

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO**

**OMAISHOITAJAN TYÖ JA SOSIAALINEN TUKI**

**Gerontologian ja kansanterveyden  
pro gradu -tutkielma**

**Sanna Valkama  
Terveystieteiden laitos  
Syksy 2001**

OMAISHOITAJAN TYÖ JA SOSIAALINEN TUKI

Sanna Valkama

Gerontologian ja kansanterveystyön pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

Syksy 2001

**TIIVISTELMÄ**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin Jyväskylän kaupungin kahdella alueella toimivien omaishoitajien kokemuksia ja näkemyksiä työstään sekä saamastaan sosiaalisesta tuesta. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka lähetettiin postitse 72:lle yli 65 -vuotiasta omaistaan tai läheistään hoitavalle omaishoitajalle. Vastausprosentti oli 71. Tutkimustulokset on esitetty frekvensseinä ja prosentteina sekä muuttujien välisinä yhteyksinä, joita selvitettiin ristiintaulukoinnin ja  $\chi^2$  -testin avulla. Tulosten mukaan noin puolet omaishoitajista oli hoidettavien puolisoita, lähes kolmasosa (29,4 %) tyttäriä ja 7,8 % muita sukulaisia tai ystäviä. Yhtään poikaa ei ollut omaishoitajana. Tärkein syy hoitajaksi ryhtymiseen oli oma halu hoitaa omaistaan (41,8 %). Melkein yhtä tärkeää oli velvollisuudentunne (39,2 %), johon lisäselityksenä mainittiin, ettei ollut muuta mahdollisuutta; kyseessä oli itsestään selvyys, ajautuminen, pakkotilanne. Hoidettavien hoitoon johtaneista sairauksista eniten (47 %) oli aivoverenkierron häiriöistä johtuvia halvauksia. Toiseksi eniten oli dementoivia sairauksia (25 %), kolmantena oli liikuntarajoituksiin johtaneita sairauksia tai vammoja (17,6 %), seuraavaksi hengityselinsairauksia (5,9 %) ja vähiten Parkinsonin tautia (3,9 %). Hoidettavista 58 % vaati jatkuvaa läsnäoloa ja useita kertoja päivässä auttamista tarvitsi 37,3 %. Omaishoitajan työ koettiin yleisesti (64,7 %) sekä henkisesti että ruumiillisesti raskaaksi, eikä hoitopalkkion koettu vastaavan työn sitovuutta ja rasittavuutta. Virallinen palvelujärjestelmä ei toiminut omaishoitajien mielestä sujuvasti. Siinä oli paljon monimutkaisuutta ja epäselvyyttä. Parhaiten tukea saatiin vapaaehtoisverkostoista kuten dementia- ja sotaveteraaniryhdistyksistä ja seurakunnista. Omaisten ja ystävien merkitys korostui sijaisina vapaa-ajan järjestelyissä ja keskustelijoina. Hoitovapaaat käytettiin vähän, vaikka siitä tiedettiin. Syynä oli useimmiten se, ettei hoidettava halunnut kenenkään muun hoitavan itseään. Toisena mainittiin hoitajan haluttomuus viedä omaistaan laitokseen. Osallistuminen virkistys- ja koulutustilaisuuksiin oli myös vähäistä. Niistä ei tiedetty, ei saatu sijaista tai ei jaksettu lähteä. Kokonaisuutena tutkittavien omaishoitoaikana oli joissakin palveluissa tapahtunut parannusta. Merkittäviä tukimuotoja ovat olleet jaksottaishoidon mahdollisuus, kotisairaanhoido, päiväsairaalatoiminta ja hoidettavan hoitoon pääsy hänen sairautessaan. Turvallisuutta toi tieto yhdyshenkilöstä, johon voi ottaa yhteyttä vaikeissa ja yllättävissä tilanteissa. Tämä tutkimus antaa viitteitä omaishoitajan työn kehittämistarpeista. Omaishoitajat itse pitivät tärkeinä kehittämiskohteina 1) ympärivuorokautisen, kohtuuhintaisen hoidon järjestämistä, 2) koulutus- ja virkistystilaisuuksien järjestämistä, 3) palkkion korottamista tai veron pienentämistä. Palveluista ja muista tukimuodoista tiedottamiseen toivottiin selkeyttä. Näillä toimenpiteillä nähtiin olevan yhteys omaishoitajien uupumuksen ennaltaehkäisyyn.

Avainsanat: vanhustyö, omaishoito, sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	1
1 JOHDANTO	3
2 TUTKIMUKSESSA ESIINTYVIÄ KÄSITTEITÄ	6
2.1 Omaishoito	6
2.2 Hoiva ja huolenpito	6
2.3 Toimintakyky	7
2.4 Sosiaalinen tuki	7
2.5 Taloudellinen tuki	8
2.6 Tukiverkostot	10
3 OMAISHOITO SEN TUKEMINEN	12
3.1 Ikääntyneiden omaishoidon tarve	12
3.2 Omaishoitajan työ	12
3.3 Omaishoidon tuen tarve	14
3.4 Omaishoidon merkitys hoidettavalle	15
3.5 Omaishoidon merkitys hoitajalle	16
3.6 Omaishoidon merkitys yhteiskunnalle	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS	19
5 AINEISTO JA MENETELMÄT	20
6 TULOKSET	22
6.1 Omaishoitajien tausta	22
6.2 Hoidettavien tausta	23
6.3 Hoidettavien toimintakyky	24
6.4 Omaishoidon tuki	28
6.4.1 Taloudellinen tuki	28
6.4.2 Sosiaalinen tuki	29
6.5 Omaishoitajien kokemukset työstään	29
6.5.1 Omaishoitajien kokemukset palveluista	29
6.5.2 Hoitotyön kokeminen	33

7	POHDINTA	36
	7.1 Tutkimuksen luotettavuus	36
	7.2 Hoitajat, hoidettavat ja hoitoympäristö	37
	7.3 Taloudellinen tuki	38
	7.4 Hoitotyön kokeminen	39
	7.5 Omaishoitotyön tulevaisuudennäkymiä	41
	LÄHTEET	43
	LIITTEET	47

## THE CAREGIVERS WORK AND SOCIAL SUPPORT

Sanna Valkama

A pro gradu -thesis in Gerontology and Public health  
University of Jyväskylä, department of health sciences  
Autumn 2001

### ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the experiences and opinions of the caregivers concerning their work and the social support they had received. The data were collected by the means of a structured questionnaire, which was mailed to the 72 caregivers, who cared for a relative over 65 years of age in two areas of Jyväskylä. The percentage of response was 71. The results are presented as frequencies and percents. The connection between variables was examined with crosstabulation and  $\chi^2$  test. According to the results about half of the caregivers were patients' spouses, almost a third (29,4%) were daughters and 7,8% were other relatives or friends. There were no sons among the caregiver. The most important reason to become a caregiver was the will to care for a relative (41,8%). Nearly as important was the sense of responsibility (39,2%), which some explained to be due to having no other options, or it being a matter of course, or being driven to the situation, or being forced to do so. The diseases leading to need for care were, in order of importance, paralyse caused by disorders in brain circulation (47 %), diseases leading to dementia (25 %), physical limitations caused by diseases or accidents (17%), respiratory diseases (5,9%) and Parkinson's disease (3,9%). Of those cared for 58% required continuous presence and 37% needed help several times per day. The work of an caregiver was generally (64,7%) considered mentally and physically heavy, and the recompense was not felt to correspond to the obligation and strain of the work. The official service system did not function fluently according to the caregivers. It was found to be very complicated and ambiguous. Volunteer networks, like dementia and war-veteran associations and churches offered the best support. The importance of relatives and friends as people to talk to and as substitutes to arrange for free time was emphasized. Leave was seldom taken, even though people knew they were entitled to it. The reason was usually that the patient did not want anyone else to care for them. Another important reason was that the caregivers were not willing to take their relatives to an institutional care. Participation in recreational and training events was low. They were either not known of, a substitute could not be found, or people were simply too tired to attend. As a whole, some services improved during the time of care. Significant forms of support have been the possibility of interval institutional care, homenuising, dayhospital and the patient's access to treatment in case of illness. A sense of security was brought about by knowledge of a contact person, who can be contacted in difficult and surprising situations. This study showed that various improvements are needed in caregivers work. Matters important to develop, according to the caregivers themselves, were 1) 24-hour, reasonable-priced treatment, 2) training and recreational events, 3) better wages or lower taxes. Clarity was desired in information of services and other forms of support. These measures were felt to have an important part in preventing the caregivers exhaustion.

Key words: work with the elderly, caregiver, social networks and social support

## 1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKESin vuonna 1997 tekemän selvityksen mukaan omaishoidon tukea koskevan lain toteutuksessa havaittiin puutteita, kuten minimimäärän alittaneita tukia ja puutteita varallisuusharkinnan käytössä tukea myönnettäessä. (Omaishoito - Vaihtoehtoinen Avohuollon palvelu 1996.)

Keski-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveisosasto teki kuntakyselyn omaishoidon tilanteesta Keski-Suomessa vuonna 1996, jolloin asetus omaishoidon tuesta oli ollut voimassa 2,5 vuotta. Palvelurakenteen uudistusten johdosta kunnissa oli ryhdytty monipuolistamaan avohoidon palveluita. (Omaishoito - Vaihtoehtoinen Avohuollon palvelu 1996.)

Seuraavana vuonna 1997 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Dementiahoitoketju -projektin omaishoidon tukiryhmässä syntyi ajatus omaishoitajien kokemusten ja mielipiteiden selvittämisestä omaisten ja omaishoitajien tukemis- ohjaus- ja neuvontatoiminnan suunnittelun avuksi. Selvitys toteutettiin yhteistyössä Keski-Suomen lääninhallituksen kanssa. Sitä ei haluttu rajata dementiaa sairastavista huolehtiviin omaishoitajiin, vaan mukaan otettiin kaikki omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat. (Schuurman 1997.)

Keski-Suomen selvityksessä haluttiin kokemusten ja näkemysten lisäksi tietoa omaishoitajien hoitotyön kehitysehdotuksista. Haluttiin tietää, millaista tukea he saavat työhönsä, mitä puutteita heidän työnsä tukemisessa on ja minkälaista koulutusta he ovat saaneet työhönsä sekä tarkasteltiin heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. (Schuurman 1997.) Selvitys toteutettiin kyselynä, johon saatiin 632 vastausta kaikista Keski-Suomen kunnista. Vastauksista ilmeni, että omaishoitajat kaipasivat enemmän informatiivista, emotionaalista ja taloudellista tukea. Sosiaali- ja terveyspalveluja he käyttivät vähän ja toivoivat niitä maksuttomiksi. Omaishoitajille järjestettyihin yhteisiin tilaisuuksiin osallistumisen suurin este oli sijaishoitajien puute.

Selvityksissä esiin tullee puutteisiin on paneuduttu palvelusuunnittelulla ja järjestämällä koulutusta sekä omaishoitajille että heidän kanssaan toimiville sosiaali- ja terveystyöntekijöille ja vapaaehtoisverkostoille.

Kotia pidetään parhaimpana turvapaikkana kaikenikäisille, asuipa siellä yksin tai perheyhteisössä. Useimmat ihmiset haluavat yrittää selviytymistään tutussa ympäristössä myös vanhetessaan kunnan huonontuessa. Perheen antama tuki on ratkaiseva tämän onnistumiseksi. Sairauden aika liittyy kiinteästi ihmisen menneeseen ja tulevaan elämään, jota ei voi erottaa ikääntyvän muusta elämästä. Siksi se olisi luonnollista kohdata kotona, jos se vain on mahdollista. (Komiteamietintö 1996, Backman 1997, Heikkinen ym. 1997.)

Aikaisemmin yhteiskunta ei tukenut omaishoitoa. Kuului asiaan hoivata avuntarpeessa olevia läheisiä. Tehtävä lankesi luonnostaan naisille, jotka lastenhoidon vuoksi muutenkin olivat poissa kodin ulkopuolisesta työstä. Läheisistään huolehtiminen on ollut mahdollista varsinkin maatalousyhteiskunnassa. Kulttuuriin kuului hoivata toisiaan läpi elämän. (Julkunen 1990.) Vaaraman (1993) mukaan yhteiskuntamuutos ja sen myötä kaupunkilaistuminen vei eri ikäiset asumaan omiin asuntoihinsa eri paikkakunnille, jopa eri maihin, ja varsinkin naiset siirtyivät työhön kodin ulkopuolelle. Ikääntyvät saattavat olla leskiä, eronneita tai muuten yksinäisiä. He voivat tulla toimeen taloudellisesti eri eläkkeiden turvin, mutta läheinen ihminen puuttuu. Tarvittaisiin henkilö, joka olisi heidän tukenaan, kun iän tuoma raihnaisuus tai sairaus alkaa, sillä jokainen ihminen tarvitsee toisen ihmisen tukea, kanssakulkijaa, ei vähiten vanhus (Julkunen 1990, 1992).

Tutkimusten mukaan useimmat omaiset ovat halukkaita auttamaan ja hoivaamaan omaistaan/läheistään hänen vanhetessaan (Helameri 1995, Päivärinta 1997). Nykyään ikääntyvien huollon palvelukokonaisuus olisi paljon huonompi, jos omaiset eivät ottaisi vastuuta hoidosta. Arvion mukaan omaishoito tai muu lähipiiri kattaa 70-80 % vanhojen ihmisten hoidosta ja vain 20-30 % julkinen tai jokin muu ammatillinen palvelujärjestö. (Heinola 1996.)

Omaishoidon tarpeellisuus ja arvo ymmärretään jo nykyään, mutta yhteiskunnan taloudelliset resurssit ovat riittämättömiä vastaamaan omaishoidon haasteisiin. Yhteiskunta ei pysty yksin huolehtimaan yhä lisääntyvistä ikääntyvistä. Asian vaikutus yhteiskunnalle on Heikkisen (1997) mukaan pikaisesti selvitettävä. Omaishoidon kustannukset ovat kunnalle huomattavasti halvempia kuin laitoshoido. Esimerkiksi kalleimman omaishoidon päivämaksun lasketaan olevan keskimäärin puolet vanhainkodin hoitopäivämaksusta ja kolmannes terveyskeskussairaalan hoitopäivämaksusta.

Päättäjät ovat kiinnostuneet omaisten iäkkäille antamastaan hoidosta vasta 1900-luvun loppupuolella. Sysäyksen tähän antoi 90-luvulla aloitettu sosiaali- ja terveysalan palvelurakenteen muutos. Siinä pyrittiin vähentämään laitoshoidoa ja suuntaamaan voimavaroja avohoitoon. Silloin lisättiin myös palvelutaloja ja ryhmäkoteja. (Heinola 1996.)

Virallisesti omaisten antamaa huolenpitoa ja hoivaa alettiin arvostaa ja tunnustaa vuonna 1993, jolloin astui voimaan omaishoidon tuen uudistus. Omaishoitajan asemaa parannettiin liittämällä tuen saajat eläketurvan piiriin ja antamalla suositus järjestettävästä vapaa-ajasta (Winblad 1993).

Omaishoitajien lukumäärä on lisääntynyt vuosittain, osin sen vuoksi, että omaishoitajat ovat oppineet hakemaan tukea. Virallisilla omaishoidontuen järjestelyillä ei pystytä kattamaan kaikkea omaisten ja omaishoitajien tuen tarpeita. Niinpä tukiverkostot, joihin kuuluvat potilasyhdistykset ja eri järjestöt, ovat käynnistäneet toimintoja omaisten tukemiseen (Heinola 1996).

Omaisille annetaan vastuuta läheistensä huolenpidosta - samalla usein suorastaan veloitetaan siihen. Läheisenä toisen ihmisen elämäkuvioihin osallistuvana omaishoitaja kohtaa monenlaisia asioita: paljon työtä, murhetta, kipua, jopa kuolemaakin. Näiden kohtaamiseen hän tarvitsee tukea ja opastusta samoin oppiakseen luopumaan, kun sen aika tulee.

Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli Jyväskylän kaupungin johtavan kotipalvelun ohjaajan toivomus kyselytutkimuksesta, jossa tarkasteltaisiin omaishoitajien sosiaalisen tuen nykytilannetta. Tutkimusjoukoksi valittiin Jyväskylän kaupungin keskusta- ja länsialueella toimivia omaishoitajia, koska suurin osa heistä asuu edellä mainituilla alueilla. Tässä tutkimuksessa omais- ja läheishoitajat on rajattu sellaisiin, jotka saavat omaishoidon tukea ja tekevät siihen oikeuttavaa työtä ottaen täyden vastuun läheistensä hoitamisesta ja hoivaamisesta kotioloissa.



## 2 TUTKIMUKSESSA ESIINTYVIÄ KÄSITTEITÄ

### 2.1 Omaishoito

Gothónin (1991) mukaan *omaiseksi* katsotaan omat vanhemmat, isovanhemmat; lapset, lasten puoliset, lastenlapset ja muut heidän kanssaan pysyvästi asuvat henkilöt, sekä sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista, heidän puolisonsa sekä hyvin läheiset ystävät. Yhteneväistä määritelmää ei ole, samoin kuin ei omaishoidollakaan.

**Omaishoito** on Nordhusin (1993) mukaan hoidon ja avun antamista omaiselle, joka on itse estynyt huolehtimaan itsestään. Hän pitää sitä ihanteellisena hoitomuotona, koska siinä pidetään huolta toisen ihmisen hyvinvoinnista ja siinä koetaan tyydytystä molemmiin puolin vuorovaikutuksen ollessa parhaimmillaan.

### 2.2 Hoiva ja huolenpito

**Hoivatyössä** ollaan tekemisissä inhimillisen avuttomuuden kanssa. Jotta hoidettavan perustarpeet täyttyisivät ja sosiaaliset yhteydet säilyisivät, on hoivatyöntekijän oltava saatavilla ja käytettävissä aina, kun häntä tarvitaan. Etuoikeutena sitä ei voida pitää, jos ei taakkanakaan. (Julkunen 1989.)

Monet asiat vaikuttavat siihen, että ryhdytään omaishoitajaksi. Hoidettava on läheinen; pitkää ihmissuhdetta kannattava rakkaus, moraali, jopa kutsumus, vastuuntunto sekä toimiva vuorovaikutus. Nämä kaikki antavat hyvän pohjan hoitosuhteelle. Usein ei ole myöskään vaihtoehtoja olemassa. Omaisista huolehtiminen on myös kulttuurisidonnainen asia. (Gothóni 1991, Julkunen 1989, Vaarama 1992.)

**Läheis-/omaishoito** on olemista yhtä paljon kuin tekemistä - samaistumista hoidettavaan. Se on osallistumista kasvuun, kipuun, luopumiseen ja luovuttamiseen. Hoivaaminen ottaa hoitajan kokonaan, eikä jätä juuri tilaa

itsekkäille pyrkimyksille. Useasti sosiaaliset ja muut suhteet ja aiheet häipyvät sitovassa hoitosuhteessa. (Julkunen 1990.)

### 2.3 Toimintakyky

Hoidettavan toimintakyvyllä on suuri merkitys hoitajan fyysiseen ja psyykkiseen kuormittavuuteen (Glasser ym. 1990, Draper ym. 1992, Marchi-Jones ym.1996). Käsitteenä toimintakyvyllä ei ole löydetty yhtä ainoaa hyväksyttyä ja pätevää määrittelyä, mutta lääketieteessä toimintakyvyn tutkimuksen painopisteenä on toimintakyvyn tason ja seurausten selvittäminen, ei niinkään hyvän toimintakyvyn arviointi (Laukkanen 1998). Toiminnanvajavuudella tarkoitetaan WHO:n, Maailman Terveysjärjestön (1980) määritelmän mukaa seurauksia, joita aiheutuu terveysongelmista tavanomaisten toimintojen toteuttamisessa.

lääkkäiden toimintakyvyn arvioimisen mittarina käytetään päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, jonka yleisnimitys on ADL (Activities of Daily Living). Se sisältää Katzin ym. (1963) mukaan päivittäisistä perustoiminnoista PADL (Physical Activities of Daily Living) selviytymisen ja Lawtonin ja Brodyn (1969) mukaan asioiden hoitamisesta IADL (Instrumental Activities of Daily Living) selviytymisen. Päivittäisiä perustoimintoja ovat syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen sisällä ja ulkona, WC:ssä käyminen, pidätyskyky, vuodetoiminnot ja ulkonäöstä huolehtiminen. Asioiden hoitamistoimintoja, joita kutsutaan myös *välineellisiksi toiminnoiksi*, ovat mm. taloustyöt, siivous, ruuanvalmistus, lääkkeiden käyttö, kulkuvälineissä liikkuminen, puhelimen, television ja radion käyttö ja raha-asioiden hoito.

### 2.4 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen tunnusmerkkinä on auttaa vaikeuksissa olevaa henkilöä selviytymään tilanteestaan itselleen sopivalla tavalla. Tuen tarve on sen mukainen, minkälainen on hoidettavan toimintakyky ja tilanteen aiheuttama kuormittavuus hoitotilanteessa.

Sairastuminen muuttaa elämää. Haasteiden kohtaamisen apuna ihminen käyt -

tää sosiaalista verkostoa. Verkoston laajuus, vuorovaikutus ja sen läheisyys vaikuttavat sosiaalisen tuen laatuun ja muotoon, jossa tärkeimpiä ovat sisällöllisen tuen piirteet. (Uutela 1992.) Hän jakaa sosiaalisen tuen muodot kuuteen sisältötekijään: *Tunnetuki* tarkoittaa sympatiaa, arvostusta ja johonkin kuulumisen tunnetta. Läheiset ihmiset, mutta myös kaukaisemmat ystävät, sukulaiset ja työtoverit voivat olla tunnetukea antamassa. Perhe, ystävät ja vapaa-ajan yhteisöt tarjoavat yhdessäolon kautta positiivisia, sosiaalisia kontakteja. *Yhdessäololla* on stressiä vähentävä ja sen aiheuttamia paineita alentava vaikutus. *Instrumentaalinen tuki* on välitöntä elämänhallintaa edistävä ja konkreettisesti tavoitteiden saavuttamiseen auttavaa tukea. Omaisten ja perheen lisäksi tällaista tukea antavat asiantuntijat ja viranomaiset. *Tiedollinen tuki* on neuvontaa ja ohjausta, jota antavat niinikään ammattiauttajat. Myös läheisten ohjaava tuki on ulkoisten vaatimusten stressivaikutusta alentavaa. *Arviointituki* auttaa itsereflektoinnissa, omien kykyjen arvioinnissa ja vertailussa. Tällä tuen muodolla on myös suojavaikutuksia. Arviointitukea antavat etupäässä läheiset. Kuudentena sisältötekijänä on *statustuki*, joka samoin kuin tiedollinen tuki alentaa ulkoisten vaatimusten stressivaikutusta. Statustukea saadaan työperhe- ja vapaa-ajan sosiaalisten roolien kautta.

## 2.5 Taloudellinen tuki

Omaishoitajuuteen alettiin suhtautua myönteisesti 1990-luvun vaihteessa. Siihen ovat vaikuttaneet monet tutkimukset, joiden jälkeen myös taloudelliseen tukeen on alettu kiinnittää huomiota. (Winblad 1993.)

Omaishoidon taloudellinen tuki on hoitajalle maksettavaa rahapalkkaa ja/tai tarvittavia palveluja hoidettavalle turvaamaan hoidon onnistumista (Heinola 1996). Asetus omaishoidon tuesta tuli voimaan 1.7. 1993 (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1993). Sopimuksen omaishoidosta tekee kunta vanhuksen hoitajan kanssa. Näin omaisen/läheisen saa taloudellisen mahdollisuuden jatkaa jo tekemäänsä hoitotyötä tai aloittaa sen vaihtoehtona vanhuksen laitoshoidon siirtymiselle. Samalla parannettiin omaishoitajan asemaa liittämällä tuen saajat eläketurvan piiriin ja antamalla suositus järjestettävästä vapaa-ajasta. (Winblad 1993.)

Lakisääteistä vapaata koskeva sosiaalihuoltolain muutos tuli voimaan 1.1.1998. ( Liite 1). "Lain perusteella omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä hoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään yksi vuorokausi sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai päivittäin."

Omaishoidon tuki, jota kutsutaan myös hoitopalkkioksi, on porrasteinen hoidon sitovuuden ja vaativuuden mukaan. Alin hoitopalkkio vuonna 1993 oli 1069 mk/kk. ja korkein 4000mk/kk, jos hoidettava on runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva. Toiseen ryhmään kuuluvat melko paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat hoidettavat. Lisäksi on mahdollista saada sopimuksenmukainen rahapalkkio, jos hoidon tarve on vähäistä tai tilapäistä. Hoitopalkkioissa esiintyy kirjavuutta johtuen kunkin kunnan harkintamahdollisuudesta. Palkkiota pyritään tarkistamaan vastaamaan hoitoisuutta. (Winblad 1993.) Indeksikorotuksen jälkeen esim. Jyväskylässä maksettava hoitopalkkio on 1000 - 4440 mk/kk. (Sosiaali- ja terveystoimi. 2001.)

Hoitotuki on avohoidon taloudelliseksi tukemiseksi hakemuksesta saatava etuisuus. Kansaneläkelain uudistus vuonna 1998 ja laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta vuonna 1992 paransi kotona hoidettavien ikääntyvien asemaa. Hoitotuen saannin edellytyksenä on, että sairauden tai vamman aiheuttama avuttomuus vaatii toisen henkilön välttämätöntä apua henkilökohtaisissa päivittäisissä perustoiminnoissa. Hoitotukea voi saada myös sellainen, joka tarvitsee valvontaa ja ohjausta kognitiivisten toimintojen häiriön, mahdollisen sairauskohtauksen, muistamattomuuden tai mielisairauden takia. Joissakin tapauksissa sairauden tai vamman aiheuttamista ylimääräisistä kustannuksista kuten saattajasta ja siivouksesta voi saada hoitotukea. (Winblad 1993.)

Hoitotuki on kolmiportainen. Alin hoitotuki on 272 mk/kk, jos hoidettava tarvitsee säännöllistä, 1-2 kertaa viikossa toistuvaa apua tai ohjausta. Korotettu hoitotuki on 678 mk/kk. Sitä maksetaan henkilölle, joka tarvitsee jokapäiväistä, aikaa vievää toisen henkilön apua tai ohjausta ja valvontaa. Erityishoitotuki on 1382 mk/kk, jos hoidettava on vuodepotilas tai pyörätuolia käyttävä pidätyskyvytön ja muutoin avuton henkilö joka voi liikkua, mutta sairastaa esim. vaikeaa dementiaa tai muuta raskaan hoitotaakan aiheuttavaa sairautta; käytöksensä vuoksi hän voi olla arvaamaton ja hyökkäävä vaatien itsensä ja ympäristön turvallisuuden vuoksi toisen henkilön jatkuvaa varuillaan oloa erityisjärjestelyin. Hoitotuen

saamiseen eivät vaikuta ikä eikä varallisuus. Hakemukseen tarvitaan lääkärin täyttämä Kansaneläkelaitoksen C -lausunto. (Winblad. 1993.)

## 2.6 Tukiverkostot

Tukiverkostoja on virallisia ja epävirallisia, julkisia ja yksityisiä. Sosiaali- ja terveyskeskukset ja erilaiset sairaalat ovat virallisia järjestelmiä. Epävirallisia ovat esim. perhe, lähisukulaiset, potilasyhdistykset ja eri vapaaehtoisjärjestöt. Nämä järjestelmät toimivat parhaiten, jos ne tekevät monipuolista yhteistyötä. (Gothóni 1991). Hänen mukaan eräs keskeisimpiä kysymyksiä perusterveydenhuollossa on tukeminen oikeaan aikaan ja riittävästi. Tarvitaan jatkuvaa reaalista interventiota; tutkimusta ja keskustelua siitä, mikä on arvokasta ja mitä periaatetta olisi sovellettava kussakin esiin tulevassa tilanteessa. (Gothóni.) Samoin Brankcaerts ja Richardson (1993) toteavat, että monien tahojen yhteistyö ja samanlaisten ongelmien kanssa kamppailevien ryhmätuki on tärkeää kotihoidossa.

Tukemalla kotona asumista autetaan hoivapalvelun tarpeessa olevaa ikääntyvää elämään ja tuntemaan turvallisuutta sekä parantamaan hänen elämänlaatuaan. Laitoshiitoon joutuminen siirtyy vain, jos omaishoitajalla ja vanhuksella on ympärivuorokautinen avun saannin mahdollisuus ja että ennakoimattomissa tilanteissa omaisiaan hoitavat eivät jää yksin tai jonoon apua tarvitessaan. (Heikkinen 1995, Päivärinta 1997.)

Sosiaali- ja terveyspalveluverkosto kattaa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun, kuntoutuksen apuvälinepalveluineen ja kuljetuksen. Päiväpaikat, päiväsairaalat, vanhainkodit ja palvelutalot ovat perinteisesti olleet kunnallisia. Yksityiset palvelut ovat lisääntymässä, joskin ne saattavat olla liian kalliita hoidettavien omasta eläkkeestä maksettaviksi. Tämän virallisen organisaation työntekijät toimivat myös omaishoitajien ohjaajina ja kouluttajina osallistuen myös hoitosuunnitelman tekoon ja toteutumisen seurantaan. Ammattiauttajan on jatkuvasti omaksuttava uutta tietoa, koska heiltä odotetaan asiantuntijuutta yksilöllisissä tilanteissa. (Gothóni 1991.) Työ on myös eettisesti vastuullista. Hendersonin ja McConnellin (1997) mukaan hoitohenkilökunta on hoidettavan puolestapuhuja, joka haastetaan ja velvoitetaan sosiaalisesti omaksitunnoksi, edelläkulkijaksi paremman vanhusten hoidon puolesta.

Glasser ym. (1990) selvittivät tutkimuksessaan omaishoitajan, lääkärin ja dementiapotilaan yhteistyötä. Siinä työssä, kuten pitkäaikaishoidossa yleensä, kohdataan hyvinkin intiimejä ja vaikeita asioita. Yhteistyö hoidettavan kanssa on vaikeaa, on ennakkoluuloja, väärinkäsityksiä ja epävarmuutta puolin ja toisin. Omaishoitotilanteen kohtaaminen ei ole ammattiauttajallekaan helppoa. Tarvitaan ihmissuhdetaitoja hyvän vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Glasserin ym. (1990) tutkimuksessa todettiin, että perhehoitoa arvostetaan, mikä auttaa ymmärtämään muiden perheenjäsenten velvollisuuksia. Lääkärin ennen melko etäinen suhtautuminen on muuttunut omaishoitoa kannustavaksi. Esille tuli myös sekä yhteisö- että yksilöpalvelujen saannin tärkeys ja lääkäriresurssien käyttö ohjauksessa, mikä lisäisi vuorovaikutuksen onnistumista. Tutkimuksessa todettiin vielä, että potilaiden ja omaishoitajien tarpeita tulisi lähestyä mahdollisuuksien mukaan monitieteisesti.

Jyväskylän kaupunki on perustanut vapaaehtoistoiminnan keskuksen (VaParin), josta koulutetaan ja välitetään vapaaehtoisia, annetaan keskusteluapua ja tehdään yhteistyötä järjestöjen ja yhteisöjen kanssa. Jyväskylän VaPari osallistui myös hoitotyön valtakunnalliseen kehittämisprojektiin. Suomen Punainen Risti (SPR) toimii Jyväskylässä yhteistyössä edellä mainitun VaParin kanssa. Potilas- ja omaisyhdistykset tekevät yhteistyötä vapaaehtoisjärjestöjen kanssa. Seurakunnat tekevät vanhustyötä virallisin ja vapaaehtoisin voimin järjestäen kerhoja, tervehdyskäyntejä ja koulutusta. (Hänninen & Santala 1997.) Omaistoiminta on tukemista, virkistämistä, tiedottamista ja kouluttamista. Eri tuki- ja palveluverkostojen yhteistyö on tarpeellista vanhustyössä. Yhteiskunta tarvitsee vapaaehtoisten järjestöjen ja yhdistysten toimintaa vanhustenhuoltoon, koska sillä ei ole riittävästi taloudellisia resursseja ikääntyvien tukimuotoihin. (Helameri 1995.)

Amerikkalainen Rifkin (1997) on tunnettu vapaaehtoistyön innoittaja, jolla työllä on Amerikassa pitkät perinteet. Hän puhuu *kolmannesta sektorista*. Se tarkoittaa riippumatonta vapaaehtoistoimintaa, jossa omaa aikaa annetaan muille. Yhteen liittymällä löytyy ideoita osallistumiseen, kumppanuuteen ja ystävyyteen. Toiminnan on todettu auttavan mm. siirtolaisten kulttuuria kehittämään. Hän on ehdottanut palkkiota tai rahapalkkaa vakituisesti vapaaehtoistyötä tekeville. Se olisi tervetullut tunnustus ja kannustin vaativaa ja aikaa vievää vapaaehtoistyötä tekeville Suomessakin.

### 3. OMAISHOITO JA SEN TUKEMINEN

#### 3.1 Ikääntyneiden omaishoidon tarve

Pitkää ikää pidetään tavoittelemisen arvoisena. Keskimääräinen elinikä on pidentynyt samalla kun syntyvyys on vähentynyt aiheuttaen väestön keski-ikä nousua. Vuonna 2010 lasketaan Suomessa olevan 45 - 65 -vuotiasta puolitoista miljoonaa. (Heikkinen 1997.) 65 - 90 -vuotiaiden määrän ennuste on vuonna 2010 lähes 800.000 (Tilastokeskus 1995). Näin suurta iäkkäiden ihmisten määrää ei kovin helposti pystytä hoitamaan. Heidän asiansa edistäminen "on ohjautunut yhteiskuntapolitiikan kehittämisessä sivuraiteelle". (Heikkinen 1997.) Lähiomaistenkaan varaan vanhusten selviytymistä ei voi jättää, koska ns. uusperheiden määrä on avio- ja avoerojen myötä lisääntynyt (Suitor & Pillermer 1990, Komiteamietintö 1996).

Hoidon tarve määräytyy hoidettavan kunnon mukaan. Yhtenä useista asennon kontrollijärjestelmän muutoksista johtuen läkkäällä on huonontunut tasapaino, joka aiheuttaa kaatumistapaturmariskin. Mahdollisista vammoista kuntoutuminen vaatii harjoitusta, jotta iäkäs kykenee jatkamaan kotona asumistaan. (Era 1997.) Vanhuksella voi olla myös esim. häiriökäyttäytymistä, liikuntakyvyttömyyttä tai pidätyskyvyttömyyttä. On harkittava, minkälaisen avun turvin hän voi olla kotona; auttaako häntä päivätoiminnan tuki, vai tarvitaanko mahdollisesti laitoshoidoa. (Helameri 1995.)

Komiteamietintö (1996) asettaa yhteisön ja vanhuspolitiikan arvoperustaksi normaalisuuden, yksilöllisyyden, ikäihmisten arvostuksen, valinnanvapauden, turvallisuuden, moniarvoisuuden, sosiaalisen integraation, tasa-arvon, itsemääräämisoikeuden ja oikeudenmukaisuuden. Tämän mukaan kaikilla ihmisillä pitäisi olla oikeus ja mahdollisuus mielekkääseen elämään myös ikääntyessään.

#### 3.2 Omaishoitajan työ

Omaishoitajan työ on monissa tutkimuksissa todettu raskaaksi. Niinpä hoitajan coping-keinot, terveys, tietotaito ja sosiaalinen tuki ovat tehtävästä selviämisen

kannalta merkittäviä. Hoitajan mukautumisen seurauksena on psyykinen hyvinvointi ja tasapaino, mikä auttaa jaksamaan ja olemaan tyytyväinen jopa vaikeassakin tehtävässä. (Kramer 1997.)

Gothóni (1991) tutki omaishoitajien auttamistilannetta, jaksamista, tuen tarvetta ja tuen saamista. Hoidettavat olivat 75 -vuotiaita. Omaisten vastuulla olivat miltei kokonaan hoidettavien välineelliset toiminnot ja perustoiminnoissakin he tarvitsivat runsaasti toisen apua (58 %). Tuloksista kävi ilmi, että hoidosta vastaavalla on kädet täynnä työtä ja miltei jatkuva läsnäolon velvoite.

Norjalainen Nygaard (1991) puolestaan kuvaa tutkimuksessaan 24 tuntia vuorokaudessa apua ja seurantaa tarvitsevien hoidettavien kuormittavuutta ja heidän omaishoitajinaan toimineita hoidettavien laitokseen siirtymisen jälkeen. Hoidettavat osoittautuivat selvästi mieleltään ja käytökseltään häiriytyneiksi. Poikkeavasti käyttäytyvinä heidän kanssaan oli vaikea tulla toimeen. Laitoshiitoon otettujen omaishoitajat olivat iäkkäitä. He olivat epätoivoisia ja vihaisia ja useimmat pyysivät saada itsekin siirtoa hoitokotiin.

Hoidettavan ominaisuudet, rasittavuutta aiheuttavat tekijät (sairauden laatu, vaikeusaste, ennuste tai mahdollinen terminaalivaihe, ongelmakäyttäytyminen, sosiaalinen interaktio ym.) vaikuttavat kaikki hoitajan omaan asenteeseen ja tehtävään paneutumiseen. Myös hoitajan ominaisuudet ja taidot (kyvyt, tehokkuus, motiivi, elämänarvot sekä muut velvollisuudet ja elämäntehtävät) vaikuttavat hoitamiseen. Lisäksi hoitajan suhde (sukulainen/vieras) vaikuttaa tehtävään paneutumiseen. Sekä hoitajan että hoidettavan aseman, asenteen ja ominaisuuksien tiedostaminen auttaa ymmärtämään sitä, miten hoitaja kokee tehtävänsä. Jos auttaja ja autettava toimivat homogeenisena ryhmänä kunnioittaen toisiaan, vältetään parhaiten konflikteilta. (Kramer 1997.)

Positiivisina asioina hoitajat tunsivat tyydytystä voidessaan tuottaa iloa vanhemmilleen, jotka tarvitsivat heitä. Molemminpuolinen läheisyys ja rakkaus olivat tärkeitä аспекteja, jotka balansoivat hoidettavissa ilmeneviä kielteisiä asioita. Omaishoitajan työssä saadun kokemuksen koettiin kasvattavan ja antavan elämälle merkityksen. Yhteiseen menneisyyteen liittyvät ilonaiheet tuottivat mielihyvää ja auttoivat jaksamaan. Työstä saatu palkkio oli taloudellisena tukena. Se koettiin myös viestinä omaishoitajan työn arvostuksesta, mikä auttoi jaksamaan edelleen. (Kramer 1997.)



### 3.3 Omaishoidon tuen tarve

Glasser ym. (1990) toteavat suuntauksen olevan kohti tehokkaampaa omaishoitajien tukemista. Tarvitaan jatkuvaa keskustelua ja tutkimusta asiasta. Hän korostaa ryhmä- ja yksilökoulutuksen tarvetta perheenjäsenille, jotka joutuvat osallistumaan hoitoon. Henkilökunnalle olisi myös annettava jatkuvaa koulutusta psykososiaaliseen hoitotyöhön ja johtamiseen toimiakseen yhteistyössä potilaiden ja heidän omaishoitajiensa kanssa. Tarvitaan lisääntyvää ymmärtämystä prosessissa, johon perheenjäsenet joutuvat tehdessään päätöksiä hoidettavan puolesta.

Omaishoidon tuen tarve määräytyy hoidettavan toimintakyvyn mukaan. Lisäksi siihen vaikuttavat hoitajan omat kyvyt ja taidot sekä puitteet. Omaishoitajien tarvitsema tuki on erilaista eri tilanteissa. Heidän koulutuksensa ja kokemuksensa ovat erilaisia. He tarvitsevat ammatillista opastusta ja apua sairaanhoidollisissa tehtävissä sekä tietoa lääkityksen sivuvaikutuksista, apuvälineiden mahdollisuudesta ja niiden käytöstä. Oma ergonomia vaatii opastusta. On hyvä tietää hoidettavan lääketieteellisestä tilasta, tietoa toiminnasta tilan huonontuessa tai itse sairastuessaan. He tarvitsevat ohjausta taloudellisen tuen saamiseksi: lakisääteisistä avustuksista ja tuista, eläke-eduista, loma- ja virkistysmahdollisuuksista sekä oheispalveluista kuten mahdollisesta siivousavusta, hoidettavan päivähoitopaikasta ja lyhytaikais- ja vuorotteluhoidosta. (Helameri 1995.)

Odotukset viralliselta verkostolta saatuun apuun ja tukeen ovat yleensä suuret. Omaishoitajista 66 % koki saaneensa tukea ja apua ongelmiinsa, loput 34 % olivat tyytymättömiä saamaansa apuun. (Gothóni 1991.) Omaishoidon tukeen oikeutetun kaltainen läheisensä hoidosta vastaava henkilö on hänkin, joka ei tukea ole ehkä osannut hakea, tai jostain syystä ei sitä saa. Samat ilot ja murheet, hyödyt ja haitat - koko elämän kirjo - ovat aina läsnä hoivattaessa apua tarvitsevaa ikääntyvää. Tunnustus ja arvostus ovat omiaan kannustamaan monien ristipaineiden alla työskenteleviä. Yhteiskunnan arvostus omaishoitotyötä kohtaan näkyy palkan määrässä ja kaikenlaisen tuen tarjoamisena. (Gothóni 1991, Nygaard 1991.)

Glasserin ym. (1990) ja Andersonin (1993) mukaan omaishoitajien ensisijainen voimavara on perheen tuki. Perheen lisäksi ystävien tuki on merkitsevä. Muu sosiaalinen verkosto kuten omaistoiminta ja yhteistyö virallisten elimien kanssa

mahdollistaa hoitamisen. Omaishoitajat kokevat saavansa tukea samassa elämäntilanteessa olevilta, mikä auttaa jaksamaan innostamalla, kannustamalla ja virkistämällä. Eri tahojen yhteistyö estää päällekkäisyyttä ja parantaa vanhusten elämänlaatua. (Glasser ym. 1990, Gothóni 1991, Helameri 1995.) Mitä tutumpia ja samanlaisesta arvomaailmasta tukijat ovat, sen paremmin he voivat toimia yhdessä hoidettavan parhaaksi (Steward 1993, Suitor & Pillermer 1990).

### 3.4 Omaishoidon merkitys hoidettavalle

Hyvä vanhuus voidaan elää sairaudesta huolimatta, jos olosuhteet ja henkilökohtaiset voimavarat sallivat. Ihmisen omat kokemukset muokkaavat käsityksiä elämästä hyvinkin yksilölliseen suuntaan. Niinpä ikääntyvän elämänlaatu on hänen oma käsityksensä hyvinvoinnistaan. Sillä tarkoitetaan myös elintasoja, joskin elintason on todettu vaikuttavan tyytyväisyyteen vaihtelevasti. Haastateltaessa ikäihmisiä hyvästä elämänlaadusta he sisällyttävät siihen tasapainoisen mielialan, tyytyväisyyden, turvallisuuden, tarpeellisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunteen. Raihnaisuus muuttaa elämänlaatua, koska se rajoittaa aktiivisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Kuitenkin kotiympäristössä vajavaisuuden kokeminen on helpompaa kuin laitoksessa - varsinkin, jos hoivaajana on aviopuoliso, oma lapsi tai muu läheinen. Vanhus kokee olevansa silloin omiensa parissa. Jos hän vielä tietää, että hoivaaja saa palkkaa työstään, hän ei tunne olevansa taloudellisena taakkana. (Helameri 1995, Komiteamietintö 1996, Heikkinen 1997.)

Autonomia tarkoittaa itsemääräämisoikeutta ja on merkityksellinen kaikissa elämänvaiheissa. Iäkkäillä se saattaa liittyä hoitokäytäntöihin, joita ovat esim. viikasta keskustelua aiheuttanut priorisointi. Sairaana vanhus kokee elämän rajallisuuden todellisena. Elämän kunnioittaminen ja toisen ihmisen kunnioittaminen kuuluvat eettisiin periaatteisiin, kuten autonomiakin. (Lindqvist 1986, Karjalainen ym. 1991.) Jos omaishoitosuhte on hyvä, voidaan kaikista asioista keskustella avoimesti ja tehdä päätöksiä hoidettavan kanssa, ei hänen puolestaan. Luottamus hoitajaan vaikuttaa positiivisesti hoidettavan mielialaan ja yhteistyö onnistuu paremmin. Merjola-Partasen (1994) ja Helameren (1995) tutkimuksen mukaan autonomian toteutuminen siirtää laitoshoidon joutumista ja lisää tyytyväisyyttä ja elämänlaatua.

### 3.5 Omaishoidon merkitys hoitajalle

Omaishoitajan omasta asenteesta ja toisten häneen kohdistamasta tavasta riippuu paljon, millaiseksi hän kokee tehtävänsä. Onko henkilö kykenevä hoitajaksi, hyväksyvätkö muut omaiset/läheiset hänet siihen tehtävään, hyväksyykö hoidettava hänet ja onko hän omasta mielestään työnsä mittainen?

Gothóni (1991) analysoi tutkimuksessaan omaishoitajien auttamistilannetta, jaksamista ja tuen tarvetta ja sen saamista. Hän sai 172 vastausta omaisilta. Kysyttäessä avun antamisen alkuvaiheita he vastasivat, että avun antaminen alkoi akuuttiavun tarpeesta. Vaihtoehtoja oli vähän käytettävissä. Hoitamisen historia ja asioiden kulku toi heidät tähän tilanteeseen. He toimivat automaattisesti siinä tilanteessa ja vasta myöhemmin huomasivat, millaiseen tehtävään olivat lupautuneet. Usea heistä ei aloittaisi nykyisillä ehdoilla hoitamista. Vastuuntunto ja pitkäaikainen ihmissuhde motivoivat heitä tekemään tätä työtä.

Hoitajan oma persoona vaikutti hoitamisen kokemiseen. Esille tuli neljänlaisia auttajia: yksinäisiä ja väsyneitä, auttamishaluisia ja velvollisuudentuntoisia, toivomuksia ja parannuksia esittäviä ja muiden töiden ja hoidon välillä tasapainottelevia. Työtä piti raskaana 44-46 %. Väsyneimpiä olivat sellaiset, joiden antamaa hoitoa pidettiin itsestään selvänä. Riippuvuus tehtävästä koetaan raskaana (Gothóni 1991.) Omaishoidossa hoidettavien erityistarpeet jätetään kohtuuttomaksi taakaksi perheille (Farran 1997, Kramer 1997, Miller & Powell 1997). Syitä on sidottuna oleminen, vaatimukset ja sosiaaliset paineet, hoidettavan käyttäytyminen ja vaikutus sosiaalisiin suhteisiin (Glasser ym. 1990, Gothóni 1991).

Vammaisveteraanivanhusten omaishoitajien työn kuormittavuuden suhdetta tutkittiin hoidettavien toiminnallisen tilan kuormittavuuteen. Heistä yli puolet (52 %) oli tilastollisesti merkitsevästi kuormittuneita. Hoidettavista oli 58 %:lla joku ruumiillinen vamma ja useilla kognitiivisen tilan ADL- ja IADL-haitta, jonka tilan kuormittavuuden ja hoitajan työn kuormittavuuden suhde oli tilastollisesti merkitsevä. (Marchi-Jones ym. 1996.) Toisessa tutkimuksessa verrattiin halvauspotilaiden omaishoitajina toimivia dementiapotilaita hoitaviin omaishoitajiin. Lähes puolella (46 %) oli jonkinlaista psyykkistä sairastuneisuutta. Molempien omaishoitajaryhmien taakan kokemus ja psyykkisen sairastavuuden taso oli samanlainen. (Draper ym. 1992.)

Omaishoitajat stressaantuvat myös tietämättömydestään. Heiskanen ym. (1994) kuvaa hämmennyksen tilannetta seuraavasti: "Miten onkin niin paljon oikeassa olevia kaikitietäviä, varmoja omassa totuudessaan. Kaikki minun tietoni murennat epävarmuuteen ja pelkoon, olenko mitään ymmärtänyt oikein tästä pitkästä näytelmästä nimeltä Elämä."

Omaishoitajan työ voi olla myös palkitsevaa. *Iloa* koetaan vuorovaikutuksessa hoidettavan kanssa, hänen tyytyväisyyttään ja kiitollisuuttaan pidettiin palkitsevana. Hoitamisen tärkeyden tiedostaminen ja se, että koki tekevänsä hyödyllistä ja yhteiskunnallisesti merkittävää työtä, kannusti jaksamaan. (Gothóni 1991, Helameri 1995.) Gothónin (1991) mukaan omaishoitajat arvostivat *keskusteluapua*, johon heistä oli tyytyväisiä 66 %. Tietoa he tarvitsisivat mm. velvollisuuksistaan ja oikeuksistaan omaishoitajina. Tuen tarve tuli esille toivomuksena, että järjestettäisiin kunnallisia loma- ja vapaapäiviä. Palkka- ja eläke-etuja kaivattiin myös (Gothóni 1991). Toivottu asetus omaishoidon tuesta, vapaapäivistä ja eläke-edusta annettiinkin 1993 (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993).

Lindqvistin (1986) ajatusten pohjalta laaditut hoitajan kymmenen käskyä, joista tässä osa, soveltuvat hyvin myös omaishoitajalle:

- "1. Tärkeintä on olla oma itsesi, sillä sinun persoonasi on hoitovälineistäsi kaikkein keskeisin ja haavoittuvin.
2. Ole hyvä itsellesi. Muista rajasi, äläkä vaadi itseltäsi mahdottomia, vaali sisäistä vapauttasi, joka on tärkein pääomasi elämässäsi."

### 3.6 Omaishoidon merkitys yhteiskunnalle

Päivi Åsted-Kurki (1997) kuuluttaa omaishoidon tärkeyttä sekä yksilön että yhteiskunnallisen hyvinvoinnin ja hyödyn kannalta. Yksilö on tyytyväisempi elämäänsä tutussa ympäristössään ja laitoshoidon jäämistä voidaan siirtää tukemalla kotihoitoa. Samoin toteavat Rassi, A-L. ym. (1997). Kunnilla on velvollisuus järjestää vanhusten hoito tarpeidensa ja resurssiensa mukaisesti. Määrätietoista kiistaa käydään pitkäaikaishoidon korvauksista, hoitopalveluista, priorisoinnista, autonomian säilymisestä, persoonallisuuden kunnioittamisesta, hyödyn tulkinnasta ja kuinka sitä jaetaan (Raunio 1995).

Omaishoitajan turvin tapahtuva kotihoito on kunnalle edullista, sillä palvelu- ja vanhainkotipaikka on kalliimpi, sitten tulee terveyskeskussairaala ja kallein on erikoissairaalapaikka. Palvelurakenteen muutoksella pyritään vähentämään laitoshoidon ja suuntaamaan varoja avohoitoon, jota kotihoitokin on. (Heinola 1996). Taloudellisten säästöjen lisäksi omaishoidon merkitys saa yhteiskunnan jäsenet ja päättäjät huomaamaan vastuun ja inhimillisen vuorovaikutuksen merkityksen. Omaishoidon tunnetuksi tekeminen edistää omaishoidon tukien ja koulutuksen kehittämistä (Gothóni 1991).

Jyväskylän kaupunki on kehittänyt omaishoitoa laitoshoidon asteittaisen vähentämisen rinnalla. Omaishoitajien tueksi järjestettyä koulutusta ja kokouksia on ollut runsaasti, mutta osallistuminen on jäänyt eri syistä vain puoleen. (Schuurman 1997.) Omaishoidon tuen saajia oli 346 vuoden 1998 lopussa. Hoidettavien hoidon tarpeen syyt olivat seuraavat: vanhuuteen liittyvä toimintakyvyn heikentyminen, kehitysvammaisuus, pitkäaikainen fyysinen sairaus tai vamma ja psyykkinen sairaus. Omaishoidon tuen hoitopalkkioiden suuruus vaihtelee 1000 - 4000 mk. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993). Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon säännöllisten palvelujen piirissä on 1400 asukasta. Kotihoidon on todettu vähentävän laitoshoidon tarvetta (Rassi ym. 1997).

Jyväskylän kaupungin keskustan 4278:sta asukkaasta yli 65 -vuotiaita on 26,7 % Jyväskylän kaupungin vanhustenhuollon suuntauksena on edelleen avohoidon lisääminen ja laitospaikkojen vähentäminen. Henkilökuntalisäyksiä ei ole saatu, päivävastoin henkilökuntaa on vähennetty ja nimikkeitä muutettu. Sijaisia otetaan harkitusti. Terveyskeskussairaalapaikkoja on 278, pitkä- ja lyhytaikaispaikkojen määrän vaihdellessa. Vanhainkodeissa on yhteensä 218 paikkaa. Kaupungin palveluasunnoissa on yhteensä 211 paikkaa. Lisäksi eri puolilla kaupunkia on alueellisia ryhmäkotiä 112. (Sosiaali- ja terveysvirasto 1997.)

#### 4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Jyväskylän kaupungin ja keskusta- ja länsialueella asuvien ikääntynyttä omaistaan tai läheistään hoitavien omaishoitajien näkemyksiä ja kokemuksia tekemästään hoitotyöstä, sen kehittamisestä ja saamastaan sosiaalisesta tuesta.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Onko omaishoitajien sosiaalinen tuki riittävä?
2. Järjestykö sijaishoito omaishoitajan vapaa-ajaksi?
3. Onko omaishoidon taloudellisen tuen suuruus oikeassa suhteessa tarvittavan hoidon määrään?

## 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimukseen osallistui 51 Jyväskylän kaupungin keskusta-alueen ja läntisen alueen yli 65-vuotiasta omaistaan hoitavaa henkilöä, jotka saivat rahallista hoitotukea. Otos oli harkinnanvarainen. Mukaan ei otettu äsken hoitosopimuksen tehneitä, koska katsottiin, että kokemuksen tuomat mielipiteet ovat luotettavampia. Tutkimuslupa saatiin Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksesta (Liite 2). Kyselyt postitettiin helmikuussa 1999 kotipalvelusta, johon ne pyydettiin palauttamaan.

Kyselylomake laadittiin Schuurmanin (1997) tekemää tutkimusta soveltaen tämän tutkimuksen ongelmiin sopiviksi. Lomakkeessa oli 29 kysymystä sisältäen sekä hoidettavien että hoitajien taustatiedot, hoidettavan toimintakyvyn, taloudellisen ja sosiaalisen tuen sekä palvelujärjestelmän käytön. Lisäksi kysyttiin, miten sijaishoito on järjestynyt vapaa-ajaksi, jos sitä oli haluttu pitää. Strukturoitujen kysymysten lisäksi kyselylomakkeessa oli myös avoimia kysymyksiä, joilla omaishoitajien oli mahdollisuus selventää työtään koskevia asioita omin sanoin.

Kyselylomake testattiin kuudella eri alueella asuvalla omaishoitajalla ymmärrettävyyden ja luotettavuuden tarkistamiseksi. Neljän esitestauspalautteen perusteella kysymyksiä tarkennettiin ja niitä lisättiin 37:ään ja kyselylomakkeen ulkoasua selvennettiin. Uudistetulla lomakkeella (Liite 3) tehtiin vielä uusi pilottitutkimus, jonka jälkeen lomaketta ei muutettu. Tutkittaville lähetettiin tutkimuspyyntökirje (Liite 4) vastauskuorineen. Kotipalvelun henkilökuntaa pyydettiin muistuttamaan omaishoitajia kyselytutkimuksesta.

Vastauksia palautettiin 31 kpl. (62 %), minkä jälkeen kyselylomakkeet lähetettiin vielä 22:lle tutkimuskriteerit täyttävälle omaishoitajalle. Vastauksia palautettiin 20 (91 %). Ensimmäisen ja toisen kyselyn yhteismäärä oli 72, joista palautettiin yhteensä 51 (70.8 %).

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa. Tulokset on esitetty frekvenssitaulukkoina sekä ristiintaulukoiden avulla. Hoitoisuutta selvitettiin kysymällä, kuinka hoidettavat suoriutuivat päivittäisistä toiminnoista (kysymys 10). Toiminnot jaettiin analyysivaiheessa perus- ja asioimistoimintoihin. Kaikkiin

kysymyksiin tai osioihin ei saatu vastausta, joten annettujen vastausten määrä ja niihin liitetyt selitykset huomioitiin. Avointen kysymysten vastauksista ja mielipiteistä esitetään joitakin suoria lainauksia.



## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Omaishoitajien tausta

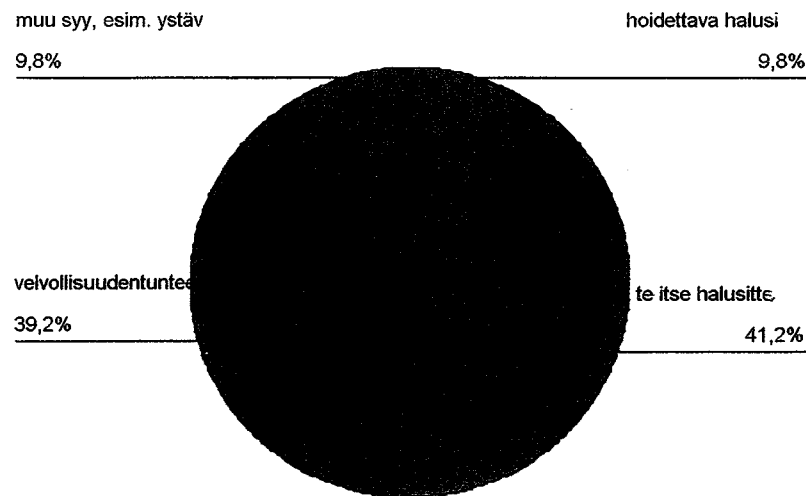
Vastanneiden keski-ikä oli 65,3 vuotta (miehet 65,1, naiset 65,5). Sukupuolittain tarkasteltuna 71 - 80 -vuotiaiden ikäryhmän jakaumalla oli toiseksi suurin ero 50 - 60 -vuotiaiden ikäryhmän jälkeen. Omaishoitajien jakautuminen ikä- ja sukupuoliryhmiin on esitetty taulukossa 1.

**Taulukko 1.** Omaishoitajien jakautuminen ikä- ja sukupuoliryhmittäin

	Alle 50 v.		50 - 60 v		61 - 70 v.		71 - 80 v.		Yhteensä	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
mies	25	1			35	6	10	2	18	9
nainen	75	3	100	11	65	11	90	17	80	42

Hoitajista oli suurin osa (62,7 %) hoidettavan puolisoita, tyttäriä oli 29,4 % ja muita omaisia tai ystäviä oli 7,8 %. Hoitoaika vaihteli yhdestä vuodesta 32 vuoteen, sillä hoitajat ilmoittivat sen ajan, minkä he olivat olleet hoitovastuussa - ei ainoastaan hoitopalkkiollista aikaansa. Yhdestä viiteen vuotta omaistaan oli hoitanut 54,9 %, kuudesta kahteentoista vuotta 29,4 % ja 13 - 32 vuotta 15,7 % hoitajista. Vastauksista ilmeni, että omaishoitajat asuivat hoidettavien kanssa samassa asunnossa.

Tärkeimpiä syitä ryhtyä omaishoitajaksi olivat halu itse hoitaa omaistaan, velvollisuudentunne ja hoidettavan tahto. Muita syitä oli esim. pitkä ystävyys. Kuviossa 1 on esitetty prosenttiosuudet omaishoitajaksi ryhtymisen syistä.



**Kuvio 1.** Hoitajaksi ryhtymisen syiden prosenttiosuudet

## 6.2 Hoidettavien tausta

Kotona hoidettavasta 51:stä henkilöstä 29 oli miehiä (56,9 %), joiden keski-ikä oli 76,9 vuotta ja naisia 22 (43,1 %), joiden keski-ikä oli 73,5 vuotta. Vanhin kotona hoidettavista oli 91-vuotias. Ikäryhmään 65 - 74 -vuotiaat kuului 21 hoidettavaa (41,1 %), ikäryhmään 75 - 84 -vuotiaat kuului 22 hoidettavaa (43,1 %) ja ikäryhmään 85 - 91 -vuotiaat kuului kahdeksan hoidettavaa (15,7 %).

Taulukossa 2 on esitetty hoidettavien hoitoon johtaneet sairaudet.

**Taulukko 2.** Hoidettavien hoitoon johtaneet sairaudet sukupuoliryhmittäin

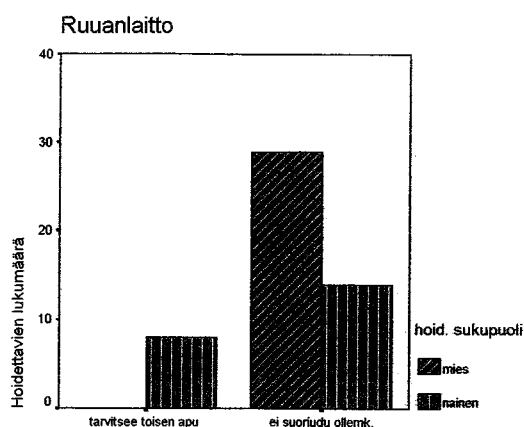
Hoitoon johtanut sairaus	Mies		Nainen	
	%	N	%	N
Aivoverenkiertohäiriö	48,3	14	45,5	10
Dementoiva sairaus	24,1	7	27,3	6
Tuki- ja liikuntaelin sairaus tai vamma	13,8	4	22,7	5
Hengityselinsairaus	10,3	3	-	-
Parkinsonin tauti	3,4	1	4,5	1

Miltei kaikilla hoidettavilla oli useampia diagnooseja, joten analyysivaiheessa pyrittiin selvittämään ensisijaiset diagnoosit, jotka luokiteltiin viiteen luokkaan. Eniten esiintyi halvaukseen johtaneita aivoverenkierron häiriöitä (47 %), dementoivia sairauksia oli 25 prosentilla, liikuntarajoituksiin johtaneita sairauksia tai vammoja 17,6 prosentilla, hengityselinsairauksia 5,9 prosentilla ja Parkinsonin tautia 3,9 prosentilla.

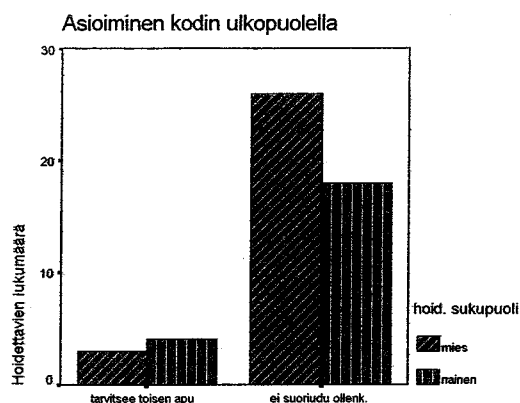
Hoidettavien hoitoon johtaneiden sairauksien sukupuolten väliset erot olivat pieniä. Hengityselinsairaat olivat kuitenkin miehiä ja tuki- ja liikuntaelinsairauksia esiintyi naisilla enemmän (22,7 %) kuin miehillä (13,8 %). Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Häiriökäyttäytymistä esiintyi yhdellä kolmasosalla (33,3 %) toisinaan.

### 6.3 Hoidettavien toimintakyky

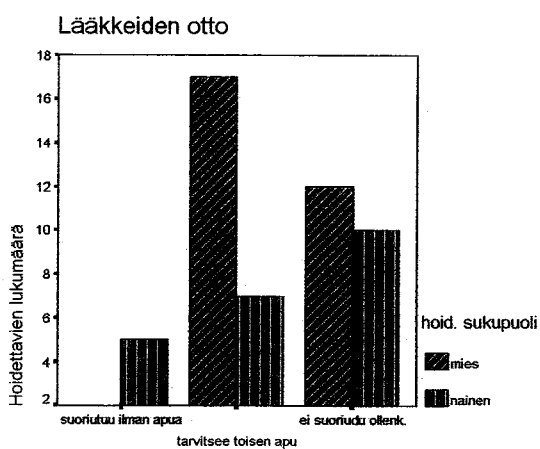
Hoidettavat tarvitsivat eniten apua *väliseellisissä* toiminnoissaan (kuvio 2a - 2d). Ruuanlaitossa sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ( $p < .000$ ) (kuvio 2a). Kukaan miehistä ei pystynyt laittamaan ruokaa ja naisista 36 % tarvitsi siinä apua. Asioiminen kodin ulkopuolella ei onnistunut keneltäkään ilman toisen apua. Sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 2b). Lääkkeiden ottamisessa oli sukupuolten välillä samansuuntainen ero kuin ruuanlaitossa ( $p < .01$ ) (kuvio 2c). Siivouksessa 13,6 % naisista ja kaikki miehet tarvitsivat toisen apua. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p < .04$ ) (kuvio 2d).



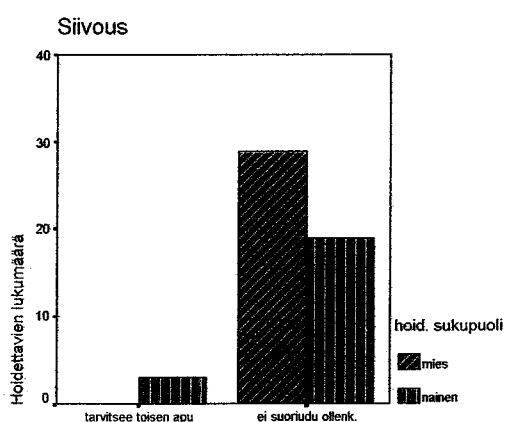
Kuvio 2a. Ruuanlaitto



Kuvio 2b. Asioiminen kodin ulkopuolella



Kuvio 2c. Lääkkeiden otto

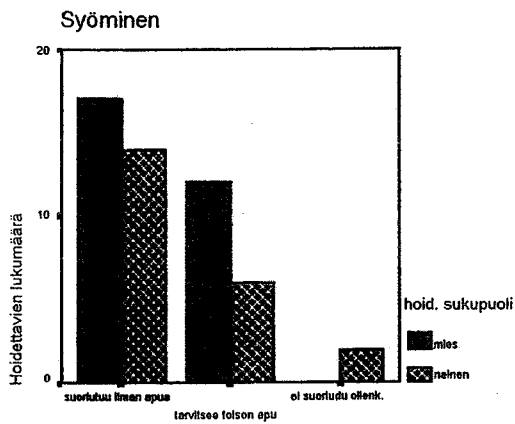


Kuvio 2d. Siivous

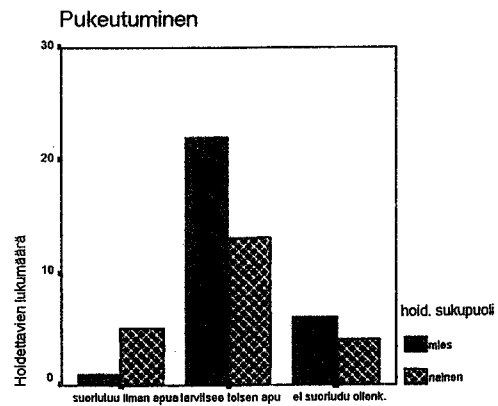
**Kuvio 2a - 2d.** Selviytyminen päivittäisistä välineellisistä toiminnoista sukupuoliryhmittäin

Perustoiminnoissa avun tarve oli suuri (kuviot 3a - f). Yli puolet (60,8 %) ei suoriutunut ollenkaan syömisestä ilman toisen apua. Toisen apua tarvitsi 27,3 % naisista, miehistä 41,4 % (kuvio 3a). Pukeutuminen sujui naisilta paremmin : 22,7 % selviytyi ilman apua, miehistä vain 3,4 %. Ero sukupuolten välillä ei ollut

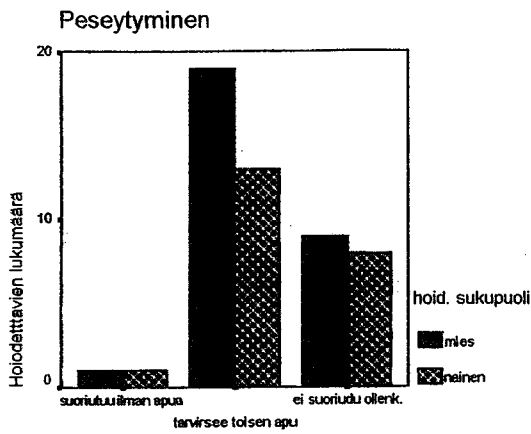
tilastollisesti merkitsevä (kuvio 3b). Peseytymisestä ilman apua suoriutui miehistä 3,4 %, naisista 4,5 % (kuvio 3c). WC-käynneistä selviydyttiin ilman apua seuraavasti: miehet 41,4 %, naiset 50 %. Avun tarpeessa ei ilmennyt sukupuolten välillä merkitsevyyseroa (kuvio 3d). Liikkumisen apuvälineinä käytettiin mm. kävelykeppejä, rollaattoreita, pyörätuoleja ja suihkutuoleja. Vain viidesosa (21,6 %) hoidettavista liikkui ilman hoitajan apua. Liikkumisessa naiset olivat avuttomampia. Heistä 36,4 % ei liikkunut olleenkaan ilman apua, miehistä 20,7 %. Tilastollista merkitsevyyseroa ei kuitenkaan ollut sukupuolten välillä (kuvio 3e). Vuodetoiminnoista naiset selviytyivät paremmin, ilman apua 54,5 %, miehet 37,9 %. Molemmilla avun tarve oli kuitenkin suuri, eikä sukupuolten välinen ero ollut tilastollisesti merkitsevä. Liikkumista lukuunottamatta naiset suoriutuivat perustoiminnoista paremmin kuin miehet, vaikka sukupuolten väliset erot eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä. Myöskään ikäryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja päivittäisissä perustoiminnoissa, vaikka vanhemmat henkilöt selviytyivät nuorempia huonommin niistä.



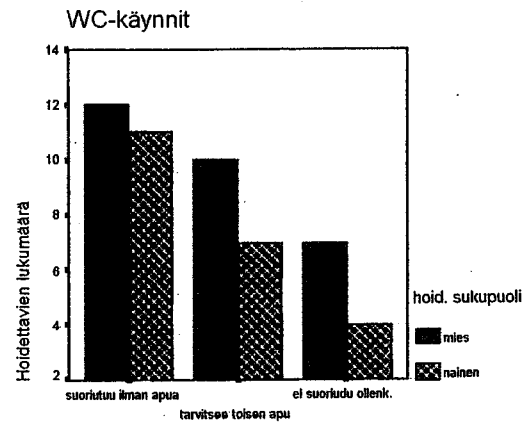
Kuvio 3a Syöminen



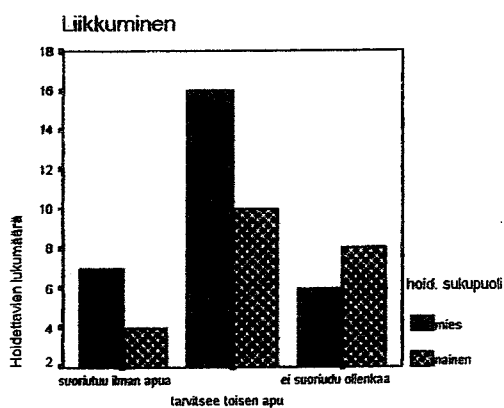
Kuvio 3b Pukeutuminen



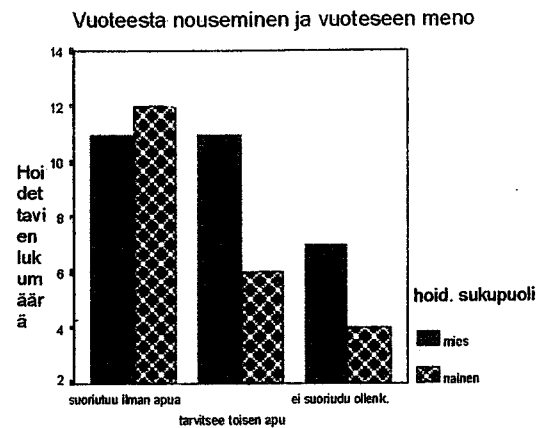
Kuvio 3c Peseytyminen



Kuvio 3d WC-käynnit



Kuvio 3e Liikkuminen



Kuvio 3f Vuodetoiminnot

Kuvio 3a - f. Hoidettavien selviytyminen päivittäisistä perustoiminnoista

Hoidettavista yli puolet (58,7 %) tarvitsi jatkuvaa läsnäoloa ja auttamista. (Taulukko 3).

### TAULUKKO 3. Hoitamisen ja avun tarve

Avun tarpeen määrä	Miehet		Naiset	
	%	N	%	N
Jatkuvaa läsnäoloa ja auttamista	33,3	17	25,4	13
Useita kertoja päivässä	15,7	7	23,5	12
Joka päivä tai lähes joka päivä	2	1	2	1
yhteensä	100	25	100	26

## 6.4 Omaishoidon tuki

### 6.4.1 Taloudellinen tuki

Tutkittujen omaishoitajien palkkion suuruus vaihteli 1000 - 4000 mk. Analyysissa ne jaettiin kolmeen luokkaan: 1000 -1900, 2000 - 3000 ja 4000 mk ja tarkasteltiin hoitoisuuden ja hoitopalkkion suhdetta toisiinsa ristiintaulukoinnin avulla (taulukko 4).

### TAULUKKO 4. Hoitopalkkiot hoidon/avun tarpeen suhteen.

Hoitopalkkio	Hoidon ja avun tarve					
	Jatkuvaa läsnäoloa ja auttamista		Useita kertoja päivässä		Joka päivä tai lähes joka päivä	
	%	N	%	N	%	N
1000 -1900	53,3	16	73,7	14	50,0	1
2000 - 3000	33,4	10	21,1	4	50,0	1
4000	13,3	4	5,3	1		
yhteensä	100	30	100	19	100	2

Rahapalkan riittävyyteen suhteessa tehtävään hoitotyöhön vain yksi hoitajista oli tyytyväinen. Jatkuvaa läsnäoloa ja auttamista tarvitsevia oli 58,8 % (taulukko 3), ja vain 13,3 % sai korkeinta hoitopalkkiota. Yhdelle hoitajalle on maksettu korkeinta hoitopalkkiota "useita kertoja päivässä" apua tarvitsevan hoitajalle. Avoimissa vastauksissa tuli ehdotuksia, ettei palkkiota verotettaisi ollenkaan; mm. seuraava kommentti: "On törkeää ja väärä tapa yhteiskunnalla vastata hoitovelvoitteistaan". Hoidon ilmaispalveluita käytti yksi kolmasosa hoitajista.

#### **6.4.2 Sosiaalinen tuki**

Tutkituista 78,4 % hoiti yksin omaistaan/läheistään, useimmiten puolisoaan. Jonkun avustamana ilmoitti hoitavansa 21,6 % hoitajista. Ne, joilla oli perheen tuki, pitivät tilannetta turvallisempina kuin ne, jotka hoitivat omaistaan aivan yksin. Säännöllistä yhteyttä ja tapaamisia tietyn henkilön kanssa pidettiin tärkeänä, koska silloin voi jakaa hoitovastuuta varsinkin uusissa tilanteissa. 68,6 % hoitajista koki olevansa yksin vastuussa hoitotyöstä.

Ystävien yhteydenpito ja apu oli virkistävä ja kannustava. Omaishoitajat ymmärsivät, että sosiaali- ja terveystyöntekijöillä on rajoitetusti aikaa. Omaishoitajille järjestettiin ohjattuja ryhmiä 37,3 %:lla, mutta osallistumisprosentti näihin tilaisuuksiin oli 25,5 %. Vapaaehtoisjärjestöitä saatu tuki koettiin myönteisenä yllätyksenä. Dementia- ja sotaveteraaneyhdistys oli tiedon ja tuen lähteenä järjestäen ohjaus- ja tiedotustilanteita ja muita tapaamisia. Seurakuntien järjestämät leirit ja eri tilaisuudet koettiin myös virkistäviksi. Hoitajat kokivat tarvitsevansa tilaisuuksia, joissa "saisi purkaa tuntojaan ymmärtävän ohjaajan kanssa, joissa naurettais ja itkettäis". Vaikka edellä mainituissa tilaisuuksissa oltiin yhdessä hoidettavan kanssa, olivat ne silti tarpeellisia ja virkistäviä.

### **6.5 Omaishoitajien kokemukset työstään**

#### **6.5.1 Omaishoitajien kokemukset palveluista**

Tutkittujen kokemukset palveluista (Liite 3, kysymys 27) on esitetty taulukossa 5.



**Taulukko 5.** Omaishoitajien mielipiteitä omaishoitoon liittyvistä palveluista

Väittämät palveluista	Täysin samaa mieltä		Lähes samaa mieltä		Osittain eri mieltä		Täysin eri mieltä		Ei vastausta	
	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Rahapalkka riittävä verrattuna tehtyyn työhön	1,9	1			29,4	15	54,9	28	3,9	2
Palvelujen maksullisuus estää niiden käytön	5,8	3	23,5	12	33,3	17	15,6	8	21,5	11
Sosiaali- ja terveyspalveluja ei ole riittävästi	5,8	8	35,2	18	33,3	17	7,8	4	17,6	9
Tiedon saanti palveluista ei ole riittävä	27,4	4	35,3	8	25,5	13	3,9	2	7,8	4
Tieto tulee kyllin ajoissa ja selvästi	27,4	4	19,6	10	39,2	20	25,5	13	7,8	4
Omaishoitajilla ei ole tarpeeksi virkistystilaisuuksia	25,4	13	27,4	14	19,6	10	11,7	6	15,6	8
Ohjaus ja neuvonta on riittävää	7,8	4	25,4	13	29,4	15	29,4	15	7,8	4
Ammattiauttajien yhteydenotto on riittävää	5,8	3	23,5	12	21,5	11	35,2	18	13,7	7

Runsaat puolet vastaajista oli sitä mieltä, että rahapalkka ei ollut riittävä. Palvelujen maksullisuus ei näyttänyt estävän niiden käyttöä, joskin avoimissa vastauksissa toivottiin pieneläkeläisille maksuttomia palveluja. "Sosiaali- ja terveyspalveluja ei ole riittävästi" -väittämästä oltiin miltei yhtä paljon samaa kuin eri mieltä. Lisäksi kritisoitiin tiedon myöhästymistä ja epäselvyyttä sekä sen saannin työläyttä: "Asioita pitäisi yhdistää ja yksinkertaistaa". Virkistystilaisuuksia pidettiin riittämättöminä. "Ohjaus ja neuvonta on riittävää" -väittämän kanssa oltiin sekä osittain että täysin eri mieltä. Samansuuntaista oli "ammattiauttajan yhteydenotto on riittävää" -väittämän kanssa. Avoimen kysymyksen (Liite 3, kysymys 37) eräs viesti kertoi: "Ammattiauttajan yhteydenotto kerran kolmen ja puolen vuoden aikana ja sekin ilmoitus, että omaishoidon tuki laskee tai jää pois kokonaan."

Taulukossa 6 on esitetty palveluiden käyttö viimeisen kuluneen kuukauden aikana.

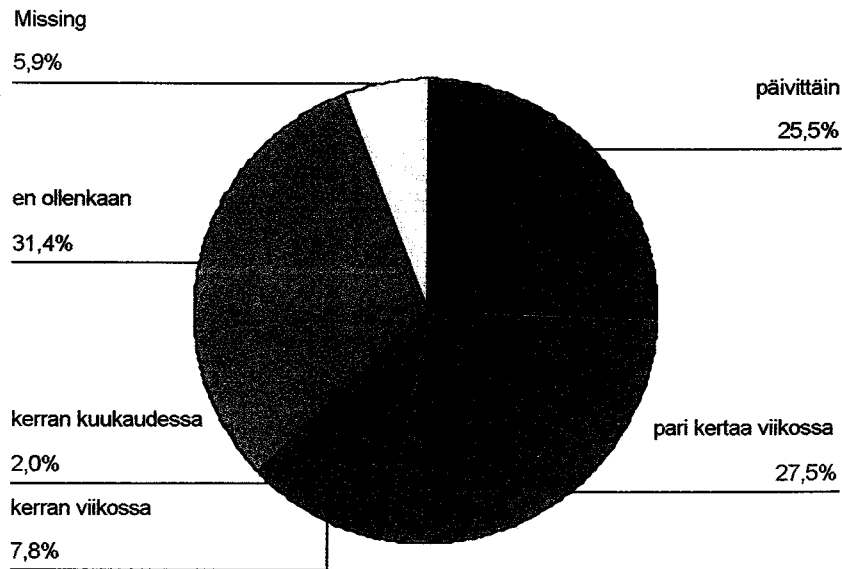
**Taulukko 6.** Palvelujen käyttö viimeksi kuluneen kuukauden aikana

Palvelu	Päivittäin		kerran viikossa	
	%	N	%	N
kodinhoito	5,9	3	9,8	5
ateriapalvelu	11,8	6		
kylvetys/sauna	2,0	1	13,7	7
kotisairaanhoido	3,9	2	33,3	17
päiväkeskus	2,0	2	11,8	6
päiväsairaala			21,6	11

Eniten palveluista käytettiin päivittäin ateriapalvelua. Kerran viikossa kolmasosa käytti kotisairaanhoidoa ja seuraavaksi eniten päiväsaaraalaa. Jaksottaishoitoa laitoksessa viikosta kahteen viikkoon oli käyttänyt 17,6 %.

Ohjausta ja neuvontaa (Liite 3, kysymys 16) oli saanut 41,2 % omaishoitajista. Varsinkin hoitosuhteen alkuaikoina olisi kaivattu ohjausta. "Oma työ paras ohjaus", todettiin nyt kokeneempana. Ne, jotka olivat saaneet neuvontaa ja/tai ohjausta, olivat tyytyväisiä sen sisältöön.

Lyhytaikaisissa sijaisjärjestelyissä perheenjäseniltä saatu hoitoapu oli etusijalla, joillakin oli ystävä mahdollistanut hoitajalle asioimis- ja ulkoiluvapaata (kuvio 4).

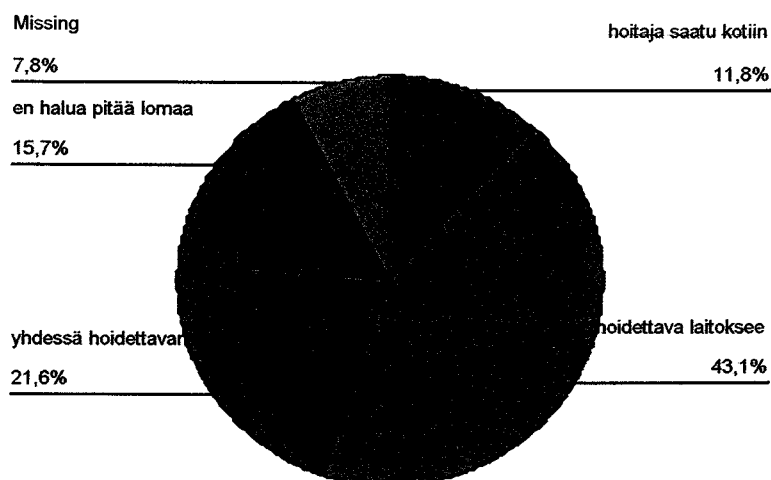


**Kuvio 4.** Hoitajan asioimis- ja päivävapaa

Virkistystilaisuuksiin oli osallistunut 13 hoitajaa, yhdestä kahdeksaan kertaa. Syyksi poissaoloihin ilmoitettiin, ettei ollut tietoa tilaisuuksista, ei ollut mahdollisuutta poistua kotoa, tai muutama ei ollut jaksanut lähteä.

Kysyttäessä, miten loma on järjestynyt, jos on halunnut pitää sitä, saatiin seuraavia vastauksia : Suurin osa oli saanut hoidettavan laitokseen. Seuraavaksi eniten oli menty yhdessä hoidettavan kanssa lomalle. Hoitaja oli saatu kotiin harvoin. Kuudesosa hoitajista ei halunnut pitää lomaa ( kuvio 5 ).

## hoit. lomajärjestelyt sitä halutessa



**Kuvio 5.** Hoitajan lomajärjestelyt

Syynä siihen, miksi hoitaja ei halunnut pitää lomaa, mainittiin, ettei hoidettava sallinut hoitajan lähtevän ja jättävän häntä varsinkaan vieraan kanssa (17,6 %). Myöskään hoitaja ei halunnut omaistaan laitokseen (11,8 %) tai vieraan hoitavan omaistaan (5,9 %). Tämä tuli esille myös hoidon motiiveja kysyttäessä. Jotkut heistä täydensivät vastaustaan, että sijaishoito on kallista hoidettavalle. Lakisääteistä hoitovapaasta oltiin tietoisia (68,6 %), mutta harvat olivat käyttäneet sitä.

Suurin osa (80,4 %) vastaajista kertoi hoidettavan sairastuessa hoitoon pääsyn järjestyneen melko hyvin. Hoitajan itsensä sairastuessa 37,3 % oli saanut sijaishoitajan, 33,3 % ei ollut saanut ja avoimeksi jäi 29,9 % vastauksista, joissa selityksenä yleensä oli, ettei hoitaja ollut sairastunut.

### 6.5.2 Hoitotyön kokeminen

Hoitotyön kokemiseen vaikuttavat monet seikat, mm. oma työmotiivi, ympäristön asenne sekä molempien fyysinen ja henkinen terveys. Vastauksissa mainittiin hyvä vuorovaikutussuhde hoidettavan kanssa, rakkaus häneen oli kantavana voimana. Monilla oli pitkä yhteinen elämä elettyinä. Lisäksi hoidettavan tyytyväisyys tuotti mielihyvää hoitajallekin. Silti sanottiin uupumuksen valtaavan tai "on kuin piippuun ajettu". Ei jaksettu lähteä virkistäytymään. Muutamat hoitajat sanoivat jaksavansa, kun oli pakko tai "suomalainen sisu" ja tälle sukupolvelle

ominainen velvollisuudentunto auttoi jaksamaan. Uskonnollinen vakaumus ja myönteinen elämänasenne ilmoitettiin usein voiman lähteeksi.

Omaishoitajista 28 % koki työnsä henkisesti raskaaksi. Fyysisesti raskaaksi työnsä koki hoitajista 4 %, jotka olivat kaikki naisia. Molemmilla tavoin raskaaksi työnsä koki yhteensä 66 %. Yhden naisen mielestä työ ei ollut raskasta kummallakaan tavalla selityksellä: "on oma valinta". Sukupuolten välillä oli pieniä eroja, mutta ne eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Yleisissä asenteissa vastaajat näkivät toivomisen varaa. Muut ihmiset eivät ymmärrä hoidon sitovuutta. He joutuvat olemaan yhteyksissä monelle eri taholle ja kuitenkin hyvin yksin. Omaishoitotyön arvostuksen puutteen uskottiin näkyvän myös matalassa palkkiossa, jota pidettiin riittämättömänä.

Hoitamistehtävän vaikutusta omaan elämään ei kysytty, mutta avointen kysymysten vastauksissa ilmeni yksin jäämisen kokeminen. Hoitajat eivät jaksaneet hoitaa muita ihmissuhteitaan välttämättömien kontaktien lisäksi, joten aikaisemmat ystävät vieraantuivat. Joillekin oli tosin tullut uusia ystäviä omaishoitajien keskuudesta. Toisaalta omaishoidon aikana saattoi olla ystäviä, mutta hoidettavan terveydentilan muuttumisen myötä tai hänen siirryttyä laitokseen ystävät kaikkosivat.

Omasta kunnostaan huolehtiminen todettiin tärkeäksi muutamassa vastauksessa. Ulkoilu antoi ruumiillisen virkistykseen lisäksi henkisiä voimia ja auttoi pysymään työkykyisenä. Työ oli raskaudessaankin palkitsevaa: hoidettavan hyvä mieli auttoi jaksamaan. Oman terveyden menettäminen pelotti joitakin vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia omaishoitajia.

Seuraavassa joitakin avoimista kysymyksistä poimittuja ehdotuksia omaishoidon kehittämiseksi:

- omaishoidon palkkaan veroalennus
- ymmärrystä ja arvostusta yhteiskunnan taholta
- 1 vrk:n loma säännöllisesti kerran kuukaudessa
- omaa aikaa
- kaksi kertaa viikossa pari tuntia vapaata
- henkistä tukea
- koulutusta
- mitä ihmeellisimpiin esille tuleviin asioihin ohjausta

- omaishoitajien kokoukset takaisin
- keskusteluapua
- virkistystoimintaa omaishoitajille ja heidän hoidettavilleen ( teatteri ym.)
- kuntoutusta
- "ehdotukset eivät mahdu näille sivuille"

## 7 POHDINTA

Tutkimus on Jyväskylän kaupungin keskusta- ja länsialueen yli 65- vuotiasta omaistaan tai läheistään hoitavasta 51:stä omaishoitajasta, jotka saivat tutkimusajankohtana omaishoidon tukea. Aineiston määrä rajoitti tilastollisen testauksen mahdollisuutta, joten siitä esitetään prosenttilukuja ja frekvenssejä ja kuvaillaan tuloksia.

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan sitä, saadaanko vastaus tutkimusongelmiin ja vastaavatko saadut tulokset todellisuutta (Hirsjärvi ym. 1995). Tutkimuksessa pyrittiin saamaan tietoa sosiaalisesta ja taloudellisesta tuesta omaishoitajan työssä. Tutkimuksen keskeiset tutkimuotoja määrittävät käsitteet perustuivat aikaisempiin tutkimuksiin. Vaikka harkinnanvarainen tutkimusotos ei ollut suuri, koostui se olennaisesta perusjoukosta, koska Jyväskylän kaupungin omaishoitajista suurin osa asuu otanta-alueella. Se tukee tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Reliabiliteettia pyrittiin varmistamaan kahdella pilottikyselyllä. Sisäistä validiteettia tukee tutkijan koulutus ja käytännön hoitotyössä saatu kokemus. Tutkimuksen validiteettia paransivat avoimet kysymykset. Kato vastauksissa aiheutui tyypillisestä kyselytutkimuksen heikosta puolesta: kirjalliseen postikyselyyn on helppo jättää vastaamatta tai vastata kysymyksiin osittain. Toinen syy katoon ja puutteellisiin vastauksiin oli mahdollisesti se, että omaishoitajat ovat iäkkäitä ja arviointikysymykset tuottivat vaikeutta vastata.

Kyselyihin vastanneiden määrää lisäkyselyissä paransi tutkijan henkilökohtainen yhteydenotto, jossa keskustelussa tutkittavat lupasivat palauttaa kyselyt postitse; jotkut heistä laativat vastaukset odottaessa. Useimmat tutkittavista halusivat rauhassa miettiä vastauksiaan, koska he joutuivat joitakin tilanteita arvioimaan jälkikäteen, esimerkiksi palvelujen käyttö oli sellainen. Tällöin muistamattomuus saattaa vähentää luotettavuutta. Joistakin vastauksista ilmeni epätietoisuutta tapaaminen ohjaukseksi vai muuksi tilanteeksi. Tällöin kyselyyn vastanneet kirjoittivat selvennyslauseita tapahtuneesta. Avoimiin kysymyksiin

vastaaminen antoi heille mahdollisuuden omin sanoin ilmaista kokemuksiaan. Omaishoitajat suhtautuivat tutkimukseen yleensä myönteisesti, mikä tuki esille tutkijan yhteydenotoissa puhelimitse ja tapaamisissa sekä avoimissa vastauksissa. Tutkimusta pidettiin tärkeänä ja toivottiin sen lisäävän työn tunnetuksi tekemistä ja siten parantavan omaishoitajien mahdollisuutta toimia ikäihmisten tukena.

## 7.2 Omaishoitajat, hoidettavat ja hoitoympäristö

Selvästi suurin osa tässä tutkimuksessa hoivan antajista oli puoliso. Lapsista tyttäret kantoivat seuraavaksi suurimman vastuun, poikia ei ollut yhtään. Miehiä oli vain neljännes selvityksessä mukana olleista omaishoitajista. Mieshoitajien pientä osuutta voidaan osittain selittää heidän matalammalla eliniän odotuksella ja nopeammalla hoidon tarpeen kasvulla naisiin verrattuna (Heikkinen 1997). Kokonaan se ei selitä naisten suurempaa osuutta. Cothónin (1991) ja Julkusen (1990) mukaan kulttuurissamme on perinteisesti vallalla käsitys, että hoiva kuuluu naisen identiteettiin. Naiset ovat kaikkina elämänsä vaiheina hoivatyötä tekeviä; sisarustensa, lastensa, vanhempiensa ja usein puolisonsa hoitajia. Kuitenkaan he itse eivät useinkaan saa hoivaa, koska leskeytyvät miehiä useammin tai asuvat itsellisinä yksin.

Hoidettavista miehiä oli 28 ja naisia 23. Hoidettavien sukupuolijakauma on hiukan miesvoittoinen, mutta otosta voidaan pitää suhteellisen edustavana, kuten Keski-Suomen lääninhallituksen (Omaishoito - Vaihtoehtoinen... 1996) omaishoidon tilaa selvittäneessä tutkimuksessa ja Schuurmanin (1997) tekemässä keskisuomalaisten omaishoitajien näkemyksiä selvittäneessä tutkimuksessa todettiin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin hoidettavien kykyä selviytyä jokapäiväisistä perus- ja välineellisistä (asioidenhoito) toiminnoista. Usein kotona asuvat vanhuksat ovat hyvin huonokuntoisia, mikä on todettu aiemmissa tutkimuksissa (esim. Schuurman 1997). Samoin tässä tutkimuksessa hoidettavat olivat hyvin riippuvaisia hoitajan avusta, naisten selviytyessä vähän miehiä paremmin. Välineellisissä toiminnoissa miehet tarvitsivat naisia enemmän hoitajan apua, mikä osoittaa heidän olevan huonokuntoisempia kuin naiset. Tähän voi vaikuttaa heidän korkeampi keski-ikänsä ja se, etteivät he ole tottuneet tekemään



kotiaskareita. " - ei ole koskaan osallistunut - ", kuten eräs asian ilmaisi. Avuttomuus lisääntyi molemmilla sukupuolilla iän lisääntyessä.

Aistien toimintaan sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien ja vaurioiden aiheuttamiin ongelmiin liittyy merkittävä osa toiminnanvajavuuksista (Heikkinen 1997). Tässä tutkimuksessa suurin osa hoitoon johtaneista sairauksista oli aivoverenkierron häiriöitä sekä sen aiheuttamia jälkitiloja ja tuki- ja liikuntaelinsairaudesta johtuvia toimintakyvyn heikkenemisiä. Naisia ja miehiä oli sairausluokissa lähes yhtä paljon, lukuun ottamatta hengityselinsairaita, jotka olivat kaikki miehiä. Näiden ikäryhmien miesten tupakoinnin yleisyys voi selittää eron. Naisilla oli tuki- ja liikuntaelinsairauksia enemmän kuin miehillä. Kaatumiset ja muut tuki- ja liikuntaelimiin kohdistuneet vauriot aiheuttavat naisille osteoporoosin vuoksi herkemmin murtumia kuin miehille (Heikkinen 1997).

Hoitoympäristö ja sen toimivuus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen ja toimivan hoidon edellytys; tässä tapauksessa omaishoidon onnistumisen edellytys. Päivärinnan (1997) mukaan ikääntyvillä ihmisillä kotiympäristö vahvistaa omaa selviytymisen tunnetta ja auttaa ylläpitämään toimintakykyä. Tässä tutkimuksessa vain yksi mainitsi mukavuuksien puutteellisuudesta. Sen selittänee kaupunkimainen asuminen. Myönteistä oli havaita, että liikuntaesteisillä oli käytössä tarvittavat apuvälineet ja kodin saneerauksia oli tehty hoitotyön helpottamiseksi.

### **7.3 Taloudellinen tuki**

Vanhusten avuntarpeet kasvavat heidän lukumääränsä lisääntyessä. Taloudellisella tuella on ratkaisevan tärkeä merkitys heidän hoitonsa järjestämisessä. Omaishoidontuen määräysperusteet tulevat esille tukea haettaessa. Tässä selvityksessä omaishoitajille maksettiin hoitopalkkiota, jonka tarpeen arvioinnissa oli käytetty hoitoisuusluokitusta. Tuki perustui yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tärkeä kriteeri oli hoidettavan sairausaste. Lisäksi oli huomioitu hoidettavan saamat oheispalvelut ja määrärahatilanne. Joillekin omaishoitajille tuen määräytymisperusteet saattavat kuitenkin jäädä epäselviksi. Kustannusten lisääntyessä ja määrärahojen vähetessä etsitään keinoja

niukkuuden jakamiseen (Raunio 1995), mikä oli havaittavissa myös tässä tutkimuksessa.

Sairausaste ei aina kerro tarvittavan avun ja hoidon määrää. Miltei yksimielisesti oltiin tyytymättömiä palkkioon suhteessa työn määrään ja vastuuseen, mikä on ymmärrettävää, koska yli puolet hoidettavista oli paljon hoitoa tarvitsevia ja vain neljälle maksettiin suurinta hoitopalkkiota. Epäsuhtaa maksettavissa hoitopalkkioissa oli nähtävissä, sillä moni omaishoitaja olisi ollut oikeutettu suurempaan hoitopalkkioon. Huomioitavaa on se, että kaupunki vähentää omaishoidon palkkiota, jos se antaa muita tukipalveluita. Muita selityksiä voitaneen löytää yksilökohtaisista sosiaalisista ratkaisuista tai niukoista määrärahoista, jotka eivät ole riittäneet tarpeen lisääntyessä, jolloin palkkion määrää on jouduttu tasaamaan. Kunnilla on harkintamahdollisuus (Winblad 1993). Olisi tärkeää tarkistaa hoitosopimukset ajan tasalle, sillä hoidettavien kunto tuskin paranee iän lisääntyessä. Hoitoisuusasteen mittaamisessa olisi tärkeää selvittää hoidettavan kokonaistilanne fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn suhteen.

#### **7.4 Hoitotyön kokeminen**

Tutkimuskirjallisuudessa ollaan oltu yhtä mieltä sosiaalisen tuen merkityksestä omaishoitajan työssä. Perheeltä saatu tuki on ensiarvoisen tärkeä. (Glasser 1990, Anderson 1993). Samansuuntaisia vastauksia saatiin tässäkin tutkimuksessa. Omaishoitajien mielestä perheenjäseniltä saatu apu on lähin ja helpoimmin saatavissa.

Sekä koti- että ulkomaisten tutkimusten mukaan omaishoitajat ovat hyvin kuormitettuja ja heidän sairastuvuutensa ainakin myöhemmässä vaiheessa ja hoitosuhteen kauan jatkuessa on tosiasia. (Gothóni 1991, Glasser ym. 1990, Suitor & Pillermer 1990.) Samoin tämänkin tutkimuksen avoimissa vastauksissa omaishoitajat muodostivat kuvaa terveydentilastaan puhuessaan itsestään mm: "- vielä olen jaksanut, mutta kun itsekin vanheneen..". Pelko oman terveyden menettämisestä oli taustalla.

Paikalliset vapaaehtoisjärjestöt (Hänninen & Santala 1997) ovat omalla toiminnallaan auttamassa omaishoitotoimintaa, kuten tässäkin tutkimuksessa

todettiin. Seurakunnat mainittiin virkistysleirien järjestäjinä. Eri sairauksien omat potilasyhdistykset ja omaishoitajatoiminta ovat koonneet voimansa, tietonsa ja taitonsa yhteen hyvällä menestyksellä. Virallinen vanhustenhuollon organisaatio saa näin kipeästi tarvitsemaansa helpotusta kamppaillessaan taloudellisissa vaikeuksissa miettien mitä leikata tai supistaa ja samalla vastata lakisääteisestä velvoitteestaan vanhustenhuollossa. Osallistuminen järjestettyihin tilaisuuksiin oli laimeaa. Avoimissa vastauksissa mainittiin kuitenkin lakkautetuista omaishoitajakokouksista, joita toivottiin aloitettavan uudelleen.

Perusterveydenhuollossa eräs keskeisimpiä kysymyksiä on tukeminen oikeaan aikaan ja riittävästi (Cothóni 1991). Jatkuva tiedottaminen ja keskustelu olisi tarpeen siitä, mikä on arvokasta ja mitä periaatetta olisi sovellettava kussakin esiin tulevassa tilanteessa. Tässä tutkimuksessa monet mainitsivat, etteivät olleet tienneet hakea esim. hoitopalkkiota aikaisemmin. Väittämävastauksista ilmeni, että tiedon saanti palveluista myöhästyy ja vaatii ylivoimaista omaaloitteisuutta. Hoitohenkilökunnan koulutuksessa tulisi huomioida jatkuvien muutosten tuoma kehittämistarve.

Omaishoitajia koskevissa tutkimuksissa on todettu, että hoitajat ovat kuormittuneita monestakin syystä (Glasser ym. 1990, Suitor & Pillermer 1990). Työn ympärivuorokautinen vastuu ei ole vähäisin, kuten tämänkin tutkimuksen vastauksista ilmeni. Omaishoitajista 64,7 % koki työnsä sekä henkisesti että ruumiillisesti raskaaksi. Usein vastuuta ei ollut jakamassa ketään toista henkilöä. Yhteydenotto eri tahoille ja uusiin ihmisiin koettiin rasittavana. Hoitaja ei jaksanut lähteä virkistäytymään eikä järjestämään hänelle kuuluvaa hoitovapaata. "Paremminkin jaksan tehdä työni, kun olen kotona", oli erään vastaajan kommentti osallistumisesta järjestettyihin tilaisuuksiin. Yhteiskunnallisen asenteen omaishoitajat sanoivat näkyvän palkkion pienuudessa.

Omaishoitaja oleminen tässä tutkimuksessa oli monille luonnollinen jatke pitkälle avioliitolle. Kuitenkin se vaatii voimia ja sopeutuvuutta. Velvollisuudentunne ja vastuun ottaminen läheisestä tuntui ominaiselta juuri heidän sukupolvelleen, mikä auttoi myös jaksamaan. Hyvä vuorovaikutus hoidettavan kanssa ja hänen tyytyväisyytensä koettiin palkitsevana.

Lyhytaikaisten päivävapaaluonteisten vapaa-aikojen sijaisina olivat yleensä perheenjäsenet. Lisäksi oltiin kiitollisia dementiayhdistyksen maksuttomasta sijaisesta. Pitempiä ja säännöllisiä lomiamia saatiin silloin, kun hoidettava oli

jaksottaishoidossa laitoksessa. Yhdessä hoidettavan kanssa lomalle lähdettiin mielellään.

## 7.5 Omaishoitotyön tulevaisuudennäkymiä

Omaishoidosta yhtenä tärkeänä terveydenhuollon mahdollisuuksista on olemassa paljon tutkittua tietoa - myös taitoa ja halua sen edelleen kehittämiseen löytyy. Hendersonin & McConnellin (1997) mukaan vanhukset ovat erittäin haavoittuva ryhmä, jota on lähestyttävä sen mukaisesti. Voidaan ajatella, että tutkimus saattaa olla tutkittavalle vaikea kokemus, koska siinä käsitellään intiimejä asioita, kuten ihmissuhteita ja omaisuutta. Asiat sivuavat hoidettavan lisäksi myös omaisia. Perheenjäsenille, jotka joutuvat osallistumaan hoitoon, olisi myös annettava koulutusta, jotta he osaisivat tukea omaishoitoa. Terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla tavoitteena painokkaasti muistuttaa päättäjiä siitä, että vanhojen ihmisten hoito on eettinen ongelma kaikkialla lännessä ja sitä tulee katsoa suoraan silmiin - "siis ottaa tosissaan". Ikääntyvien terveydenhoidolliset tarpeet liittyvät ohjaukseen, neuvontaan, kuntoutukseen, tulevaisuuden arviointiin, työn organisointiin, palveluiden koordinointiin ja johtamiseen. On koulutettava vanhustenhuoltoon erikoistuneita työntekijöitä, koska tarvitaan asiantuntijoita ja puolestapuhujia - rinnalla kulkijoita. (Henderson & McConell 1997.)

Yhteiskunnassa nähdään omaisten tukeminen tärkeänä asiana. Hoitopalkkiokorotuksia on luvattu ja palveluita suunniteltu. Jäädään kysymään, toteutuuko se sillä tavalla, kuin teoriassa kauniisti luvataan ja kuvataan. Vuosiksi pitkittynyt hoitoaika on suuri taakka usein jo itsekkin ikääntyvälle läheiselle, eikä hänellä ole ketään vastuunjakajaa. Tilanteeseen, jossa hoitaja itse uupuaan joutuu luovuttamaan, ei saisi joutua. Silloin hoidettava menettää hoitajansa ja hoitaja läheisen ihmissuhteensa. Stewardin (1993) vaihtoehtoteorian mukaan avunantajat väsyvät ja saattavat uupua auttamisesta, jos eivät saa tarvitsemaansa tukea ja palkkaa.

Onneksi löytyy myös positiivinen aspekti negatiivisiin tutkimustuloksiin ja ongelmiin, jos se vain osataan löytää. Omaishoidon taakan korostaminen ja siitä kuuluttaminen on oikeutettua. (Farran 1997, Kramer 1997, Miller & Powell 1997.) Omaishoitajat joutuvat aivan kuin roolimutoksen kautta sopeutumaan

tehtäväänsä. He todistavat omalla työllään olevansa ihmisiä, joilla on vahvuuksia ja kykyä ottaa vastuuta - usein aivan yksinkin - hoivaa tarvitsevista läheisistään.

Virallinen palvelujärjestelmä tarjoaa mm. päivätoimintaa ja jaksottaishoitoa kotona hoidettaville ikääntyville ja on yhteistyössä vapaaehtoisen toiminnan kanssa järjestäen koulutus- ja virkistystoimintaa. Näin ne tukevat toinen toistaan. Kramerin (1997) esittämä omaishoitajan adaptaatiomalli voi toteutua. Tällaista toimintaa tulisi edelleen kehittää. Rifkinin (1997) ehdottama malli kolmannen sektorin palkkauksesta olisi tervetullut uudistus meilläkin. Suomen Gerontologian Tutkimuskeskus (SGT) Jyväskylässä tekee monitieteistä tutkimusta ihmisen vanhenemisesta ja vanhuudesta fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalis-kulttuurisena ilmiönä. Ulkopuolisina asiantuntijoina ovat STAKESin, KELAN, Tilastokeskuksen, Työterveyslaitoksen sekä Jyväskylän kaupungin edustajat. Voidaan toivoa lisää tutkimuksia myös omaishoidon eri aspekteista käsin.

Tämä tutkimusprosessi antoi tekijälle uutta näkemystä vanhusten huollosta Jyväskylän kaupungin keskusta- ja reuna-alueella. Omaishoito on kunnallisia vanhusten hoitomuotoja monipuolistava vaihtoehto. Kappale omaishoitajien elämänsäkaarta piirtyi mieleen paikallisina asukkaina, siirtolaisina tai muualta tulleina henkilöinä. Ottamansa hoitovastuun he halusivat kantaa loppuun saakka ilman erikoisempia suunnitelmia kuin "päivä kerrallaan", kuten eräs hoitaja asian ilmaisi.

Alkanut vuosituhat on hoivan ja hoidon sisältöjen kehittämisen aikaa. Yleisen kiinnostuksen saaminen ja vastuun ottaminen yhteisistä asioista voi saada aikaan paljon myös vanhusten hoidossa. Siinä järjestetty omaishoito on tärkeä sekä yksilön hyvinvoinnin että yhteiskunnallisen hyödyn kannalta. Palveluja lisäämällä kevennetään perhehoidon taakkaa ja siten ennaltaehkäistään ajoissa laitoshoitoon siirtymistä. (Åsted-Kurki 1997). Omaiset, käyttökelpoinen voimavara, olisi otettava mukaan heidän omalla asiantuntemuksellaan suunnittelemaan hoivaa ja huolenpitoa ikääntyvien parhaaksi, hoidettiinpa heitä laitoksessa tai kotona.

## LÄHTEET

- Anderson, R. 1993. Families and Self-Help Groups as Key Actors. Teoksessa: Kaplan, A. (toim.) Health Promotion and Chronic Illness. Copenhagen, 265-266.
- Backman, A. 1997. Kotona asuvien vanhusten itsestä huolenpito. Gerontologia 4:331.
- Branckaerts, J. & Richardson, A. 1993. Self-Help Groups: Their Impact and Potential. Teoksessa: Kaplan, A. (toim.) Health Promotion and Chronic Illness. Copenhagen, 353-367.
- Draper, B.M., Poulos, G.J., Cole, A.M., Poulos, R.G., Ehrlich, F. 1992. A Comparison of Caregives for Elderly Stroke and Dementia Victims (see comment). The Journal of American Geriatrics Society. 40: 896-901.
- Era, P. 1997. Havaintomotoriikan ja kehon asennonhallintakyvyn muutokset vanhetessa ja liikunta. Teoksessa: Era, P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämisseuran julkaisuja 108, 54-60.
- Farran, C.J. 1997. Theoretical Perspectives Concerning Positive Aspects of Caring for Elderly Persons with Dementia: Stress/Adaptation and Existentialism. The Gerontologist 2: 250-256.
- Glasser, M., Rubin, S., Dickover, M. 1990. The Caregiver Role: Review of Family Caregiver - Physician Relations and Dementing Disorders. Teoksessa: Stahl, S.M. (toim.) The Legacy of Longevity. Newbury Park: Sage, 321-256.
- Gothóni, R. 1991. Omaiset - loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kehittämisosaston julkaisuja 4:1, 30-65.
- Heikkinen, E. 1995. Healthy Aging, Utopia or a Realistic Target? Teoksessa: Heikkinen, E. Kuusinen, J. Ruoppila, I. (toim.) Preparation for Aging. New York: Plenum Press, 105-107.
- Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Era, P. (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja Kansanterveyden Edistämisseuran julkaisuja 108, 1-4.
- Heinola, R. 1996. Vanhusten hoitoon osallistuvien omaisten tukeminen. 1996. Vanhustyön keskusliiton omaisprojektin väliraportti vv. 1994-1995. Vanhustyön keskusliiton raportti 2. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 1-2.
- Heiskanen, M-L., Malin, M-L., Salanko-Vuorela, M. 1994. Avaimia omaishoitajan arkeen. Helsinki: Painatuskeskus, 70-73.

- Helameri, T. 1995. Omaiset mukaan (uusittu painos). Starttiopas omaistoiminnan käynnistämiseksi. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 3-10.
- Henderson, M.L. & McConnell, E.S. 1997. Ethical Considerations. Teoksessa: Gerontological Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 125-127, 147, 155.
- Hirsjärvi, S., Liikanen, P., Remes, P., Sajavaara, P. 1995. Aiheeseen perehtyminen ja ongelmien asettelu. Teoksessa: Tutkimus ja sen raportointi. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy, 14-31.
- Hänninen, L. & Santala, J. 1997. Omaishoidon vapaaehtoistoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Hoitotyön valtakunnallinen kehittämisprojekti. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveystalokeskuksen julkaisuja 3.
- Julkunen, R. 1989. Miten käy hoivan. Sosiaaliviesti 4: 4-8.
- Julkunen, R. 1990. Hoivaajien ristipaineet; näkökulma hoivan moraaliin ja etiikkaan. Sosiaaliviesti 4: 4-10.
- Julkunen, R. 1992. Käännekohdat ja puheet. Teoksessa: Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Tampere: Vastapaino, 141-142.
- Jyväskylän kaupunki 1998. Kunnallistietoa Jyväskylästä. Jyväskylän maalaiskunta: Sisä-Suomi Oy.
- Karjalainen, J-M., Lindqvist, M., Saares, K., Voutilainen, P. 1991. Terveiden portinvartijat. Raportteja 39. Sosiaali- ja terveyshallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., Jaffee, M. 1963. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association 185, 914-919.
- Komiteamietintö. 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuus - poliittinen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö 1. Helsinki: STM, 40-41.
- Kramer, B.J. 1997. Gain in the Caregiving Experience: Who Are We? What Next? The Gerontologist 2: 218-232.
- Laukkanen, P. 1998. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen mittaaminen. Teoksessa: Suominen, H. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Lievestuore: Jyväskylä University Printing House Jyväskylä and ER-Paino Ky. 22-31.
- Lawton, P.M., Brody, E.M. 1969. Assessment of Older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 179 - 186.

- Lindqvist, M. 1986. Ammattina ihminen. Keuruu: Otava, 76-86.
- Marchi-Jones, S., Murphy, J.F., Rousseau, P. 1996. Caring for the Caregivers. *The Journal of Gerontological Nursing* 22: 7-13.
- Merjola-Partanen, T. 1994. Kehittyvä hoitotyö ja vanhusten tarpeet. Teoksessa: Simonen, L. (toim.) Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleen organisointi. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy, 56-68.
- Miller, B., Powell, M.L. 1997. Positive Aspects of Caregiving. Symposium. *The Gerontologist* 2: 216-217.
- Nordhus, I.H. 1993. Family Caregiving: A Definition. Teoksessa: Family Caregiving Community Psychological Study with Special Emphasis on Clinical Interventions. University of Bergen, 1-2.
- Nygaard, H.A. 1991. Who Cares for the Caregiver? *The Scandinavian Journal of Caring Science* 3:157-161.
- Omaishoito - Vaihtoehtoinen Avohuollon palvelu. Selvitys omaishoidon tilasta Keski-Suomessa 1996. Keski-Suomen lääninhallitus sosiaali- ja terveysosasto. Julkaisuja 4. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Päivärinta, E. 1997. Ikäihmisten kotona asumisen edistäminen kunnissa. *Gerontologia* 4: 349.
- Rassi, A-L., Hirvensalo, A., Manninen, A., Mäenpää, H., Tuosa, M. 1997. Teoksessa: Wuolio, T. (toim.) Askel kerrallaan. Laukaa: ER-paino, 4 - 7.
- Raunio, K. 1995. Niukkojen hyvinvointiresurssien jakaminen. Teoksessa: Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Tampere: Tammer-Paino OY, 324-327.
- Rifkin, J. 1997. Vaihtoehtoinen visio. Teoksessa: Työn loppu. Suomennos Ritva Linjamo. Porvoo: WSOY-kirjapainoyksikkö, 241-245.
- Schuurman, S. 1997. "Tukea tarvitaan - tietoa tarvitaan!" Keski-suomalaisten omaishoitajien näkemyksiä tekemästään hoitotyöstä ja tuen tarpeestaan. Keski-Suomen lääninhallitus sosiaali- ja terveysosasto. Julkaisuja 6. Jyväskylä: Kopijyvä OY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1993. Asetus omaishoidon tuesta n:o 318. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1997. Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta n:o 1109. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysvirasto 1997 ja 2001. Vanhustenhuolto. Julkaisematon tilasto.
- Stawbridge, W.J., Wallhagen, M.I., Shema, S.J., Kaplan, G.A. 1997. New Burdens or More of the Same? Comparing Grandparent, Spouse, and Adult-Child Caregivers. *The Gerontological Society of America* 4: 505-510.
- Steward, M.J. 1993. Integrating Social Support in Nursing. Newbury Park: Sage Publications, 18-26.



- Suitor, J.J., Pillermer, K. 1990. Transition to the Status of Family Caregiver: A New Framework for Studying Social Support and Well-Being. Teoksessa: Stahl, S.M. (toim.) *The Legacy of Longevity*. Newbury Park: Sage, 310 - 317.
- Tilastokeskus. Väestö 1995: 8-10, Väestöennuste koko maa 1995-2030, 98.
- Uutela, A. 1992. Elämänhallinta ja terveys. Teoksessa: Karisto, A, Lahelma, E, Rahkonen, O. (toim.) *Terveyssosiologia*. Juva: WSOY, 171-182.
- Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. *Sosiaali- ja terveydenhuollon raportti* 48, 64.
- Vaarama, M. 1993. Hyvinvointivaltiollinen hyvinvointipolitiikka, muutosstrategioiden suunnat ja niiden etsimisen metodiikka. Teoksessa: Hurskainen, R., Vaarama, M. *Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämisstrategiat*. Raportteja 95, Helsinki: Stakes Painatuskeskus, 6-66.
- Winblad, I. 1993. Avohoidon taloudellinen tukeminen. Teoksessa: Achté, K., Isohanni, M., Tienari, P. (toim.) *Vanhuus ja mielenterveys*. Juva: WSOY, 245-248.
- WHO. 1980. *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Genève: World Health Organisation.
- Åsted-Kurki, P. 1997. Ikäihmisten kokemukset. Mitä kokemustiedolla tehdään tieteellisessä tutkimuksessa ja käytännön terveydenhuollossa? *Gerontologia* 4: 374.

LIITE 1



SUOMEN KUNTALIITTO  
FINLANDS KOMMUNFÖRBUND

Eevaliisa Virmes/aha

Yleiskirje

9.1.1998

1(4)

Kunnan- ja kaupunginhallituksille  
Kuntayhtymien hallituksille

JYVÄSKYLÄN KAUPUNKI KAUPUNGINHALLITUS	
14.01.1998	
DIAARINUMERO 43	SIKOPÄÄMÄRKINTÄ 402

### Omaishoitajien lakisääteinen vapaa

Sosiaalihuoltolain 27 b §:ää on muutettu siten, että omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimuksen tehneellä hoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään yksi vuorokausi sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Lain muutos tuo uuden oikeuden niille omaishoitajille, joilla ei aikaisemmin ole ollut sopimukseen perustuvaa vapaata hoitotyöstä.

Sidonnaisuus hoitotyöhön on ratkaiseva arvioitaessa omaishoitajan oikeutta lakisääteiseen vapaaseen.

Sosiaalihuoltolain muutos tuli voimaan 1.1.1998. Kunnan tulee tarkistaa voimassa olevat omaishoitoa koskevat sopimukset siten, että lakisääteinen oikeus vapaaseen voidaan toteuttaa viimeistään 1.5.1998 lukien. Lakisääteinen vapaa annetaan sopimuksen tarkistamisesta lukien, kuitenkin viimeistään toukokuun 1998 alusta lukien. Taannehtivasti vapaita ei anneta.

#### Lisätiedot:

Outi Raitoaho, puh. (09) 771 2472  
Eevaliisa Virmes, puh. (09) 771 2364

LIITE

Laki sosiaalihuoltolain 27 b §:n muuttamisesta

Kopio: sosiaali- ja terveystalvelukeskus

*Handwritten note:*  
- tammikuun - palkanlaskijat

## OMAISHOITAJIEN LAKISÄÄTEINEN VAPAA

Sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 b §:ään on 5.12.1997 annetulla lailla (1109/1997) lisätty uusi 2 momentti, jossa säädetään omaishoitajan oikeudesta lakisääteiseen vapaaseen.

### Lakisääteinen oikeus vapaaseen

Lain muutoksen perusteella omaishoidon tuesta kunnan kanssa sopimukseen tehneellä hoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään yksi vuorokausi sellaista kalenterikuukautta kohti, jonka aikana hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin.

Omaishoidon tuesta annetun asetuksen (318/1993) 5 §, joka sisältää suosituksen omaishoitajalle annettavasta vapaasta, on edelleen voimassa. Asetuksen perusteella kunta on jo aikaisemmin voinut sopia omaishoitajalle annettavasta vapaasta. Lakisääteinen vapaa kattaa osan asetuksessa olevaan suositukseen perustuvasta vapaasta. Lain muutos tuo uuden oikeuden niille omaishoitajille, joilla ei aikaisemmin ole ollut sopimukseen perustuvaa vapaata hoitotyöstä.

### Sidonnaisuus hoitotyöhön

Sidonnaisuus hoitotyöhön on ratkaiseva tekijä arvioitaessa sitä, onko omaishoitajalla lakisääteinen oikeus vapaaseen, ei hoitotyön raskaus. Mikäli kunta järjestää säännöllisesti huomattavan määrän palveluja, joiden avulla hoitaja voi irrottautua hoitotyöstä, hoitotyö ei ole sitovaa. Mikäli hoitaja itse järjestää hoidettavan tilapäisen hoidon silloin tällöin saadakseen vapaata, sidonnaisuus on olemassa.

Oikeus vapaapäiviin kertyy niiltä kuukausilta, joiden aikana hoitajan sidonnaisuus on yhtäjaksoista tai jatkuu vähäisin keskeytyksin joko ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin.

Ympäri vuorokautinen sidonnaisuus tarkoittaa sitä, että hoitajan on huolehdittava hoidettavasta ja oltava valmis suorittamaan hoitotoimenpiteitä kaikkina vuorokauden aikoina. Jatkuva päivittäinen sidonnaisuus tarkoittaa sitä, että hoidettava tarvitsee huolenpitoa päiväsaikaan niin runsaasti, että hoitajan on oltava hänen luonaan pääsääntöisesti aamusta iltaan. Vähäinen keskeytys hoitotyössä on kyseessä esimerkiksi silloin, kun hoitaja sairastuu tai on tutkimuksissa.

Arvioitaessa hoitajan oikeutta vapaaseen muun kuin lakisääteisen vapaan osalta kunta noudattaa aikaisempaa suositukseen perustuvaa käytäntöä. 3(4)

#### Sopimus sekä hoito- ja palvelusuunnitelma

Omaishoidon tuesta laaditaan sosiaalihuoltolain 27 b &n mukaisesti hoitajan ja kunnan välille sopimus, jossa sovitaan myös hoitajan lakisääteisen sekä mahdollisen muun vapaan järjestämisestä ja käytännön toteuttamisesta, esimerkiksi vapaan jaksottamisesta.

Hoidettavalle laaditaan aina hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on sopimuksen liitteenä. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee ilmetä, miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan aikana.

**Hoitopalkkion määrä** Lakisääteisen vapaan pitäminen ei vähennä hoitopalkkion määrää. Suositukseen perustuvan vapaan osalta noudatetaan aikaisempaan sopimukseen perustuvaa käytäntöä.

#### Hoidettavan hoidon järjestäminen ja asiakasmaksut

Kunnan on huolehdittava hoidettavan hoidon tarkoituksenmukaisesta järjestämisestä hoitajan lakisääteisen loman ajaksi.

Hoitajan lakisääteisen vapaan sekä muun vapaan aikana hoidettavalle järjestettävistä palveluista voidaan periä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) ja asetuksen (912/1992) mukaiset maksut.

Maksulaissa on säädetty palvelun käyttäjälle maksuttomista palveluista ja asetuksessa perittävien maksujen enimmäismäärästä. Omaishoidon tukea ei ole laissa säädetty maksuttomaksi. Asetuksessa ei ole erityissäännöksiä omaishoidon tuesta perittävistä maksuista. Omaishoidon tuesta ja siihen liittyvistä palveluista voidaan siten periä maksuja asiakasmaksusäännöksiin sisältyvien yleissäännösten mukaan. Omaishoidon tukeen liittyvistä palveluista tulevat yleisimmin sovellettaviksi kotona annettavan palvelun maksu (A 3 &) ja lyhytaikaisen laitoshoidon maksu (A 12 &).


Kunta voi poiketa maksuasetuksen sallimasta enimmäismäärästä perimällä säädettyä pienempiä maksuja tai antamalla palvelun kokonaan maksutta.

#### Voimaantulo

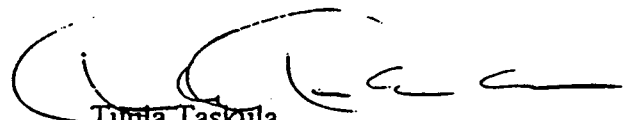
Sosiaalihuoltolain 27 b &n muutos omaishoitajien vapaasta tuli voimaan 1.1. 1998 lukien. Kunnan tulee tarkistaa voimassa olevat omaishoitoa koskevat sopimukset sekä hoito- ja palvelusuunnitelmat siten, että lakisääteinen oikeus vapaaseen voidaan toteuttaa viimeistään 1.5.1998 lukien. Lakisääteinen vapaa annetaan sopimuksen tarkistamisesta lukien kuitenkin viimeistään toukokuun 1998 alusta lukien. Taannehtivasti vapaita ei anneta.

Jos hoitajalla on lain voimaan tullessa voimassa olevan sopimuksen mukaan laajempi oikeus vapaaseen kuin mitä laissa säädetään, hoitajan oikeus vapaaseen määräytyy sopimuksen mukaan.

SUOMEN KUNTALIITTO



Berndt Långvik  
johtaja



Tuula Taskula  
sosiaali- ja terveystoimen päällikkö



Suorittaessani / suorittaessamme tutkimusta /  
oppilaitos Jyväskylän yliopisto Terveystieteen laitos  
oppiaine Gerontologia ja kansanterveys  
tutkimuksen ohjaaja Eino Heikkinen  
tutkimuksen / selvityksen nimi OMAISHOITAJIEN TOIVEIDEN  
JA PARANNUSEHDOTUSTEN TOTEUTUMINEN  
tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimuspaikka Omaishoitajat,  
jotka hoitavat yli 65- vuotiasta omaistaan Jyväskylässä

sitoudun siihen, että en käytä sen yhteydessä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta saamiani tietoja muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksen / selvityksen tekemiseen enkä anna salassapidettäviä tietoja muille henkilöille.

Tutkimuksen / selvityksen tekijä / tekijät

Sanna Valkama

nimi  
gerontolog. opisk.  
erik.sh, diakonissa  
ammatti

Kenttäkätö 12 as. 2  
osoite

40700 Jyväskylä

040-5265085, 014-216308  
puh.

Sanna Valkama  
allekirjoitus

nimi

ammatti

osoite

puh.

allekirjoitus

Todistavat:

Sirkka-Liisa Järvelin  
nimi

SOTEPA  
osoite

nimi

osoite

Jyväskylässä 4.11.1998

Hyväksynyt Sanna Valkama

## ASIAKASKYSELY OMAISHOITAJILLE

### HOIDETTAVAN TAUSTATIEDOT

1. IKÄ \_\_\_\_\_ v
2. SUKUPUOLI
  - 1.mies
  - 2.nainen

### OMAISHOITAJAN TAUSTATIEDOT

- 3.IKÄ \_\_\_\_\_ v
4. SUKUPUOLI
  - 1.mies
  - 2.nainen

5.SUKULAISUUS-/ TAI MUU LÄHEISSUHDE HOIDETTAVAAN \_\_\_\_\_

6.KUINKA KAUAN OLETTE HOITANUT OMAISTANNE? \_\_\_\_\_

7.HOIDATTEKO YKSIN VAI PERHEEN AVUSTAMANA? \_\_\_\_\_

8.HOIDETTAVAN SAIRAUUS \_\_\_\_\_

9 .OMAISHOIDON TUEN SUURUUS \_\_\_\_\_ MK/KK (brutto)

### 10. HOIDETTAVAN SUORIUTUMINEN PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA

	suoriutuu ilman apua	tarvitsee toisen apua	ei suoriudu ollen- kaan ilman apua
1.syöminen	1	2	3
2.pukeutuminen	1	2	3
3.peseytyminen	1	2	3
4.wc- käynnit	1	2	3
5.liikkuminen	1	2	3
6.ruuanlaitto	1	2	3
7.asioiminen kodin ulkopuolella	1	2	3
8.lääkkeiden otto	1	2	3
9.siivous	1	2	3
10.vuoteesta nouseminen ja vuoteeseen meno	1	2	3

11. KUINKA PALJON HOITAMISTA / AUTTAMISTA HOIDETTAVANNE  
TARVITSEE?

2 (5)

1. jatkuvaa läsnäoloa ja auttamista
2. useita kertoja päivässä
3. joka päivä tai lähes joka päivä
4. kolme, neljä kertaa viikossa

12. ESIINTYYKÖ HÄIRIÖKÄYTTÄYTYMISTÄ

	päivällä	yöllä	joskus	ei koskaan
1. vaeltelua	1	2	3	4
2. karkailua	1	2	3	4
3. äänekestä käyttäytymistä	1	2	3	4
4. tuhimista	1	2	3	4
5. jotain muuta ?				
mitä _____	1	2	3	4

13. MILLÄ PERUSTEELLA RYHDYITTE OMAISHOITAJAKSI ?

1. hoidettavanne halusi teidän hoitavan
2. te itse halusitte hoitaa omaistanne
3. velvollisuudentunteesta
4. muulla perusteella; millä \_\_\_\_\_

14. MITÄ SEURAAVISTA PALVELUISTA OLETTE KÄYTTÄNYT VIIMEKSI  
KULUNEEN KUUKAUDEN AIKANA ?

	päivittäin	kerran viikossa	ei ollenkaan
1. kodinhoito	1	2	3
2. ateriapalvelu	1	2	3
3. kylvytys / sauna	1	2	3
4. kotisairaanhoido	1	2	3
5. päiväkeskus	1	2	3
6. päiväsaairaala	1	2	3
7. jaksottaishoido	1	2	3
8. mikä muu ?			
_____	1	2	3

15. ONKO JOITAKIN PALVELUJA MYÖNNETTY TEILLE MAKSUTTOMINA ?

1. kyllä, mitä \_\_\_\_\_
2. ei

16. OLETTEKO SAANUT OMAISHOITOTYÖNNE TUEKSI OHJAUSTA TAI  
NEUVONTAA ?

1. kyllä, minkälaista \_\_\_\_\_
2. en



17. OLETTEKO TYYTYVÄINEN SAAMANNE OHJAUKSEN SISÄLTÖÖN YM. SEIKKOIHIN? 3 (5)

1. erittäin tyytyväinen
2. melko tyytyväinen
3. melko tyytymätön
4. täysin tyytymätön

18. ONKO OMAISHOITAJILLE JÄRJESTETTY OMAISTEN RYHMIÄ ULKOPUOLISTEN VETÄMINÄ VIIMEISEN VUODEN AIKANA?

1. kyllä, kuinka usein \_\_\_\_\_
2. ei
3. en osaa sanoa

19. OLETTEKO OSALLISTUNUT EDELLÄ MAINITTUIHIN TILAISUUKSIIN?

1. kyllä, kuinka usein \_\_\_\_\_
2. en, miksi ette ole osallistunut? \_\_\_\_\_

20. KUINKA USEIN JÄRJESTYI SJAISHOITAJA OSALLISTUAKSENNE EDELLÄ MAINITTUIHIN TILAISUUKSIIN VIIMEISEN PUOLEN VUODEN AIKANA? \_\_\_\_\_

21. MINKÄLAISTA TUKEA TAI VIRKISTYSTÄ OLETTE SAANEET OMAISHOITAJIEN YHTEISISSÄ TAPAAMISISSA, ESIM. RENTOUTTAVAA SEURUSTELUA, ROHKAISUA, HYVIÄ NEUVOJA YM. \_\_\_\_\_

22. OLETTEKO TIETOINEN OMASTA LOMAN / VAPAAN MAHDOLLSUUDESTA?

1. kyllä
2. en

23. KUINKA MONTA PÄIVÄÄ SAATTE HOITOVAPAATA KUUKAUDESSA?

1. saan \_\_\_\_\_ päivää kuukaudessa
2. en saa hoitovapaata

24. SAATTEKO VAPAATA ESIM. ULKOILUUN, ASIOILLA KÄYMISEEN JNE.

1. päivittäin
2. pari kertaa viikossa
3. kerran viikossa
4. kerran kuukaudessa
5. en ollenkaan

25. MITEN LOMA ON JÄRJESTYNYT KOHDALLANNE, JOS OLETTE HALUNNEET PITÄÄ SITÄ?

	aina	joskus	ei koskaan
1. hoitaja saatu kotiin	1	2	3
2. hoidettava laitokseen	1	2	3
3. yhdessä hoidettavan kanssa lomalle	1	2	3
4. en halua pitää lomaa	1	2	3

26. JOS ETTE HALUA PITÄÄ LOMAA / VAPAATA, NIIN MIKSI ETTE?

1. sijaishoito on liian kallista hoidettavalle
2. hoidettava ei halua kenenkään muun hoitavan häntä
3. en halua vierasta hoitamaan omaistani
4. en halua omaistani laitokseen
5. muu syy; mikä \_\_\_\_\_

27. SEURAVASSA ON JOUKKO VÄITTÄMIÄ. VASTATKAA JOKAISEN VAIHTOEHDON KOHDALLA SIIHEN VÄITTÄMÄÄN, JOKA ON LÄHINNÄ OMAAA KÄSITYSTÄNNE ASIASTA.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
- omaishoitotuen määrä on riittävä verrattuna tekemääni hoitotyöhön	1	2	3	4
- sosiaali- ja terveysten palvelujen maksullisuus estää niiden käyttöä	1	2	3	4
- sosiaali- ja terveysten palveluja ei ole riittävästi	1	2	3	4
- tiedon saanti palveluista ei ole riittävä	1	2	3	4
- tieto tulee kyllin ajoissa ja selvästi	1	2	3	4
- omaishoitajille ei ole tarpeeksi virkistystilaisuuksia	1	2	3	4
- ohjaus ja neuvonta on riittävä	1	2	3	4
- ammattiauttajien yhteydenotto on riittävä	1	2	3	4

28. JOS TEILLÄ TULEE HOITOTYÖSSÄ ONGELMIA, TIEDÄTTEKÖ, MIHIN / KEHEN OTATTE YHTEYTTÄ?

1. kyllä, minne \_\_\_\_\_
2. en

29. JÄRJESTYYKÖ HOITOONPÄÄSY HELPOSTI HOIDETTAVAN SAIRASTUESSA?

1. kyllä
2. ei

30. SAATTEKO ITSE SAIRASTUESSANNE SIIAISHOITAJAN?

1. kyllä
2. en

31. KOETTEKO OLEVANNE YKSIN VASTUUSSA OMAISENNE HOITOTYÖSTÄ?

1. kyllä, millaisessa tilanteessa \_\_\_\_\_
2. en

32. MILTÄ TAHOILTA JA JÄRJESTÖILTÄ OLETTE SAANUT APUA / TUKEA?

1. millä tavoin \_\_\_\_\_
1. kuinka usein \_\_\_\_\_

33. VOITTEKO MAINITA JOITAKIN MUUTOKSIA OMAISHOITAJANA TOIMIESSANNE ?

\_\_\_\_\_

34. EHDOTUKSIANNE OMAISHOIDON KEHITTÄMISEKSI?

\_\_\_\_\_

35. ONKO OMAISHOITAJAN TYÖ RASKASTA

1. henkisesti
2. ruumiillisesti
3. molempia

36. VOITTEKO KERTOA, MIKÄ TEITÄ AUTTAA JAKSAMAAN ?

\_\_\_\_\_

37. MITÄ MUUTA TYÖHÖNNE LIITTYVÄÄ HALUAISITTE KERTOA ?

\_\_\_\_\_

**KIITOS VASTAUKSISTANNE!**

***Hyvä Omaishoitaja***

*Keski-Suomen lääninhallituksen vuonna 1997 teettämän projektitutkimuksen tuloksena saatiin omaishoitajien mielipiteitä tuen ja avun tarpeesta sekä toiveita ja muutosehdotuksia omaishoitajien työhön. Te olette mahdollisesti silloin osallistunut kyselyyn. Nyt on tarkoituksena saada tietoa omaishoitajien työn nykytilanteesta. Sosiaali- ja terveystieteiden laitos on myöntänyt minulle tutkimusluvan. Olen Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen opiskelija ja teen opinnäytetyönä tätä tutkimusta. Tutkimuksessa saatuja yksityisten henkilöiden tietoja ei anneta julkisuuteen.*

*Oheisena saatte kyselylomakkeet, jotka on lähetetty Jyväskylän kaupungissa omaishoitajasopimuksen tehneelle yli 65 -vuotiasta omaistaan tai läheistään hoitavalle omaishoitajalle. Kotipalvelu on lähettänyt kyselylomakkeet ja pyydän ne palauttamaan sinne mahdollisimman pian mukana olevassa palautuskuoressa. Jos Teillä on vaikeuksia kyselylomakkeiden täyttämässä, pyydän ilmoittamaan siitä kotipalveluun.*

*Toivon Teidän suhtautuvan myönteisesti tutkimukseeni vastaamalla kyselyyn, koska te omaishoitajat itse olette oman työnne parhaita asiantuntijoita. Näin voitte osallistua omaishoidon kehittämiseen Jyväskylän kaupungissa ja samalla auttaa opintojeni etenemisessä.*

***Avustanne kiittäen ja hyvää kevättä toivottaen***

*Sanna Valkama*  
Sanna Valkama

LIITE  
Kyselylomakkeet ja palautuskuori