastaan epäinhimillistä, mutta kirkon tarve tehdä diakoniatyötä ja auttaa hädässä olevia vahvistui. (Mustakallio 2002, 198–199.)

Tämä oli lähtökohta seurakunnan diakoniatyölle, joka vuonna 1943 tuli seurakunnan lakisääteiseksi tehtäväksi. Vahvemmin yhteiskunnalliseksi toimijaksi diakoniatyö muotoutui 1950-luvulla. (Murtorinne 1995, 345, 369; Mustakallio 2002, 217.)

Yhteisen historian lisäksi kuntia ja seurakuntia yhdistää alueellisuus ja yhteiset jäsenet. Molemmilla on samantyyppinen hallinto, ja ne ovat lainsäädännön ja verovaroin säänneltyjä. Valdemar Kallunki (2010) on tutkinut kuntien ja seurakuntien, maallisen ja hengellisen instituution välistä yhteistyötä. Perinteinen yhteistyömuoto on avoin varhaiskasvatus, jossa seurakunnalla on vahva rooli. Sosiaalityössä seurakunta on enemmänkin kunnan sosiaalityön tukiverkkojen aukkojen paikkaajana. Seurakunnalla on kuitenkin kuntaa rajallisemmat resurssit järjestää terveys- ja sosiaalipalveluja. Hengellisenä toimijana seurakunnalla on tunnustettu asema ihmisen hyvinvoinnin tukemisessa. (Kallunki 2010, 68–76.)

### 2.2 Verkostoituminen ja sosiaalinen pääoma

Yksi työelämän merkittävistä ilmiöistä 2000-luvulla on yhteistyön ja verkostoitumisen lisääntyminen eri organisaatioiden ja toimijoiden kesken. Viestintäteknolo-

logian kehittyminen on vaikuttanut ratkaisevasti verkostojen laajenemiseen. Verkosto syntyy tarpeesta tehdä yhteistyötä, johon syinä voivat olla kustannusten minimointi, tiedon vaihtaminen ja osaamisen lisääminen sekä työn kehittäminen. Yhteistyön katsotaan olevan onnistunut silloin, kun se johtaa asetettuihin tavoitteisiin. Uusien innovaatioiden syntyminen on mahdollista verkostoyhteistyön ansiosta. Verkostoissa syntyneet tuotteet voivat olla konkreettisten tuotteiden lisäksi abstrakteja, kuten ideointia, uusia ratkaisumalleja tai sosiaalista pääomaa. (Korkala 2010, 32, 42–44; Aira 2012, 49–50, 113.)

Aira (2012) kuvaa yhteistyötä aktiivisena ja tavoitteellisena prosessina. Työelämässä verkoston jäsenet määritellään organisaatioiksi tai ryhmiksi. Yhteistyön onnistumiselle on kuitenkin tärkeää ihmisten välinen vuorovaikutus, koska verkosto muodostuu ihmisistä. Vuorovaikutus kuvataan sosiaalisesti käyttäytymiseksi, joka tapahtuu kasvokkain tai teknologian välityksellä. (Aira 2012, 17, 20, 45, 111.)

Teknologiavälitteisessä vuorovaikutuksessa myönteistä Putnamin (2000) mukaan on sen tasa-arvoisuus, suoruus ja tehtäväkohtaisuus. Verkoston jäsenien kesken teknologian avulla on helppo jakaa tietoa, kerätä mielipiteitä ja keskustella vaihtoehtoista. Toisaalta asioiden vääristely ja väärinymmärrys sekä kielellinen epätahdikkuus ovat teknologian huonoja puolia verrattuna kasvokkain tapahtuvalle vuorovaikutukselle. Luottamuksen rakentuminen, joka verkostoyhteistyössä on tärkeää, on haasteellista teknologiavälitteisessä viestinnässä. (Putnam 2000, 175–176.) Myös Airan (2012) mukaan teknologia asettaa haasteita verkostoyhteistyölle. Luottamuksen ylläpitäminen vaatii säännöllistä ja jatkuvaa vuorovaikutusta. Luottamus vaikuttaa positiivisesti työhön sitoutumiseen ja työn tuloksellisuuteen. (Aira 2012, 58–60.) Korkalan (2010) tutkimuksen mukaan luottamus on sekä henkilöiden välistä että systeemistä. Yhteistyön alussa luodaan henkilöiden välille luottamussuhde, joka kehittyy luottamuksena koko verkostoon. (Korkala 2010, 56.)

Yhteistyöhön ja verkostoihin liitetään käsite sosiaalisesta pääomasta. Putnam (2000) kuvailee sosiaalisen pääoman yksilöiden välisinä yhteyksinä. Verkostot saavat syntynsä vastavuoroisuuden ja luottamuksen normeista. Yksilöt eivät

toisistaan erillään pysty yhtä tehokkaaseen päämäärään kuin verkostossa. Sosiaalisen pääoman vahvuus on syvälle juurtuneissa kiinteissä sosiaalisissa suhteissa. Sosiaalista pääomaa on tarkasteltava myös kriittisesti, koska ääriesimerkkinä epäsosiaaliset verkostot voivat käyttää sitä yhteiskuntaa vahingoittaviin päämääriin. Myönteinen puoli sosiaalisessa pääomassa on sen koko yhteiskuntaa koskettava hyöty. Sosiaalinen pääoma voi olla sitovaa (bonding), jolloin verkostossa toimijoilla on tiivis keskinäinen yhteenkuuluvuus, mutta riskinä on myös kääntyminen sisäänpäin. Tälle vastakohtana on termi silloittava tai yhdistävä (bridging), jossa ollaan ulospäin avoimia ja valmiita tekemään yhteistyötä muiden verkostojen kanssa. (Putnam 2000, 19–23.)

### 2.3 Suositukset ja reunaehdot yhteistyölle

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian ja yhteiskuntatyön linjauksessa korostetaan yhteistyötä ja sen kehittämistä kuntien, järjestöjen ja liike-elämän kanssa (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2010).

Terveystieteiden lain (1326/2010) tarkoitus on vahvistaa ja ylläpitää terveyden ja hyvinvointiin vaikuttavia rakenteita. Laki velvoittaa kunnan huolehtimaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja terveydenhuollon palveluista. Terveystieteiden lain tarkoitus ei yksin vaikuta kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, vaan kaikki kunnan julkisen sektorin toimijat voivat vaikuttaa siihen. Lisäksi laissa veloitetaan kuntaa julkisten tahojen ja yksityisten yritysten sekä yleishyödyllisten yhteisöjen väliseen yhteistyöhön terveyden edistämiseksi. (Terveystieteiden laki 2010.)

Vaikka erinäiset suositukset ja kehittämishankkeet velvoittavat kuntaa ja seurakuntaa yhteistyöhön, on kuitenkin otettava huomioon reunaehdot, jotka määrittävät yhteistyötä. Kunnan ja seurakunnan toimijoiden yhteistyötä ohjaavat useat lait ja suositukset. Molempien toimijoiden on noudatettava salassapitovelvoitetta. Lisäksi julkisuuslaki, lastensuojelulaki, kirkkolaki sekä hankintalaki asettavat rajoituksia esimerkiksi tietojenvaihdolle ja yhteistyölle. (Lahtiluoma & Turunen 2011, 51–53.) Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa määrittelevät erityisesti

terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna on tärkeää, että yhteistyökumppaneilla on hyvät ja luottamukselliset suhteet keskenään. Toimijoilla on oltava selkeät roolit, jotta jokaisen osaaminen ja vaikuttamismahdollisuudet ovat hyödyksi asiakasprosessissa. On kuitenkin tärkeää ottaa huomioon, että yhteistyötä säätelee vaitiolovelvollisuus, joka koskee niin diakoniatyöntekijöitä kuin muitakin viranomaistahoja. Asiakasta koskevaan yhteistyöhön tarvitaan aina asiakkaan lupa. Toimivalla verkostoyhteistyöllä luodaan turvaa asiakkaalle. (Helin, Hiilamo & Jokela 2010, 91–92.)

#### 2.4 Yhteistyön vähäisyys ja satunnaisuus

Yhteistyö seurakunnan diakoniatyön ja kunnan terveydenhuollon välillä on yleensä vähäistä ja satunnaista. Diakoniatyöntekijöillä on eniten yhteistyötä kotihoidon ja vanhustyön kanssa. Kunnan terveys- ja sosiaalipalvelun työntekijöiltä puuttuu usein tietämys kaikista diakoniatyön tarjoamista mahdollisuuksista. Työntekijöiden keskinäisen vuorovaikutuksen lisääminen sekä yhteisten toimintaperiaatteiden luominen nousevat tutkimuksissa tärkeiksi kehittämishaasteiksi. Seurakunnan diakoniatyön vahvuutena kunnan terveys- ja sosiaalipalveluun verrattuna on kiireetön kohtaaminen ja läsnäolo sekä asiantuntemus sielunhoidossa. Toisaalta seurakunta voidaan kokea hankalana yhteistyötahona vakaumuksen tai asenteiden takia. (Laajala 2010, 29–43; Lukka & Sippola 2011, 7–8; Oittinen & Vuorinen 2012, 30–42.)

Tiina Laajala (2010) selvitti Haapajärven terveyskeskuksen akuutin vuodeosaston hoitajille suunnatulla kyselyllä, miten yhteistyötä seurakunnan diakoniatyön ja terveyskeskuksen vuodeosaston välillä voidaan kehittää. Tavoitteena oli myös selvittää hoitajien näkemyksiä diakoniatyön merkityksestä hoitotyössä. Tulosten mukaan yhteistyö oli vähäistä. Hoitohenkilökunnalta puuttui tietämystä diakoniatyön tarjoamista mahdollisuuksista. Kehittämishaasteiksi nousivat vuorovaikutus sekä yhteisten toimintaperiaatteiden luominen. Odotuksena oli myös

moniammatillisen asiantuntijuuden lisääminen. Hoitajien vastauksissa tuli esille yhteistyön tekemisen toive palaverioiden, yhteisten hankkeiden ja projektien avulla. Diakoniatyön potilastyölle tarjoamaa hengellisyyttä, toivon antamista ja luomista sekä kiireetöntä läsnäoloa arvostettiin. Lisäksi hoitajat toivoivat saavansa diakoniatyöntekijöiltä asiantuntemusta ja työmenetelmiä potilaan kohtaamiseen. Tutkimuksessa saatiin myös vastauksia, joissa seurakunta yhteistyötahona koettiin vakaumuksen vuoksi hankalaksi. (Laajala 2010, 29–43.)

Heli Lukka ja Anne Sippola (2011) tarkastelivat Satakunnan keskussairaalan päivystyksen ja seurakunnan diakoniatyön välistä yhteistyötä vanhuspotilaiden kotiuttamisessa. Lukan ja Sippolan opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia kehitteillä olevaa diakoniatyöntekijän ja arviointihoitajan välistä yhteistyömallia. Aiemmin yhteistyö oli ollut satunnaista. Päivystyksessä oli havaittu diakoniatyön kuuluvan osaksi vanhuksen palvelujärjestelmää. Yhteistyö koettiin merkitykselliseksi vanhuksen turvallisuuden tunteelle, hyvinvoinnille ja itsenäiselle selviytymiselle omassa kodissa päivystyksestä kotiuduttua. Diakoniatyöntekijöiden haastattelun lisäksi saatiin päivystyksen hoitohenkilökunnan näkökulma esiin käyttämällä tutkimuslähteenä arviointihoitajille ja esimiehille aiemmin tehtyä haastattelua, joka oli ollut osana Kaste-ohjelman Toimintakykyisenä ikääntyminen -hanketta. (Lukka & Sippola 2011, 7–8.)

Lukan ja Sippolan arvioidessa kotiuttamisen yhteistyömallin toimivuutta, heillä oli jo entuudestaan tieto diakoniatyön resurssien vähäisyydestä ja tämä seikka näkyi myös diakoniatyöntekijöiden vastauksissa. Yhteistyömalli toimisi parhaiten niillä potilailla, joilla oli jo ennestään diakoniatyön asiakkuus. Potilaan sosiaalisen taustan ja hänen voimavarojensa tunteminen edesauttaisivat kotiuttamisen sujuvuutta. Opinnäytetyössä esitetyssä kotiutumisen yhteistyömallissa nousi tärkeäksi vanhuksen antama yhteydenottolupa diakoniatyöntekijään liittyen kotiutumiseen ja siihen liittyviin keskeisiin tietoihin. (Lukka & Sippola 2011, 40, 45–47.)

## 2.5 Yhteistyön vahvuudet ja kehittämishaasteet

Helsingissä seurakunnan diakoniatyön ja sosiaalitoimiston välistä yhteistyötä selvitettiin Anne Oittisen ja Riitta Vuorisen opinnäytetyössä (2012). Tutkimusympäristöinä olivat Töölön seurakunta ja Helsingin sosiaaliviraston Kampin toimipiste. Oittinen ja Vuorinen halusivat selvittää millaista yhteistyötä diakoniatyön ja sosiaaliaseman välillä on, miksi sitä tehdään ja mitkä ovat vahvuudet ja kehittämishaasteet. Yhteistyön onnistumiselle koettiin tärkeäksi sama yhteinen päämäärä, halu ja tarve, auttaa ihmistä eteenpäin hänen ongelmissaan. (Oittinen & Vuorinen 2012, 25, 45.)

Tapaamiset työntekijäryhmien välillä koettiin merkityksellisiksi. Lisäksi koettiin tärkeäksi kummankin työntekijäryhmän työn sisällön tarkempi tunteminen, mikä edesauttaa yhteiseen päämäärään pääsemisessä. Töölön ja Kampin alueella diakonia- ja sosiaalitoimiston työntekijät tapaavat toisensa kaksi kertaa vuodessa DiaSo -tilaisuudessa. Tutkimuksessa diakoniatyön vahvuudeksi sosiaaliaseman tarjoamaan apuun verrattuna nousi sielunhoito ja keskusteluapu. Opinnäytetyön tekijöiden oman pohdinnan mukaan yksi este yhteydenottoon johtui mahdollisesti sosiaalityöntekijän omista asenteista tai pelosta asiakkaan suhtautumisesta seurakuntaa kohtaan. (Oittinen & Vuorinen 2012, 30–42.)

Leena Leskelä (2009) selvitti opinnäytetyössään Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Tutkimuksessa korostui yhteistyön hyöty asiakasnäkökulmasta katsottuna. Molempien ammattiryhmien osaamisen yhdistäminen turvaisi asiakastyön kokonaisvaltaisuuden. (Leskelä 2009, 55.)

### 3 DIAKONIATYÖN JA TERVEYSALAN LIITTYMÄKOHTIA

#### 3.1 Hoitaminen diakonian historiassa

Diakoniatyön alkuna Suomessa voidaan pitää Helsinkiin vuonna 1867 perustettua Diakonissalaitosta, jossa alkoi sairaanhoitajien järjestelmällinen koulutus. Diakoniatyöhön kuului sairaiden hoito sairaalassa ja kodeissa, huolehtiminen köyhistä ja turvattomista lapsista sekä palvelu turvakodeissa. Diakonissoilta edellytettiin sitoutumista laitoksen sääntöihin sekä kristillisen laupeuden noudattamista työssään. Diakonissalaitoksia perustettiin vielä lisää 1800-luvun lopulla Viipuriin, Ouluun ja Sortavalaan. (Rintaniemi 2002, 46–48; Mustakallio 2002, 203–204; Malkavaara 2007, 92.)

Laitosdiakonian rinnalle alettiin kehittää seurakuntadiakoniaa. Seurakuntadiakonia oli sairaan- ja köyhäinhoitoa sekä hengellistä julistustyötä. 1900-luvun alussa Sortavalan Diakonissalaitos oli kouluttanut miehiä diakoneiksi. Kiertävä hengellinen julistamistyö hankalissa maastoissa vaati fyysistä kestävyyttä ja katsottiin sen takia soveltuvan miehille. He tekivät työtä myös mielisairaaloissa, vankiloissa, sairaaloissa, kasvatuskodeissa ja kunnalliskodeissa. Myöhemmin miesten toiminta diakoniatyössä tyrehtyi, Sortavalan diakonikoulutus lakkautettiin vuonna 1921. (Rintaniemi 2002, 49–50; Malkavaara 2007, 97–99.)

Diakonissat olivat kiertäviä kotisairaanhoitajia ja heidän tekemänsä työ oli kansanterveyden edistämisen kannalta merkittävää. Monilla paikkakunnilla diakonissat olivat kunnan ja seurakunnan yhdessä palkkaamia ja toimivat kunnanlääkärin alaisena. Vielä 1950-luvulla diakonissat toimivat kiinteästi kotisairaanhoitossa keskittyen aikuisiin ja vanhuksiin. Kun kunta kehitti omaa kotisairaanhoitoaan 1960-luvulla, muuttui diakonissan kodeissa tekemä työ entistä enemmän hengellisyyteen painottuvaksi. Vuoden 1972 kansanterveystyön myötä kunnan tehtäväksi tuli vastata kokonaan terveydenhuollosta. Diakonissojen sairaanhoidollinen rooli suuntautui sielunhoitoon, ohjaukseen ja neuvontaan. (Malkavaara 2007, 102–103, 108, 110; Rintaniemi 2002, 49–50.)



Diakoniatoimintaa kehitettiin ja laajennettiin aloittamalla sekä naisille että miehille suunnattu diakonikoulutus Järvenpäässä Suomen Kirkon Seurakuntaopiston sosiaalisella linjalla vuonna 1953. Tarkoituksena oli muodostaa yhteiskunnallisiin aineisiin ja sosiaalityöhön keskittyvä koulutus. Tärkeäksi katsottiin myös miesten mukaan saaminen uudelleen diakoniatyöhön. Diakoniatyön terveydenhuoltokeskeisyydelle haluttiin muutosta. Uudella koulutusmuodolla haluttiin diakoniatyön laajenevan hädän alaisten auttamisesta vahvempaan yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. (Rintaniemi 2002, 59, Malkavaara 2007, 107.)

### 3.2 Diakoniatyö tänään

Diakoniatyö on yksi seurakunnan tarjoamista kirkon perustehtävistä. Kirkkojärjestyksen mukaan seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta. (Kirkkojärjestys 1991, 4§ 3.)

Diakoniatyö voidaan määritellä sekä hengelliseksi työksi että sosiaalisesti avuksi ja tueksi. Diakoniatyössä korostuvat ihmisen kokonaisvaltaisuus ja ihmiselämän monimutkaiset ongelmat. Diakoniatyön asiakastyössä käsitellään hengellisiä, työelämään ja ihmissuhteisiin liittyviä kysymyksiä. Syvällisen kohtaamisen, kuten kriisityö tai psykososiaalinen tuki, katsotaan kuuluvan kirkon osaamisalueisiin. Kirkon diakoniatyö on tullut yhteiskunnallisesti näkyväksi erityisesti 1990-luvun laman takia. Taloudellinen avustaminen kasvoi ja ylivelkaantuneet nousivat entistä suuremmaksi asiakasryhmäksi. (Yeung 2006, 39–42; Yeung 2007, 5–9, 16–17, 20–22.)

Suuri yhteinen haaste kunnille ja seurakunnille on väestön ikääntyminen ja ikääntymisen mukana tuleva tarve sosiaali- ja terveyspalveluihin (Suomen Kuntaliitto 2002, 7). Kirkko haluaa olla mukana turvaamassa hyvinvointiyhteiskunnan säilymistä. Tämän takia diakoniatyötä on kehitettävä ja löydettävä uusia toimintatapoja. (Kirkkohallitus 2010, 11.) Diakoniatyön ajatellaan olevan ihmiselle sekä hengellisenä, henkisenä, fyysisenä ja materiaalisena tukena erilaisissa

elämänvaiheissa. Tänä päivänä kirkon diakoniatoiminta mahdollistaa sekä sielunhoidollista että keskusteluapua, järjestää leiri- ja retkitoimintaa sekä vapaaehtoistoimintaa ja lähimmäispalvelua. (Helsingin seurakuntayhtymä 2014a.)

Diakoniatyöntekijöinä toimivat joko diakonissat tai diakonit. Virkanimike ei ole sukupuolisidonnainen. Diakonissa on koulutuksensa (sairaanhoitaja (AMK) -diakonissa) perusteella diakonisen hoitotyön ja diakoniatyön asiantuntija. Diakonissa toimii sairaanhoitajan tavoin erilaisissa hoitotyön tehtävissä, mutta hänellä on tämän lisäksi kelpoisuus toimia Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian virassa diakoniatyöntekijänä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a.)

Diakonin tehtävissä voivat toimia sosionomi-diakonin koulutuksen saaneet. Koulutuksessa painottuvat ihmisen aineellisiin ja yhteiskunnallisiin tarpeisiin sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset. Sekä sairaanhoitaja-diakonissa- että sosionomi-diakonikoulutusta järjestetään Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin, Oulun, Pieksämäen ja Porin toimipaikoissa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a.)

## 4 DIAKONISSA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖKUMPPANINA

### 4.1 Terveys ja sairaus

Terveys ja sairaus ovat moniulotteisia käsitteitä sekä elettävään aikaan ja yhteiskunnalliseen tilanteeseen sidottuja. Myös vallitsevat arvot ja normit vaikuttavat terveyden ja sairauden käsitteisiin sekä se, tarkastellaanko terveyttä ja sairautta pelkästään objektiivisesti vai huomioidaanko yksilön subjektiivinen tuntemus. Eri kulttuureissa pätevät omat hyväksytyt käyttäytymissääntönsä sairauden oireiden ilmaisulle esimerkiksi kivun kohdalla. Terveys määritellään yleensä kolmella tavalla: biolääketieteellinen, funktionaalinen ja positiivinen. (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen 1998, 78, 80, 88, 93–95.)

Biolääketieteellinen terveys- ja sairauskäsitys määrittelee terveyden olevan sairauden, sen oireiden ja löydösten puuttumista. Funktionaalisessa terveystieteessä sairaus aiheuttaa toimintakyvyn alenemista. Toimintakyvyn rajoite, oli se sitten fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen, aiheuttaa haittaa yksilölle itselleen mutta myös yhteisölle. Funktionaalisessa mallissa terveys nähdään voimavarana toimia sopuoinnussa muun yhteisön kanssa. Positiivisessa terveystieteessä terveyttä ei painoteta sairauden tai toimintakyvyn kautta, vaan se kuvataan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen voinnin täydelliseksi tilaksi. (Kauhanen ym. 1998, 78–80, 85–87.)

Maailman terveysjärjestön, WHO:n luomaa terveystieteestä eli täydellisen fyysisen, psyykkisen ja hyvinvoinnin tilaa, pidetään usein epärealistisena. Vastakohtana tälle WHO:n ahkerasti toistetulle määritelmälle Martti Lindqvist on kuvannut terveyttä tapahtumaketjuna ihmisen elämänkaareissa. Lindqvistin mukaan täydellisyyden tavoittelu ei ole terveyteen kuuluva ihanne, vaan terveyteen kuuluu myös kyky sietää pettymyksiä ja vastoinkäymisiä. (Kauhanen ym. 1998, 85–87.)

Kun puhutaan terveydestä, voidaan puhua myös hyvinvoinnista ja toimintakyvystä. Monissa suomalaisissa terveystieteellisissä ohjelmissa ja suosituksissa

keskeisinä tavoitteina on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Terveyden osalta väestöryhmien eriarvoisuus näkyy somaattisten ja psyykkisten sairauksien kohdalla sekä terveyteen vaikuttavissa elämäntavoissa. Terveyteen haitallisesti vaikuttavia tekijöitä ovat työttömyys, alhainen koulutustaso, pienituloisuus ja yksinäisyys sekä sosiaalisten verkostojen puuttuminen. Syrjäytymistä synnyttäviä tekijöitä ovat muun muassa toimintakykyä alentavat sairaudet ja päihdeongelmat. Syrjäytymistä aiheuttavat elämäntavat uhkaavat periytyä seuraavalle sukupolvelle. (Palosuo, Linnanmäki, Sihto & Koskinen 2006.)

#### 4.2 Terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset diakoniatyössä

Diakoniatyön asiakastyössä terveyteen liittyvät ongelmat tulevat esille epäsuorasti, esimerkiksi taloudellista apua haettaessa. Pitkään jatkunut sairastaminen ja lääkekulut voivat aiheuttaa suurta taloudellista räsitusta. Terveysongelmien havaitsemista ja terveysongelmiin tarttumista diakoniatyöntekijät voivat tehdä asiakasvastaanottotyön lisäksi leireillä ja kotikäynneillä. Sairastuneen omaiset tarvitsevat myös henkistä tukea. Omaishoitajien uupumista on sekä kaupunkien että maaseutuseurakunnissa. (Kinnunen 2009b, 66–69, 75.)

Diakoniatyöntekijöiden mukaan yleisimpiä asiakkailla esiintyviä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, syöpätaudit, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä pitkittyneet kiputilat. Sairaudet aiheuttavat taloudellisten huolten lisäksi muun muassa unettomuutta ja yksinäisyyttä. Tuki- ja liikuntaelintensairaudet vaikeuttavat normaalin arjen, kuten kaupassa käymisen, sujumista. Sairaudet lisäävät eristäytymistä muista ihmisistä ja näin ollen syrjäytymisriski kasvaa. (Kinnunen 2009b, 75.)

Mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat tulevat haasteellisimpina esille diakoniatyön asiakastyössä. Mielenterveyden ongelmilla on yhteys ongelmiin arjessa selviytymiseen ja toimeentuloon. Psykkinen terveys vaikuttaa myös fyysiseen kuntoon, toimintakykyyn ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Kinnunen 2009b, 74–75.)

### 4.3 Hengellisyys merkitys kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille

Kirkon ja uskonnon tuottaman hyvinvoinnin voidaan selittää johtuvan yhteisöllisyydestä. Kirkko yhteisönä tarjoaa yksilölle sosiaalisesta tukea. (Kallunki 2010, 99.) Chitwoodin, Weussin ja Leukefeldin mukaan uskonnolla ja uskonnollisella organisaatiolla katsotaan olevan suojaava vaikutus holtitonta päihteidenkäyttöä vastaan. (Kallunki 2010, 101–102). Suomessa vuonna 2004 alkoholin veronalennuksesta johtuneiden haittojen torjumisessa valtio halusi tehdä maallisten organisaatioiden lisäksi yhteistyötä myös kirkon kanssa. Kallunki viittaa tällä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen vuoden 2004–2007 alkoholiohjelman loppuraporttiin. (Kallunki 2010, 102.)

Yhdysvaltalaisissa uskontopsykologisissa tutkimuksissa on selvitetty uskonnon vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin. Elämänkaaren loppupäässä ihminen voi kokea elämänsä tyhjäksi. Identiteetti, joka aiemmin on muodostunut sosiaalisen aseman kautta, muuttuu ikääntyessä ”roolittomaksi”. Vanhukset, joilla on kiinteä suhde seurakuntaan ja tätä kautta tiivis sosiaalinen verkosto, kokevat elämällään olevan tarkoituksen. Uskonto vaikuttaa myös empaattiseen ajatteluun ja henkisen tuen antamiseen muille ihmisille. Syväallinen kokemus elämän tarkoituksesta edesauttaa myös fyysisen kunnon ylläpitämisessä. (Krause & Hayward 2012, 165–167.)

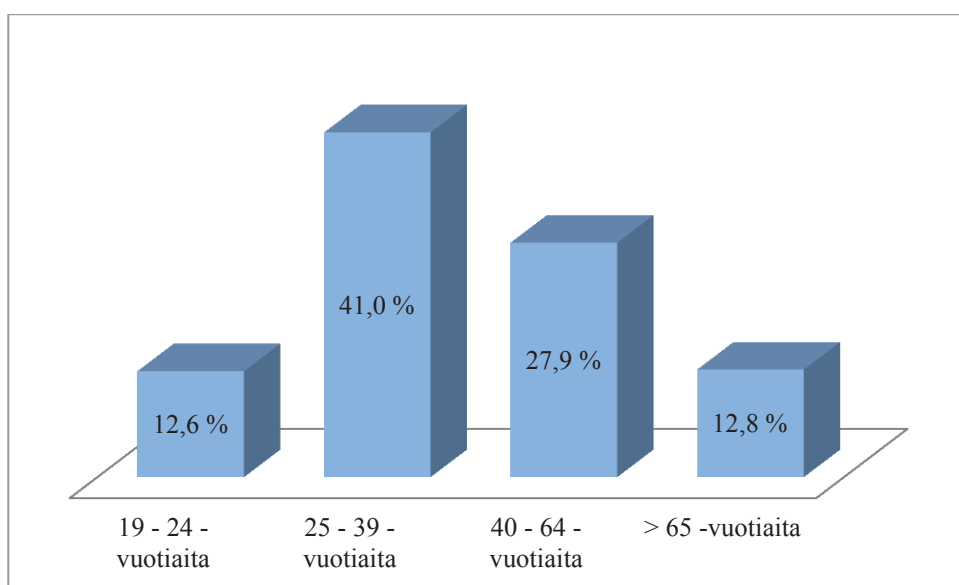
Myös Kallunki viittaa useisiin uskontopsykologisiin tutkimuksiin. Hengellisen elämän ja kristinuskon tärkeä kulmakivi, anteeksiantamus, on positiivinen tekijä psyykkisessä ja fyysisessä hyvinvoinnissa. Rukous voi motivoida terveellisimpiin elämäntapoihin. Rakkaus ja toivo ovat tärkeitä tukipilareita ihmisen olemassaolon tarkoitukselle. (Kallunki 2010, 102.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

### 5.1 Kallion asuinalue

Kallion kaupunginosaa on ennen kutsuttu työläiskaupunginosaksi, jonka asukkaita olivat ahtaasti asuneet monilapsiset työläisperheet 1960-luvulle saakka. Nykyisin alueen asukasprofiili muodostuu nuorista aikuisista, keski-ikäisistä, opiskelijoista sekä osin jo iäkkäistäkin kantakaupunkilaisista. Kallio on yksi Suomen tiheimmin asutetuista alueista ja väestörakenteessa näkyy suurena haasteena alueen suhteellisen kiivas muuttoliikenne. (Helsingin seurakuntayhtymä 2013).

Kallion peruspiirin suurin ikäryhmä on 25–39-vuotiaat (41 %). Keski-ikäisiä ja eläkeiän kynnyksellä olevia asukkaita (40–64-vuotiaat) on 27,9 % ja yli 65 -vuotiaita 12,8 %. Nuoria aikuisia (19–24-vuotiaat) alueella asuu 12,6 %. Lapsiperheitä asutokunnista on 7 % ja yhden hengen asutokuntia 66 %, muu perherakenne on 28 %:lla. Asutokuntien keskokoko alueella on 1,44 henkilöä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2012). (Kuvio 1).



KUVIO 1. Kallion alueen asukkaiden ikäjakauma

## 5.2 Kallion terveysasema

Kallion terveysaseman palvelujen piiriin kuuluvat Alppilan, Hakaniemen, Harjun, Linjojen, Merihaan, Siltasaaren, Sörnäisten ja Torkkelinmäen kaupunginosien asukkaat. Terveysasema tarjoaa perusterveydenhuollon palveluita: lääkäreiden ja hoitajien vastaanotot, päihdetyöntekijän ja psykiatrisen sairaanhoitajan sekä sosiaalityöntekijän vastaanotot. Terveysasemalta ohjataan tarvittaessa jatkohoittoon erikoissairaanhoidon yksiköihin, fysioterapiaan, jalkojenhoitoon ja ravitsemusterapiaan. Terveysaseman yhteydessä on myös äitiys- ja lastenneuvolan palvelut. (Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto 2012.) Terveysaseman vastaanottoiminnassa on 16 lääkärivirkaa ja hoitohenkilökunnan virkoja on 15, joista 10 terveydenhoitajaa, 3 sairaanhoitajaa ja 2 perushoitajaa. Lisäksi toimistotyössä on 6 perushoitajaa. (Helsingin kaupunki 2013.)

Kallion terveysasema tarjosi vuoden 2013 alussa terveyspalveluja 39 919 henkilölle. Alueen palvelujen piiriin kuuluva väestömäärä on kasvanut uuden terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 2010) myötä noin 1000 henkilöllä vuodessa. Kasvuun on vaikuttanut lain antama asiakkaan mahdollisuus valita oma terveysasemansa. (Helsingin kaupunki 2013.)

## 5.3 Kallion seurakunnan diakoniatyö

Kallion seurakuntaan kuuluvat kaupunginosat ovat Kallio, Alppila, Harju, Sörnäinen, Torkkelinmäki ja Siltasaari (Helsingin seurakuntayhtymä 2013). Alueen asukasmäärä on 39 519 henkilöä. Kirkkoon kuuluu 20 228 henkilöä, 51,2 % (Helsingin seurakuntayhtymä 2014b). Seurakunnan diakoniatyö toimii kristillisen uskon pohjalta yhteistyössä alueen asukkaiden ja eri toimijoiden kanssa. Lähimmäisenrakkauden, osallisuuden ja oikeudenmukaisuuden edistäminen on diakoniatyön tarkoitus ja tavoite. (Helsingin seurakuntayhtymä 2013.)

Kallion alueyhteisössä diakoniatyö perustuu alueen asukkaiden rohkaisemiseen käyttää omia lahjojaan ja voimavarojaan sekä aikaansa yhteisen hyvinvoinnin lisäämiseksi. Aineellisen avun antamisen rinnalla diakoniatyö pyrkii ottamaan

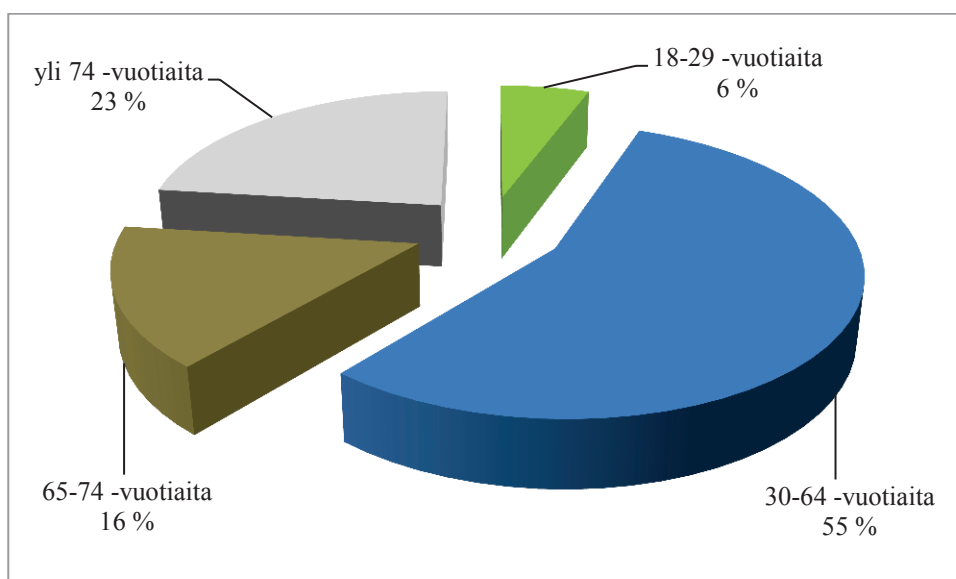
kantaa myös yhteiskunnallisessa keskustelussa siihen, ettei niin monen tarvitsisi turvautua tilapäiseen aineelliseen apuun. Diakoniatyöntekijä auttaa asiakasta myös käytännön asioissa, mm. selvittämään onko asiakas oikeutettu muihin hänelle mahdollisesti kuuluviin etuuksiin (esimerkiksi toimeentulotuki). Diakoniatyön tarjoamat avustukset harkitaan tapauskohtaisesti, jotta apu menisi sinne, missä sitä eniten tarvitaan. (Helsingin seurakuntayhtymä 2013.)

Seurakunta tarjoaa lisäksi keskusteluapua sielunhoidollisiin asioihin liittyvissä kysymyksissä, mm. vaikeassa elämäntilanteessa oleville. Seurakunnassa toimii myös palveleva puhelin sekä nettipappi- ja palveleva netti -toiminta. Diakoniatyö antaa lisäksi perhe- ja parisuhdeongelmiin apua tarvitseville tukea ja keskusteluapua. (Helsingin seurakuntayhtymä 2013.)

Kallion seurakunnassa työskentelee seitsemän diakoniatyöntekijää (Helsingin seurakuntayhtymä 2013). Vuonna 2013 heillä oli yhteensä hieman yli 1400 asiakaskontaktia (N=1409), joista vastaanotolla oli lähes 66 % (n=929), kodeissa 29 % (n=409) ja muualla 5 % (n=71). Vuonna 2013 Kallion seurakunnan diakoniatyön asiakkaista naisia oli 63 % ja miehiä 37 %. (Helsingin seurakuntayhtymä 2014c.)

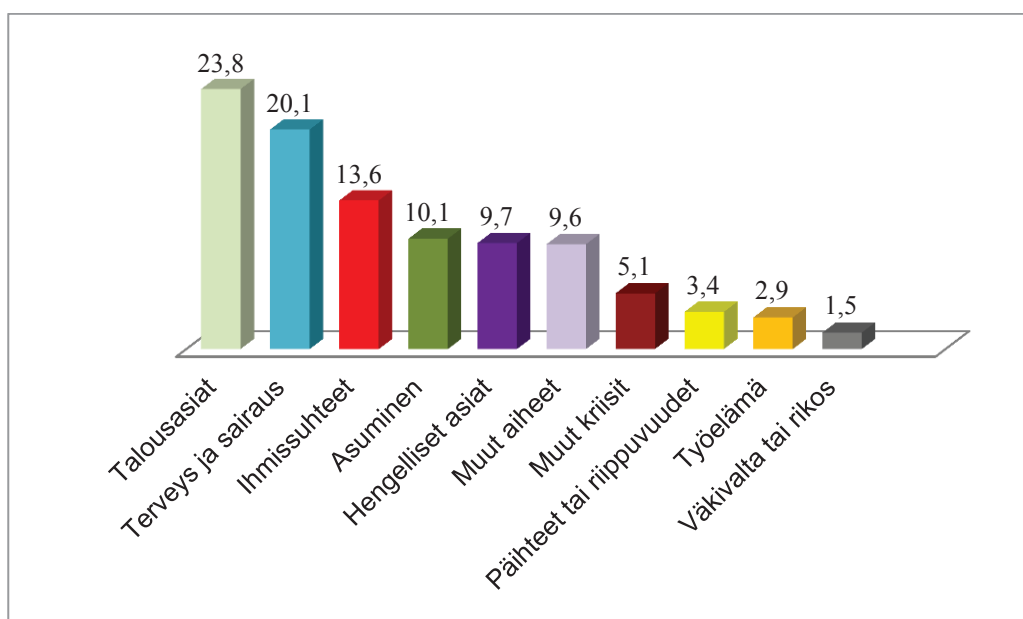
Ikäryhmittäin tarkasteltuna yli puolet (55 %) asiakkaista oli 30–64-vuotiaita. Lähes neljännes (23 %) asiakkaista oli yli 74 -vuotiaita. 65–74-vuotiaita asiakkaita oli 16 %. 18–29-vuotiaat olivat pienin asiakasryhmä (6 %). (Helsingin seurakuntayhtymä 2014c.) (Kuvio 2).





KUVIO 2. Kallion seurakunnan diakoniatyön asiakaskontaktit ikäryhmittäin prosentteina vuonna 2013

Kuviossa 3 esitetään Kallion seurakunnan diakoniatyön asiakaskontaktien aiheet prosentteina vuodelta 2013. Asiakaskontaktien aiheissa nousivat talouksen, terveyden ja sairauten sekä ihmissuhteisiin liittyvät asiat. Noin joka kymmenennessä asiakaskontaktissa aiheena olivat asuminen ja lähes yhtä usein hengelliset asiat. Muita tilastossa esiintyviä asiakaskontaktien aiheita olivat kriisit, päihteet tai riippuvuudet, työelämä ja väkivalta tai rikos. (Helsingin seurakuntayhtymä 2014c.)



KUVIO 3. Kallion seurakunnan diakoniatyön asiakaskontaktien aiheet prosentteina

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa sekä hoitohenkilökunnan yhteistyötarpeita ja -toiveita. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa seurakunnan diakoniatyön ja terveysaseman välisen yhteistyön kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Mitä yhteistyötä terveysaseman hoitohenkilökunnalla on seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa?
- Millaisia yhteistyön esteitä terveysaseman hoitohenkilökunta tunnistaa?
- Millaista yhteistyötä terveysaseman hoitohenkilökunta toivoo seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa?

## 7 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 7.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Valitsimme opinnäytetyöhömmme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimusmenetelmän. Lähtökohtana kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tutkimusongelma, johon tutkimuksella haetaan ratkaisua tai vastausta. Tarkoituksena on saada pieneltä joukolta tietoja ja tehdä tietojen perusteella tarvittavat johtopäätökset (Kananen 2008, 10–11).

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisinä asioina voidaan pitää aiemmista tutkimuksista tehtyjä johtopäätöksiä, aiempia teorioita sekä käsitteiden määrittelyä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006, 136). Omaan opinnäytetyöhömmme kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii, koska tutkimme tietyn joukon (Kallion terveysaseman hoitohenkilökunta) kokemuksia ja mielipiteitä ja käytämme opinnäytetyömme perustana niitä johtopäätöksiä, joita aiemmista tutkimuksista löytyi. Määrällisessä tutkimusmenetelmässä tutkittavia asioita käsitellään numeroiden avulla. Tutkittava tieto saadaan numeroina tai aineisto ryhmitellään numeeriseen muotoon. Saadut vastaukset tulkitaan ja selitetään myös sanallisesti. (Vilkkä 2007, 14.) Esitämme opinnäytetyössämme tutkimuskysymysten tulokset konkreettisesti lukujen ja numeroiden avulla, jotta saatuja vastauksia voidaan käyttää työelämässä hyödyksi.

Tietojen kerääminen on yksi kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimmistä osista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tiedot kerätään kyselylomakkeiden avulla riippumatta siitä, onko tutkimusmuoto haastattelu, havainnointi tai kysely. Tutkijalta vaaditaan huolellisuutta ja tarkkuutta sekä aiheen teorian tuntemusta. Lomakkeen sisällön rakentaminen on haastavaa, koska lomakkeessa on oltava kaikki tutkimukseen liittyvä tarpeellinen tieto, mutta samalla lomakkeen on myös oltava selkeä ja looginen. Tärkeintä on saada tutkimuskysymyksiin vastaavia luotettavia vastauksia. (Heikkilä 2008, 47–49; Vilkkä 2007, 62–63; Kananen 2008, 13.) Huolellisesti laadittu kyselylomake on selkeä käsitellä ja tuloksia pystytään

analysoimaan tietokoneohjelman avulla (Heikkilä 2008, 48–49; Kananen 2008, 36–37).

## 7.2 Kyselylomake

Kyselylomakkeemme perustuu aikaisemmin tehtyjen opinnäytetöiden johtopäätöksiin sekä jatkotutkimusehdotuksiin. Kysymykset pohjautuvat myös omiin kokemuksiimme yhteistyöstä sekä keskusteluihin harjoittelujaksoillamme seurakunnan diakoniatyöntekijöiden ja hoitotyöntekijöiden kanssa.

Päädyimme sähköisen kyselylomakkeen käyttöön, koska se mahdollistaa vastaamisen melko lyhyessä ajassa. Se oli myös työelämän yhteistyötahomme toiveena. Pidimme tärkeänä sitä, että vastaajien anonymiteetti säilyy, koska kohderyhmämme oli suhteellisen pieni työyksikkö.

Kyselylomakkeessa (liite 2) on seitsemän kysymystä, joista kaksi on taustatietokysymyksiä. Lomakkeen muut kysymykset käsittelevät olemassa olevaa yhteistyötä ja sen aiheita, toiveita ja tarpeita yhteistyölle sekä yhteistyön mahdollisia esteitä. Kyselyä laatiessamme mietimme kysymysten asettelua, koska halusimme saada tutkimuskysymyksemme huomioon ottaen tarpeeksi oleellista tietoa ilman, että kysymyksiin vastaamiseen kuluu liikaa aikaa.

Aineistonkeruumenetelmänä käytimme puolistrukturoitua kyselylomaketta. Muokkasimme kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja useaan kertaan ennen kyselylomakkeen lähettämistä. Halusimme varmistua siitä, että kysymykset ovat selkeitä ja että vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavoin kuin me. Strukturoiduissa kysymyksissä annetaan valmiita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsee omiin ajatuksiinsa sopivan vastauksen. Heikkilän mukaan tämän pitäisi sekä helpottaa aineiston analysointia että vähentää esimerkiksi kielivaikeuksista johtuvien virheellisten vastausten määrää. Kun kyselylomakkeessa on vastausvaihtoehdot valmiina, on vastaajan helpompaa antaa myös kritisoivia vastauksia. (Heikkilä 2008, 49–51.)

Monivalintakysymysten lisäksi lomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä. Avointien kysymysten etuna on se, että niiden avulla voidaan saada sellaisia vastauksia, joita ei ehkä alun perin ole osattu odottaa. Avointen kysymysten analysointi voi kuitenkin olla hankalaa, ja myös vastaaja voi kokea vastaamisen avoimiin kysymyksiin työläänä. (Heikkilä 2008, 49–50.)

### 7.3 Aineiston keruu

Yhteyshenkilönämme toimi Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston nimeämä edustaja, joka lähetti kyselylomakkeen vastaajille. Vastaajat saivat sähköpostin välityksellä linkkiosoitteen kyselylomakkeeseen. Kohderyhmämme oli Kallion terveysaseman hoitohenkilökunta (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat sekä lääkärit). Kyselylomakkeen alussa oli saatekirje (liite 1), jossa kuvasimme lyhyesti tutkimuksemme tarkoitusta ja tavoitetta. Saatekirjeessä kerroimme, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja että vastaajien anonymiteetti säilyy. Vastausaikaa oli kuusi viikkoa. Päädyimme kuuden viikon vastausajan antamiseen, koska kysely ajoittui alkusyksyyn, jolloin terveydenhuoltoalalla toimivilla on vielä kesälomakausi. Vastausajan päättymiseen mennessä saimme 12 vastausta. Koska halusimme saada määrällisesti mahdollisimman kattavan tutkimusaineiston, päätimme lähettää uusintakyselyn samalle kohderyhmälle. Vastausaikaa uusintakyselylle oli kaksi viikkoa. Saimme kaksi vastausta lisää eli yhteensä 14 vastausta.

### 7.4 Aineiston analyysi

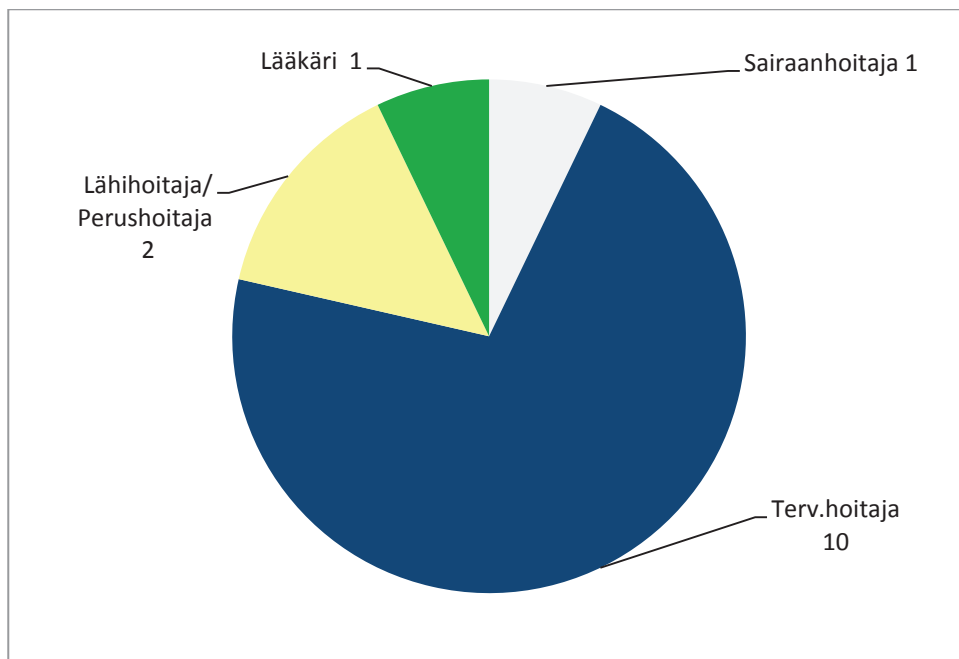
Aineisto tallentui Webropol -ohjelmaan, josta tiedot siirrettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmaan. Aineisto kuvailtiin lukuina ja frekvensseinä. Tulosten havainnollistamisessa käytettiin kuvioita. Vastaukset avoimiin kysymyksiin teemoiteltiin ja ryhmiteltiin tutkimuskysymysten mukaan. Autenttisia lainauksia käytettiin tulosten esittämisessä tekstiä elävöittämään.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Vastaajien taustatiedot

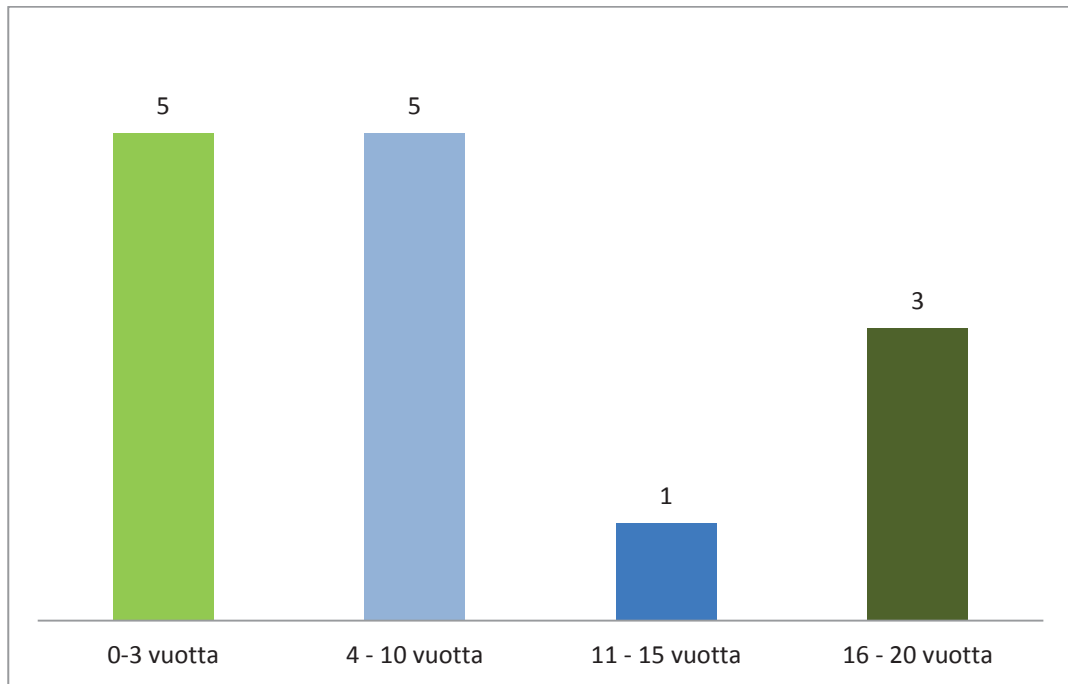
Saimme vastauksia yhteensä 14 (n=14). Vastausprosentti oli 67.

Vastaajista suurin osa oli terveydenhoitajia (10). Lähi- tai perushoitajia oli 2, sairaanhoitajia 1 ja lääkäreitä 1 (kuvio 4).



KUVIO 4. Vastaajien ammattinimikkeet (n=14)

Vastaajista viisi oli työskennellyt Kallion terveysasemalla alle kolme vuotta. Terveysasemalla 4–10 vuotta työskennelleitä oli niin ikään viisi. Neljä vastaajaa oli työskennellyt Kallion terveysasemalla yli kymmenen vuotta. (Kuvio 5).



KUVIO 5. Vastaajien työvuodet Kallion terveysasemalla (n=14)

## 8.2 Yhteistyön toteutuminen

Vain yhdellä vastaajalla oli ollut yhteistyötä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijän kanssa. Yhteistyö oli ollut satunnaista. Yhteistyön aiheena olivat asiakkaan asumiseen ja tukiverkostoon liittyvät asiat.

## 8.3 Toiveet ja tarpeet yhteistyölle

Yhteistyön parantamiseen liittyvät toiveet ja tarpeet keskittyivät syrjäytymisen ja yksinäisyyden ehkäisyyn sekä pelkojen käsittelyyn. Lisäksi todettiin terveysaseman resurssien riittämättömyys ikäihmisten kohtaamisessa. Myös kuolemaan liittyvien kysymysten käsittelyyn olisi löydyttävä aikaa.

Kuviossa 6 kuvataan asiakkaisiin liittyviä yhteistyötarpeita. Vastauksissa toistuvat ajanpuute ja kiire, jotka ovat haittatekijöitä asiakkaan kohtaamiselle.

*Osalla myös kuolemaan liittyviä pelkoja, joista olisi hyvä keskustella rauhassa. Vastaanotolla aina niin kiire.*

*Kotihoito nykyään niin kiireistä, että ihmisen kohtaaminen jää toissijaiseksi.*

*Paljonhan Kallion ta:n alueella on syrjäytymistä ja yksinäisyyttä....*

*Kallion alueella paljon yksinäisiä vanhuksia*



KUVIO 6. Terveystuollon ja diakoniatuön yhteiset rajapinnat

Yhteistyyön rakentamiseen liittyvät toiveet esiintyivät useissa vastauksissa. Vastaaajista lähes kaikki (n=6) halusivat lisää tietoa diakoniatuöstä ja sen toimintamuodoista sekä kaipasi tiedotuksen parantamista. Diakoniatuön toimintamuotoja voisi esitellä sähköpostitse lähetettävien tiedotteiden, esitteiden tai yhteisten tapahtumien avulla. Yhteistyyötä helpottavat selkeät yhteistiedot ja nopean yhteydenoton mahdollisuus tarvittaessa.

Yhteistyyön rakentamisen keinoja vastaajien mukaan ovat tiedotuksen parantaminen, esimerkkien antaminen yhteistyyömuodoista ja asioiden esillä pitäminen. (Kuvio 7.)

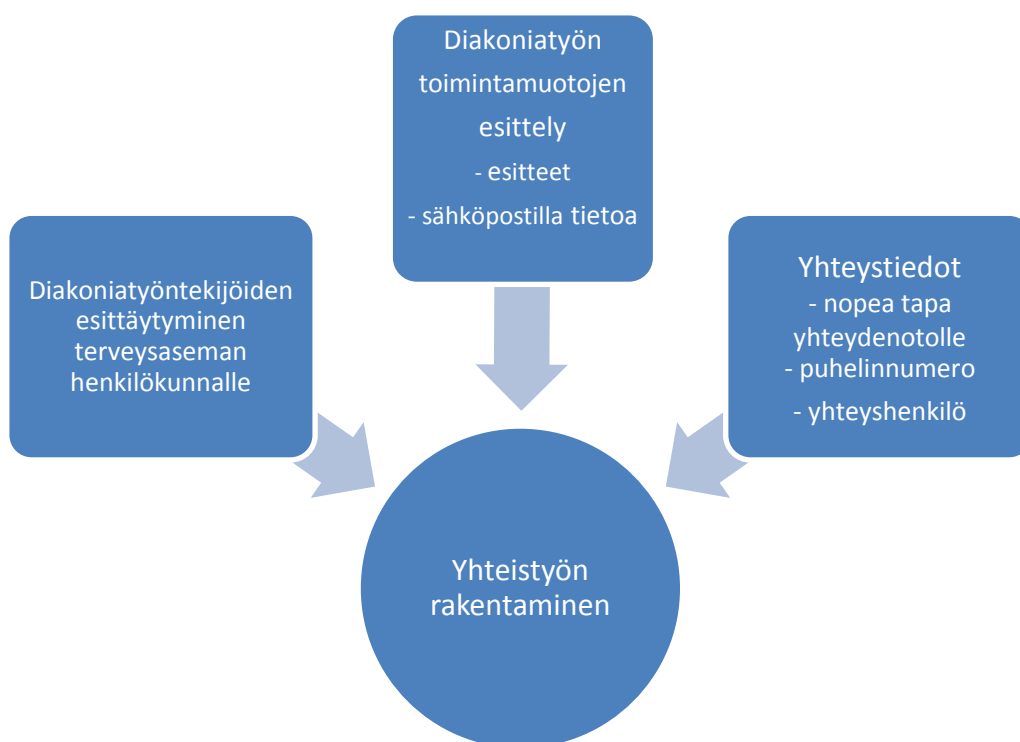


## Tiedotuksen parantaminen ja esimerkkejä yhteistyömuodoista

*Olisi mukava saada esim sähköpostilla tietoa diakoniatyöstä*

*Esimerkisi meillä olisi täällä selkeä informaatiolappu annettavaksi henkilöille jotka tuntevat tarvitsevan muutakin apua kuin selkeää terveydenhoitoa.*

*Ylipäättensä että olisivat jotenkin esillä. Heidän pitäisi tehdä jokin helppo ja nopea tapa yhteydenotolle ja minkälaisissa asioissa voisivat auttaa. Kiireisessä työssä ei ehdi kaikkea kaivaa jostain aivojen takaosasta.*



KUVIO 7. Yhteistyön rakentamisen keinoja

Diakoniatyöntekijän osallistumisesta asiakkaan hoitoprosessiin liittyvään kysymykseen vastasi yhdeksän henkilöä.

Vastaukset käsittelivät laajasti elämän eri osa-alueita. Arjen selviytymisessä tukemista sekä syrjäytymisen ja yksinäisyyden ehkäisyä korostettiin. Lisäksi diakoniatyöntekijältä toivottiin tukea henkisisissä ja hengellisissä asioissa. Myös muunlaiseen tukeen, kuten ruokaan, vaatteisiin ja elämän perusasioissa auttamiseen toivottiin diakoniatyöntekijän apua. Vastauksissa huomioitiin myös dia-

koniatyöntekijän mahdollisuus olla asiakkaan mukana terveysasemalla vastaanottokäynneillä, mikäli asiakkaalla on jo entuudestaan asiakassuhde diakoniatyöntekijään. Myös keskusteluapu, jota diakoniatyöntekijä voi antaa kriisitilanteissa, tukisi hoitoprosessia.

*Työntekijä voi tulla esim. mukaan vastaanotolle, mikäli seurakunnan diakoniatyöntekijä käy säännöllisesti asiakkaan luona ja työntekijän mukanaolosta on vastaanotolla hyötyä.  
Arjen selviytymisen tukeminen. Syrjäytymisen ehkäisy.*

*Olen omaisen kuoleman jälkeen suositellut Kallion seurakunnan sururyhmiä ja olen kertonut, että Kallion srk on aktiivinen ja avarakatseinen seurakunta.*

*Kriisitilanteissa, jos potilas tarvitsee keskusteluapua*

*Potilaan toiveesta hengellisten asioiden tueksi.*

*Henkinen tukeminen , myös muuunlainen apu, ruoka, vaatteet, neuvot elämän perusasioissa. Yksinäisyys suuri ongelma*

#### 8.4 Yhteistyön esteitä

Kaikki (n=14) vastasivat yhteistyön esteitä koskevaan kysymykseen.

Yleisesti todettiin, että yhteistyölle ei ole esteitä. Tiedon puutteen esteeksi yhteistyölle koki vastaajista kuusi, ajanpuute ja kiire olivat viiden mielestä yhteistyötä estävä tekijä, lisäksi salassapitovelvollisuutta estävänä tekijänä piti vastaajista kolme. Työn kuormittavuus ja yhteydenottoon liittyvät esteet, kuten ajanvaraus ja puhelinajat huomioitiin myös vastauksissa. Lisäksi yksi vastaaja korosti myönteistä suhtautumistaan kirkkoa ja diakoniatyötä kohtaan. (Taulukko 1).

*suhtaudun kyllä myönteisesti kirkkoa ja diakonia työtä kohtaan*

TAULUKKO 1. Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan kuvailemia esteitä yhteistyölle

| Vastausvaihtoehto  | Vaihtoehdon valinnot |
|--|----------------------|
| Tiedon puute   | 6                    |
| Ajanpuute / kiire  | 5                    |
| Salassapitovelvollisuuteen liittyvät esteet (vaitiolovelvollisuus) | 3                    |
| Asenne (kirkkoa / uskonnollisuutta kohtaan)                        | 1                    |
| Yhteydenottoon liittyvät esteet (ajanvaraus, puhelinajat)          | 1                    |
| Työn kuormittavuus   | 1                    |
| Jokin muu este   | 1                    |

## 9 POHDINTA

### 9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikan toteutuminen vaatii tutkimusta tehtäessä jatkuvaa tarkastelua ja pohdintaa. Kun tutkimuskohteena ja tietolähteenä on ihminen ja tutkitaan inhimillistä toimintaa, korostuvat eettiset kysymykset. (Leino-Kilpi 2008, 361.)

Tutkimusetiikkaa ohjaavat valtakunnalliset hyvän tieteellisen tutkimuksen ohjeet ja lainsäädäntö. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ihmistieteisiin eettiset periaatteet. Niissä on kolme ydinkohtaa: tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. (TENK 2009, 4.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) päämääränä on oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon toteutuminen. Ohjeilla halutaan myös turvata hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen terveys- ja sosiaalialalla. (ETENE 2012.)

Ammatilliseen kasvuun kuuluu jo opiskeluvaiheessa tiedostaa eettisten ohjeiden merkitys myös käytännön tasolla. Opinnäytetyöllemme oli myönnetty tutkimuslupa Helsingin kaupungin terveysvirastolta. Opinnäytetyössämme huomioimme vastaajien anonymiteetin säilymisen. Yhteistyötahomme edustaja lähetti vastaajille linkkiosoitteen kyselylomakkeeseen ja vastaukset tallentuivat Webropol -järjestelmään. Jokainen vastaus on suojattu Webropol -järjestelmässä salasanalla, joten ulkopuoliset eivät pääse tarkastelemaan vastauksia. Kyselyn aluksi avautui saatekirje, jossa kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja että vastaajan anonymiteetti säilyy.

On tärkeää ottaa huomioon tutkimukseen vastaajien määrä, ammattiryhmien edustus ja ovatko tutkimuksen tulokset sovellettavissa käytännössä potilaan tai asiakkaan hyödyksi. Myös kyselylomakkeen esitestaaminen on olennainen asia luotettavuutta arvioitaessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158, 166.) Ajanpuutteen vuoksi emme esitestanneet kyselylomaketta. Opinnäytetyömme kyselytutkimukseen osallistuneiden määrä oli hyvin pieni (n=14), mikä

vaikuttaa tuloksiin. Tästä syystä emme myöskään vertailleet vastauksia ammattiryhmittäin, koska siten yksittäinen vastaaja olisi voinut olla tunnistettavissa. Opinnäytetyömme tuloksista ei voida tehdä johtopäätöksiä, mutta saamamme vastaukset ovat kuitenkin käytännössä sovellettavissa asiakkaiden tai potilaiden hyödyksi.

On tärkeää kiinnittää huomiota tutkimuksen reliabiliteettiin ja validiteettiin. Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tulokset pysyvät samoina vaikka tutkimus toistettaisiin. Tällöin saadut tulokset eivät johdu sattumasta. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on käytetty oikeaa tutkimusmenetelmää, on mitattu oikeita asioita tutkimusongelman kannalta, mitataan sitä, mitä on tarkoituksenakin ollut mitata. (Kananen 2008, 79–85.) Työmme luotettavuutta olisi voitu parantaa kehittämällä ja esitestaamalla kyselylomaketta. Kysymyksiä olisi voinut olla enemmän. Koemme kuitenkin, että saimme kyselylomakkeella riittävästi oleellista ja käyttökelpoista tietoa, joka vastasi tutkimuskysymyksiimme.

Työmme edetessä pohdimme sitä, tekisimmekö jotain toisin kyselyn teknisen toteuttamisen suhteen. Olisimmeko saaneet enemmän vastauksia, jos Webropol-kyselyn sijaan kyselylomake olisi ollut täytettävissä paperisena? Toisaalta oman oppimisemme kannalta oli erittäin mielenkiintoista ja tärkeää perehtyä meille ennalta tuntemattoman tietoteknisen sovelluksen käyttöön.

## 9.2 Tulosten pohdinta – johtopäätökset

Opinnäytetyössämme saimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Kyselytutkimuksestamme selvisi, että Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan ja Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden välistä yhteistyötä ei juurikaan ole. Kyselystämme ilmeni kuitenkin, että yhteistyölle on tarvetta.

Yhteistyötarve on todettu myös aikaisemmissa opinnäytetöissä. Tiina Laajalan (2010) opinnäytetyössä, joka käsittelee vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa, todetaan, että yhteistyötä on, mutta se on vähäistä ja satunnaista. Laajalan opinnäytetyössä kuvataan

yhteistyön kehittämisen keinoina yhteisiä palavereita, koulutustilaisuuksia ja projekteja. (Laajala 2010, 50.) Yhteisten palavereiden ja koulutustilaisuuksien merkitys tuli ilmi myös omassa opinnäytetyöhömmme liittyvässä kyselyssämme.

Kyselystämme ilmeni lisäksi, että Kallion terveysaseman hoitohenkilökunta toivoo yhteistyön rakentamista ja lisää tietoa diakoniatyön toimintamuodoista. Myös Leena Leskelän (2009) opinnäytetyössä, joka käsittelee Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa, on niin ikään todettu hoitajien tarve lisätä diakoniatyöntekijöiden työnkuvan tunnettavuutta (Leskelä 2009, 54). Laajalan (2010) mukaan vuodeosaston hoitajat halusivat tutustua yhteistyökumppaniin, ja yhteisten tavoitteiden ja toimintamallien rakentaminen koettiin keskeiseksi kehittämisalueeksi (Laajala 2010, 50).

Aiemmissa opinnäytetöissä (Leskelä 2009, Laajala 2010, Lukka & Sippola 2011, Oittinen & Vuorinen 2012) yksinäisyyden ja syrjäytyneisyyden teemat eivät varsinaisesti korostu. Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan mukaan yksinäisyys ja syrjäytyneisyys ovat näkyviä ongelmia. Puuttuuko kenties yhteisöllisyys urbaanista ympäristöstä huolimatta siitä, että ihmiset asuvat Helsingin Kalliossa, yhdellä Suomen tiheimmin asutuista alueista. Onko pääkaupunkiseudun ulkopuolella helpompaa luoda sosiaalisia kontakteja, vaikka toisaalta pitkät välimatkat voivat aiheuttaa eristäytymistä? Yksinäisyys ja syrjäytyneisyys ovat käsitteinä laajoja ja moniulotteisia. Syrjäytyneisyys ei välttämättä tarkoita yksinäisyyttä, mutta yksinäisyys voi olla riskitekijä syrjäytymiselle. Löytyisikö Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnan ja seurakunnan diakoniatyöntekijöiden yhteistyön rakentamisen kautta keinoja yksinäisyyden ja syrjäytymisen ongelmaan?

Oman opinnäytetyömme ja aikaisempien opinnäytetöiden eräs yhteisistä haasteista näyttäisi olevan henkiset ja hengelliset asiat. Sosiaali- ja terveysalan toimijat kokevat usein riittämättömyyttä käsitellä näitä kysymyksiä. Tähän toivotaan diakoniatyöntekijöiden ammattitaitoa ja tukea. Leena Leskelän (2009) opinnäytetyössä kiteytyy diakoniatyön tarjoaman emotionaalisen-hengellisen tuen merkitys (Leskelä 2009, 59).

Opinnäytetyömme kyselyyn vastanneet kokivat ajanpuutteen, kiireen sekä sallassapitoon liittyvien asioiden olevan konkreettisia esteitä yhteistyölle. Vastaajat halusivat myös tietoa diakoniatyön toimintamuodoista. Lisäksi yhteystietojen puute koettiin esteeksi yhteydenotolle. Seurakuntaa yhteistyökumppanina ei koettu negatiivisesti. Kielteiset asenteet kirkkoa tai uskonnollisuutta kohtaan eivät näkyneet vastauksissa. Vastauksista kävi ilmi, että Kallion seurakunta koetaan aktiiviseksi ja avarakatseiseksi seurakunnaksi. Aikaisempien opinnäytetöiden mukaan hoitohenkilökunnalla voi olla myös negatiivista ajattelua seurakunnan kanssa tehtävää yhteistyötä kohtaan (Laajala 2010, 35). Työntekijän pelko asiakkaan asenteesta seurakuntaa kohtaan saattaa myös olla rajoittavana tekijänä yhteistyölle (Oittinen & Vuorinen 2012, 42).

Terveysasemalla käsitellään asiakkaan terveyteen ja sairauteen liittyviä asioita, mutta myös Kallion seurakunnan diakoniatyön tilastossa (kuvio 3) terveys ja sairaus ovat näkyvästi esillä. Vaikka hengellisellä (seurakunta) ja maallisella (terveysasema) toimijalla on oma erikoisosaamisensa terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä, olisi tärkeää, että nämä toimijat yhdistäisivät keinonsa ja toimintatapansa asiakkaan hyväksi. Onhan kysymys ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta ja hyvinvoinnin tukemisesta.

### 9.3 Kehittämisehdotuksia

Opinnäytetyötä tehdessämme meille heräsi ajatuksia siitä, kuinka yhteistyötä voisi edelleen kehittää seurakunnan ja terveysaseman välillä. Työyksikössä voisi olla henkilö, jonka toimenkuvaan kuuluisi oman työn ohessa yhteistyökoordinaattorina toimiminen. Yhteistyökoordinaattoreiden avulla vuorovaikutus pysyisi vireänä ja rakentaisi luottamusta ja vaikuttaisi positiivisesti verkostoitumiseen ja yhteistyöhön. Verkostoyhteistyön päämäärä on asiakkaan saama hyöty, ei organisatoristen rakenteiden lisääminen.

Opinnäytetyön produktina voisi toteuttaa yhteisen koulutustilaisuuden, jossa saman alueen diakoniatyöntekijät ja terveysaseman hoitohenkilökunta voivat tutustua toisiinsa. Tilaisuudessa voisi olla ammatillisia luentoja ja esitelmiä, jois-

ta olisi hyötyä molemmille toimijoille. Luentojen aiheet voisivat perustua kummankin toimijan käytännössä havaitsemiin tarpeisiin, esimerkiksi sielunhoitoon, kriisityöhön tai terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon.

Opinnäytetyönä voisi suunnitella terveysaseman ja seurakunnan intranetsivuille linkkiyhteyden, josta olisi helposti avattavissa yhteystiedot ja tietoa kyseisen yksikön toiminnasta. Näin kaikki tarvittava tieto olisi vaivattomasti ja nopeasti löydettävissä. Tämän voisi toteuttaa myös yhteistyönä esimerkiksi media-alan ammattikorkeakouluopiskelijoiden kanssa.

Jatkotutkimuksena olisi myös mielenkiintoista tarkastella yhteistyötä terveysaseman kanssa diakoniatyön näkökulmasta. Yhteistyön tarkastelua voisi tehdä myös muilla paikkakunnilla tai selvittää alueellisia eroavaisuuksia esimerkiksi Helsingin eri kaupunginosien välillä.

#### 9.4 Opinnäytetyöprosessi tukemassa ammatillista kasvua

Koska suoritamme sairaanhoitaja (AMK) -diakonissan tutkintoa, meille oli tärkeää, että opinnäytetyössämme näkyy sekä sairaanhoitajan että diakoniatyöntekijän ammatillinen näkökulma. Alun perin meitä kiinnosti, miten diakonissa voi toteuttaa seurakuntatyössä sairaanhoitajan klinisiä taitoja. Suunnittelimme myös opinnäytetyömme tekemistä produktina, jonka aiheena olisi ollut yhteistyön kehittäminen seurakunnan diakoniatyön ja perusterveydenhuollon välillä. Näin laaja tutkimusalue ei kuitenkaan ollut realistinen. Jouduimme rajaamaan opinnäytetyömme tarkastelukulmaa selkeämmäksi. Halusimme kuitenkin edelleen käsitellä seurakunnan ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Koska pääkaupunkiseudun perusterveydenhuollon ja seurakunnan välisestä yhteistyöstä ei ole tehty opinnäytetyötä, päätimme valita oman opinnäytetyömme ympäristöksi Helsingin Kallion kaupunginosan. Rajasimme tutkimuskohteeksi Kallion terveysaseman. Halusimme selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa.



Prosessina opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa niin teknisesti kuin henkisestikin. Ajankäytön organisointi oli erityisen haasteellista pitkien työharjoittelujaksojen vuoksi keväällä ja syksyllä 2013. Yhteisen ajan löytäminen ei ollut itsestään selvää. Parityönä tehty opinnäytetyö oli kokemuksena erittäin antoisa. Jatkuva kriittinen pohdinta ja reflektointi pitivät työmme käynnissä ja motivoivat meitä työssämme. Vaikka opinnäytetyömme kyselyyn vastanneiden määrä oli vähäinen (n=14), saimme mielenkiintoisia ja idearikkaita vastauksia. Tämä innosti meitä työssämme.

Koemme, että opinnäytetyöprosessi on kasvattanut meitä sekä ammatillisesti että myös ihmisinä. Olemme myös oppineet etsimään tietoa ja suhtautumaan tietoon kriittisesti. Osaamme arvioida kirjallisia lähteitä ja niiden luotettavuutta paremmin kuin opinnäytetyöprosessimme alussa. Tulemme lähettämään valmiin opinnäytetyömme Kallion terveysaseman hoitohenkilökunnalle ja Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöille ja toivomme, että työstämme olisi hyötyä käytännön työelämässä.

Olemme myös saaneet uutta näkökulmaa verkostoitumiseen ja yhteistyön merkitykseen. Verkostoituminen ja yhteistyö korostuvat usein teoriassa, mutta käytännössä niiden toteutuminen ei ole itsestäänselvyys. Verkostoyhteistyö lisää moniammatillista yhteenkuuluvuutta. Siltojen rakentaminen eri toimijoiden kesken voi jopa vaatia totuttujen rajojen rikkomista ja uskallusta luoda uutta. Vaaditaan ammatillista rohkeutta poistua tarvittaessa omalta mukavuusalueelta. Jatkuva itsensä kehittäminen ja ammattitaidon ylläpitäminen on olennainen osa sairaanhoitaja-diakonissan ammatillisuutta.

## LÄHTEET

- Aira, Annaleena 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylän yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Väitöstutkimus. Viitattu 9.1.2014. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4708-8>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu i.a. Koulutukset. Viitattu 16.3.2014. <http://www.diak.fi>
- ETENE 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Viitattu 5.12.2012. <http://www.etene.fi>
- Heikkilä, Tarja. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helin, Matti; Hiilamo, Heikki & Jokela, Ulla 2010. Diakoniatyö. Asiakkaan palveluksessa. Helsinki: Edita.
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2013. Helsinki alueittain 2012. Viitattu 14.2.2014. [http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/13\\_04\\_30\\_Hki\\_alueittain2012\\_Tikkanen.pdf](http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/13_04_30_Hki_alueittain2012_Tikkanen.pdf)
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto 2012. Viitattu 19.4.2013. <http://www.hel.fi/>
- Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto 2013. Kallion terveysaseman Hyvä vastaanotto - projekti. Viitattu 19.4.2013. <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/getfile.ashx?>
- Helsingin seurakuntayhtymä 2013. Kallion seurakunta. Viitattu 30.1.2013. <http://www.helsinginseurakunnat.fi/seurakunnat/kallio.html>
- Helsingin seurakuntayhtymä 2014a. Diakonia tukena. Viitattu 14.4.2014. [http://www.helsinginseurakunnat.fi/yhteinetoiminta/apuajatukea/diakonia\\_0.html](http://www.helsinginseurakunnat.fi/yhteinetoiminta/apuajatukea/diakonia_0.html)
- Helsingin seurakuntayhtymä 2014b. Kirkko Helsingissä. Vuositalasto 2013. Viitattu 16.4.2014. [http://www.helsinginseurakunnat.fi/material/attachments/keskusreki-steri/vuositalastot/m3fUPhaNj/Vuositalasto\\_2013.pdf](http://www.helsinginseurakunnat.fi/material/attachments/keskusreki-steri/vuositalastot/m3fUPhaNj/Vuositalasto_2013.pdf)
- Helsingin seurakuntayhtymä 2014c. Kallion seurakunnan diakoniatyön tilasto vuodelta 2013. Sähköpostiviesti 7.2.2014 Tuloste tekijöiden hallussa.

- Hiilamo, Heikki & Hänninen, Sakari 2009. Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, 24–35.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kallunki, Valdemar 2010. Yhteisön ja yhteiskunnan ehdoilla. Seurakuntien ja kuntien yhteistyö vuorovaikutuksen näkökulmasta. Helsingin yliopisto. Käytännöllisen teologian laitos. Väitöstutkimus. Viitattu 5.4.2013. Saatavissa <http://helda.helsinki.fi/E-thesis>
- Kananen, Jorma 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kauhanen, Jussi; Myllykangas, Markku; Salonen, Jukka T & Nissinen, Aulikki 1998. Kansanterveystiede. Helsinki: WSOY.
- Kinnunen, Kaisa 2009a. Johdanto. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, 10–23.
- Kinnunen, Kaisa 2009b. Sairauden leimaama hätä. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, 62–91.
- Kinnunen, Kaisa 2009c. Terveystien ja sairauteen liittyvän auttamisen muodot diakoniatyössä. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, 92–131.
- Kinnunen, Kaisa 2009d. Johtopäätöksiä. Teoksessa Kaisa Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Kirkkohallitus, 248–259.
- Kirkkohallitus 2010. Kirkko 2020. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon tulevaisuusselonteko. Helsinki. Viitattu 2.12.2012. <http://www.evl.fi/sakasti>

- Kirkkojärjestys 1991. 8.11.1991/1055 v. 1993. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 28.11.2013.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055>
- Korkala, Siru 2010. Luottamuksen ilmeneminen alueellisissa yhteistyöverkostoissa. Turun yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöstudkimus. Viitattu 9.1.2014. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-4230-5>
- Krause, Neal & Hayward, R.David 2012. Religion, Meaning in Life, and Change in Physical Functioning During Late Adulthood. Tieteellinen artikkeli. Journal of Adult Development 3/2012. Viitattu 29.11.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi> EBSCO Academic Search Premier -aineisto.
- Laajala, Tiina 2010. Vuodeosaston hoitajien käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Viitattu 20.1.2013. Saatavissa <http://theseus.fi>
- Lahtiluoma, Sami & Turunen, Raimo 2011. Kunta ja seurakunta – vuorovaikutusta ja yhteistyötä. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Viitattu 4.3.2014. <http://www.kunnat.net>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 11.3.2014.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Leino-Kilpi, Helena 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki (toim.) Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 360–377.
- Leskelä, Leena 2009. Muhoksen kunnan kotihoidon työntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä seurakunnan diakoniatyön kanssa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Oulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Viitattu 16.3.2014 <http://theseus.fi>
- Lukka, Heli & Sippola, Anne 2011. Vanhuksen kotiuttamisen yhteistyömalli. Kehitteillä olevaan arviointihoitajamalliin liittyvä yhteistyö diakoniatyöntekijän kanssa. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pori. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Viitattu 28.1.2013. Saatavissa <http://www.theseus.fi>

- Malkavaara, Mikko 2007. Suomalaisen diakoniatyön taustat ja nykytilanne. Teoksessa Kari Latvus & Antti Elenius (toim.) *Auttamisen teologia*. Helsinki: Kirjapaja, 83–121.
- Murtorinne, Eino 1992. Suomen kirkon historia. Autonomian kausi 1809–1899. Porvoo: WSOY.
- Murtorinne, Eino 1995. Suomen kirkon historia. Sortovuosista nykypäiviin 1900–1990. Porvoo: WSOY.
- Mustakallio, Hannu 2002. Köyhät, sairaat ja kirkko. Suomalaista diakoniaa 1800-luvulta 1940-luvulle. Teoksessa Virpi Mäkinen (toim.) *Lasaruksesta leipäjonoihin. Köyhyys kirkon kysymyksenä*. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 197–220.
- Oittinen, Anne & Vuorinen, Riitta 2012. ”Kummallakin on halu ja tarve auttaa ihmisiä eteenpäin heidän ongelmissaan.” Diakoniatyön ja sosiaaliliaseman yhteistyö Töölön seurakunnan ja Kampin alueella. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Sosiaalialan koulutusohjelma. Diakonisen sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. Viitattu 20.1.2013. Saatavissa <http://www.theseus.fi>
- Palosuo, Hannele; Linnanmäki, Eila; Sihto, Marita & Koskinen, Seppo 2006. Sosioekonomiset terveyserot – terveyspolitiikan ikuisuusongelma? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 12/2006. Viitattu 1.3.2014. Saatavissa <http://nelliportaali>, Terveysportti.
- Putnam, Robert D. 2000. *Bowling alone: the collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Rintaniemi, Riitta 2002. Suomalainen diakoniatoiminta 1879–1972. Teoksessa Mikko Lahtinen & Tuulikki Toikkanen (toim.) *Anno Domini 2002*. Diakoniatieteen vuosikirja. Lahden diakoniasäätiö, Lahden diakonian instituutti, 44–75.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2010. *Meidän kirkko – välittävä yhteisö*. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakonian ja yhteiskuntatyön linjaus 2015. Viitattu 11.3.2014. [www.evl.fi/](http://www.evl.fi/).
- Suomen Kuntaliitto 2002. *Kunta ja seurakunta – yhteistyössä yhteisön hyväksi*. *Praksis – tiedosta toimeen*. Nro 8. 2002. Viitattu 20.1.2013. <http://www.kunnat.net>

TENK 2009. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 5.12.2012.

[http://www.tenk.fi/eettinen\\_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf](http://www.tenk.fi/eettinen_ennakoarviointi/eettisetperiaatteet.pdf)

Terveystieteiden tutkimuslaki 30.12.2010/1326. Viitattu 1.3.2014

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Yeung, Anne Birgitta 2006. Diakonia hyvinvointivaltion puolustajana? Terveisiä diakoniatyöntekijöiden perspektiivistä . Diakonian tutkimus 1/2006, 39–43.

Yeung, Anne Birgitta. 2007 Diakonia ristipaineiden aallokossa. Diakonian työnäkö ja suhde hyvinvointivaltioon. Diakonian tutkimus 1/2007, 5–25.

LIITE 1: Saatekirje

## KYSELY KALLION TERVEYSASEMAN HOITOHENKILÖKUNNALLE

Hyvä Vastaanottaja,

Seurakunnan diakoniatyöntekijöillä on yhteistyötä kotihoidon ja vanhustyön kanssa. Teemme opinnäytetyötä, jossa selvitämme terveysaseman hoitohenkilökunnan kokemuksia yhteistyöstä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa, sekä mitä hoitohenkilökunta toivoo yhteistyöltä seurakunnan diakoniatyöntekijöiden kanssa.

Pyydämme Sinua ystävällisesti vastaamaan kysymyksiin xx.xx.xxxx mennessä.

Kyselylomake aukeaa alla olevasta linkistä.

Voit vastata nimettömänä. Käsittelemme saamamme tiedot luottamuksellisesti. Kirjoitamme raportin niin, ettei yksittäisiä vastaajia voida siitä tunnistaa.

Ystävällisin terveisin, yhteistyöstä kiittäen,

Mari Mustonen  
sairaanhoitaja-diakonissaopiskelija  
[mari.mustonen@student.diak.fi](mailto:mari.mustonen@student.diak.fi)

Ulla Viiri  
sairaanhoitaja-diakonissaopiskelija  
[ulla.viiri@student.diak.fi](mailto:ulla.viiri@student.diak.fi)

## LIITE 2: Kyselylomake

1. Ammattinimikkeesi: sairaanhoitaja  terveydenhoitaja   
perushoitaja/lähihoitaja  lääkäri
- 

2. Kuinka kauan olet työskennellyt Kallion terveysasemalla:

\_\_\_\_\_ vuotta

---

3. Oletko asiakastyössäsi ollut yhteistyössä Kallion seurakunnan diakoniatyöntekijän kanssa?

Ei

Kyllä

Kuinka usein?

satunnaisesti  säännöllisesti

---

4. Minkälaisissa asioissa olet ollut yhteydessä?

Asuminen  Toimeentulo

Tukiverkosto  Ihmissuhteet

Kriisitilanteet  Hengelliset asiat

Ikääntyminen  Mielensterveys

Päihteet  Toimintakyky

Jos haluat, voit tarkentaa omin sanoin:



---



---

5. Minkälaisia toiveita / tarpeita sinulla on yhteistyölle seurakunnan diakonia-työntekijöiden kanssa? \_\_\_\_\_

---



---

6. Minkälaisissa tilanteissa seurakunnan diakoniatyöntekijä voi mielestäsi olla mukana asiakkaasi hoitoprosessissa? \_\_\_\_\_

---



---

7. Onko terveysaseman ja seurakunnan diakoniatyön väliselle yhteistyölle mielestäsi esteitä?

Ei

Kyllä, minkälaisia?

Yhteydenottoon liittyvät esteet (ajanvaraus, puhelinajat)

Salassapitovelvollisuuteen liittyvät esteet (vaitiolovelvollisuus)

Ajan puute / kiire

Työn kuormittavuus

Tiedon puute

Asenne (kirkkoa / uskonnollisuutta kohtaan)

jos haluat, voit kuvailla tätä lisää omin sanoin:

---

Jokin muu este, mikä?

---



---

Lämmin kiitos osallistumisestasi!