

738

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

# OMAISHOITAJA JA SOSIAALINEN TUKE

## HAASTATTELUTUTKIMUS JYVÄSKYLÄN MAALAISKUNNASSA YLI 65-VUOTIASTA OMAISTAN HOITAVISTA OMAISHOITAJISTA

GERONTOLOGIAN JA  
KANSANTERVEYDEN  
PRO GRADU- TUTKIELMA

Riitta Välipakka  
Anneli Yabal

Terveystieteen laitos  
Syksy 1997

Riitta Välipakka  
Anneli Yabal

Ohjaajat: Eino Heikkinen  
Risto Kortelainen

## OMAISHOITAJA JA SOSIAALINEN TUKI

Haastattelututkimus Jyväskylän maalaiskunnassa yli 65- vuotiasta omaistaan hoitavista omaishoitajista

### TIIVISTELMÄ

Tämä selvitys on ikääntyvien hoidettavien omaishoitajista Jyväskylän maalaiskunnassa tehty kokonaistutkimus, jossa tarkastellaan hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia tekemästään hoitotyöstä, saamastaan sosiaalisesta tuesta ja tukipalvelujen kehittämistarpeista. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla 43 omaishoitajaa, jotka hoitavat yli 65- vuotiasta omaistaan joko hoidettavan tai hoitajan kotona. Haastattelu pohjautui strukturoituun haastattelulomakkeeseen, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Haastattelut tehtiin heinä-syyskuussa 1997 ja haastattelijoina toimivat tutkijat itse.

Tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina ja muuttujien yhteyttä toisiinsa tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Vastaukset avoimiin kysymyksiin luokiteltiin sisällön analyysin avulla.

Omaishoitajina toimivista 42 % oli hoidettavan puoliso ja 35 % lapsia. Hoitoaika vaihteli muutamasta kuukaudesta 40 vuoteen. Tärkeimpinä motiiveina hoitamiseen olivat velvollisuudentunne, hoitajan halu hoitaa omaistaan itse ja muun hoitomahdollisuuden puuttuminen.

Hoidettavat olivat suurimmaksi osaksi huonokuntoisia: heistä 58 % tarvitsi jatkuvaa läsnäoloa ja paljon apua useimmissa päivittäisissä toiminnoissa. Miehet olivat naisia huonokuntoisempia. Omaishoitajat arvioivat, että ilman hoitotyötään hoidettavista 82 % olisi laitoshoidossa. Omaishoito on näin ollen kunnallisia vanhusten hoitomuotoja

monipuolistava todellinen vaihtoehto.

Tutkittavien tarvitsema ja saama sosiaalinen tuki vaihteli jokaisen omaishoitotilanteen mukaan. Lisäksi sosiaalisen tuen verkosto ei kaikkien kohdalla taannut sosiaalisen tuen saantia. Hoitopalkkion ei koettu olevan suhteessa hoidettavan vaatimaan hoitoon ja huolenpitoon.

Omaishoito on kunnalle edullista, sillä korkeinkin hoitopalkkio tulee huomattavasti edullisemmaksi kuin laitoshoidon kustannukset. Korkeimmasta hoitopalkkiosta laskettu päivämaksu on puolet vanhainkodin hoitopäivän hinnasta, yksi kolmasosa terveyskeskussairaalan hoitopäivän hinnasta ja vain yksi kymmenesosa ikääntyneiden käyttämien erikoissairaanhoidon palvelujen muodostamasta hoitopäivän hinnasta. Avohuollon kustannuksiin verrattuna korkeimmasta hoitopalkkiosta laskettu päivämaksu on saman suuruinen kuin kotisairaanhoidon kertakäyntimaksu ja vain vajaa viisikymmentä markkaa kalliimpi kuin kotipalvelun kertakäynnin hinta.

Omaishoitaminen koettiin vastuulliseksi ja sitovaksi. Suurimmaksi osaksi siitä johtuen omaishoitajista 70 % koki työnsä henkisesti raskaaksi. Omaishoitajista 70 % koki hoitamisella olleen negatiivisia vaikutuksia heidän perhe-elämälleen ja vain 5 % koki hoitamisen positiivisena. Viralliselta järjestelmältä saatua emotionaalista tukea ei pidetty riittävänä.

Kunnallista palvelujärjestelmää pidettiin kokonaisuutena sangen hyvänä, mutta kehittämistarpeina nähtiin omaishoitajien virkistys- ja kuntoutuspalveluiden kehittäminen, ympärivuorokautisen kotihoidon mahdollistaminen sekä pienkotien perustaminen. Näillä kaikilla nähtiin olevan selvä yhteys omaishoitajien jaksamiseen ja uupumuksen ennaltaehkäisyyn.

Avainsanat: vanhustyö, omaishoito, sosiaalinen tuki, sosiaaliset verkostot

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	4
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA.....	7
2.1 Vanhuspalvelut.....	7
2.1.1 Vanhuspalvelujen tarve.....	7
2.1.2 Palvelutuotannon vaihtoehdot vanhustyössä.....	8
2.2 Omaishoito.....	9
2.2.1 Omaishoidon käsitteitä.....	9
2.2.2 Omaishoitajat muissa maissa.....	12
2.2.3 Omaishoitajista tehtyjä tutkimuksia.....	13
2.3 Sosiaalinen tuki.....	14
2.3.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä.....	14
2.3.2 Sosiaalinen verkosto.....	16
2.3.3 Sosiaalisen tuen tasot .....	17
2.3.4 Sosiaalisen tuen vaikutukset.....	17
2.3.5 Sosiaalisen tuen saanti ja tarjonta.....	19
3 JYVÄSKYLÄN MAALAIKUNTA.....	20
3.1 Jyväskylän maalaiskunta tutkimuspaikkakuntana.....	20
3.2 Jyväskylän maalaiskunnan vanhustenhuolto.....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT.....	23
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUMINEN.....	24
5.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät.....	24
5.2 Tutkimusaineiston analyysi.....	26
5.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	26

6 TUTKIMUSTULOKSET.....	28
6.1 Omaishoitajien taustaa.....	28
6.2 Hoidettavien hoitoisuus.....	29
6.3 Hoitoympäristö.....	31
6.4 Hoitajien kokemukset palvelujärjestelmästä.....	32
6.5 Omaishoidontuki.....	35
6.6 Hoitotyön kokeminen.....	37
6.7 Omaishoidon tukeminen.....	39
6.8 Tukipalvelun ja sen tuottajan valinta.....	40
6.9 Omaishoitajien palautteita.....	42
7 POHDINTA.....	44
7.1 Omaishoitajat, hoidettavat ja hoitoympäristö.....	44
7.2 Omaishoitajien kokemukset palvelujärjestelmästä.....	47
7.3 Omaishoidon kokeminen.....	51
7.4 Omaishoidon tukeminen.....	52
7.5 Omaishoitoa tukevien palvelujen tuottajien valinta.....	55
7.6 Omaistoiminta.....	56
7.7 Tulevaisuuden näkymiä.....	57
8 LÄHTEET.....	59
LIITTEET.....	67

## 1. JOHDANTO

Hoivaa ja sen tuottamista on kautta aikojen pidetty itsestään selvänä ja luonnollisena asiana, joka perustuu perheenjäsenten ja sukulaisten väliseen velvollisuudentuntoon (Nissinen 1994). Viime vuosina on alettu aktiivisesti tutkia kotona tehtävää hoivatyötä ja omaishoitoa sekä hoitajien saamaa taloudellista ja henkistä tukea työssään. Kun omaiset hoitavat paljon hoivaa tarvitsevia läheisiään, he tarvitsevat riittävästi vapaa-aikaa, työvoima-apua, rahaa, tietoa ja sosiaalista tukea (Sipilä 1995).

Vaarama (1993) on määritellyt **vanhuspolitiikan** osaksi maassa harjoitettavaa hyvinvointistrategiaa. Hyvinvointivaltiossa tapahtuvat muutokset vaikuttavat vanhuspolitiikkaan, jonka kehitystarpeet puolestaan vaativat muutosta hyvinvointimalliin. Kussakin maassa eri palvelutuottajien painotus vaihtelee maassa käytettävän hyvinvointistrategian mukaan. Suomessa sosiaaliturva kohdistuu kaikkiin kansalaisiin ja osittain ansioihin suhteutettuna. Suomi on saavuttanut Vaaraman mukaan pohjoismaisen hyvinvointivaltion tason 1980-luvulla. Suomalainen hyvinvointivaltio sisältää neljä sopimusta:

- \* Hyvinvointivaltion keskeiset sopimukset syntyvät keskustelun avulla.
- \* Julkinen valta on lupautunut huolehtimaan huono-osaisista.
- \* Naisten oikeus tehdä kokopäiväistä työtä kodin ulkopuolella, oikeus samanlaiseen koulutukseen, omiin ansioihin ja henkilökohtaiseen sosiaaliturvaan. Lasten ja vanhusten hoidon järjestämiseksi on rakentunut laaja verkosto.
- \* Lapset eivät ole velvollisia elättämään eikä hoitamaan vanhempiaan. Hyvinvointivaltio turvaa vanhuksille toimeentulon ja tarvittavan hoivan.

Julkisen sektorin ja markkinoiden toimintamallien rinnalle on noussut kolmas, epävirallinen sektori. Kolmannesta sektorista on käytetty monia nimityksiä: kolmas, neljäs ja viides sektori, kansalaisyhteiskunta, yhteisö- ja välisektori, välittävät tasot ja verkostot, vaihtoehtoiset toiminta-areenat ja työmarkkinat, kansalaistoiminta, hyvinvointipluralismi ja hyvinvoinnin sekatalous (ks. esim. Matthies 1996). Kolmannen sektorin potentiaalit ovat

olennainen osa ajankohtaista hyvinvoinnin sekatalouden toteuttamista: viimeisen vuosikymmenen aikana on syystäkin alettu puhua **hyvinvointipluralismista** (welfare mix). Tällä tarkoitetaan perinteisten hyvinvointijärjestelmien yhdistelmää. Sitä kuvataan kolmiona, joka koostuu kotitalouksista, valtiosta ja markkinoista. Näistä kukin tuottaa hoivapalveluita eri logiikan mukaan: hyvinvointivaltio byrokraattis-professionaalisesti, markkinat maksukykyisille ja kotitaloudet epäitsekkyyden tai pakotetun epäitsekkyyden pohjalta. (Ks. Vaarama 1993, Matthies 1996) Kolmannen sektorin merkitys on noussut yleiseen tietoisuuteen paljolti amerikkalaisen taloustieteilijä Rifkinin (1995) ansiosta. Hän näkee kolmannen sektorin yhteiskunnan kolmantena tukijalkana kovan markkinatalouden ja julkisen sektorin rinnalla.

**Vanhuspolitiikan päämääräksi** Koskinen (1986) nimeää vanhusväestön elämisen laadun ja hyvinvoinnin maksimoinnin, itsemääräämisoikeuden ja riippumattomuuden takaamisen sekä edellytysten luomisen vanhusten sosiaalisen vireyden ylläpitämiseksi. Päämäärään pyritään yleisellä hyvinvointi- ja eläkepolitiikalla sekä sosiaali- ja terveystaloudella. Vaaraman (1995) mielestä on olennaista erottaa vanhustyö ja palvelujärjestelmä toisistaan käsitteinä. Palvelujärjestelmä kuvaa toiminnan muotoja, laajuutta ja resursseja ilman toiminnallista ja elämyksellistä ulottuvuutta, jollainen aspekti puolestaan liittyy vanhustyöhön. **Vanhustyöllä** tarkoitetaan moniammatillista toimintaa ikääntyneiden parissa erilaisissa organisaatioissa, toimintayksiköissä ja arkielämässä instituutioiden ulkopuolella (Koskinen 1986). Vanhustyötä on myös vapaaehtoistyö, omaistyö ja lähiyhteisön työ vanhusten tukemiseksi ja hoitamiseksi. Vanhustyön kehittäminen on Vanhustyön keskusliiton merkittävä tavoite: tällä hetkellä keskeisimpiin kehittämisaikoihin kuuluu mm. omaishoitajien tukeminen (Heinola 1997).

**Kunnallisella vanhuspolitiikalla** on kunnan omista lähtökohdista ja tarpeista lähteviä tavoitteita. Päämäärät ovat samat kuin valtakunnallisella vanhuspolitiikalla, mutta keinot ovat eriytyneempiä. Toiminnot sopeutetaan kulloinkin muuttuviin tilanteisiin. Kunnan vanhuspolitiikka on eri sektoreiden ja hallintokuntien yli ulottuvaa toimintaa, jonka toteuttajina ovat viranomaiset, järjestöt, yhteisöt, vapaaehtoiset kansalaiset ja omaiset. (Vaarama ja Hurskainen 1993)

Hyvinvointivaltiollinen ratkaisu on vääjäämättä johtanut julkisen sektorin ja sen sisällä sosiaalisektorin laajenemiseen (Salonen-Soulie` 1993). Eliniän pidentyessä ikääntyneiden määrä, sairaudet ja raihnaisuus lisääntyvät ja johtavat kasvavaan hoidon tarpeeseen. Ajankohtainen ongelma onkin tämän hoidon tarpeen tyydyttäminen. Yhteiskunnallisten muutosten seurauksena aikaisemmin ikääntyneistä huolehtineet suurperheet ovat hävinneet. Suomessa lapset ovat lainsäädännöllä vapautettu vanhempiansa hoitovastuusta. Siitä huolimatta omaisilta odotetaan yhä enemmän hoitoon osallistumista. Julkisen sektorin ulkopuolella tehty hoivatyö on volyymiltaan julkista suurempi, mikäli omaishoitamiseen käytetty työ muunnetaan rahaksi (Vaarama 1993).

Sosiaali- ja terveydenhuollon menoja joudutaan tarkastelemaan taloudellisten realiteettien valossa ja joudutaan etsimään halvempia ratkaisuja. Niinpä omaishoidon tuella ja avohuollon palveluita tarjoamalla kannustetaan esimerkiksi ikääntyneiden hoitamista kotona mahdollisimman pitkään. Omaishoidon tukemiseen ja kehittämiseen löytyy taloudellisten perustelujen ohella myös muita perusteluja. Parhaimmassa tapauksessa omaishoidolla luodaan vaihtoehtoisia vanhusten hoitomuotoja kunnallisten palvelujen tueksi tai niiden vaihtoehdoksi. Näitä vaihtoehtoja on vähän, koska järjestöjen palvelut ovat jakautuneet maantieteellisesti hyvin epätasaisesti eikä yksityisten palvelujen tarjontaa juuri ole (Pajukoski 1993).

Tässä tutkimuksessa selvitetään, mitä palveluja iäkkäiden omaisten omaishoitajat toivovat suunnattavan heille, jotta he selviytyisivät hoitotyöstään eivätkä jäisi yksin työnsä ja hoidettavansa kanssa. Tutkimuksessa selvitetään sekä hoitajien että samalla jossain määrin myös hoidettavien sosiaalista tukea ja sosiaalista verkostoa. Koska useimmat kotona hoidettavat ikääntyneet ovat yhteisiä usealle eri taholle, tarvittavien ja toimivien yhteistyöverkostojen rakentaminen on erityisen merkittävää sosiaali- ja terveystoimen, seurakunnan, vapaaehtoisjärjestöjen sekä yksityisten tahojen välillä.



## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN TAUSTA

### 2.1. Vanhuspalvelut

#### 2.1.1. Vanhuspalvelujen tarve

Väestön vanhenemiseen ovat vaikuttaneet keskimääräisen eliniän kohoaminen ja syntyvyyden väheneminen. Suomessa suurten ikäluokkien synty rajoittui 1940-1970-luvuille. Sitä seurasi syntyvyyden poikkeuksellisen suuri aleneminen. Vuoden 1990 jälkeen nousee 45-64-vuotiaiden määrä nopeasti saavuttaen lakipisteensä vuonna 2010, jolloin heitä on noin 1,5 miljoonaa eli 400 000 enemmän kuin vuonna 1990 (Heikkinen 1997). Suomessa oli vuonna 1990 yli 65-vuotiaiden väestöosuus 13,5 % (Raassina 1994). Yli 65-vuotiaista 25-36 % tarvitsee sosiaali- ja terveyspalveluja. Yli 75-vuotiaista puolet tarvitsee apua, 30 % jatkuvasti ja 10% päivittäin. Dementiaa sairastavat ikääntyneet tarvitsevat muita enemmän tukipalveluja. Lisäksi heidän määränsä oletetaan kaksinkertaistuvan vuosien 1990 ja 2030 välillä. (Vaarama 1992) Joka toista keskivaikeaa tai vaikeasti dementoitunutta hoidetaan kotona (Viramo 1994).

Lähivuosina vanhuusikään tulevilla ihmisillä on enemmän lapsia kuin heitä edeltäneillä ikäluokilla ja heitä seuraavilla ikäluokilla. Silti ei ole realistista rakentaa vanhusten selviytymistä perheiden ja lähiomaisten varaan, koska yhä useampi vanhus asuu yksin ja osuus kasvaa vanhemmissa ikäryhmissä. Lisäksi on otettava huomioon avioerojen ja uusperheiden lisääntyminen, koska niiden myötä saattaa suhtautuminen omaisapuun muuttua. (Komiteamietintö 1996)

### 2.1.2 Palvelutuotannon vaihtoehdot vanhustyössä

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen mukaan kunnilla on entistä suuremmat mahdollisuudet luoda paikallisia tarpeita vastaava palvelurakenne ja täten kilpailuttaa palveluntuottajia. Sosiaali- ja terveyshallituksen vanhuspoliittisessa projektissa esitettiin kolme toisistaan jossakin määrin poikkeavaa vanhusten palvelujen kehittämisstrategiaa. Niissä painotetaan palvelujärjestelmää, joka perustuu laadukkaisiin julkisiin palveluihin ja jota täydentää ja monipuolistaa yksityisen ja vapaaehtoisen sektorin palvelut. Tällöin esimerkiksi omaishoidon tukemista tulisi lisätä ja asiakasmaksujen osuus palvelujen kustannusten kattamisessa nousisi. (Vaarama ja Hurskainen 1993)

Sosiaali- ja terveysalan palvelujen tuottaminen yrityspohjalta on uusi ilmiö Suomessa. Järjestöt, jotka ovat tuottaneet kunnille ostopalveluja, ovat olleet perinteisiä palveluntuottajia ja tavallaan osa valtiokoneistoa. Usein palvelujen tuottaminen on tapahtunut Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Hoivayrittäjyys on kuitenkin viime vuosien naisvaltaisen yrittäjyyden muoto ja pienyrityksiä ja itsensä työllistäviä toiminimiä syntyy jatkuvasti. (Simonen 1996) Suuria yksityisiä liikeyritysketjuja ei ole Suomessa sosiaalialalle syntynyt ja välitason näkökulmasta tarkasteltuna se voi olla etu, sillä paikallisesti on helpompi verkostoida pieniä kuin suuria yrityksiä (Matthies 1996).

Suomessa ei vapaaehtoistyöllä ole samanlaista perinnettä kuin esimerkiksi Keski-Euroopassa, mutta kriisiaikoina täälläkin on tehty paljon vapaaehtoistyötä. Myös naapuriapu ja talkootyö sekä huolenpitoa tarvitsevista omaisista huolehtiminen on yleistä. Organisoituneeseen vapaaehtoistyöhön lähteminen edellyttää ainakin jonkinlaista sitoutumista johonkin järjestöön tai seurakuntaan. (Byckling 1993)

Vanhusväestön kasvuun liittyvien palvelutarpeiden tyydyttämiseksi Raassinan (1994) mukaan on esitetty useimmiten seuraavia keinoja: tehokas voimavarojen käyttö ja kohdentaminen, palvelurakenteen uudistaminen avohuoltopainotteiseksi, toiminta- ja työtapojen uudistaminen, maksupolitiikka, tavoitteellisuus, tulororientaatio, uusien voimavarojen

etsiminen julkisen sektorin ulkopuolelta, eri toimintojen yhteensovittaminen sekä toiminnan jatkuva arviointi ja seuranta. Lisäksi korostetaan iäkkäiden ihmisten omatoimisuutta edistävää toimintaa. Myös Salonen-Souliè (1993) näkee, että julkisen sektorin kasvun tuomat rahoitusongelmat ovat johtaneet uusiin ratkaisuehdotuksiin ja toisaalta vanhustyön laatua ja kilpailuttamista on alettu peräänkuuluttaa.

Sosiaali- ja terveyspalvelut (*virallinen palvelujärjestelmä*) ovat vain osa huonokuntoisten kotona asuvien vanhusten tarvitsemasta palvelukokonaisuudesta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen lisääntymisestä huolimatta ovat perhe ja lähisukulaiset (*epävirallinen palvelujärjestelmä*) pysyneet tärkeimpinä vanhuusvuosien avun ja huolenpidon lähteinä. Pelkästään omaisilta saatavan avun varassa on 12 % apua tarvitsevista yli 65- vuotiaasta väestöstä. Vuonna 1994 tämä tarkoitti noin 86 000 vanhusta. (Raassina 1994, Vaarama 1992)

Parhaimmillaan epävirallinen ja virallinen palvelujärjestelmä tukevat toisiaan. Näiden järjestelmien monipuolinen yhteistyö turvaa palvelujen jatkuvuuden, joka luo vanhukselle turvallisuuden tunteen ja mahdollistaa hänen kotona selviytymisensä mahdollisimman pitkään. (Gothoni 1991)

## 2.2. Omaishoito

### 2.2.1. Omaishoidon käsitteitä

Gothoni (1991) määrittelee **omaisen** seuraavasti:

- \* oman perheen jäsenet: vanhemmat ja lapset sekä isovanhemmat, lasten puoliset, lastenlapset ja muut heidän kanssaan pysyvästi asuvat henkilöt
- \* sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista ja heidän puolisonsa
- \* hyvin läheiset ystävät

Sosiaalilainsäädännössä on huomioitu, ettei läheisen tarvitse olla biologinen sukulainen tai aviopuoliso (Komiteamietintö 1986). Käytännössä asiakas itse voi määrittellä omat läheis- ja omaissuhteet (Gothoni 1991).

**Omaishoitajaksi** ryhtyminen on pitkälti kulttuuristen tekijöiden määrittämä asia, sillä kulttuurisilla tekijöillä ja arvoilla on Vaaraman (1992) mukaan tärkeä rooli hoidon valinnassa. Lisäksi vaikuttavia asioita ovat tarjolla olevien virallisten palvelujen saatavuus ja sopivuus vanhukselle. Tärkeä tekijä on myös vanhuksen autonomian kunnioittaminen. Hartikan (1994) mukaan monet naiset ajautuvat hoitotyöhön ympäristön odotusten vuoksi. Miehillä ei odoteta yhtä sitovaa ja pitkäaikaista hoivatyötä.

Oikeudesta hoitoon tai velvollisuudesta hoitamiseen perheoikeudellisen aseman perusteella määräytyvien suhteiden osalta ei ole laissa säädetty. Avioliittolain 46 §:n mukaan kummankin puolison tulee kykynsä mukaan ottaa osaa perheen yhteiseen talouteen ja puolisoiden elatukseen. Tähän voidaan välillisesti nähdä sisältyvän myös puolison hoidon järjestämisvelvollisuuden, jos hän on hoidon tarpeessa. (Pajukoski 1993)

Sukupuoliroolien muutokset muuttavat perheen roolia vanhusten hoito- ja huolenpitoinstituutiona, erityisesti naisten ja miesten välistä työn- ja vastuunjakoa. Omaisten suorittama vanhusten hoitotyö on ollut perinteisesti enimmäkseen naisten tekemää palkatonta työtä. Miesten toimiminen omaishoitajana on yleistymässä. (Komiteamietintö 1996) Vaikka perheenjäsenten merkitys hoidossa on kasvanut, omaishoito ei jakaudu yhteisvastuullisesti kaikkien perheenjäsenten kesken: omaishoito ja hoitotaakka kasautuvat useimmiten yhdelle perheenjäsenelle (Mohide 1993).

**Omaishoidontukea** koskeva lakiuudistus tuli Suomessa voimaan 1.7.1993. Lain mukaan omaishoidon tuella tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön kotona tapahtuvan hoidon tai muun huolenpidon turvaamiseksi annettavaa hoitopalkkiota ja palveluja. Tuen maksaminen perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito järjestetään sopimalla siitä omaisen tai läheisen kanssa ja sitä tuetaan tarvittaessa eri palvelujen avulla.

Omaishoidon tukea koskevassa sopimuksessa sovitaan maksettavasta hoitopalkkiosta ja sen suorittamisesta, sen maksamisesta hoidon keskeytyksen ajalta, hoitajalle järjestettävää vapaasta, hoidon arvioidusta kestosta ja hoidon irtisanomisesta sekä muista hoitoa koskevista asioista. (Sosiaalihuoltolaki 1993, Liite 1) Useimmissa kunnissa omaishoidon tuesta päättää johtava kodinhoitaja tai kotipalveluohjaaja (Antikainen ja Vaarama 1995). Järjestämis- ja valvontavastuu on kunnalla. Palvelujen taso ja määrä on myös kunnan päätettävissä. Sosiaalihuoltolaissa tarkoitetut omaishoidon tukea saavat henkilöt ovat toimeksiantosuhteessa kuntaan.

Omaishoidon tuki on määritelty sosiaalipalvelumuodoksi, jolloin tarjonnan periaatteena on ollut, että se on tarkoitettu kaikille tarvitseville. Kuntien määrärahat eivät kuitenkaan ole olleet riittäviä omaishoidon tuen lisäämiseen. Kotihoito, josta omaiset kantavat vastuun, on kuitenkin yhteiskunnalle edullinen ja hoidettaville inhimillinen vaihtoehto. (Pajukoski 1993)

Keski-Suomen lääninhallituksen (Omaishoito- vaihtoehtoinen...1996) tekemän selvityksen mukaan tavallisin peruste omaishoidon tuen myöntämiselle oli vanhuuteen liittyvän toimintakyvyn heikkeneminen tai pitkäaikainen sairaus. Näiden osuus oli kaksi kolmasosaa kaikista syistä. Dementiaa sairastavien osuus oli noin neljä prosenttia. Omaishoitajien hoidettavat olivat erittäin huonokuntoisia: 80 % heistä tarvitsi ympärivuorokautista tai jatkuvasti runsasta apua. Kolmasosa kunnista arvioi, että lähes kaikki omaishoidon tuella hoidettavat olisivat laitoshoidossa, mikäli heille ei olisi järjestynyt omaishoitoa. Koko Suomea kattavassa selvityksessä arvioitiin, että omaishoidolla hoidettavista 12 229 henkilöstä olisi 8 090 henkilöä ollut laitoshoidossa ilman hoitavaa omaista (Antikainen ja Vaarama 1995).

Raha on yksinkertainen ja monikäyttöinen omaishoidon tuen muoto, mutta taloudellisen tuen kanavointiin on monia eri mahdollisuuksia. Sipilä (1994) jaottelee julkisen tuen kolmeen eri keinoon: aineellinen palvelu, immateriaalinen tuki ja taloudellinen tuki.

Erilaiset tilanteet ja eri-ikäiset vanhukset vaativat erilaisia hoitoratkaisuja. Penttosen (1995) mukaan ongelmia on aiheuttanut se, että hoidon kesto on yleensä hahmotettu jatkuvaksi, useimmiten vuosia kestäväksi. Hoito voi kuitenkin olla esimerkiksi kuolevan omaisen hoitoa tai akuuttitilanteessa tarpeellista hoitoa, joka vaatii nopeita ratkaisuja ja erityisresursseja.

Monet järjestöt järjestävät **omaistoimintaa**. Järjestöjen omaistoiminta täydentää kuntien palveluja. Samalla se on toimintamuoto, jota myös julkiset palvelut tarvitsevat tuekseen, ja johon ne eivät itse ole kyenneet riittävästi panostamaan.

Omaistoiminnan lähtökohtana ja tavoitteena on auttaa omaisia jaksamaan. Omaistoiminta palvelee niin järjestöjä, omaisia, vanhuksia, ammattihenkilöstöä kuin yhteiskuntaakin. Omaistoimintaa ovat omaishoitajapiirit (omaisten keskinäisen avun ryhmät), monipuolinen tiedotustoiminta, neuvontapuhelin, omaisten ja vanhusten puhelinrenkaat, "parkkipaikka" vanhainkodin päiväkeskuksen yhteydessä, omaiskahvilatoiminta, vanhainkotien tai palvelutalojen lyhytaikaishoito, vuorohoito tai päivätoiminta. (Helameri 1995)

### 2.2.2 Omaishoitajat muissa maissa

Gothoni (1991) on selvittänyt epäviralliseen hoitoon käytettyä aikaa. Länsimaissa kaikista epäviralliseen hoitoon käytetyistä tunteista naiset käyttivät noin 70 %. Pohjoismaissa tyttäret, vaimot ja miniät tekivät lähes kaiken hoitotyön samalla, kun 80 % heistä kävi töissä kodin ulkopuolella. Tämä on selitettävissä kulttuurissamme vallalla olevasta käsityksestä, jonka mukaan hoitaminen on naisten työtä.

Silverstein ym. (1995) ovat todenneet eroja keski-ikäisten lasten motivaatiossa antaa sosiaalista tukea ikääntyneille vanhemmilleen. Pojat tukivat vanhempiaan useimmiten velvollisuudesta tai oman edun tavoittelemiseksi. Tyttärien yleisin motiivi oli läheinen suhde vanhempiin tai epäitsekkyys.

Salonen-Soulié (1993) on tutkinut muutosta vanhustenhuollossa Tanskassa. Vanhustenhuollon tavoitteena on turvata mahdollisuus asua omassa kodissa niin pitkään kuin mahdollista itseavun ja verkostojen avulla. Esimerkkeinä kuntien järjestämistä tukimuodoista ovat kotiapu, ympärivuorokautinen hoito ja ruuanjakelu. Sosiaalisen verkoston vahvistaminen on eräs uusista periaatteista. Vapaaehtoistyö tukee ammatti-ihmisten tekemää työtä, varsinkin perheen ja ystävien puuttuessa. Daatland (1991) on tarkastellut Tanskassa kehitettyjä erilaisia tukipalveluja vastaamaan omaishoitajien tarpeita. Pienten kodinomaisten laitosten lisäksi on perustettu palvelutaloja, palveluasuntoja, päiväkoteja, viikonloppukeskuksia sekä luotu mahdollisuuksia intervallijaksoihin.

Nykyisen arvion mukaan Isossa Britanniassa on kuusi miljoonaa omaishoitajaa, joista 1,4 miljoonaa käyttää yli 20 tuntia viikossa hoitamiseen. Yhdessä hoidettavan kanssa asuu 1,25 miljoonaa omaishoitajaa. Hoitajat ovat tavallisesti naisia, joko aviovaimoja tai tyttäriä. Tavallisin ikä on 45-65 vuotta. (Rands 1997)

Larragy (1993) on raportoinut iäkkäiden hoitajista Irlannissa. Omaishoitajista 80 % asuu samassa taloudessa hoidettavan kanssa. Puoliso toimii hoitajana 24 %:ssa ja lapset 46 %:ssa tapauksista. Hoitajista 20 % on jättänyt työnsä hoitaakseen omaistaan. Omaishoitajien suurta määrää on selitetty naisten alhaisella osallistumisella palkkatyöhön. Kane (1991) on tekemässään yhteenvedossa tutkimuksista todennut ikääntyneiden käyttävän omaisten ja vapaaehtoisten apua 70-95%:ssa koko hoidon tarpeesta. Usein auttajana oli nainen: vaimo, tytär tai miniä.

### **2.2.3 Omaishoidosta tehtyjä tutkimuksia**

Omaishoidon ja omaishoitajuuden tutkiminen voidaan kirjallisuuden perusteella jakaa kahdenlaiseen tutkimukseen: toisaalta on tutkittu omaisten antaman avun määrää ja toisaalta omaisten kokemuksia ja jaksamista. Yhdysvalloissa on runsaasti tutkimusta omaisista vanhusten hoitajina (esim. Noelker ja Bass 1989, Stoller ja Pugliesi 1989).

Ruotsissa ovat esimerkiksi Löfgren ym. (1992) tutkineet omaisten osuutta vanhusten hoidossa ja raportoineet siitä, mitä sosiaalista tukea omaiset tarvitsevat jaksakseen tehdä omaishoitamista.

Suomessa omaishoitajien antama hoito ja heidän asemansa on ollut viime aikoina kiinnostuksen kohteena, esimerkiksi Gothoni (1990 ja 1991), Laitinen (1991) ja Viramo (1994). Tutkimusten mukaan monet kansalaiset, varsinkin naiset, auttavat jo nyt säännöllisesti lähipiirissään olevia henkilöitä siinä määrin, että tätä apua ei voi helposti lisätä.

Heinola (1997) on selvittänyt omaistoimintaa ja eri tahojen yhteistyötä omaisten tukemiseksi 139 kunnassa ja 24 järjestössä. Tulosten pohjalta näyttäisi olevan monia yhteneväisiä intressejä ja näkemyksiä omaishoitajien tukemiseksi. Keski-Suomen lääninhallitus teetti laajan selvityksen alueensa omaishoitamisesta tänä vuonna (Schuurman 1997). Myös useita opinnäytetöitä on tehty yliopistoissa vanhusten omaishoitajista.

## **2.3 Sosiaalinen tuki**

### **2.3.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä**

Sosiaalisen tuen käsitettä on tarkasteltu monesta näkökulmasta. Bruhn ja Philips (1984) ovat määritelleet sosiaalisen tuen sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseksi. Sosioemotionaalisten seikkojen lisäksi tukeen kuuluu lisäksi instrumentaalista apua, esimerkiksi neuvontaa, tiedonsaantia, raha-apua ja työtehtävissä auttamista. Monet tekijät vaikuttavat yksilön kykyyn yhtäältä saada ja toisaalta antaa sosiaalista tukea: ikä, sukupuoli, sosiaalinen luokka, itseluottamus ja sosiaaliset roolit. Sosiaalisella tuella on eräänlaista vastavuoroisuutta tai vaihdettavuutta (Pearlin 1985, Peltonen 1994).



Steward (1993) on tehnyt yhteenvedon eri tutkijoiden tekemistä sosiaalisen tuen teorioista: *Sosiaalisen vertailun teorian* (social comparison theory) mukaan ihmiset vertaavat itseään paremmassa asemassa oleviin ja käyttävät heitä roolimalleina. Vertaamalla itseään huonommassa asemassa oleviin he parantavat itsetuntoaan. Erilaisissa tukiryhmissä tapahtuu vertailua sekä parempiin että huonompiin. Palaute samassa asemassa olevilta luo luotettavuutta ja normalisaatiota. *Vaihtoteoria* (exchange theory) olettaa sosiaalisen tuen saajien odottavan molemminpuolista tukea. Avunantajat saattavat luopua auttamisesta, elleivät he saa siitä odottamaansa arvostusta tai korvausta. *Aiheuttamisteorian* (attribution theory) mukaan henkilöt syyttävät joko avunsaajaa tai avunantajaa alkuperäisen ongelman aiheuttamisesta. Tällä on negatiivinen vaikutus auttamissuhteessa. *Sosiaalisen oppimisen teoria* (social learning theory) olettaa ihmisten oppivan paremmin samassa asemassa olevilta henkilöiltä, koska heillä on samankaltaisia kokemuksia. Tämä on oleellista tukiryhmien toiminnassa.

Uutelan (1992) mukaan sosiaalinen tuki sisältää kuusi sisältötekijää:

*Tunnetuki* viittaa arvostukseen, sympatiaan sekä johonkin kuulumisen tunteeseen. Tunnetukea saadaan tavallisesti läheisistä ihmissuhteista, mutta myös kaukaisemmat henkilöt voivat sitä antaa. Tuen toisena muotona ovat yhdessäolo ja positiiviset sosiaaliset kontaktit, joita antavat perhe, ystävät ja vapaa-ajan yhteisöt. *Instrumentaalinen tuki* auttaa konkreettisten tavoitteiden saavuttamisessa edistäen välitöntä elämänhallintoa. Perheen ja ystävien lisäksi saadaan tällaista tukea myös viranomaisilta. *Tiedollinen tuki* saadaan usein asiantuntijoilta, mutta myös läheisiltä. *Arviointituki* auttaa omien ominaisuuksien arvioinnissa ja vertailussa. Tärkeitä tuen antajia ovat läheiset. *Statustuki* saadaan työ-, perhe- ja vapaa-ajan sosiaalisten roolien kautta.

Sosiaalista tukea saadaan erilaisista lähteistä erilaisiin ongelmiin. Ongelman muuttaessa muotoaan myös tarvittavan tuen muoto muuttuu ja uusi tuen lähde on löydettävä. On tavallista, että henkilöllä on useita ongelmia samanaikaisesti, joista kukin vaatii erilaista sosiaalista tukea. (Pearlin 1985)

### 2.3.2 Sosiaalinen verkosto

Naapila (1992) on tarkastellut sosiaalisen verkoston tärkeyttä sosiaalisen tuen perustana. Jokaisella ihmisellä on ympärillään ihmissuhdeverkosto riippumatta siitä, miten paljon hän on tekemisissä sen kanssa. Asiakasta tai perhettä auttavien viranomaisten tavatessa toisensa voi syntyä uusia ideoita ja ratkaisuja ongelmiin. Verkoston näkemysten kuuleminen voi olla hyödyllistä suunniteltaessa hoitoa, vanhuksen tai vammaisen tarvitseman sosiaalisen tuen aktivoimisessa ja työnjaon suunnittelussa.

Sosiaalisen verkoston olemassaolo ei takaa sosiaalista tukea. Esimerkiksi aviopuoliso ei välttämättä anna tukea vaan aiheuttaa konflikteja ja stressiä. Useiden sosiaalisten kontaktien olemassaolo on potentiaali tuen lähde, mutta samanaikaisesti saattaa vaatia enemmän aikaa ja aiheuttaa henkilöiden välisiä ristiriitoja. (Pearlin 1985) Omaishoitaja voi olla sukunsa puristuksessa, jos hoivasuhde on vanhuksen lasten perheiden välisten ristiriitojen seuraus tai syy tai hoitaja on perheensä ja vanhuksen jännitteisten suhteiden välissä rauhan säilyttäjänä. Tyypillinen ristiriitojen aiheuttaja on se, että osa omaisista vetäytyy hoivatyöstä kokonaan syrjään. (Hartikka 1994)

Pearlin'in (1985) mukaan sosiaalisten verkostojen laajuus ja tarjoama tuki ovat jakautuneet epätasaisesti yhteiskunnassa: voidaan olettaa, että mitä kiinteämpi kanssakäyminen henkilöllä on verkostoon, sitä enemmän hän saa sieltä erilaista tukea. Kanssakäymisen läheisyys, aktiivisuus sekä intensiivisyys lisäävät tuen saannin mahdollisuutta. Henkistä tukea annetaan usein niiden henkilöiden kesken, joilla on keskinäinen intiimi ja luottamuksellinen suhde, tavallisesti aviopuolisoiden ja läheisten ystävien kesken. Aina henkilöt eivät ole tietoisia saamastaan tuesta: he saavat tukea sitä pyytämättä.

Jotta sosiaalinen verkosto toimisi sosiaalisen tuen lähteenä, vaaditaan siltä turvallisuutta, ennustettavuutta, luotettavuutta ja nopeaa toimintaa. Verkoston tulisi olla tuttu, luottamuksellinen, empaattinen ja sen jäsenien pitäisi olla samanarvoisia huolimatta heidän erilaisista rooleistaan verkostossa. Verkoston taloudellisiin vaateisiin kuuluvat sen halpuus, tehokkuus ja palvelujen saatavuus. (Marin 1996)

### 2.3.3 Sosiaalisen tuen tasot

Kumpusalo (1991) on jaotellut sosiaalisen tuen Casselin mallin mukaan kolmeen tasoon: primaaritasoon (perhe ja läheisimmät uskotut), sekundaaritasoon (ystävät, sukulaiset, työtoverit ja naapurit) sekä tertiäaritasoon (tuttavat ja viranomaiset). Varsinkin primaaritasoon tuella on merkitystä ihmisen terveydelle. Heikon primaaritasoon tuen on todettu olevan yhteydessä runsaaseen terveystalvelujen käyttöön. Usein sosiaalinen tuki on sekä saamista että antamista. Virallinen tuki on usein yksipuolista ja maksullista.

Eriolaiset tukirakenteet antavat erilaista tukea. Pienyhteisössä, kuten perheessä, tuki on persoonallista. Sen tarjoama tuki tyydyttää turvallisuus- ja yhteisyystarpeita sekä arvostukseen että itsensä toteuttamiseen liittyviä tarpeita. Kuntatasolla hallinto- ja toimintatasot ovat eriytyneet ja tuen antaminen on kontrolloitua viranomaistyötä. Yhteiskunnan tarjoama sosiaaliturva tyydyttää lähinnä väestön välttämättömät perustarpeet ja -palvelut. (Kumpusalo 1991)

### 2.3.4 Sosiaalisen tuen vaikutukset

Sosiaalisen tuen muotojen ymmärtäminen on tärkeää, jotta voitaisiin ymmärtää niitä mekanismeja, joiden avulla tuki vaikuttaa terveyteen ja hyvään oloon. Sosiaalisen tuen tulisi vastata stressin aiheuttamiin tarpeisiin. Vaikeutena on stressin aiheuttamat useat tarpeet ja niiden vaihtelu tilanteen muuttuessa. (Cohen ym. 1985)

Pearlin (1985) kyseenalaistaa sosiaalisen tuen vaikutuksia henkilökohtaisiin suhteisiin. Jos annettu apu ei ole ratkaissut ongelmaa, auttaja saattaa vetäytyä tai ongelman uusiutuminen voi muuttaa tuen antajaa. Hän voi kokea jopa vihan tunnetta autettavaansa kohtaan. Tuen määrä, sisältö, kesto ja laatu riippuvat autettavan toiminnasta, hänen roolistaan sekä autettavan ja auttajan välisestä kanssakäymisen muodosta. Kahn ja Antonucci (1980) toteavat sosiaalisen tuen olevan tärkeä tekijä henkilön hyvinvoinnille sekä sen antaman

suoranaisen avun lähteenä että stressin vaikutusta vähentävänä puskurina.

Tutkimuksessaan Silverstein ja Bengtson (1994) totesivat lapsilta saadun sosiaalisen tuen olevan yhteydessä vanhempien psyykkiseen hyvinvointiin. Toisaalta monet ikääntyneet eivät halua apua lapsiltaan ollessaan sen tarpeessa, koska he haluavat säilyttää itsenäisyytensä niin kauan kuin mahdollista olematta taakkana muille.

Sosiaalisessa verkostossa eri henkilöt haluavat erilaista tukea. Useimmin negatiiviseksi suhtautumiseksi mainittiin ystävien vältteleminen. (Gayle ja Taylor 1990) Kumpusalon (1991) mukaan tuen oikea ajoitus on tärkeää sen tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Ennenaikaisella tuella on omatoimisuutta vähentävä vaikutus; tuen viivästyminen aiheuttaa ongelman lisääntymistä ja laajemman tuen tarvetta.

Kumpusalo (1991) on tehnyt yhteenvedon sosiaalisen tuen vaikutuksista sairauden eri vaiheissa. Sairauden ehkäisyssä sosiaalinen tuki vähentää epävarmuutta ja huolestuneisuutta, jakaa ongelmia ja antaa positiivisen esimerkin. Sairauden akuuttivaiheessa sosiaalisella tuella on rauhoittava ja turvallisuutta lisäävä vaikutus, se luo empaattisen ilmapiirin ja auttaa positiivisessa samaistumisessa. Kuntoutusvaiheessa sen vaikutuksia ovat hoito-ohjeiden noudattaminen, omatoimisuuden tukeminen ja positiivinen terveyteen kannustaminen.

Kumpusalon (1991) mukaan heikkolaatuisella ja väärinmitoitetulla sosiaalisella tuella voi olla myös negatiivisia vaikutuksia. Potilaalle se saattaa lisätä passiivisuutta, riippuvuutta tuen antajiin, vähentää itseluottamusta ja itsekunnioitusta, pakottaa sairaan rooliin ja aiheuttaa häpeää ja syyllisyyden tunnetta. Sosiaalinen tuki saattaa järkyttää perheen vakiintunutta tasapainoa, kapeuttaa elämää sairauden ja sosiaalisen tuen varaan sekä lisätä sekundäärihyödyn tavoittelua. Asuinyhteisölle se saattaa aiheuttaa yhteisön itseluottamuksen murentumista ja omatoimisuuden vähenemistä sekä se voi olla epäoikeudenmukaista ja lisätä eriarvoisuutta. Se voi turhauttaa hoitohenkilökuntaa ja aiheuttaa loppuunpalamista. Yhteiskunnalle sosiaalinen tuki tulee kalliiksi, ylläpitää palvelujen suurkulutusta ja saattaa medikalisoida sosiaalisia ongelmia. (Kumpusalo 1991)

### 2.3.5 Sosiaalisen tuen saanti ja tarjonta

Ihmisen elinkaaren aikana monet roolimutokset tuovat mukanaan sosiaalisen tuen tarpeita. Vanhemmat, jotka ovat huolehtineet lapsistaan ja olleet heidän tukenaan, joutuvat vanhetessaan itse lapsiensä tuen kohteeksi. Nämä muutokset rasittavat perhesuhteita. (Cohen ja Syme 1985)

Sosiaalisen tuen antaja arvioi tilanteen ennen tuen antamista. Hän arvioi tuen legitimitettä ja kohtuullisuutta. Hän arvioi, hyötyykö saaja tuesta, onko ongelma uusiutuva tai onko tuen saaja mahdollisesti itse syyllinen ongelmaansa. Vaikka sosiaalisen tuen antaja ei tietoisesti laskekaan antamaansa tukea, hänen antamansa runsas tuki antaa hänelle oikeuden odottaa tukea myös hänen sitä itse tarvitessaan. (Cohen ja Syme 1985)

Joidenkin viitteiden mukaan sosiaalisen tuella on eroa miesten ja naisten välillä elämän eri vaiheissa. Naisten rooli nähdään yleisemmin hoitajana ja tukevana sukupuolena, miesten rooli on enemmän konkreettisen avun antajana. Miehet ovat myös usein henkisen tuen saajina. Tässä kuitenkin näyttäisi tapahtuvan muutoksia lasten aikuistuttua. Tällöin miehet ilmaisevat enemmän itseään ja tukevat muita naisten kiinnittäessä enemmän huomiota omiin tarpeisiinsa ja asemaansa. (Pearlin 1985)

### 3 JYVÄSKYLÄN MAALAIKUNTA

#### 3.1 Jyväskylän maalaiskunta tutkimuspaikkakuntana

Jyväskylän maalaiskunta on pinta-alaltaan 534.3 km<sup>2</sup> ja maantieteellisesti hajanainen. Se sijoittuu Jyväskylän kaupungin pohjois- ja itäpuolelle. Alueella on kolme suurempaa taajama-aluetta: Tikkakoski, Palokka ja Vaajakoski. Esimerkiksi sosiaalityön vastualueet on jaettu maantieteellisesti alueen pohjoiseen osaan (Tikkakoski, Palokka ja muut pienemmät kyläalueet) sekä eteläiseen osaan (Vaajakoski ym. pienemmät alueet). Taajama-aste on 84 %. Maantieteellinen hajanaisuus ei voi olla vaikuttamatta koko palvelujärjestelmään. (Kunnalliskertomus 1996)

Kokonaisväestömäärä on 30 614 asukasta, joista yli 65- vuotiaita on 10.2 % eli valtakunnalliseen tasoon nähden määrä on alhainen. Tällä hetkellä 75 vuotta täyttäneitä on 1 143 ja ennusteen mukaan vuonna 2000 heitä on 1 339 eli lisäys on 17.1 %. Ikäryhmään 45-64- vuotiaat kuuluu 24.7 % väestöstä, 15-44- vuotiaisiin 43.6 % ja alle 14- vuotiaisiin 21.5 % väestöstä. Naisia väestöstä on 50.2 %. (Kunnalliskertomus 1996)

Elinkeinorakenne painottuu palveluun ja teollisuuteen: työpaikkojen toimialarakenne jakautuu palveluihin 59.5 % , jalostukseen 33.5 % , alkutuotantoon 3.3 % ja muuhun 3.7 %. Väestöstä on 48 % keskiasteen tutkinnon ja 13.8 % korkea-asteen tutkinnon suorittaneita. (Tilastokeskus 1996)

### 3.2 Jyväskylän maalaiskunnan vanhustenhuolto

Jyväskylän maalaiskunnan vanhustenhuollossa laitoshoidon asteittainen vähentäminen ja avohuollon vahvistaminen on nostettu tärkeimmäksi kehittämistarpeeksi. Vanhustenhuoltoon ei ole 1990- luvulla voitu kuitenkaan osoittaa riittävästi voimavaroja, joilla olisi lisätty monipuolista avohuoltoa. Ikääntyneiden arkipäivän sujumista turvataan riittäväillä sosiaali- ja terveyspalveluilla ja hoidolla kunnioittaen itsemääräämisoikeutta. Henkilöstön koulutukseen ja rakenteeseen on kiinnitetty erityistä huomiota. Vakituiseen kotipalveluhenkilöstöön kuuluu 42 kodinhoitajaa/lähihoitajaa, viisi kotiavustajaa, neljä kotipalvelunohjaajaa sekä kymmenen työntekijää työllistämistuella palkattuna. Heistä neljä toimii lomittamassa omaishoitajia heidän vapaansa aikana. Henkilöstö työskentelee tiimeissä, jotka suunnittelevat asiakastyönsä itsenäisesti. Tiimeihin kuuluu edustus myös kotisairaanhoidosta.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstö laatii yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman. Työtä toteutetaan yksilövastuiseen kotihoitotyön periaatteiden mukaisesti. Asiakkaalla on omahoitaja, joka vastaa kokonaisvaltaisesti asiakkaansa hoidosta. Tiedon kulku varmistetaan ns. kotihoitokansion avulla.

Vaajakoskella sijaitsee palvelukeskus sekä kolmessa päätaajamassa sijaitsevat veteraanisäätiön omistuksessa olevat palveluasumisen yksiköt. Vanhustentaloja on seitsemän (151 asuntoa) ja ne sijaitsevat Palokassa, Kuohulla, Tikkakoskella ja Vaajakoskella. Päivätoimintaa alueella tarjoavat palvelutalo, veteraanitalot ja vanhainkoti. Lisäksi tällä hetkellä ovat suunnitelmissa Vaajakosken palvelukeskuksen laajentaminen, dementiayksikön perustaminen Vaajakosken veteraanitaloon sekä pienkodin perustaminen sekä Palokkaan että Tikkakoskelle. Maalaiskunnan alueella ei ole yksityisiä vanhusten hoivapalveluja, mutta lähikuntien alueella niitä on tarjolla. Kunta on laatinut ohjeistuksen tukea taloudellisesti vanhuksia, jotka haluavat ostaa hoivapalvelunsa yksityiseltä. Tämä on yksi keino lisätä vanhuspalvelujen vaihtoehtoja.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkkotyöryhmän loppuraportin (1995) mukaan pitkäaikaishoitoa varten varataan enintään 10 %:lle 75 vuotta täyttäneistä perusterveydenhuollon tai sosiaalitoimen laitospaikka. Vanhusten laitoshuollosta keskimäärin 35 % tarvitsee terveyskeskussairaaloiden antamaa perushoitoa ja 65 % kodinomaisempaa hoivatyypistä palvelua.

Maalaiskunnassa toimii tällä hetkellä yksi 109- paikkainen vanhainkoti, jossa on 10 lyhytaikaishoitopaikkaa. Vanhainkodilla on 12- paikkainen kunnan ainoa vaikeasti dementoituneiden hoitoyksikkö. Maalaiskunnassa kokoontuu kahden viikon välein vanhustyön asiantuntijoista koottu SAS- ryhmä (Suunnittele-Arvioi-Sijoita- ryhmä), joka konsultoi tarvittaessa esimerkiksi asuntosihteeriä ja vammaispalvelun työntekijää. Vanhainkodin ja avohuollon merkitys hoidon porrastuksen kokonaisuudessa on tärkeä, sillä Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän Palokan sairaalan 120 sairaansijaa ovat runsaasti ns. akuuttihoitoon käytössä. Sekä vanhainkodilla että sairaalassa on sovellettu yksilövastuiseen hoitotyön periaatetta.

Omaishoitoa on kehitetty ja sosiaalilautakunta asetti työryhmän selvittämään omaishoidon määräytymiskriteerien uudistamista. Uudet myöntämisperusteet astuvat voimaan 1.1.1998, mutta niitä on alettu käyttää kokeiluluontoisesti jo nyt. Kunta tukee omaishoitamista hoitopalkkiolla ja/tai tukipalveluilla. Hoitopalkkiota maksettiin 30.6.1997 kaikkiaan 68 omaishoitajalle.



#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Tämä selvitys on ikääntyvien hoidettavien omaishoitajista tehty kokonaistutkimus, jossa tarkastellaan Jyväskylän maalaiskunnan omaishoitajien näkemyksiä tekemästään hoitotyöstä, saamastaan sosiaalisesta tuesta ja sen kehittämistarpeista sekä heidän tarvettaan omaan vapaa-aikaan, lomaan, koulutukseen, ohjaukseen ja tukeen. Tutkimuksen eräänä lähtökohdiana oli Jyväskylän maalaiskunnan sosiaalijohtajan esittämä toivomus selvittää, mitä vaikeuksia omaishoitajien mielestä liittyy heidän tekemäänsä työhön ja kuinka sen tukemista voisi kehittää. Lisäksi hän toivoi selvitystä siitä, kuinka kunnallinen palvelujärjestelmä toimii ja onko maalaiskunnan sisällä eroja omaishoitajien tukemisessa.

##### **Tutkimusongelmat:**

1. Millainen on tutkittavan työympäristö/ hoidettavan hoitoympäristö?
2. Millaisena omaishoitajat näkevät omaishoitajille kohdennetun palvelujärjestelmän ja mitä kehitystarpeita siinä on heidän mielestään ?
3. Millaista omaishoidontukea ja apua omaishoitajat saavat sosiaaliselta verkostoltaan, onko se heidän mielestään riittävää ja mitä auttamis- ja hoitotoimenpiteitä kunnassa pitäisi kehittää tätä silmällä pitäen?
4. Millainen on hoidettavan hoitoisuus ja onko saatu tuki oikeassa suhteessa tarvittavan hoidon määrään nähden?
5. Missä hoidettavat hoidettaisiin ilman omaishoitamista?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRISEN OSAN TOTEUTUMINEN

### 5.1 Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tutkimusjoukko koostui Jyväskylän maalaiskunnassa asuvista omaishoitajista, jotka hoitivat yli 65-vuotiasta omaistaan ja saivat rahallista omaishoidontukea. Tutkimusjoukoksi valittiin jo tuen piiriin kuuluvat omaishoitajat (N=43), koska haluttiin kartoittaa heillä jo käytössä olevien tukimuotojen hyvät ja huonot puolet. Näin ollen ajateltiin, että he voisivat paremmin arvioida esimerkiksi niiden riittävyttä ja vaikuttavuutta. Tiedot heistä saatiin Jyväskylän maalaiskunnan kotipalveluohjaajilta ja otanta tapahtui 30.6.1997 tilanteen mukaan.

Hoitajien ikä vaihteli 22 vuodesta 76 vuoteen. Alle 50-vuotiaita hoitajia oli kymmenen. Ikäryhmään 50-64-vuotiaat kuului 17 hoitajaa ja ikäryhmään 64-74-vuotiaat 13 hoitajaa. Yli 75-vuotiaita hoitajia oli kolme ja he olivat naisia. Muissa ikäryhmissä jakaumalla ei ollut eroa sukupuolittain. Omaishoitajista 26 % oli miehiä ja 74 % naisia.

Hoitajan ammattia selvitettiin kysymällä sitä ammattia, jossa hän oli toiminut pisimpään. Työntekijänä eri teollisuuden -ja palveluammateissa oli toiminut tai toimi edelleen 60 % hoitajista. Työelämässä oli hoitajista mukana 35 % ja erilaisten eläkejärjestelyjen piirissä 55 %.

Hoidettavien taustatietoihin kerättiin ikä, sukupuoli ja entinen ammatti. Mahdollisten tulkintavaikeuksien vuoksi tutkimusjoukosta jätettiin pois yksi hoitaja, joka sai omaishoidontukea kahdesta hoidettavasta. Ikä luokiteltiin analyysivaiheessa kolmeen luokkaan. Luokkaa 65-74-vuotiaat kuului 18 hoidettavaa (42 %), luokkaan 75-84-vuotiaat 14 hoidettavaa (33 %) ja luokkaan yli 85-vuotiaat 11 hoidettavaa (26 %). Vanhin omaishoidettava oli 97-vuotias. Hoidettavista oli naisia 65 % ja miehiä 35 %.

Enin osa hoidettavista (51 %) oli työskennellyt työntekijänä teollisuuden piirissä. Huomattavalla osalla naisista (23 %) ei ollut varsinaista ammattia, vaan he olivat olleet kotona ja hoitaneet lapsia ja taloutta. Maanviljelijöiden osuus oli yksiviidesosa, mikä kuvastaa maalaiskunnan elinkeinojakaamaa sinä aikana, jolloin hoidettavat ovat olleet työelämässä.

Tutkimuslupa saatiin Jyväskylän maalaiskunnan sosiaalilautakunnalta kesäkuussa 1997 (Liite 2). Ennen jokaista haastattelua perehdyttiin kunkin omaishoidettavan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, josta saatiin esitietoina hoidettavan ikä, sukupuoli ja entinen ammatti, hoitajan sukupuoli, suhde hoidettavaan ja omaishoidon tuen määrä. Tietojen puutteellisuuden vuoksi niitä täydennettiin itse haastattelutilanteessa. Tarkoituksena oli saada hoito- ja palvelusuunnitelmista myös ne perusteet, joilla omaishoidontuki oli myönnetty, mutta ne eivät sitä kautta selvinneet. Myös omaishoitajat eivät osanneet niitä aina nimetä. Sen vuoksi elokuussa 1997 pyydettiin Palokan kuntayhtymän ylilääkäriltä lupa tarkistaa hoidettavien päädiagnoosit heidän potilasasiapapereistaan. Diagnoosien tarkistukset tehtiin lokakuun alussa käyttäen SINUHE- hoitotietojärjestelmää.

Haastattelulomake laadittiin käyttämällä apuna sosiaalisen tuen teoriaa ja omaa kokemusta vanhustyöstä. Lomake sisälsi 63 kysymystä. Sisältö jaettiin seitsemään osaan: hoidettavien ja hoitajien taustatiedot (11 kysymystä), hoitoympäristö (kuusi kysymystä), omaishoidon tuki (kuusi kysymystä), kokemukset palvelujärjestelmästä (12 kysymystä), hoidettavan toimintakyky ja hoitaminen (9 kysymystä) ja omaishoidon tukeminen (19 kysymystä).

Haastattelulomake esitettiin viidellä omaishoitajalla luotettavuuden ja ymmärrettävyyden tarkistamiseksi. Esitestausten pohjalta tulleiden palautteiden perusteella kysymyksiä tarkennettiin. Strukturoitujen kysymysten lisäksi haastattelulomakkeessa (Liite 3) oli muutamia avoimia kysymyksiä, joilla omaishoitajille annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti esimerkiksi omista tuntemuksistaan. Haastateltaville lähetettiin tutkimuspyyntökirje (Liite 4) ja haastatteluajat sovittiin puhelimitse noin viikon kuluessa kirjeen lähettämisestä. Kaikki 43 omaishoitajaa haastateltiin (100 %) ja useimmiten se tapahtui heidän kotonaan.

## 5.2 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineisto koostuu 43 haastattelusta, jotka suoritettiin heinä- syyskuussa 1997. Tutkimusaineisto tallennettiin ensin SURVO- tilastolliseen ohjelmaan, josta se myöhemmin muutettiin SPSS-ohjelmaan. Tuloksista laskettiin ensin suorat jakaumat, näiden perusteella tuloksia on esitetty frekvensseinä ja prosenttilukuina. Muuttujien yhteyttä toisiinsa on tarkasteltu ristiintaulukoinnin avulla. Aineiston pienuus rajoitti sen tilastollista testausta. Havaintoarvojen pienuuden vuoksi  $\chi^2$  -testin p-arvoihin on syytä suhtautua vain suuntaa antavina.

Vastaukset avoimiin kysymyksiin luokiteltiin sisällön analyysin avulla. Avoimet kysymykset toisaalta monipuolistivat vastausten kirjoa, mutta toisaalta niiden yhteenvedo oli vaikeampaa. Avoimiin kysymyksiin annetuista vastauksista esitetään suoria lainauksia.

## 5.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudessa on tärkeää, vastaavatko saadut tulokset todellisuutta sekä miten ne vastaavat tutkimusongelmiin (Erätuuli ym. 1994). Tutkimuksen keskeiset sosiaalista tukea määrittävät käsitteet perustuivat aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan omaishoitajan työtä ja hänen saamaansa sosiaalista tukea monesta eri näkökulmasta. Yleistettävyyteen vaikuttaa otoksen edustavuus ja miten luotettavia mittaustulokset ovat (Erätuuli ym. 1994). Vaikka tutkimusaineisto on pieni, se on kokonaisotos ikääntyvien omaishoidettavien hoitajista Jyväskylän maalaiskunnassa, jolloin se antaa todellista tietoa sekä hoidettavien että omaishoitajien elämäntilanteesta. Otoksen pienuuden vuoksi tutkimuksen tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä.

Tutkimuksessa käytetyn haastattelulomakkeen reliabiliteettia ei ole testattu. Sen reliabiliteettia pyrittiin kuitenkin lisäämään hyödyntämällä jo aikaisemmin testattuja kysymyksiä ja rakentamalla mahdollisimman monipuolisesti tarkasteltavaa ilmiötä kuvaavia mittareita. Haastatteluaineiston sisäistä validiteettia puolestaan lisäsi haastattelijan koulutus ja kokemus käytännön hoitotyöstä. Haastattelijoina toimivat tutkijat itse. Vaikka kysymykset oli laadittu yhdessä ja sovittu niiden esittämisestä, on kuitenkin mahdollista, että haastattelijoiden välistä eroa on olemassa.

Haastattelujen kesto vaihteli hieman vajaasta tunnista kahteen tuntiin. Haastattelujen pituuteen vaikuttivat yksilölliset tavat vastata kysymyksiin joko harvasanaisemmin tai rönsyilevästi. Ongelmaksi koettiin joissakin tapauksissa hoidettavan läsnäolo. Haastattelun luotettavuutta vähentää se, että joissakin kysymyksissä hoitaja joutui arvioimaan esimerkiksi saamaansa palvelua jälkikäteen. Tällöin ongelmana oli muistamattomuus. Vastausten kirjaaminen haastattelun aikana saattaa häiritä haastateltavia. Omaishoitajat suhtautuivat kuitenkin asiaan luontevasti.

Haastattelu soveltui tiedonkeruumenetelmäksi hyvin, koska oli epäiltävissä, että useammalla omaishoitajalla olisi ollut oman jo korkean ikänsä vuoksi vaikeuksia vastata kirjallisesti. Strukturoitu haastattelulomake ei toiminut ongelmitta: alunperin ei kysymyksiin laitettu en osaa sanoa- vaihtoehtoa, mutta luokitteluvaiheessa se lisättiin, koska niitäkin vastauksia tuli. Lisäksi joitakin kysymyksiä jouduttiin tarkentamaan ymmärrettävyyden parantamiseksi. Haastattelussa olleet avoimet kysymykset paransivat tutkimuksen validiteettia, mutta niihin saatujen vastausten analysointi luotettavasti oli vaikeampaa.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Omaishoitajien taustaa

Haastattelussa selvitettiin, oliko hoitaja tällä hetkellä työelämässä, eläkkeellä vai työttömänä, mikä oli tärkein peruste alkaa omaishoitaminen, kuinka kauan oli toiminut omaishoitajana ja asuuko hoitaja samassa asunnossa hoidettavansa kanssa. Hoitajista suurin osa (42 %) oli hoidettavan oma puoliso. Lapsia hoitajista oli 35 % ja muita omaisia 4 % ja. Ns. vieraita hoitajia, esimerkiksi naapuri, oli 19 %.

Kysymystä siitä, kuinka kauan hoitaja oli toiminut omaishoitajana tämän hetkisellet hoidettavalleen, tarkennettiin aina tarvittaessa, sillä vastaukseksi haluttiin nimenomaan se, kuinka kauan hoitaja oli huolehtinut hoidettavasta- eikä vain sitä, kuinka kauan hoitaja oli saanut omaishoidontukea. Puolet hoitajista oli hoitanut alle viisi vuotta ja yli kymmenen vuotta oli hoitanut 14 % hoitajista. Pisin hoitoaika oli 40 vuotta.

Omaishoitajilta kysyttiin tärkeintä syytä, jonka perusteella he olivat ryhtyneet hoitamaan omaistaan. Haastateltavien oli ensin vaikea nimetä yhtä ja ainoaa syytä hoitajaksi ryhtymiselleen; pienen mietiskelyn jälkeen jokainen pystyi erittelemään juuri sen itselleen tärkeimmän syyn. Taulukossa 1 näkyy, millä perusteella hoitajat ovat työhönsä alkaneet.

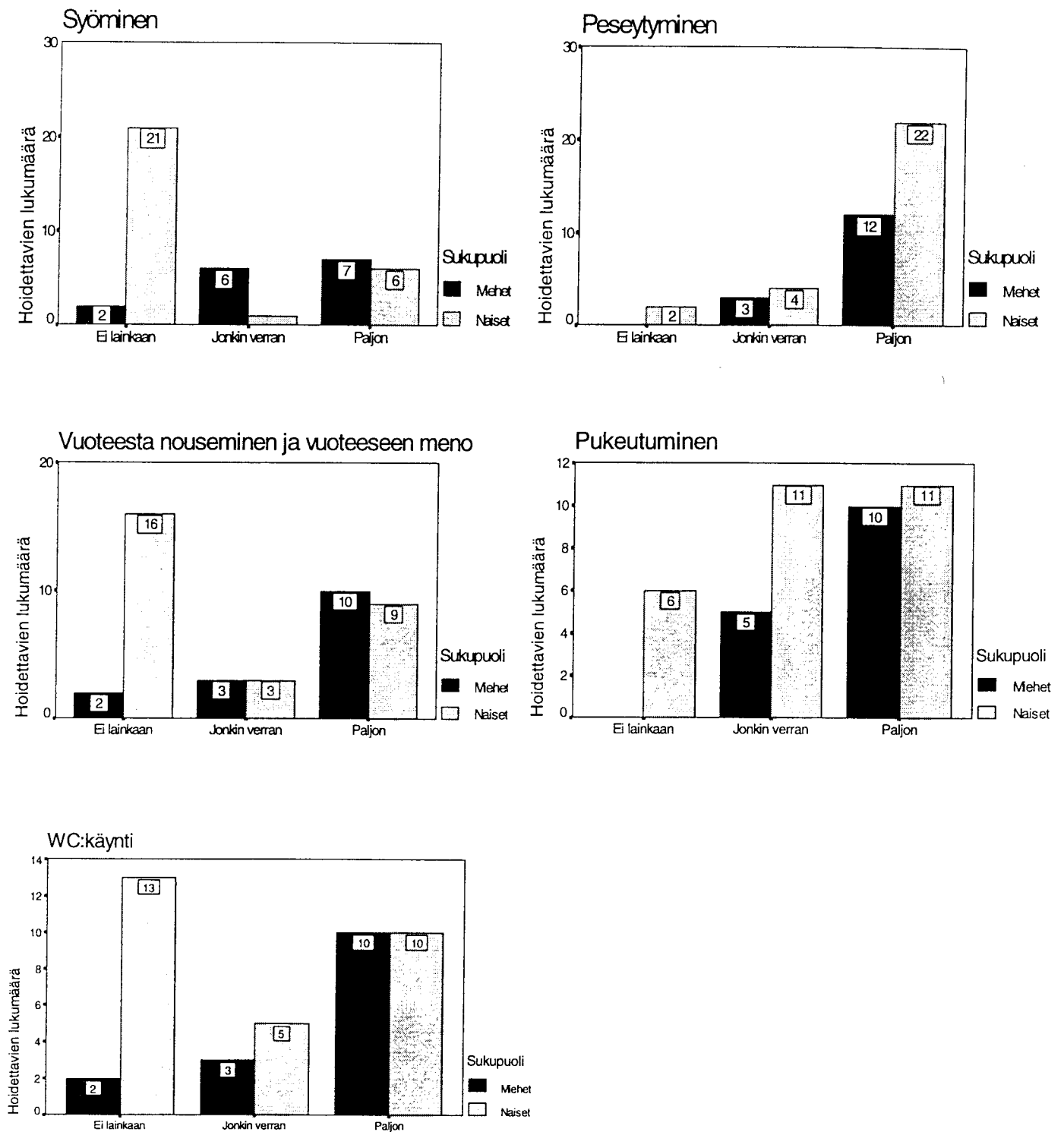
**TAULUKKO 1.** Hoitajien nimeämä tärkein motiivi ryhtyä omaishoitajaksi.

Tärkein motiivi	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%
Velvollisuuden tunne	5	46	7	21	12	49
Hoidettava halusi hänet hoitajakseen	2	18	3	9	5	21
Hoitaja halusi itse hoitaa omaisensa	2	18	10	31	12	28
Ei ollut muuta keino- non hoidon järjestä- miseen	2	18	8	25	10	23
Jokin muu peruste	-	-	4	12	4	9
<b>Yhteensä</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Suurin osa hoidettavista asui samassa asunnossa hoitajan kanssa (77 %). Poikkeuksena olivat ne hoidettavat, joilla oli vieras, ei sukulainen, hoitajana. Tulosten mukaan mieshoitajat asuivat hoidettavansa kanssa samassa asunnossa useammin kuin naispuoliset hoitajat. Naishoitajista yhdeksän ja miehistä yksi asui erillisessä asunnossa.

## 6.2 Hoidettavien hoitoisuus

Hoitoisuutta selvitettiin kysymällä hoitajilta, kuinka hoidettavat selviävät tietyistä jokapäiväisistä toiminnoista (kysymys no. 37), jotka analyysivaiheessa jaettiin perus- ja välineellisiin toimintoihin. Eniten hoidettavat tarvitsivat apua välineellisissä toiminnoissa: yksikään ei pystynyt huolehtimaan kauppasioista ja vain pari hoidettavaa selvisi avun turvin lääkärissä käynnistä, pyykinpesusta, pankkiasioinnista, siivouksesta ja ruuanlaitosta (katso liitekuvio 1). Perustoiminnoista selviytymiseen hoidettavat tarvitsivat runsaasti apua. Kuvioista 1 ilmenee avun tarve sukupuolittain tarkasteltuna.



KUVIO 1. Hoidettavien avun tarve jokapäiväisissä toiminnoissa.



Hoidettavat selvisivät pitkälti omatoimisesti syömisestä, mutta sukupuolittain tarkasteltuna siinä oli eroa. Naisista 75 % selvisi siitä täysin omatoimisesti, kun taas miehistä paljon apua tarvitsi 47 %. (  $p = .08$  )

Vuoteesta nousemiseen ja sinne menemiseen tarvitsi miehistä 67 % paljon apua. Naisista 57 % ei tarvinnut lainkaan apua tässä toimessa. Ero tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p = .02$ ). Myös WC- asioinnissa ilmeni eroa miesten ja naisten välillä: miehistä 66 % ja naisista 35 % tarvitsi paljon apua. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ( $p = .05$ ). Pesuissa sekä miehistä että naisista 79 % tarvitsi paljon apua ( $p = .91$ ).

Pukeutumisesta ei miehistä kukaan selviytynyt ilman apua. Naisista 21 % selviytyi siitä omatoimisesti ( $p = .09$ ). Ulkoilussa kaikista hoidettavista 74 % tarvitsi paljon apua.

### 6.3 Hoitoympäristö

Hoidettavan hoitoympäristöllä ja samalla hoitajan työympäristöllä on suuri merkitys itse hoidon onnistumiseen sekä työn aiheuttamaan rasitukseen. Asuinoloja selvitettiin muutamalla kysymyksellä (kysymykset no. 12 - 17). Omakotitalossa asui 72 % hoidettavista, rivitalossa 7 % ja kerrostalossa 21 %. Kerrostalossa asuvilta kysyttiin lisäksi, monennessako kerroksessa hoidettava asui ja oliko talossa hissiä. Esimerkiksi hissien puuttuminen saattaa vaikeuttaa hoidon kokonaisvaltaista toteuttamista huomattavasti. Hissittömässä kerrostalossa asui viisi hoidettavaa ja hissillisessä neljä.

Rivi- ja kerrostaloissa oli nykyajan mukavuudet helpottamassa tehtävää hoitotyötä ja yleensäkin asumista. Vanhoissa omakotitaloissa oli vielä niitä, joiden varustelutaso ei ollut riittävä. Huomionarvoista oli, että hyvin moneen asuntoon (49 %) oli tehty tarvittavia muutostöitä asumisen ja hoitamisen helpottamiseksi. Kysymykseen, olisiko tarvetta tehdä asuntoon muutostöitä, vastasi 28 % myönteisesti. Yleisimmän oli kyse erilaisten tukikaitei-

den, sisä- WC:n ja pesutilan rakentamisesta. Apuvälineitä oli käytössä runsaasti: mm. sairaaläsänkyjä, pyörätuoleja, WC- istuimen korottajia, suihkutuoleja, rollaattoreita ja kävelykeppejä.

#### **6.4 Hoitajan kokemukset palvelujärjestelmästä**

Jokaisella kuntalaisella on tiettyjä odotuksia kunnan palvelujärjestelmään nähden. Liitetaulukosta numero 1 käy ilmi, kuinka omaishoitajat kokevat sen (kysymys no. 25). Haastatteluissa kysyttiin sitä tahoa, jolta hoitaja oli ensimmäisen kerran kuullut omaishoidontuesta (kysymys no. 24). Hajontaa oli: useimmin mainittiin tiedonantajaksi tuttavat ja omaiset (28 %), sosiaalityöntekijä (23 %) ja kotipalvelun henkilökunnalta sekä kotipalveluohjaajalta oli tietoa saanut kummaltakin 14 % hoitajista. Naisista 45 % sai tiedon ei viralliselta taholta, kun taas miehistä sai tiedon viralliselta taholta peräti 82 %. (ks. Liitetaulukko 2 )

Hoitajat kritisoivat lähes kautta linjan huonoa tiedon jakamista esimerkiksi omaishoidontuesta. Risuja sai myös muu tiedotus kunnan viranomaisten ja heidän välillään. Tiedottamiseen ja tiedonsaantiin tyytymättömien mielestä itse tietoa oli vaikea saada tai sitä joutui etsimään useasta eri paikasta ja annettu tieto saattoi olla myös puutteellista.

Avoimen kysymyksen muodossa kysyttiin, millä tavalla omaishoidontuki oli auttanut hoitajaa hoitotyössä. Enin osa kertoi rahallisen tuen menevän jokapäiväisen elämän pakollisiin kuluihin, esimerkiksi lääkkeiden ja tukipalvelujen ostoon. Säästöön ei kukaan arvellut sitä saavansa. Moni oli kuitenkin hyvin kiitollinen rahallisesta tuesta; "...kun sitä ei ole ennen tottunut mitään kunnalta saamaan, niin se tämäkin raha tuntuu ihan hyvältä." "Hyvä apu se on pienempikin rahasumma aina perheessä lisänä." "Sitä tuntee ittensä niin kuin arvostetummaksi, kun kuntakin muistaa ja antaa arvoa, että hoidan vanhaa ihmistä."

Itse tuen määrää ei pidetty riittävänä, kun sitä verrattiin tehtävään hoitotyöhön. Virkistys- ja kuntoutuspalvelut koettiin täysin puutteelliseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden riittävyys pidettiin kuitenkin sangen hyvänä, mutta niiden vähentämistä ei pidetty suotavana. Kotipalveluohjaajien ja sosiaalityöntekijöiden merkitys korostui monessa asiassa, mutta erikoisesti kotipalveluohjaajien yhteydenottoja pidettiin vähäisinä.

Mahdollisuutta hoitovapaan järjestämiseen (kysymykset no 28 - 35) käytti 19 hoitajaa (44%). Kunta on pyrkinyt järjestämään kaikille hoitajille 1-2 päivää vapaata kuukaudessa. Hoitajista 28 % ei halunnut kunnan tarjoamaa lomittajaa vapaansa ajaksi. Moni ei ole pitänyt juuri minkäänlaista lomaa tai vain hyvin satunnaisesti (56 %). Kysyttäessä syytä, miksi ei pidä hoitovapaata, eniten vastaukseksi tuli, etteivät he kokeneet sitä tarpeelliseksi tai eivät halunneet sitä. Useimmilla heillä oli kuitenkin jonkinlainen varahoitojärjestelmä suvun sisällä. Muutama hoitaja piti sijaishoitoa liian kalliina. Lomittajien vaihtumista aika ajoin sekä heidän hyvin tarkasti rajattua työkuvaansa pidettiin huonona asiana.

Vastaajista 72 % haluaisi kunnan työntekijän lomittamaan vapaata. Heistä 32 % haluaisi sitä 1-3 kertaa viikossa, 9 % kaksi kertaa kuukaudessa, 12 % kerran kuussa ja satunnaisesti 19 % hoitajista. Hoitajista 24 % toivoi lomittajaa vapaan ajaksi myös viikonloppuisin ja samoin ympäri vuorokauden. Erikoisesti dementoitunutta omaistaan hoitavat toivoivat, että he saisivat levätä silloin tällöin olemalla poissa kotoa myös 1-2 yönseutua, jolloin tuttu lomittaja hoitaisi hoidettavaa tämän omassa kotiympäristössään. Tällöin hoidettava ei kärsisi hoitajan poissaolosta eikä hoitajalla olisi niin suuri huoli hoidettavansa selviytymisestä; loma tuntuisi lomalta. Moni omaishoitaja (16 %) koki, ettei hoidettava halunnut kenenkään muun hoitavan häntä.

Hoitajat saivat nimetä, missä määrin he tarvitsisivat omaishoitamista tukevia palveluja. Tieto-taito- puolella oli havaittavissa paljon kehittämisen varaa. Moni hoitaja kertoi, että alkaessaan hoitajaksi ei ollut juuri minkäänlaista tietoa siitä. Alkuvaiheessa olisi ollut tarvetta monipuoliseen ohjaukseen ja neuvontaan, jopa koulutusta omaishoitajana toimimisesta kaivattiin. Tietoa oikeista työasunnoista, nostotavoista tai apuvälineistä kaivattiin myös jonkin verran."Kantapään kautta sitä vaan on täytynä oppia tätä hoitamista... ihan

turhaan on varmaan tehä monta virhettä." Kiinnostusta oli myös vanhuudessa esiintyviin sairauksiin, erikoisesti virtsan- ja ulosteen pidätyskyvyttömyyteen ja dementiaan liittyvään tietoon. (ks. Liitetaulukko 3 ja 4)

Hyväksi tiedonsaantifoorumiksi moni näki omaishoitajapiirit, jotka kokoontuvat joka taajama-alueella (Tikkakoski-Palokka-Vaajakoski) yhden tai useamman kerran kuukaudessa. Ongelmalliseksi koettiin niihin pääseminen: aina ei saa hoidettavalle hoitajaa kotiin, kulkuyhteydet ovat huonot esimerkiksi syrjäisemmältä asuinalueelta tai työssä käyvä hoitaja ei pääse näihin päivällä pidettäviin tilaisuuksiin.

Omaishoitajilta kysyttiin, kenen kanssa he ovat voineet keskustella omista tuntemuksistaan ja kokemuksistaan suhteessa tähän hoitamiseen ja hoitotyöhön ( ks. Liitetaulukko 5). Myös maalaiskunnan omaishoitajien emotionaalisen tuen saaminen perustui pitkälti puolisolta saatuun keskustelumahdollisuuteen: 25:stä naimisissa olevasta omaishoitajasta 19 ilmoitti keskustelewansa näistä asioista puolisonsa kanssa usein ja kuusi omaishoitajaa joskus. Seuraavaksi eniten asioista keskusteltiin jonkun sukulaisen kanssa. Ystävien kanssa jakoi neljäsosa hoitajista huoliaan usein ja runsas neljäsosa joskus. Yli 44 % hoitajista ei koskaan keskustele näistä asioista ystäviensä kanssa.

Tuloksissa on eroa sukupuolten välillä: mieshoitajista 82 % keskusteli lääkärin kanssa usein tai joskus, mutta naisista ei kukaan keskustellut lääkärin kanssa usein ja 56 % heistä keskusteli joskus ja 44 % ei keskustellut koskaan. Puolison kanssa miehistä 80 % keskusteli näistä asioista usein ja naisista 39 % (p= .06). Naisista 43 % ei voinut koskaan keskustella puolisonsa kanssa, koska osa heistä oli naimattomia ja moni hoiti nimenomaan puolisoaan. Miehistä 82 % ja naisista 59 % ei keskustellut toisen omaishoitajan kanssa koskaan.

## 6.5 Omaishoidontuki

Kunnan myöntämää omaishoidontukea vastaajat olivat saaneet korkeintaan neljä vuotta (47 %), yhdestä kahteen vuotta (26 %) tai alle yksi vuotta (28 %). Omaishoidontuen määräytymisperusteet olivat monelle hoitajalle osittain epäselvät, joten analyysivaiheessa selvitettiin hoidettavien ensisijaiset ja toissijaiset diagnoosit, jotka sitten luokiteltiin. Eniten esiintyi aivoverenkierron häiriöitä (30 %). Tuki- ja liikuntaelinsairauksia oli 21 % ja dementoivia sairauksia oli 16 %.

Omaishoidon tuen määrä on maalaiskunnassa jaettu kolmeen ryhmään. Hoitopalkkion suuruuteen vaikuttavat hoidon sitovuus ja vaativuus. Alin hoitopalkkio on 1135,14 markkaa kuukaudessa, seuraava 2000 markkaa kuukaudessa ja korkein 4000 markkaa kuukaudessa. Tutkimuksen piiriin kuuluvista omaishoitajista alinta hoitopalkkiota sai seitsemän hoitajaa (16 %). Keskimmäiseen luokkaan kuuluvaa hoitopalkkiota sai 26 hoitajaa (61 %). Korkeimpaan maksuluokkaan kuului 10 hoitajaa (23 %). Hoitoisuuden ja hoitopalkkion suhdetta toisiinsa tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla (kts. Taulukko 2).

**TAULUKKO 2.** Hoitoisuuden ja hoitopalkkion suhde toisiinsa.

Rahallisen tuen määrä	Hoidettavan avun tarve					
	Jatkuvaa läsnäoloa		Useita kertoja päivässä		Joka päivä	
	f	%	f	%	f	%
1135 mk	3	7	3	7	1	2
2000 mk	15	35	11	26	-	-
4000 mk	7	16	1	2	2	5
<b>Yhteensä</b>	<b>25</b>	<b>58</b>	<b>15</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Runsaasti hoitoa tarvitsevia oli 58 %, mutta heistä sai korkeinta hoitopalkkiota vain 16 %. Hoitoisuuden mukaan useammalle hoitajalle olisi kuulunut maksaa korkeinta hoitopalkkiota. Toisaalta, jos kunta antaa muita tukipalveluja, ne vähentävät omaishoidon tuen markkamääräistä osuutta. Kahdelle omaishoitajalle oli myönnetty korkein hoitopalkkio, vaikkakin hoidettavat kuuluivat hoitoisuudeltaan kevyimpään luokkaan.

Hoitajia pyydettiin lisäksi arvioimaan, minkä suuruinen tulisi hoitopalkkion olla. Vastaukset hajaantuivat, joten luokittelimme arviot täysille tuhansille markoille. Suurin osa hoitajista (81 %) piti kohtuullisena korvauksena 2000 - 5000 markan hoitopalkkiota. Kaksi vastaajista olivat tyytyväisiä tämän hetkiseen palkkioonsa. Täydellinen yhteisymmärrys (100 %) oli omaishoitajien keskuudessa siitä, millä perusteella hoitopalkkiota tulisi maksaa. Tuen pitää olla suhteutettuna hoidettavan tarvitsemaan hoivan ja hoidon määrään, hoitoisuusasteeseen. Kukaan ei tukenut ajatusta, että kaikille maksettaisiin sama palkka.

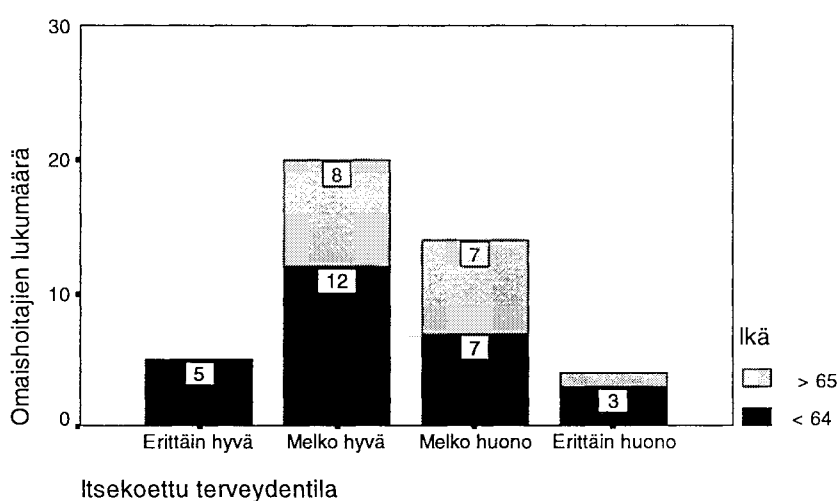
Hoitajia pyydettiin arvioimaan, missä hoidettava hoidettaisiin ilman omaishoitoa. Heidän arvionsa mukaan hoidettavista 81 % olisi laitoshoidossa ja loput pien- tai palvelukodeissa. Jos tätä suhteuttaa myös hoidettavien hoitoisuuteen, pitää arvio kohtalaisesti paikkansa, sillä yksinään toimeen tulevia ei näistä hoidettavista ole kukaan (ks. Taulukko 3).

**TAULUKKO 3.** Hoitajan arvio hoidettavan hoitopaikasta ilman omaishoitoa.

Vaihtoehtoinen hoitopaikka	f	%
Toinen omainen hoitaisi	-	-
Vanhainkoti	24	56
Terveyskeskussairaala	11	26
Jokin muu paikka	8	19
Yhteensä	43	100

## 6.6 Hoitotyön kokeminen

Hoitotyön kokemiseen vaikuttaa hoitajan oma terveydentila. Ainoastaan alle 50-vuotiaissa hoitajissa oli heitä, jotka kokivat oman terveytensä erittäin hyväksi. Muissa ikäryhmissä oma terveys koettiin huonontuneen suhteessa lisääntyneeseen ikään, kuten kuvio 2 osoittaa.



**KUVIO 2.** Omaishoitajien kokema terveydentila ikäryhmittäin luokiteltuna.

Erittäin huonoksi tai melko huonoksi oman terveydentilansa koki 40 % hoitajista. Erittäin huonoksi terveydentilansa kokeneet (7 %) olivat kaikki alle 65-vuotiaita. Vanhemmissa ikäryhmissä ei kukaan pitänyt terveyttään erittäin huonona. Terveydentilan kokemisella oli merkitystä myös siihen, kokiko hoitaja työnsä ruumiillisesti ja henkisesti raskaaksi.

Omaishoitajista 63 % koki työnsä ruumiillisesti erittäin tai melko raskaaksi. Eroa ei ilmennyt sukupuolien välillä ( $p = .51$ ). Vastajista vain kymmenen prosenttia koki, että hoitaminen ei ole fyysisesti raskasta. He hoitivat dementoitunutta, mutta ruumiillisesti vielä sangen hyväkuntoista omaistaan, jolloin puolestaan työn henkinen raskaus tuli ilmi. Eroja oli myös sukupuolten välillä: naisista 31 % koki hoitamisen henkisesti erittäin raskaaksi ja miehistä 9 %. Tilastollisesti ero ei kuitenkaan ole merkitsevä ( $p = .60$ ).

Omaishoidon koki henkisesti raskaana 70 % vastaajista, lähes puolet vastaajista jopa erittäin raskaana. Henkinen pahoinvointi tuli ilmi monen hoitajan kohdalla. Erikoisesti dementoituneiden hoitajilla se tuli julki jokaisen kohdalla. Haastattelussa otti joku hoitaja puheeksi jopa sen, että hän pelkäsi kohtelevansa kaltoin hoidettavaansa, niin uupunut hän oli. Terveystilansa melko huonoksi kokevista 86 % koki myös työnsä ruumiillisesti erittäin tai melko raskaaksi.

Terveystilansa erittäin hyväksi kokeneet hoitajat pitivät työtään henkisesti melko raskaana tai melko kevyenä. Puolestaan ne hoitajat, jotka pitivät terveystilansa erittäin huonona, pitivät myös työtään henkisesti erittäin raskaana. Terveystilansa melko huonoksi kokevat hoitajat pitivät työtään henkisesti erittäin raskaana (79 %) tai melko raskaana (21 %).

Omaishoitamisen vaikutusta hoitajan omaan perhe-elämään ja omiin ihmissuhteisiin selvitettiin avoimella kysymyksellä. Vaikutukset koottiin kolmeen luokkaan: 1. vaikuttanut positiivisesti, 2. vaikuttanut negatiivisesti ja 3. ei ole vaikuttanut millään tavalla. Positiivisia vaikutuksia oli kokenut vain 5 % vastaajista. Negatiivista vaikutusta oli peräti 70%:lla vastaajista. Omaishoitajista 26 % ei nähnyt omaishoitamisen vaikuttaneen millään lailla heidän perhe-elämäänsä tai ihmissuhteisiinsa. Kahdella hoitajalla oli sekä negatiivisia että positiivisia kokemuksia omaishoitamisen vaikutuksista ihmissuhteisiin: aikaisemmat ystävät olivat kaikonneet, mutta toisaalta omaishoitajien keskuudesta oli tilalle tullut uusia ystäviä. "Ystävät ovat kaikonneet-pelkäävät kai, että dementia tarttuu... ja kuitenkin yksi puhelinsoitto olisi minulle niin iso asia, päivän pelastus... ei sitä ulkopuolinen taho ymmärtää..."



## 6.7 Omaishoidon tukeminen

Omaishoidon tukemista kartoitettiin kysymällä, kuinka sukulaiset ja tuttavat arvostavat omaishoitajan työtä. Vastaajista 72 % koki, että ystävät arvostivat työtä. Sukulaisten arvostusta omaishoitajat kokivat saavansa hieman edellistä enemmän (79%). Ystävien ja sukulaisten osoittamissa säälintunteissa ei määrissä ollut keskinäistä eroa. Omaishoitajista kolmasosa koki, että heitä tai heidän tekemäänsä hoitotyötä säällittiin.

Yli 90 % omaishoitajista koki, ettei heidän työtänsä kadepdittu. Ystävien ja omaisten taholta tulevaa arvostelua, jonka vastaajat mielsivät poikkeuksetta negatiiviseksi, ilmoitti saavansa viidesosa hoitajista. Noin puolet koki saavansa kannustusta sekä ystäviltä että sukulaisilta.

Tuen saamista ystäviltä, sukulaisilta ja naapureilta hoitajan omassa sosiaalisessa verkostossa selvitettiin myös. Ilman ystävien tukea jäi puolet vastaajista ja ilman sukulaistenkin tukea jäi neljäsosa hoitajista. Naapuriapua sai jonkin verran noin neljäsosa vastaajista. Merkittävä osa (65 %) ei saanut sitä lainkaan (ks. taulukko 4). Saadussa tuessa ei ilmennyt eroa miesten ja naisten välillä.

**TAULUKKO 4.** Omaishoitajien saama sosiaalinen tuki omaisilta, ystäviltä ja naapureilta.

Saatu tuen määrä	Sukulaisilta		Ystäviltä		Naapureilta	
	f	%	f	%	f	%
Paljon	3	7	2	5	1	2
Jonkin verran	21	49	13	32	11	26
Hyvin vähän	8	19	6	14	3	7
Ei lainkaan	11	26	22	51	28	65
Yhteensä	43	100	43	100	43	100

Vastuun kokemisen tunnetta selvitettiin kysymällä, kokiko hoitaja olevansa yksin vastuussa hoitotyöstä. Kyllä- ja ei- vastauksia sai myös perustella. Omaishoitajat kokivat vastavansa hyvin pitkälle yksin hoitotyöstään, sillä vajaa neljäsosa hoitajista koki, että vastuuta jakoi joku muu henkilö heidän kanssaan: puoliso, lapset tai omalääkäri. Sukupuolten välillä ei ilmennyt eroja.

Kunnan tarjoamista tukimuodoista ohjausta tai koulutusta oli saanut vajaa puolet hoitajista usein tai joskus ja puolet oli jäänyt niistä täysin paitsi. Muita tukipalveluja, esimerkiksi omaishoitajalle vapaan ajaksi kunnan työntekijä (omaishoitajalomittaja), oli saanut noin 80 % hoitajista.

## **6. 8 Tukipalvelun ja sen tuottajan valinta**

Tukipalvelujen ostamiseen vaikuttaa omaishoitajan ja hoidettavan taloudellinen tilanne. Omaishoitajista 74 % oli sitä mieltä, että kunnan tarjoamista kotihoidon palveluista asiakas maksaa maksukykyensä eli taloudellisen tilanteensa mukaisesti. Heistä 12 % koki oman taloudellisen tilanteensa hyväksi, 70 % tyydyttäväksi ja 19% huonoksi.

Vastaajat halusivat suurimmaksi osaksi ostaa tarvitsemansa tukipalvelut omalta kunnalta. Yksityiseltä sektorilta voisi palveluja ostaa 7 % vastaajista. Kenelläkään haastatelluista ei ollut omakohtaista kokemusta muiden kuin kunnan tarjoamista tukipalveluista (vapaaehtoisjärjestöiltä saadusta avusta, ystäväpalvelusta tai yksityisistä tukipalveluista), jollaisia maalaiskunnassa onkin huonosti tarjolla.

Palvelujen ostamiseen eri tuottajilta vaikuttaa hoitajien mielestä ensisijaisesti palvelujen hinta (49 %). Palvelujen laatua arvosti 19 % ja saatavuutta 28 % vastaajista. Kaksi hoitajaa ei halunnut priorisoida vaatimuksia, vaan heidän mielestään sekä hinta, laatu että saatavuus ovat tärkeitä asioita valittaessa palvelun tuottajaa.

Kysyttäessä millaisena tukena omaishoitajat ensisijaisesti haluaisivat omaishoidontukea kunnalta vastauksiin tuli hajontaa: 63 % hoitajista haluaisi sen yhdistettynä rahallisena tukena ja erilaisina tukipalveluina ja 33 % haluaisi tuen pelkästään rahana. Kaksi omaishoitajaa piti heille parhaiten sopivana tukimuotoja erilaisia tukipalveluja eikä lainkaan rahallista tukea ja perusteluna oli rahallisen korvauksen korkea verotus.

Haastateltavilta tiedusteltiin, millaista apua he haluaisivat kunnan tarjoavan. Kysymyksessä oli eritelty sekä hoitajaan että hoidettavaan kohdistettavaa apua. Eniten haluttiin hoitajalle kuntolomaa ja vapaan järjestämistä sekä hoidettavalle kuntoutusta. Myös rahalliseen tukeen toivottiin korotusta.

Lopuksi kysyttiin hoitajan mielestä hänen itsensä kannalta tärkeintä kehittämistarvetta kunnassa tällä hetkellä. Neljäsosa hoitajista piti tärkeänä hoitajille suunnattuja kuntoutusjaksoja sekä hoidettavalle suunnattua kuntoutusta. Vanhainkodin ja terveyskeskussairaalan tarjoamat lyhytaikaishoitajaksojen turvaaminen koettiin myös tärkeäksi. Yksitoista vastaajaa nimesi tärkeimmäksi kehittämisalueeksi jonkun muun kuin kysymyksessä valmiiksi nimetyn: ympärivuorokautinen kotihoito hoitajan loman aikana, pienkotien perustaminen ja kotikuntoutus hoidettavalle. Lisäksi kaksi vastaajaa nimesi seurakunnan avun ja dementiahoidon kehittämisen tärkeäksi.

Jaksamista tukevien erilaisten palvelujen käyttöä selvitettiin luettelemalla sitä tukevia palveluja ja joita hoitaja arvioi tarvitsevansa asteikolla paljon-jonkin verran- ei lainkaan (Liitetaulukko 3 ja 4). Jaksamista tukevat hoitajien mielestä seuraavat tukimuodot, joita he ovat arvioineet tarvitsevansa paljon: taloudellinen tuki (56 %), omaisten apu (51 %) ja kuntoutus hoidettavalle (47 %) ja loma hoitajille (47 %).

## 6. 9 Omaishoitajien palautteita

Omaishoitajat saivat vapaasti kertoa kaikista niistä omaishoitamiseen liittyvistä asioista, joilla he katsoivat olevan merkitystä tämän tutkimuksen onnistumiselle tai viestiksi sosiaali- ja terveystoimelle. Kiitettävästi vastaajat myös käyttivät tätä mahdollisuutta hyväkseen. Vastaukset luokiteltiin seuraavasti:

1. Palaute itse tätä tutkimusta kohtaan
2. Palaute sosiaalitoimelle
3. Palaute terveystoimelle
4. Palaute yleiselle mielipiteelle

Tätä selvitystä pidettiin yleisesti tarpeellisena. Hoitajat kokivat, että kunta huomioi ja muistaa heitäkin ja heidän työtään. Hoitajat toivoivat, että heidän terveisensä menisivät "kuntaan perille". Kukaan ei suhtautunut negatiivisesti itse haastatteluun. Muutama hoitajista koki, ettei heillä olisi ollut aikaa, mutta asian tärkeys vei kuitenkin voiton.

Palautetta sosiaalitoimelle tuli myös. Omaishoitajat kokivat, ettei kunnasta pidetä yhteyttä heihin tarpeeksi ja monen mielestä ei lainkaan. Tasa-arvoisuutta tuen saannissa epäili moni hoitaja: "Pärstäkerroin vaikuttaa." "Se saa, kuka ilkeää eniten huutaa." Kotipalveluohjaajien kotikäyntejä ja yhteyksiä myös puhelimitse toivottiin kovasti. "Olisi se niin mukava, että ees joskus kysyttäisiin, että mites mennee." "En ees oo nähny koko ihmistä." Lyhytaikaishoitopaikaksi toivottiin jokin kodin ja laitoksen välimuoto, esimerkiksi pienkoti. Hoitajat kokivat, että vielä jokseenkin hyväkuntoisen hoidettavan jättäminen isoon laitokseen on vaikeaa: siellä ei ole kaikilla osastoilla henkisesti virkeää seuraa ja virikkeellistä toimintaa sekä kuntoutusta on liian vähän. Henkilökuntaa on niukasti ja vanhusten hoitoisuus on kasvanut, joten perushoidon ulkopuolella olevaan toimintaan on vain vähän aikaa ja resursseja, sillä hoitaja joutuu jakamaan aikansa usealle hoidettavalle. Tässä asiassa laitoshoido poikkeaa suuresti omaishoitamisesta, jossa hoitaja voi keskittyä vain yhden ihmisen hoitamiseen.

Palautetta terveystoimelle esitettiin kuntoutuksen puutteesta. Vuodeosastojaksojen aikana vanhus usein passivoituu ja vointi itseasiassa huononee. Dementoitunutta vanhusta on vaikea jättää vuodeosastolle olipa sitten kyseessä sairaala tai vanhainkoti. Kotikuntoutusta piti moni toivottavana palveluna. Lääkintävoimistelijan kotikäynti esimerkiksi apuvälineiden ja erilaisten työtekniikoiden neuvomiseksi nähtiin erittäin tarpeellisena. Pelkona oli myös monella terveystalvelujen supistaminen. Omalääkäripalvelua pidettiin hyvänä, sillä se nopeutti lääkärin vastaanotolle pääsyä ja lisäsi hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden tuntua.

Yleistä mielipidettä arvioitiin myös. Ihmisten yleisissä asenteissa nähtiin toivomisen varaa. Moni omaishoitaja koki olevansa "kuin vähän erikoinen maaneläjä"; niin yksin, mutta kuitenkin monelle eri taholle vedettävissä oleva. Moni hoitaja kertoi, etteivät muut ihmiset ymmärrä omaishoidon raskautta. Erikoisesti sen sitovuutta ulkopuolisten ihmisten ei nähty ymmärtävän.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Omaishoitajat, hoidettavat ja hoitoympäristö

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Jyväskylän maalaiskunnassa asuvien ikääntynyttä omaistaan hoitavien omaishoitajien näkemyksiä tekemästään hoitotyöstä, saamastaan sosiaalisesta tuesta ja sen kehittämistarpeesta. Aineiston keruu suoritettiin haastatteluilla, joissa käytettiin itse laadittua strukturoitua haastattelulomaketta. Lomake esitettiin, mutta silti siihen jäi muutamia itse haastatteluvaiheessa tarkennusta vaativia kysymyksiä.

Aineiston pienuus rajoitti tilastollisen testauksen mahdollisuuksia ja sen vuoksi jouduttiin tyytymään prosenttilukujen ja frekvenssien esittämiseen. Tutkimus on pääosin kuvaileva tutkimus Jyväskylän maalaiskunnan yli 65- vuotiasta omaistaan hoitavista omaishoitajista.

Selvityksen piiriin otettiin Jyväskylän maalaiskunnassa yli 65- vuotiasta omaistaan hoitavat 43 omaishoitajaa, joista miehiä oli neljäsosa. Miesten suhteellisen pieni osuus hoitajista niin tässä selvityksessä kuin muissakin vastaavissa on mielenkiintoinen asia. Esimerkiksi Viramon (1994) tutkimuksissa dementiaa sairastavien hoitajista joka kolmas oli mies. Mieshoitajien lukumäärää voitaneen osittain selittää sillä, että naisten odotettavissa oleva elinikä on korkeampi kuin miehillä ja miesten hoidontarve kasvaa nopeammin kuin naisten. Nämä eivät voi kuitenkaan selittää kokonaan naisten suurempaa osuutta. Kysymys Gothonin (1991) ja Finchin (1989) mukaan kulttuurissamme vallalla olevasta käsityksestä, jonka mukaan hoitaminen on osa feminiinistä identiteettiä, vaikka kaikki naiset eivät suinkaan koe hoitamista omana kutsumuksenaan. Naiset antavat läpi elämänsä runsaasti työpanostaan toisten hoitamiseen, vapaaehtoiseen hoivatyöhön; ensin lastensa, vanhempinsa ja sitten puolisonsa hyväksi; mutta saattavat jäädä itse sitä ilman, sillä esimerkiksi leskeksi jäätyään he usein asuvat yksin.

Hoidettavista naisia oli 27 ja miehiä 16. Naisten osuus on suurempi kuin mitä muissa omaishoitoa selvittäneissä tutkimuksissa, jotka tosin ovat olleet laajempia. Hoidettavien sukupuolittainen jakauma on ollut tasaisempi esimerkiksi STAKES:n vuonna 1995 koko maata koskevassa selvityksessä (Antikainen ja Vaarama 1995), vuonna 1996 Keski-Suomen lääninhallituksen (Omaishoito- vaihtoehtoinen...1996) omaishoidon tilaa selvittäneessä tutkimuksessa ja Schuurmanin (1997) äskettäin tekemässä keskisuomalaisten omaishoitajien näkemyksiä selvittäneessä tutkimuksessa. Selitys tälle poikkeamalle löytyy siitä, että tässä tutkimuksessa oli kyse pelkästään yli 65- vuotiaista hoidettavista. Tavalisinta tässä selvityksessä oli, että hoitajaksi ryhtyi puoliso. Hoivan tarjoamisessa oli merkittävä osuus myös lapsi-vanhempi- suhteella.

Aiemmin tehdyissä tutkimuksissa on usein tullut ilmi, että kotona hoidettavat vanhuksat ovat hyvin huonokuntoisia (esim. Schuurman 1997, Nousiainen 1996). Tässä tutkimuksessa selvitettiin hoidettavien kykyä selviytyä jokapäiväisistä sekä perus- että välineellisistä toiminnoista. Perustoiminnoissa esiintyi paljon riippuvuutta hoitajan avusta ja välineellisissä toiminnoissa lähes täysin. Myös Ikivihreät- projektin tulosten mukaan välineellisissä toiminnoissa ilmeni enemmän vaikeuksia ikäryhmässä 75-84- vuotiaat: vain 17 % miehistä ja 10 % naisista selviytyi ilman vaikeuksia (Alen ym. 1997). Heikkisen (1997) mukaan aistien toimintaan sekä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien ja vaurioiden aiheuttamiin ongelmiin liittyy merkittävä osa toiminnanvajavuuksista. Tässä selvityksessä suurimmalla osalla oli aivoverenkierron häiriö ja sen aiheuttaman sairauden jälkitila tai tuki- ja liikuntaelinsairaudesta johtuva toimintakyvyn aleneminen.

Hoidettavien tarvitsema avun määrä oli erikoisesti miehillä suuri. Tämä osoittaa, että kotihoidossa olevat miehet ovat huonokuntoisempia kuin naiset. Tähän vaikuttavia tekijöitä on varmasti useita: esimerkiksi aviomies on usein vaimoaan iäkkäämpi, joten hän ei kykene hoitamaan tai kulttuurissamme vallalla olevat käsitykset naisen velvollisuudesta ja kyvykkyydestä hoivanantajana (vrt. Kosberg 1992, Hartikka 1994).

Omaishoitajaksi tuleminen on aina roolinmuutos, jota usein edeltää sosiaalisesti havaittavissa oleva tapahtuma: omaisen sairaus, vamma tai kotiutuminen sairaalasta. Yhtä lailla omaishoitajuuteen ikään kuin ajaudutaan esimerkiksi pitkän avioliiton kautta. Moni on kokenut hoitamisen velvollisuudekseen ja on kokenut henkilökohtaista huolta tai hätää hoidettavasta (vrt. Gothoni 1991, Nissinen 1994, Hartikka 1994, Nousiainen 1996). Tässä tutkimuksessa lähes puolet miehistä ja viidesosa naisista oli ryhtynyt omaishoitamiseen velvollisuudentunteesta. Naisilla useimmin tärkein syy hoitamiseen oli heidän oma halunsa hoitaa (31%).

Asuin- ja elinympäristöjen toimivuus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisen ja toimivan hoidon porrastuksen edellytys ja tässä tapauksessa jopa koko omaishoitamisen onnistumisen edellytys. Sarolan (1994) mukaan ikääntyneillä ihmisillä kotiympäristön on nähty vahvistavan omaa selviytymisen tunnetta ja ylläpitävän kykyä jatkaa tehokasta toimintaa kodin piirissä. Tässä selvityksessä havaittiin samoja piirteitä: tutkimukseen osallistuneet vanhukset ilmaisivat tyytyväisyytensä asumiseensa ja voimakkaan kiintymyksensä omaan kotiinsa, vaikka asunnon laatutaso oli heikohko. Uusissakin palveluasunnoissa asuvat haastateltavat ja heidän hoidettavansa kaipasivat entiseen kotiinsa.

Hissittömyys on kasvava ongelma, sillä joka toinen suomalainen kerrostaloasunto sijaitsee hissittömässä talossa (Raassina 1994). Myös maalaiskunnassa tämä on ongelma jo nyt. Liikuntarajoitteisille ihmisille portaat ovat ongelma ikään katsomatta. Yli 80-vuotiaista noin kaksikolmasosa ei kykene lainkaan kulkemaan portaissa (Laukkanen ym. 1992). Omaishoitamisen kannalta on kuitenkin olennaista, että hyvässä asuin- ja elinympäristössä tilankäyttö ja muut ratkaisut soveltuvat myös ihmisille, joilla on liikuntakyvyn, havaintokyvyn tai muistin rajoituksia.

Asumisen ja peruspalvelujen järjestäminen on maalaiskunnan haja-asutusalueilla hankalampaa kuin taajamissa. Liikenneyhteydet ja muut peruspalvelut ovat taajamien ulkopuolella huomattavasti huonommin saavutettavissa. Erityisesti haja-asutusalueilla tarjottavien palvelujen kohtaloa joudutaan jatkuvasti pohtimaan. Ne tutkimukseen osallistujat, jotka asuivat



taajamien ulkopuolella, toivat julki pelkonsa siitä, että terveyspalveluja viedään pois esimerkiksi Vesangan alueelta. Yleensä ottaen näyttää siltä, että palvelujen, asumisen ja muun elinympäristön suunnittelussa unohdetaan vieläkin elämänsä ajattelu, jolloin huononnetaan vanhusten omatoimisuuden edellytyksiä ja omaishoitamista ja jopa lisätään palvelutarpeita. Joka tapauksessa hoitajan työympäristöön kannattaa kiinnittää huomiota. Myönteistä oli havaita, että asuinympäristöön oli kiinnitetty kunnassa jo paljon huomiota: ammatti-ihmiset olivat selvittäneet erilaisten muutostöiden tarpeen ja toteuttaneet ne useimmissa tapauksissa.

## **7.2 Omaishoitajien kokemukset palvelujärjestelmästä**

Mielenkiintoista oli saada selville se väylä, josta kukin omaishoitaja oli ensimmäisen kerran kuullut omaishoidon tuesta. Sosiaalityöntekijän osuus nousi kotipalveluohjaajan osuutta suuremmaksi. Tämä selittynee sillä, että moni hoidettava on sairastuttuaan ollut sairaalahoidossa ja sosiaalityöntekijä on tavannut hänet ja omaiset siellä. Yhteneväiseksi aiemmin tehtyihin tutkimuksiin havaittiin, että miehet saivat tietoa useimmin viralliselta taholta, kun taas naiset saivat tietoja ystäviensä ja sukulaistensa kautta.

Omaishoidon tuen määrää ei pidetty riittävänä, kun sitä verrattiin tehtävään hoitotyöhön. Eikä se ole ihme, sillä hoitoisuudeltaan yli puolet hoidettavista olivat suurihoitoisia. Jonkinasteista epäsuhtaa maksettavissa hoitopalkkioissa oli havaittavissa. Osa selittynee sillä, että välillä ovat tähän tarkoitukseen varatut rahat olleet vähissä ja myönnettyjä summia on pitänyt "tasapäistää". Taustalta saattaa löytyä myös yksilökohtaisia tai sosiaalisia ratkaisuja. Toisaalta moni omaishoitaja kritisoi, että suurempi hoitopalkkio ja muutkin tukipalvelut ohjataan "pärstäkertoimen" avulla. "Miljoonat riittävät muuhun- eläkeläinen hoidetaan vain, jos on suhteita." Hoitopalkkion myöntäminen on tähän asti tehty sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoiden yhteistyönä kotikäynnin, lääkärinlausunnon sekä hoito- ja palvelusopimuksen perusteella. Kunnassa ei ole ollut käytössä juuri mitään hoitoisuuden

tai toimintakyvyn mittaamiseen tarvittavaa materiaalia, joka olisi helpottanut esimerkiksi päätösten tasavertaisuuden varmistamista. Tähän on tarkoitus jatkossa puuttua entistä tiukemmin, sillä omaishoidon tuen määräytymiskriteerit on selvennetty ja päätöksentekijät voivat konsultoida myös SAS- ryhmää. On tärkeää tarkistaa voimassa olevat omaishoitopimukset ajan tasalle hoitoisuuden perusteella, sillä jossain vaiheessa hoitopalkkioita pystyttiin myöntämään kevyemmillä perusteilla kuin mitä tänä päivänä tehdään ja toisaalta hoidettavien kunto huononee koko ajan. Hoitoisuuden asteen mittaamisessa on tärkeää perehtyä hoidettavan sekä fyysiseen, psyykkiseen että sosiaaliseen toimintakykyyn.

Heinolan (1997) tutkimuksen mukaan myöskään kuntien edustajat eivät pitäneet vanhusta hoitavien omaisten nykyisin saamaa tukea täysin riittävänä. Sekä kunnissa että järjestöissä nähdään omaisten tukeminen tarpeellisena. Kyselyyn osallistuneista 139 kunnasta 96% piti järjestöjen tuottamia omaishoitajille suunnattuja palveluja joko erittäin tärkeänä tai melko tärkeänä.

Antikaisen ja Vaaraman (1995) valtakunnallisen selvityksen mukaan Keski-Suomessa käytettiin tiukinta avun tarpeen määrään perustuvaa tarveharkintaa tukea myönnettäessä. Kuitenkin keskisuomalaisien kuntien omaishoidon tukeen varatut määrärahat olivat nousseet vuosien 1992 ja 1994 välillä eniten koko maassa. Jyväskylän maalaiskunnassa suunta on ollut samanlainen. Vuonna 1996 käytettiin 2 139 149 mk omaishoidon tukeen. Tänä vuonna siihen on varattu 2 471 379 mk ja ensi vuodelle on esitetty 2 562 684 mk.

Omaishoitajilta tiedusteltiin, kuinka he ovat saaneet tietoa, ohjausta tai neuvontaa kunnan taholta ja ovatko he saaneet sen esimerkiksi keskitetysti. Schuurmanin (1997) selvityksessä useiden omaishoitajien mielestä kuntien viranomaiset suorastaan tarkoituksellisesti jättivät tiedottamatta tai vaikeuttivat tiedonsaantia. Maalaiskunnan omaishoitajat eivät kokeneet tällä tavoin, mutta tiedonsaantia ei pidetty hyvänäkään. Erityisesti kaivattiin tietoa ja monenlaista ohjausta siinä vaiheessa, kun omaishoito alkaa. Lähes kaikki omaishoitajat olivat sitä mieltä, että he olivat joutuneet oppimaan monta asiaa omin neuvoin ja siksi vähän vaikeamman tien kautta.

Kunnan tarjoamat virkistys- ja kuntoutuspalvelut koettiin täysin puutteellisiksi. Kuntoutusta toivottiin sekä hoitajalle että hoidettavalle. Hoidettavan jäljellä oleva toimintakyky ja sen ylläpitäminen vaikuttaa ratkaisevasti hänen hoitamiseensa. Terveyskeskuksissa on Oikarisen ja Koivumäen (1997) mukaan jonkin verran ikääntyneille suunnattuja, ohjattuja liikuntaryhmiä, joiden keskeinen tavoite on kunnan ylläpitäminen. Terveyskeskusten organisoima ikäihmisten liikuntatoiminta kytkeytyy kuntoutukseen ja sitä voidaan kutsua liikunnalliseksi kuntoutukseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö on ilmaissut toimintapoliittista linjaansa kuvaavassa Terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelmassa yhdeksi keskeiseksi toimintalinjakseen vanhusten ja eri syistä liikuntarajoitteisten liikunnan edistämisen ja tähän liittyen nimenomaan toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävän kuntouttavan liikunnan.

Lomien järjestämisessä tärkeimpänä apuna perheenjäsenten ja muiden omaisten ohella olivat maalaiskunnan omat lomittajat. Lähes kolmasosa omaishoitajista ei kuitenkaan halunnut kunnalta lomituserjestelyjä. Yllättävän suuri osa eli yli puolet hoitajista ei nähnyt tarpeellisena pitää lomaa tai ainakin vain hyvin satunnaisesti. Tähän vaikuttivat hoidettavan haluttomuus olla vieraan hoidettavana, sopivan hoitopaikan puute sekä myös taloudelliset tekijät. Kunnan toivottiin järjestävän lomitusta hoidettavan kotona myös iltaja yöaikaan sekä viikonloppuisin. Tällä nähtiin olevan merkitystä hoitajan uupumuksen ennaltaehkäisyyn.

Maalaiskunnalla on neljä työllistämistuella palkattua kotipalvelun työntekijää, jotka lomittavat hoitajaa, jotta tämä pääsee hoitamaan omia asioitaan tai vaikkapa virkistäytymään, mutta he eivät työskentele yleensä iltaisin eikä viikonloppuisin. Kunnan lomittajat olivat lomien järjestämisessä tärkeimpänä apuna perheenjäsenten ja omaisten ohella. Seuraavaksi eniten käytettiin lyhytaikaislomajaksoja joko vanhainkodilla tai terveyskeskussairaalassa. Lomittajan vaihtumista aika ajoin pidettiin huonona asiana. Kuitenkin se lienee asia, jota ei voi täysin välttää millään järjestelyillä. Hoitajat toivoivat lomittajilta luotettavuutta, rehellisyyttä, sopeutuvaisuutta ja yleensäkin sopivuutta hoitamaan ikääntyneitä ja sairaita ihmisiä. Ongelmitta ei vieraan ihmisen tulo omaan kotiin aina suju, vaan se vaatii sekä perehdyttämistä että kärsivällisyyttä puolin ja toisin.

Tutkimuksessa selvitettiin emotionaalisen tuen saamista suhteessa sosiaaliseen verkostoon. Tulos osoitti toisaalta yhtäläisyyttä aiempiin tutkimuksiin, mutta toisaalta myös paljon pohdiskeltavaa ns. viralliselle järjestelmälle. Gothonin (1991) mukaan tärkeä osa henkisen tuen saamista on tietoisuus siitä, että on olemassa henkilökohtainen luotettu, jonka puoleen voi tarvittaessa kääntyä ja puhua omista iloistaan, suruistaan ja elämän epävarmuuksistaan. Gothonin tutkimuksen (1990) mukaan puoliso on naimisissa olevilla yleensä tämä luotettu ja naimattomilla vastaava henkilö on sisar, veli tai ystävä. Yli puolet leskistä turvautui lapsiinsa. Iän mukana lasten merkitys uskottuna kasvoi ja luottamussuhteista oli tullut pitkäkestoisia. Myös tässä selvityksessä ilmeni, että puoliso oli uskottuna useimmissa tapauksissa. Merkittävää on, että ystävien kanssa lähes puolet vastaajista ei keskustele näistä asioista koskaan. "Ei ole niin läheistä ystävää tai omaista, joka ymmärtäis."

Yllättävän suureksi jäi myös niiden hoitajien osuus, jotka eivät ole voineet keskustella omista henkilökohtaisista asioistaan ns. virallisen järjestelmän työntekijän kanssa milloinkaan. Osoittaako tämä, että esimerkiksi kotipalveluohjaajat ovat niin työllistettyjä, etteivät he ehdi paneutua näihin asioihin? Nissinen (1994) muistuttaa, että omaishoitosopimuksen allekirjoittaminen sitoo kotipalvelun ja sosiaalitoimen henkilökuntaa tukemaan ja auttamaan omaishoitajaa työssään. Hänen mielestään järjestelmä ei kuitenkaan toimi käytännössä kotipalvelun henkilökunnan vähyyden ja kiireisen työtilanteen vuoksi. Myös maalaiskunnassa on tärkeää kiinnittää huomiota avohuollon henkilöstöresursseihin ja työn jakamiseen.

Vähäiseksi jää myös sosiaalityöntekijän ja erikoisesti seurakunnan mahdollisuus olla keskustelukumppanina näissä asioissa. Mainittakoon tässä yhteydessä, että ne hoitajat, jotka olivat saaneet keskusteluapua ns. viralliselta järjestelmiltä, pitivät sitä erittäin arvokkaana. Miehet käyttivät enemmän virallista tahoja kuin naiset. Naisten sosiaalisen tuen saantimuodot olivat monipuolisempia.

### 7.3 Omaishoidon kokeminen

Heikkisen (1997) mukaan ihmiset käyttävät oman terveytensä arvioinnissa perusteina sekä sitä tietoa, jota he ovat saaneet terveydenhuoltohenkilökunnalta että omia havaintojaan ja kokemuksiaan. Yli kolmasosa tähän tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista koki oman terveydentilansa melko tai erittäin huonoksi. Viramo (1994) totesi tutkimuksessaan, että dementiaa sairastavaa omaistaan hoitavien henkinen hyvinvointi on muuta väestöä huonompi. Omaishoidolla voidaan siis parantaa ainakin hoivan kohteena olevan ihmisen elämänlaatua, mutta kuinka se vaikuttaa hoivaajan hyvinvointiin?

Omaishoitajan terveyden seuranta on hyvä tehdä säännöllisillä kotipalveluohjaajien kotikäynneillä ja ohjata heitä tarvittaessa lääkärint vastaanotolle. Koska itsearvioitu terveys on Heikkisen (1997) mukaan käsitteenä joustava ja monet eri tekijät vaikuttavat siihen, avautuu sekä preventiolle että hoidolle ja kuntoutukselle hyviä mahdollisuuksia. Edellytyksenä hänen mukaansa on, että keskeiset terveyden kokemiseen vaikuttavat tekijät selvitetään ja pystytään laatimaan tehokkaita toimintastrategioita, joilla yhtäältä vahvistetaan myönteisesti vaikuttavia tekijöitä ja toisaalta torjutaan kielteisiä vaikutuksia.

Hoivasuhteissa syntyy yleensä aina ongelmia, niinpä omaishoitokin sujuu harvoin ilman niitä. Tämän selvityksen mukaan omaishoitaminen vaikuttaa hoitajan omaan elämään hyvin vahvasti. Omaishoitajista 70 % koki työnsä henkisesti raskaaksi. Hoitaminen koettiin myös fyysisiä voimavaroja kuluttavaksi. Hoivataakka on merkittävä stressitekijä omaishoidossa. Myös tämä selvitys vahvisti tätä käsitystä. Erityisesti dementoitunutta omaistaan hoitavat kokivat enemmän hoitamisen henkisesti raskaaksi. "Läheinen yhdessä-olo hoidettavan kanssa aiheuttaa stressiä."

Haastatteluissa havaittiin myös, että kaikki hoidettavat vanhukset eivät ole "mukavia" hoidettavia eivätkä kiitollisia saamastaan hoivasta. Onpa hoitaja vanhukselle vieras tai lähisukulainen, niin vanhuksen tyytymättömyys on heille raskas kokemus.

Kaiken kaikkiaan ei liene ihme, että työ koetaan henkisesti voimia vaativaksi, sillä työ on sitovaa ja vastuu hoitamisesta kulkee aina hoitajan mukana. "Joskus haluais juosta suohon-tuntuu ettei jaksa." "Huolettaa jättää hoidettava yksin, koskaan ei ole vapaa." Toisaalta omaishoitamisen koettiin vaikuttaneen myös myönteisesti omaan elämään. "Omaishoita-juus antaa paljon ja kasvattaa ihmistä." "Avioliiton paras aika, on aikaa yhdessä olemiseen. Hoidettavan paraneminen palkitsee hoitamisen."

#### 7.4 Omaishoidon tukeminen

Sosiaalisella tuella on merkittävä osuus omaishoitamisessa ja sen tukemisessa niin hoidettavan kuin hoitajankin kannalta. Sosioemotionaalisten seikkojen lisäksi tukeen kuuluu instrumentaalista apua, esimerkiksi neuvontaa, tiedonsaantia, rahallista apua ja työtehtävissä auttamista. Jokaisella ihmisellä on oma sosiaalinen verkostonsa, mutta sen olemassaolo ei kuitenkaan takaa sosiaalista tukea. Aiemmin tehtyjä tutkimuksia on mm. omaisten antaman avun määrästä ja omaisen kokemusten ja jaksamisen analysoinnista. Näissä tutkimuksissa on todettu omaishoitajien tarvitsevan jaksakseen sekä henkistä että fyysistä apua ja tukea, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiltä (kts. Löfgren ym. 1992). Brown ym. (1997) ovat todenneet omaishoitajien saavan vain vähän ohjausta hoidettavan nostamisessa ja käsittelyssä. Usein he ovat itsekkin huonokuntoisia ja siitä johtuen ovat riskiryhmä tapaturmille loukaten itsensä tai hoidettavan. Tämän vuoksi omaishoitajan terveydentilan tarkistaminen ja ohjauksen antaminen nostamisessa ja hoidettavan käsittelyssä olisi tärkeää.

Sosiaalisen tuen ja verkoston suppea-alaisuus tuli ilmi siinä, ettei tämän hetkistä hoitajaa korvaavaa uutta omaishoitajaa suvun sisältä löytyisi kenellekään, joten ainoaksi vaihtoehdoksi jäi joko laitos- tai pienkotihoito. Hoitajat arvioivat itse, että peräti 81% hoidettavista olisi kunnallisessa laitoshoidossa, elleivät he hoitaisi. Tämä tuntuu uskottavalta, kun tarkastelee heidän hoitoisuuttaan, avuntarvettaan ja ikääntymisen merkitystä. Omaishoito

hoitajat tekevät siis todella arvokasta työtä - myös rahassa mitattuna. Omaishoito on merkityksellinen yhteiskunnallisesti osana hyvin toimivaa hoidon porrastusta ja palvelurakennetta, sillä Vaaraman ja Antikaisen (1995) tekemän selvityksen mukaan 66 % koko maan omaishoidontuella hoidettavista olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Penttosen (1995) mukaan se on kunnalle edullista ja lisäksi vanhuksille inhimillinen vaihtoehto laitoshoidon sijaan.

Inhimillisen ja autonomiaa kunnioittavan hoidon järjestäminen omaishoidon turvin on kunnalle edullista: korkeimmalla hoitopalkkiolla hoitaminen maksaa 168,80 mk/vrk, kun esimerkiksi laitoshoidossa vanhainkodin hoitopäivän hinta on noin 330 mk ja terveyskeskussairaalan 440-550 mk. Kotisairaanhoidon kertakäynnin hinnaksi tulee 168,85 mk. Kotipalvelua neljä kertaa vuorokaudessa saava vanhus aiheuttaa kunnalle kustannuksia 476 mk päivässä. (Sosiaalilautakunta 1997)Erikoissairaanhoidon kustannukset vaihtelevat 670 markasta runsaaseen kymmeneen tuhanteen markkaan vuorokaudessa. Terveyskeskuksen kokemusten mukaan ikääntyneiden erikoissairaanhoidon hoitopäiväkustannukset ovat keskimäärin 2000 mk ja ne keskittyvät somaattisten sairauksien hoitoon. Erikoissairaanhoidon hoitopäivien kustannusten määrän tarkastelua vaikeuttaa ns. hoitopakettien runsas käyttö.

Omaishoitajien tukemista ja erikoisesti ikääntyneen omaishoitajan saamaa tukea pitäisi monipuolisesti lisätä, jotta ei yhden hoidettavan sijaan olisi pian kaksi hoidettavaa hakemassa laitospaikkaa. Myös Hartikka (1994) korostaa, että juuri aviopuolisot hoitavat toisiaan velvollisuudentunteesta ja he ovat usein myös itse iäkkäitä, uhrautuvia ja vaatimattomia hoitajia ja heitä tulisi tukea muilla tavoin kuin rahalla. Rahallista korvausta saadesaa heidän varsinaiset avun tarpeensa saattavat jäädä jopa huomiotta.

Tehtyjen tutkimusten (esim. Cohen ym. 1994, Pearlin ym. 1990)mukaan omaishoidon kuormittavuus vähenee sosiaalisen tuen myötä. Vaikka sosiaalisen tuen merkittävydestä ollaan tutkimuskirjallisuudessa oltu yhtä mieltä, on huomiota kiinnitetty vähemmän niihin tekijöihin, jotka vaikuttavat tuen saamiseen (Suitor ja Pillemar 1993).

Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että tässä uudessa roolissa hoitajan sosiaalinen verkosto muuttuu. Verkostojen muuttuessa ne vähenevät, toisaalta tilalle tulee uusia ja jäljellä olevat tiivistyvät. Myös tässä tutkimuksessa havaittiin samansuuntaisia tuloksia. Omaishoitajat kertoivat ystävyysuhteiden kärsineen, jopa niin, että ystävät olivat kaikonneet (vrt. Gayle ja Taylor 1990). Toisaalta jotkut omaishoitajat olivat saaneet uuden roolinsa myötä samanlaisessa tilanteessa olevista uusista ystäviä. Samankaltaisuus lisää mieltymystä ja kanssakäymistä. Moni omaishoitaja koki jäljelle jääneiden ihmissuhteiden tiivistyneen ja useimmiten kysymys oli omien lasten yhteydenpidosta.

Tehdyssä selvityksessä ei varsinaisesti perehdytty omaishoitajien sosiaalisen verkoston rakenteeseen, mutta se tuli selväksi haastattelujen myötä. Sosiaalinen tuki ja sen tarve vaihtelivat omaishoitotilanteen mukaan. Kaikki vuorovaikutussuhteet yksilön sosiaalisessa verkostossa eivät välttämättä ole tukevia. Myös hoitajan itsensä kokema hoivataakka vaikuttaa siihen, kuinka hän voi hyödyntää sosiaalista verkostoaan. Kuormittunut hoitaja saattaa olla niin sidoksissa hoivatyön vaatimuksiin, ettei kykene jättämään hoidettavaansa oman virkistäytymisensä ja leponsa ajaksi. Koettu vastuu hoivan saajasta asettaa levon ja virkistykseen ansaitsemisen kyseenalaiseksi (Rose ja Del Maestro 1990). Ulkopuolisen avun vastaanottamisesta saatetaan kieltäytyä, vaikka se olisi tarpeellista. Kun hoitaa vanhusta, joka on samalla perheenjäsen, saattavat tunteet tehdä hoitajasta paitsi liiaksi omistautuvan myös ylihuolehtivan ja jopa hoidettavan toimintakykyä tukahduttavan. Myös tässä selvityksessä saatiin viitteitä näiden tekijöiden mahdollisuudesta muutaman hoitajan kohdalla. "Ei sitä toinen osaa hoitaa siltä kuin minä, ei sitä voi vieraan hoitoon jättää."

Tuen saanti sosiaaliselta verkostolta ei ole itsestäänselvyys (vrt. Pearlin 1985), sillä yli puolet jäi ilman ystäviltä saatua tukea ja ilman sukulaistenkin tukea jäi yksineljäsosa hoitajista. Omien lasten apua saavista kaikki eivät olisi halunneet sitä ottaa, mutta tilanne vaatii sitä (vrt. Silverstein ja Bengtson 1994). Neljäsosa vastaajista halusi omaisilta apua, mutta ei voinut sitä saada. Moni hoitaja kertoi korvaavansa rahallisesti saamaansa sukulaisapua. Entisajan hyvä naapuriapukin näyttää kadonneen: 65 % hoitajista sitä ei saa lainkaan ja vähän apua saaviakin oli vain yksineljäsosa. Naapuriapua ei saanut yksikään hoitaja määrällisesti paljon.



## 7.5 Omaishoitoa tukevien palvelujen tuottajan valinta

Vanhuspolitiikassa on keskusteltu viime aikoina runsaasti siitä, millä tavalla yhä enemmän tarvittavia vanhuspalveluja voidaan jatkossa tuottaa. On esitetty julkisten palvelujen uudistamisvaatimuksia, niiden vähentämistä, yksityistämistä tai kohdentamista uudella tavalla. Myös maalaiskunnassa on käyty tätä keskustelua: on pohdittu sitä, kuinka asiakaspalvelumaksujärjestelmää pitäisi uudistaa tai mikä osuus on voimakkaasti subventoiduilla julkisilla palveluilla uudistuvassa palvelujärjestelmässä. Tästä käydystä keskustelusta otettiin aineksia myös tähän selvitystyöhön.

Omaa kuntaa arvostetaan palvelujen tuottajana ja vastaajat halusivat suurimmaksi osaksi ostaa tarvitsemansa palvelut nimenomaan omalta kunnalta. Yksityiseltä sektorilta voisi palveluja ostaa vain hyvin pieni osa vastaajista. Omaishoitajat toivat julki mielipiteenään usein sen, että he ovat veronmaksajina oikeutettuja kunnan tarjoamien palvelujen saamiseen. Moni hoitaja arveli kuitenkin, että jatkossa tarvitaan uusia hoivan järjestämisen muotoja ikääntyneille. He näkivät omaishoidon, kaupallisten ja julkisten palveluiden keskinäisen kehittämisen välttämättömänä. Myönteisesti suhtauduttiin siihen ajatukseen, että palveluista kukin ostaja maksaa oman maksukykynsä mukaan.

Kunnan toivottiin voivan tarjota omaishoidon tukea hoitopalkkion sijasta jopa pelkästään tukipalveluina tai yhdistettynä rahallisenä korvauksena ja palveluina. Tätä palvelujärjestelmän muotoa onkin aloitettu jo kokeilumielessä toteuttaa - tosin kokeilu aloitettiin sitä etukäteen valmistelematta. On kuitenkin tärkeää arvioida tarkasti, mitkä ovat kunnan omat resurssit tarjota erilaisia tukipalveluja ja pidettävä huoli siitä, etteivät omaishoitajat kärsi uudistuksista. Avohuollon ja laitoshoidon välimuotoisten palvelujen kehittäminen on jatkossa tärkeää. Tämä auttaisi myös omaishoitajan vapaan järjestämisessä, kun tarjolla olisi lyhytaikaishoitoa laitoshoidon kevyemmissä yksiköissä.

## 7.6 Omaistoiminta

Maalaiskunnassa on perustettu omaishoitajien oma-apuryhmiä. Nousiainen (1996) toteaa tällaisen keskusteluryhmän olevan yksi hyvä tapa puuttua omaishoidon epäkohtiin ja tarjota hoitajille henkistä ja sosiaalista tukea. Samanlaisessa tilanteessa olevien ihmisten tuki ja kannustus auttaa jaksamaan paremmin. Nämä ryhmät voivat tarjota jäsenilleen myös konkreettista apua ja tukea. Myös Sipilän (1995) mielestä omaishoitajaryhmillä on arvoa, koska ne tarjoavat hyvän mahdollisuuden keskusteluun ja kaksisuuntaiseen vuorovaikutukseen. Ryhmä on hyvä tiedon lähde ja antaa hoitajalle arvokasta emotionaalista ja moraalista tukea. Samanlaisessa tilanteessa olevat ihmiset ymmärtävät paremmin toisiaan ja ryhmässä syntynyt luottamus auttaa tuomaan esille jopa vaikeiksi koettuja asioita ja niiden jatkokäsittelyä, esimerkiksi riippuvuuden ja syyllisyyden tunteet. Lisäksi on huomattava, että ryhmässä hoitaja saa edes pienen, konkreettisen lepo hetken.

Schuurmanin (1997) selvityksessä omaishoitajien osallistumattomuus yhteisiin tilaisuuksiin, ryhmäkokoontumisiin ja koulutustilaisuuksiin oli noin 70 prosentin luokkaa. Ryhmiin pääsemisen esteiksi koettiin tässä tutkimuksessa samat ongelmat kuin Schuurmanin (1997) selvityksessäkin oli tullut ilmi: lomittajan puute, matkustusvaikeudet, hoitajan oma huono kunto tai terveydentila, ajanpuute (lähinnä työelämässä mukana olevat) tai etteivät he olleet kiinnostuneet joko koulutuksesta tai yhdessä olosta toisten kanssa. Maalaiskunnan omaishoitajista on löytynyt kiitettävän aktiivisia osallistujia ja vetäjiä näihin ryhmiin ja omaishoitajat ovat sen lisäksi tehneet monia yhteisiä virkistys- ja opintomatkoja.

Maalaiskunnassa perustettiin 13.5.1997 Jyväskylän maalaiskunnan omaishoitajat- yhdistys, joka on rekisteröity lokakuussa 1997. Sekä ylin sosiaali- että terveystoimen johto ovat olleet alusta asti kannustamassa toimintaa. Yhdistyksen hallituksen jäsenenä on kolme omaishoitajaa, terveystoimesta sosiaalityöntekijä ja sosiaalitoimesta vanhainkodin johtaja ja palvelukeskuksen johtaja. Omaishoitajat ovat olleet erikoisen tyytyväisiä siitä, että viranhaltijoita on saatu toimintaan mukaan.

## 7.7 Tulevaisuudennäkymiä

Yleisvaikutelmaksi selvityksestä jäi, että omaishoitajat arvostivat tekemäänsä työtä. Välillä koettiin väsymystä ja uupumusta, mutta silti yritettiin selviytyä. Kukaan omaishoitaja ei tehnyt pitkälle tähtääviä tulevaisuuden suunnitelmia vaan he kokivat, että oli parempi elää päivä kerrallaan. Kovin sitovalta omaishoitaminen vaikutti sekä heidän itsensä mielestä että sivusta katsottuna; tavallaan koko elämä pyöri sen ympärillä ja aiheutti monimuotoisia riippuvuussuhteita hoitajan ja hoidettavan välillä sekä monia ulottuvaisuuksia sosiaalisen verkoston alueella.

Mietittävää antoi myös hoitoajan pituus ja hoivataakan kasautuminen suvussa usein yhden ihmisen vastuulle. Yksinomaisena lähtökohtana ei kuitenkaan tulisi olla, että hoito jatkuu useita vuosia, vaan myös lyhyemmät hoitajaksot olisivat myös mahdollisia: esimerkiksi lapset voisivat vuorotellen hoitaa ikääntyneitä vanhempiaan heidän elämänsä päättymiseen asti.

Tulevaisuudessa epävirallisen ja virallisen palvelujärjestelmän yhteistyötä tulisi kehittää. Parhaimmillaanhan ne tukevat toinen toistaan. Näiden järjestelmien monimuotoinen yhteistyö turvaa palvelujen jatkuvuuden, joka luo hoidettavalle turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa hänen selviytymisensä kotona mahdollisimman pitkään ja samalla vähentää hoitajan kokemaa hoitovastuuta ja mahdollista uupumusta. Omaishoitosopimuksen velvoitteiden toteutumista puolin ja toisin tulisi seurata. Tasa-arvoisuuden toteutuminen tuen myöntämisessä on tärkeä.

Sipilän (1994) ja Hartikan (1994) mukaan on seurattava omaishoitamisen kehittymistä hyvin tarkkaan myös sillä perusteella, ettei kotona pyritä hoitamaan kaikenlaisia potilaita. Hoitajia ei hänen mukaansa saa houkutella yrittämään mahdottomia. Jos heille ei järjestetä riittävää tukea, perustuu järjestelmä omaisten hyväksikäyttöön tilanteessa, jossa heille on vähemmän ja vähemmän vaihtoehtoja.

Omaishoitamista ja omaishoitajia on tutkittu jo sangen runsaasti, varsinkin rahallisen tuen saajia. Tärkeää olisi myös selvittää niiden omaishoitajien elämää, jotka eivät kuulu minkään virallisen tuen piiriin. Erittäin kiinnostavaa olisi tutkia omaishoitotyön mahdollista vaikutusta hoitajan terveyteen pidemmällä aikavälillä. Laadullista tutkimusta voisi tehdä myös hoidettavien hyvinvoinnista ja merkityksestä olla hoivan kohteena.

Itse selvityksen tehneille tämä tutkimusprosessi oli hyvin merkittävä. Molempien tutkijoiden osuus tutkimuksen suunnittelussa ja itse toteutuksessa oli tasapuolinen ja työnjako onnistui hyvin. Haastattelut jaettiin maantieteellisen sijainnin perusteella lähes kokonaan. Tulosten tulkinta on tehty tiiviinä yhteistyönä. Jokainen omaishoitaja teki vaikutuksen. Omien kiireidensä keskellä heillä oli haastattelun lisäksi aikaa vieraanvaraisuuteen: kahvipöytä oli katettuna usein jo valmiiksi. Mieleenpainuvinta oli hoitajien vahva sitoutuminen ja uhrautuminen työhön: “Elämä on nyt tätä- ehkä minä elän itsellenikin - sitten joskus.”

N:o 318

**A s e t u s**  
**omaishoidon tuesta**

Annettu Helsingissä 2 päivänä huhtikuuta 1993

Sosiaali- ja terveysministerin esittelystä säädetään 17 päivänä syyskuuta 1982 annetun sosiaalihuoltolain (710/82) 27 b §:n nojalla, sellaisena kuin se on 18 päivänä joulukuuta 1992 annetussa laissa (1365/92):

## 1 §

*Sopimuksen sisältö*

Omaishoidon tuesta hoitajan ja kunnan välillä laadittavassa sopimuksessa tulee sopia:

- 1) hoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta ja sen suorittamisesta;
- 2) hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytymisen ajalta;
- 3) hoitajalle järjestettävästä vapaasta;
- 4) hoidon arvioidusta kestosta;
- 5) sopimuksen irtisanomisesta; sekä
- 6) muista hoitoa koskevista seikoista.

Sopimusta tarkistetaan hoidon kestoa tai sisältöä koskevien muutosten vuoksi, tai jos siihen muutoin on aihetta.

## 2 §

*Hoito- ja palvelusuunnitelma*

Omaishoidon tuesta laaditaan yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi sen turvaamiseksi välttämättömät muut palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Hoito- ja palvelusuunnitelma liitetään tukea koskevaan sopimukseen.

Muilla palveluilla tarkoitetaan kotisairaanhoidoa, kotipalveluja sekä muita hoidettavan kannalta välttämättömiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee ilmetä, miten hoidetta-

van hoito suunnitellaan järjestettäväksi hoitajan vapaan tai muun poissaolon aikana.

## 3 §

*Sopimuksen irtisanominen*

Jollei sopimuksessa ole toisin sovittu, kunta voi irtisanoa sopimuksen päättymään aikaisintaan irtisanomista seuraavan kahden ja hoitaja irtisanomista seuraavan yhden kuukauden kuluttua.

Jos sopimus siihen otetun ehdon mukaan lakkaa vain silloin, kun se irtisanotaan tiettyä aikamäärää ennen sopimuskauden päättymistä, eikä sopimusta ole irtisanottu, sopimuksen on katsottava sopimuskauden jälkeen olevan voimassa toistaiseksi.

Irtisanomisajasta riippumatta sopimus päättyy sen kuukauden lopussa, jonka aikana hoito hoidettavan terveydentilan muutoksista johtuen käy tarpeettomaksi tai hänet siirretään pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Hoidon keskeytymisestä lyhytaikaisen laitoshoidon ajalta on sovittava erikseen.

## 4 §

*Sopimuksen purku*

Riippumatta siitä, mitä sopimuksen irtisanomisajasta on sovittu, sopijapuolet voivat purkaa sopimuksen välittömästi, jos sopimuksen jatkaminen vaarantaa hoidettavan turval-

*Mahdollisuus vapaaseen*

Hoitajalle on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vapaata hoidosta.

Järjestettävä vapaa tulee porrastaa hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Hoitajalle, jonka vastuulla on runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitseva henkilö, on mahdollisuuksien mukaan järjestettävä vähintään yksi vapaapäivä viikossa, yksi vapaa viikonloppu kuukaudessa sekä vuosittain yhtäjaksoinen vähintään viikon pituinen vapaa.

*Hoitopalkkio*

Omaishoidon tukena maksettava hoitopalkkio maksetaan hoitajalle.

Palkkio maksetaan porrastettuna hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat runsaasti hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat, toiseen ryhmään melko paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat ja kolmanteen ryhmään joissakin asioissa hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevat hoidettavat.

Jos hoidon sitovuus on vähäistä tai jos hoidon tarve on vähäistä tai tilapäistä, maksetaan palkkio sopimuksen mukaisesti.

*Hoitopalkkion määrä*

Alin 6 §:n 2 momentissa tarkoitettu hoitopalkkio on 1 069,86 markkaa kuukaudessa.

Hoitopalkkioita on tarkistettava kalenterivuosittain sen palkkaindeksin mukaan, joka vuosittain vahvistetaan työntekijäin eläkelain

Helsingissä 2 päivänä huhtikuuta 1993

Tasavallan Presidentti

MAUNO KOIVISTO

*Hoitopaikalle asetettavat vaatimukset*

Hoitopaikan tulee terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan olla siellä annettavalle hoidolle sopiva.

*Palvelujen järjestäjä*

Omaishoidon tukena maksettavan hoitopalkkion sekä hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellyt palvelut suorittaa se kunta, joka sosiaalihuoltolain 3 luvun mukaan on velvollinen järjestämään hoidettavalle sosiaalipalveluja.

*Tarkemmat ohjeet*

Tarkempia ohjeita tämän asetuksen täytäntöönpanosta antaa tarvittaessa sosiaali- ja terveysministeriö.

*Voimaantulo*

Tämän asetus tulee voimaan 1 päivänä huhtikuuta 1993.

Tässä asetuksessa tarkoitettujen hoitopalkkioiden määrät vastaavat työntekijäin eläkelain 9 §:n mukaan vuodelle 1993 vahvistettua palkkaindeksilukua.

Ennen tämän asetuksen voimaantuloa voidaan ryhtyä sen täytäntöönpanon edellyttämiin toimenpiteisiin.

Sosiaali- ja terveysministeri *Jorma Huuhtanen*

LIITE 2.

JYVÄSKYLÄN MAALAIKUNTA  
Sosiaalilautakunta

PVM  
5.6.1997

§  
67

SIVU  
229

Dnro : 0/0

SOSIA 67 §  
KYSELYTUTKIMUS KUNNAN OMAISHOITAJIEN ASEMESTA

Vt. vanhainkodin johtaja Riitta Välipakka ja sairaanhoitaja Anneli Yabal aikoivat yhteisenä yliopistollisena opinnäytetyönään tutkia ikääntyiden omaishoitoa ja erityisesti omaishoitajien asemaa maalaiskunnassa. He ovat esittäneet Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksella pro gradu -seminarityö aiheesta, liitteessä n:o 9. Kunnan omaishoitajille tehtävä kyselylomake on liitteessä n:o 10.

**Sosiaalijohtajan ehdotus:**

Sosiaalilautakunta myöntää Riitta Välipakalle ja Anneli Yabalille tutkimusluvan omaishoitajatutkimusta varten.

**Päätös:** Ehdotus hyväksyttiin.

Pöytäkirjantarkastajien nimikirjaimet

*[Handwritten signatures]*

176 97 *[Handwritten signature]*

### LIITE 3.

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteen laitos

Riitta Välipakka

Anneli Yabal

HENKILÖNUMERO \_\_\_\_\_

### ASIAKASKYSELY OMAISHOITAJILLE

#### HOIDETTAVAN TAUSTATIEDOT

\*1. IKÄ \_\_\_\_\_ v

\*2. SUKUPUOLI

1. mies

2. nainen

\*3. ENTINEN AMMATTI \_\_\_\_\_

#### OMAISHOITAJAN TAUSTATIEDOT

\*4. IKÄ \_\_\_\_\_ v

\*5. SUKUPUOLI

1. mies

2. nainen

6. SIVIILISÄÄTY

1. avioliitto

2. avoliitto

3. naimaton

4. eronnut

5. leski

7. PERUSKOULUTUS

1. vähemmän kuin kansakoulu

2. kansakoulu

3. keskikoulu

4. ylioppilas

8. AMMATTI, JOSSA OLETTE TOIMINUT  
PISIMPÄÄN \_\_\_\_\_



9. OLETTEKO TÄLLÄ HETKELLÄ

1. kokopäivätyössä
2. osapäivätyössä
3. työtön
4. sairauseläkkellä
5. vanhuuseläkkeellä
6. opiskelija, kotiäiti tms.

10. KUINKA KAUAN OLETTE TOIMINUT OMAISHOITAJANA TÄMÄN HETKISELLE HOIDETTAVALLENNE?

---

11. KENEN OMAISHOITAJANA TOIMITTE ?

1. aviopuolison / avopuolison
2. äidin / isän
3. isoisän / isoäidin
4. muun sukulaisen, kenen
5. tuttavän / ystävän
6. naapurin
7. muun, kenen\_\_\_\_\_

**HOITOYMPÄRISTÖ**

12. ASUTTEKO HOIDETTAVAN KANSSA SAMASSA ASUNNOSSA ?

1. kyllä
2. en

13. MINKÄLAISESSA TALOSSA HOIDETTAVANNE ASUU?

1. omakotitalossa
2. rivitalossa
3. kerrostalossa

Mikäli tässä vastataan kohtaan kolme, kysytään kysymykset no 14 ja 15, muiden kohdalla siirrytään kysymykseen no 16.

14. MONENNESSAKO KERROKSESSA HOIDETTAVANNE ASUU?

\_\_\_\_\_kerroksessa

15. ONKO TALOSSA HISSIÄ?

1. kyllä
2. ei

16. MITÄ SEURAAVISTA VARUSTEISTA TÄSSÄ ASUNNOSSA ON:

	KYLLÄ	EI
1. vesijohto	1	2
2. lämmin vesi	1	2
3. keskus- tai sähkölämmitys	1	2

**17. ONKO ASUNTOON TEHTY TARVITTAVIA MUUTOSTÖITÄ ASUMISEN  
HELPOTTAMISEKSI?**

1. kyllä
2. ei ole tarvetta
3. ei ole tehty, mutta olisi tarve tehdä;

mitä \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**OMAISHOIDONTUKI****\*18. KUINKA KAUAN OLETTE SAANUT KUNNAN MYÖNTÄMÄÄ  
OMAISHOIDONTUKEA?**

1. alle 1 vuotta
2. 1-2 vuotta
3. 2-4 vuotta

**19. OMAISHOIDONTUEN MYÖNTÄMISPERUSTEET**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**20. OMAISHOIDON TUEN MÄÄRÄ \_\_\_\_\_ MK/KK (brutto)****21. OLETTEKO OLLUT OMAISHOITAJANA MUULLE HENKILÖLLE KUIN TÄMÄN  
HETKISELLE HOIDETTAVALLE JA SAANUT HÄNESTÄ MYÖS OMAISHOIDONTUKEA?**

1. kyllä; kenelle \_\_\_\_\_
2. en

**22. MILLÄ PERUSTEELLA RYHDYITTE OMAISHOITAJAKSI ? MAINITKAA TÄRKEIN  
PERUSTE.**

1. velvollisuudentunteesta
2. hoidettava halusi teidän hoitavan
3. te itse halusitte hoitaa omaisenne
4. mielestänne ei ollut muuta keinoa järjestää hoitoa
5. muulla perusteella; millä \_\_\_\_\_

**23. MITEN TAI MISSÄ OMAISENNE HOIDETTAISIIN, JOS TE ETTE HOITAISI?**

1. joku muu omainen hoitaisi
2. vanhainkodilla
3. terveyskeskussairaalassa
4. jollakin muulla tavalla; miten \_\_\_\_\_

## KOKEMUKSET PALVELUJÄRJESTELMÄSTÄ

### 24. KUN HAITTE OMAISHOIDONTUKEA, MISTÄ SAITTE TIETÄÄ TÄSTÄ TUESTA ENSIMMÄISEN KERRAN ?

1. lääkäriltä
2. kotisairaanhoidon henkilökunnalta
3. kotipalvelun henkilökunnalta
4. lehdestä
5. kansaneläkelaitokselta
6. sosiaalityöntekijältä
7. tuttavalta/ omaiselta
8. kotipalveluohjaajalta
9. muulta taholta, mistä \_\_\_\_\_

### 25. SEURAAVASSA ON JOUKKO VÄITTÄMIÄ SIITÄ, MITÄ OMAISHOITAJA VOI ODOTTAA OMAISHOIDONTUKEEN LIITYVILTÄ PALVELUILTA. Vastatkaa jokaisen vaihtoehdon kohdalla siihen väittämään, joka on lähinnä omaa käsitystänne asiasta.

	täysin samaa mieltä	lähes samaa mieltä	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
*omaishoidontuesta ei tiedoteta tarpeeksi	1	2	3	4
*omaishoidontukihakemus käsitellään nopeasti	1	2	3	4
*omaishoidon tuella on merkitystä hoitotyössä	1	2	3	4
* sosiaali- ja terveyspalveluja ei ole riittävästi	1	2	3	4
* tuen määrä on riittävä verrattuna tekemääni hoitotyöhön	1	2	3	4
*rahallisen tuen sijaan pitäisi olla myös muita tukimuotoja	1	2	3	4
* en saa riittävästi apua kunnasta vapaa-ajan ja lomien järjestämiseen	1	2	3	4
* omaishoitajille ei ole tarpeeksi virkistys- ja kuntoutuspalveluja	1	2	3	4
* omaishoidontuen määräytymiskriteerit ovat selvät ja perustellut	1	2	3	4
* omaishoidon tukemiseksi on jär-	1	2	3	4

\* omaishoidontuki kohdennetaan sitä eniten tarvitseville 1 2 3 4

\* omaishoitoa tukevat palvelut joutuu hakemaan kaikki eri tahoilta 1 2 3 4

## 26. MINKÄ VERRAN ARVIOISITTE TARVITSEVANNE SEURAAVIA TUKIMUOTOJA?

TIETO-TAITO	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan
1. ohjausta ja neuvontaa	1	2	3
2. sairauksiin liittyvää tietoutta	1	2	3
3. erikoisesti dementiaan liittyvää tietoutta	1	2	3
4. virtsan- ja ulosteen pidätys- kyvyttömyyteen liittyvää tietoa	1	2	3
5. tietoa oikeista työ- asennoista ja nostamisesta	1	2	3
6. tietoa eläkkeistä, lakisääteisistä avustuksista, rintama- veteraanien avustuksista	1	2	3
8. muuta, mitä _____	1	2	3

## JAKSAMINEN

1. kodinhoitoapu	1	2	3
2. lomat hoitajalle	1	2	3
3. kuntoutus hoidettavalle	1	2	3
4. lyhytaikaishoito hoidettavalle	1	2	3
5. tukipalvelut (ateria, siivous, kylvetys)	1	2	3
6. vapaaehtoistyön tuki	1	2	3
7. taloudellinen omaishoidontuki	1	2	3
8. turvapuhelin	1	2	3
9. apuvälineet	1	2	3

10. päivähoito ja päiväkeskustoiminta	1	2	3
11. yöhoito	1	2	3
12. omaisten antama tuki	1	2	3
13. muiden omaishoitajien antama tuki	1	2	3
14. seurakunnan antama tuki	1	2	3
15. muu, mikä _____	1	2	3

27. MILLÄ TAVALLA OMAISHOIDONTUKI ON AUTTANUT TEITÄ HOITOTYÖSSÄNNE?

---



---



---

28. SEURAAVASSA ON ERILAISIA VAIHTOEHTOJA, JOITA OMAISHOITAJA VOI KÄYTTÄÄ VAPAA-AJAN JÄRJESTÄMISEEN. MITÄ NÄISTÄ OLETTE KÄYTTÄNYT?

	KYLLÄ	EI
1. vanhainkodin lyhytaikaispaikka	1	2
2. terveyskeskussairaalan lyhytaikaispaikka	1	2
3. säännöllistä vuorohoitoa vanhainkodissa/ sairaalassa	1	2
4. kotipalvelua (omaishoitajalomittaja)	1	2
5. omaisten apua	1	2
6. vapaaehtoisjärjestöjen apua	1	2
7. oppilaitosten järjestämää apua	1	2
8. muuta, mitä _____	1	2

29. KUINKA MONTA PÄIVÄÄ SAATTE HOITOVAPAATA KUUKAUDESSA?

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

30. KUINKA MONTA PÄIVÄÄ KUUKAUDESSA ARVIOISITTE TARVITSEVANNE HOITOVAPAATA?

1. 1-2 päivää
2. 3-4 päivää
3. 5-7 päivää
4. enemmän kuin 7 päivää
5. en tarvitse hoitovapaata

31. JOS TEILLÄ OLISI MAHDOLLISUUS SAADA KUNNAN KOTIPALVELUN TYÖNTEKIJÄ KOTIINNE/ HOIDETTAVAN KOTIIN VAPAA-AJAN JÄRJESTÄMISEKSI, KÄYTTÄISITTEKÖ TÄTÄ PALVELUA?

1. kyllä
2. en

32. JOS VASTASITTE EDELLISEEN KYSYMYKSEEN KYLLÄ, KUINKA USEIN OLISITTE VALMIS OTTAMAAN TÄTÄ PALVELUA HOITOTYÖNNE TUEKSI?

1. 1-3 kertaa viikossa
2. 2 kertaa kuukaudessa
3. kerran kuukaudessa
4. 2 kuukauden välein
5. satunnaisesti (tarpeen vaatiessa)

33. MILLOIN HALUAISITTE LOMITTAJAN KOTIINNE VAPAANNE AJAKSI?

1. vain päivisin
2. ympäri vuorokauden
3. viikonloppuisin

34. KÄYTTÄISITTEKÖ YKSITYISTEN TARJOAMIA MAKSULLISIA PALVELUJA VAPAANNE JÄRJESTÄMISEEN?

1. kyllä
2. en

35. MIKÄLI ETTE PIDÄ HOITOVAPAATA, NIIN MIKSI ETTE?

1. en halua pitää hoitovapaata
2. hoidettava ei halua minun pitävän sitä
3. hoidon sitovuus on niin vähäistä, etten tarvitse vapaata
4. kunta ei pysty järjestämään sijaishoitoa vapaani ajaksi
5. sijaishoito on liian kallista hoidettavalle
6. en halua vierasta hoitamaan omaistani
7. hoidettava ei halua kenenkään muun hoitavan häntä
8. muusta syystä, mistä? \_\_\_\_\_

## HOIDETTAVAN TOIMINTAKYKY JA HOITAMINEN

### 36. KUINKA PALJON HOITAMISTA/ AUTTAMISTA HOIDETTAVANNE TARVITSEE?

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

### 37. MISSÄ TOIMINNOISSA HOIDETTAVANNE TARVITSEE APUA?

	ei lainkaan	jonkin verran	paljon
1. ostoksissa	1	2	3
2. pankkiasioissa	1	2	3
3. lääkärissä käynnissä	1	2	3
4. siivoamisessa	1	2	3
5. ruuanlaitossa	1	2	3
6. syömisessä	1	2	3
7 lääkkeiden otossa	1	2	3
8. ulkoilussa	1	2	3
9. pyykinpesussa	1	2	3
10. WC-käynneillä	1	2	3
11. peseytymisessä	1	2	3
12. pukeutumisessa	1	2	3
13. vuoteesta nousemisessa ja vuoteeseen menossa	1	2	3
14. jossakin muussa, missä	1	2	3

### 38. ONKO HOITOTYÖNNE RUUMIILLISESTI

1. erittäin raskasta
2. melko raskasta
3. melko kevyttä
4. kevyttä

### 39. ONKO HOITOTYÖNNE HENKISESTI

1. erittäin raskasta
2. melko raskasta
3. melko kevyttä
4. kevyttä

### 40. HALUAISITTEKO HOITOTYÖHÖN APUA OMAISILTA?

1. kyllä
2. en

### 41. ONKO TEILLÄ MAHDOLLISUUS SAADA HOITOTYÖHÖN APUA OMAISILTA?

1. kyllä
2. ei

42. MILLAISEKSI KOETTE OMAN TERVEYDENTILANNE?

1. erittäin hyväksi
2. melko hyväksi
3. melko huonoksi
4. erittäin huonoksi

43. KENEN KANSSA OLETTE VOINEET KESKUSTELLA OMISTA TUNTEISTANNE JA KOKEMUKSISTANNE SUHTEESSA HOITAMISEEN JA HOITOTYÖHÖN?

	usein	joskus	en koskaan
1. sairaanhoitaja	1	2	3
2. lääkäri	1	2	3
3. naapuri	1	2	3
4. puoliso	1	2	3
5. toinen omaishoitaja	1	2	3
6. seurakunnan työntekijä	1	2	3
7. sosiaalityöntekijä	1	2	3
8. kotipalveluohjaaja	1	2	3
9. sukulainen	1	2	3
10. työtoveri	1	2	3
11. ystävä	1	2	3
12. joku muu, kuka	1	2	3
_____	1	2	3

44. MITEN OMAISHOITAMINEN ON VAIKUTTANUT OMAAN PERHE-ELÄMÄÄNNE JA IHMISSUHTEISIINNE?

---

---

---

---

**OMAISHOIDON TUKEMINEN**

45. KUINKA TEKEMÄÄNNE OMAISHOITOTYÖHÖN SUHTAUDUTAAN YSTÄVÄ- JA TUTTAVAPIIRISSÄNNE?

	KYLLÄ	EI
1. sitä arvostetaan	1	2
2. sitä säälitään	1	2
3. sitä kadehditaan	1	2
4. sitä arvostellaan	1	2
5. siihen kannustetaan	1	2

46. KUINKA SUKULAISENNE SUHTAUTUVAT SIIHEN?

	KYLLÄ	EI
1. sitä arvostetaan	1	2
2. sitä säälitään	1	2
3. sitä kadehditaan	1	2
4. sitä arvostellaan	1	2



47. SAATTEKO TUKEA OMAISHOITAMISEENNE SUKULAISILTA?

1. paljon
2. jonkin verran
3. hyvin vähän
4. ei lainkaan

48. SAATTEKO TUKEA OMAISHOITAMISEENNE YSTÄVILTÄ?

1. paljon
2. jonkin verran
3. hyvin vähän
4. ei lainkaan

49. SAATTEKO TUKEA OMAISHOITAMISEENNE NAAPUREILTA?

1. paljon
2. jonkin verran
3. hyvin vähän
4. ei lainkaan

50. KOETTEKO OLEVANNE YKSIN VASTUUSSA OMAISENNE HOITOTYÖSTÄ?

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

51. MITÄ TUKIMUOTOJA OLETTE SAANUT KUNNASTA?

	KYLLÄ	EI
1. koulutusta	1	2
2. ohjausta, neuvontaa	1	2
3. erilaisia tukipalveluja	1	2
4. rahallista tukea	1	2

52. MILTÄ TUOTTAJALTA HALUAISITTE ENSISIJAISESTI OSTAA ERILAISIA TUKIPALVELUJA, ESIM. ATERIA-, SIIVOUS-, KULJETUS-, KYLVETYS- JA LOMITUSPALVELUJA

1. kunnalta
2. yksityiseltä
3. vapaaehtoisjärjestöiltä

53. MIKÄ VAIKUTTAA VALINTAANNE ERI PALVELUJEN TUOTTAJIEN VÄLILLÄ?

1. palvelujen hinta
2. palvelujen laatu
3. palvelujen saatavuus
4. muu; mikä \_\_\_\_\_

54. ONKO TEILLÄ OMAKOHTAISTA KOKEMUSTA

	KYLLÄ	EI
1. vapaaehtoistyönä saadusta avusta	1	2
2. ystäväpalvelusta	1	2
3. yksityisistä tukipalveluista	1	2

55. MILLAISENA TUKENA HALUAISITTE OMAISHOIDONTUEN?

1. vain erilaisina tukipalveluina
2. vain rahana
3. tukipalveluina ja rahana

56. MILLAISTA APUA HALUAISITTE KUNNAN TARJOAVAN?

	KYLLÄ	EI
1. enemmän omaishoitajien tukiryhmiä	1	2
2. vapaapäivien saamisesta huolehtiminen	1	2
3. enemmän tietoa vanhenemisesta, sairauksista	1	2
4. turvapalveluja (turvapuhelin)	1	2
5. suurempaa omaishoidontukea	1	2
6. enemmän kodinhoitoapua	1	2
7. käytännön hoito-ohjeita	1	2
8. kuntoutusta hoidettavalle	1	2
9. kuntoloma hoitajalle vuosittain	1	2

57. MITÄ MIELTÄ OLETTE SIITÄ, ETTÄ KUNNAN TARJOAMISTA KOTIHOIDON PALVELUISTA ASIAKAS MAKSAA MAKSUKYKYNSÄ MUKAISESTI?

1. olen täysin samaa mieltä
2. olen osittain samaa mieltä
3. olen osittain eri mieltä
4. olen täysin eri mieltä

58. MILLAISelta TEIDÄN TALOUDELLINEN TILANTEENNE TUNTUU?

1. hyvältä
2. tyydyttävältä
3. huonolta

59. MINKÄ SUURUINEN TULISI OMAISHOIDONTUEN TEIDÄN MIELESTÄNNE OLLA? \_\_\_\_\_

60. MILLÄ PERUSTEELLA OMAISHOIDONTUKEA TULISI MAKSAA TEIDÄN MIELESTÄNNE?

1. omaishoidontuki on oltava suhteessa hoidettavan hoitoisuusasteeseen
2. kaikille omaishoitajille sama palkka

61. MITEN TÄRKEÄNÄ PIDÄTTE SEURAAVIEN AUTTAMIS- JA HOITOTOIMENPITEIDEN KEHITTÄMISTÄ TÄLLÄ HETKELLÄ KUNNASSANNE?

	Erittäin tärkeänä	Melko tärkeänä	Ei lainkaan tärkeänä
1. kuntoutuspaikkoja hoidettavalle	1	2	3
2. lyhytaikaispaikkoja hoitajan loman turvaamiseksi	1	2	3
3. pitkäaikaissairaanhoitoa	1	2	3
4. siivouspalveluja	1	2	3
5. turvapuhelimia	1	2	3
6. yöhoito	1	2	3
7. kotisairaanhoitoa	1	2	3
8. vapaaehtois- ja ystäväpalveluja	1	2	3
9. ateriapalveluja	1	2	3
10. päiväsaaraloita, päivähoitoa	1	2	3
11. palvelukeskuksia	1	2	3
12. virkistys-, ohjaus- ja keskustelupiirejä hoitajille	1	2	3
13. kuntoutusjaksoja hoitajille	1	2	3
14. koulutusta omaishoitajana toimimiseksi	1	2	3
15. puhelinkeskustelupalveluja (auttava puhelin)	1	2	3
16. jokin muu, mikä _____	1	2	3

62. MIKÄ EDELLÄMAINITUISTA OLISI TEILLE ITSELLENNE TÄRKEIN? \_\_\_\_\_

63. MITÄ HALUAISITTE VIELÄ LOPUKSI KERTOAA AIHEESEEN LIITTYEN? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## LIITE 4.

Riitta Välipakka  
Anneli Yabal  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteen laitos

### HYVÄ OMAISHOITAJA

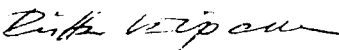
Opiskelemme Jyväskylän yliopistossa terveydenhuollon maisterikoulutuksessa pääaineenamme gerontologia. Olemme tekemässä opinnäytetutkimusta, jonka tarkoituksena on saada tietoa omaishoitajien kokemuksista omaishoidosta, hoito- ja palvelujärjestelmästä sekä omaishoidontuesta Jyväskylän maalaiskunnassa. Sosiaalilautakunta on myöntänyt meille tutkimusluvan kesäkuussa 1997. Haastattelussa saadut tiedot ovat luottamuksellisia: henkilöiden tietoja ei anneta tutkimuksen ulkopuolisten käyttöön.

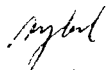
Tarkoituksenamme on haastatella kaikkia omaishoitosopimuksen tehneitä omaishoitajia, jotka hoitavat yli 65-vuotiasta omaistaan tai läheistään. Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään Jyväskylän maalaiskunnassa omaishoidon kehittämiseen. Koska omaishoitajat ovat itse oman työnsä parhaita asiantuntijoita, toivomme, että mahdollisimman moni osallistuisi haastatteluun.

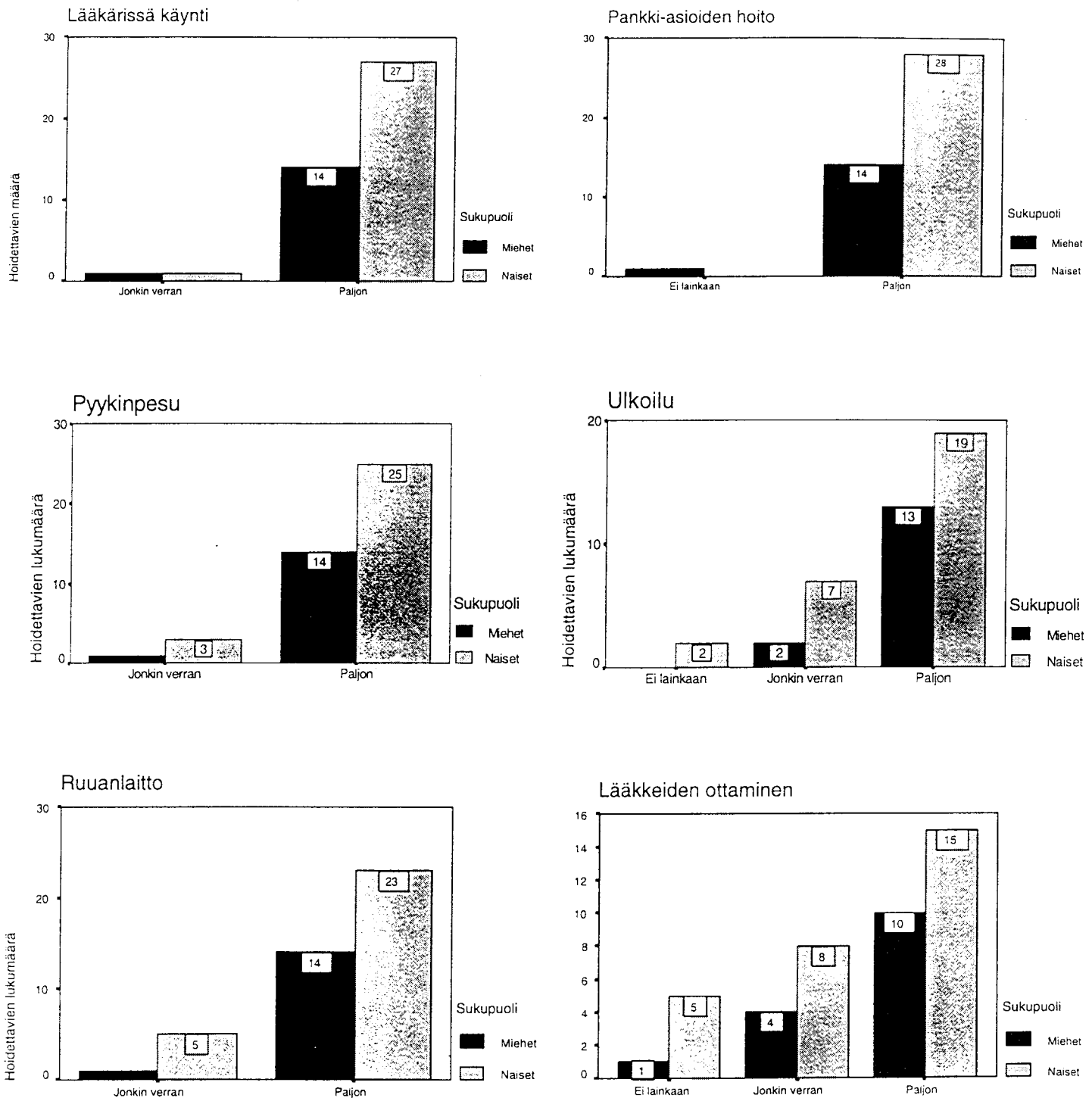
Olemme saaneet yhteystietonne kotipalvelun henkilökunnalta ja tulemme ottamaan yhteyttä puhelimitse sopivan haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Toivomme Teidän suhtautuvan myönteisesti asiaamme ja näin osallistua omaishoidon kehittämiseen Jyväskylän maalaiskunnassa.

Lämmintä kesän jatkoa toivottaen

  
Riitta Välipakka

  
Anneli Yabal



LIITEKUVIO 1. Avuntarve päivittäisissä välineellisissä toiminnoissa.

**LIITETAULUKKO 1.** Omaishoitajien mielipiteitä omaishoitoon liittyvistä palveluista.

Väittämät palveluista	Täysin samaa mieltä f	Lähes samaa mieltä f	Osittain samaa mieltä f	Täysin eri mieltä f	Ei osaa sanoa f
Omaishoidontuesta ei tiedoteta tarpeeksi	17	13	8	5	-
Omaishoidontukihakemus käsitellään nopeasti	22	12	5	4	-
Omaishoidon tuella on merkitystä hoitotyössä	27	9	5	2	-
Sosiaali- ja terveystyöpalveluja ei ole riittävästi	7	8	11	17	-
Tuen määrä on riittävä tekemääni hoitotyöhön	6	8	4	25	-
Rahallisen tuen sijaan pitäisi olla myös muita tukimuotoja	21	11	5	5	1
En saa riittävästi apua kunnasta vapaa-ajan järjestämiseen	7	8	5	20	3
Omaishoitajille ei ole tarpeeksi virkistys- ja kuntoutuspalveluja	16	11	6	8	2
Omaishoidontuen määrätymiskriteerit ovat selvät ja perustellut	16	8	10	6	3
Omaishoidon tukemiseksi on järjestettävä koulutusta ja ohjausta	15	13	7	8	-
Omaishoidontuki kohdennetaan sitä eniten tarvitseville	21	9	7	1	5
Omaishoittoa tukevat palvelut joutuu hakemaan kaikki eri tahoilta	9	7	7	17	3

**LIITETAULUKKO 2.** Tiedonlähde, josta omaishoitaja oli kuullut tuesta ensimmäisen kerran.

Tiedonlähde	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%
Lääkäri	-	-	1	3	1	2
Kotisairaanhoidon henkilökunta	-	-	1	3	1	2
Kotipalvelun henkilökunta	2	18	4	13	6	14
Lehti	1	9	2	6	3	7
KELA	1	9	-	-	1	2
Sosiaalityöntekijä	3	27	7	22	10	23
Tuttava/omainen	2	18	10	31	12	28
Kotipalvelunohjaaja	2	18	4	13	6	14
Muu taho	-	-	3	9	3	7
<b>Yhteensä</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**LIITETAULUKKO 3.** Omaishoitajien arvioima tieto- taito tukimuotojen tarve.

Tieto-taito tukimuodot	Arvioitu tukimuotojen tarve					
	Paljon		Jonkin verran		Ei lainkaan	
	f	%	f	%	f	%
Ohjausta ja neuvontaa	3	7	19	44	21	49
Tietoa sairauksista	12	28	16	37	15	35
Tietoa erikoisesti demen- tiasta	9	21	15	35	19	42
Tietoa virtsa- ja ulostein- kontinentista	5	12	20	47	18	42
Tietoa työasennoista ja nostamisesta	7	16	10	23	26	61
Tietoa eläkkeistä ja la- kisääteisistä avustuksista	16	37	11	26	16	37



**LIITETAULUKKO 4.** Omaishoitajien arvioima jaksamista tukevien tukimuotojen tarve.

Tukimuodot	Arvioitu tukimuotojen tarve					
	Paljon		Jonkin verran		Ei lainkaan	
	f	%	f	%	f	%
Kodinhoitoapu	8	19	19	44	16	37
Lomat hoitajalle	20	47	11	26	12	28
Kuntoutus hoidettavalle	20	47	11	26	12	28
Lyhytaikaishoito hoidettavalle	13	30	18	42	12	28
Tukipalvelut (ateria, siivous, kylvytys)	10	23	13	30	20	47
Vapaaehtoistyön tuki	3	7	12	28	28	65
Taloudellinen omaishoidontuki	24	56	15	35	4	9
Turvapuhelin	9	21	3	7	31	72
Apuvälineet	20	46	17	40	6	14
Päivähoito ja päiväkeskustoiminta	9	21	9	21	25	58
Yöhoito	6	14	10	23	27	63
Omaisten antama tuki	22	51	12	28	9	21
Muiden omaishoitajien antama tuki	9	21	9	21	25	58
Seurakunnan antama tuki	4	9	12	28	27	63

**LIITETAULUKKO 5.** Henkilöt, joiden kanssa omaishoitajat ovat voineet keskustella omista tunteistaan ja kokemuksistaan suhteessa hoitamiseen ja hoitotyöhön.

Kenen kanssa voinut keskustella	Usein		Joskus		Ei koskaan	
	f	%	f	%	f	%
Sairaanhoidaja	4	9	15	35	24	56
Lääkäri	3	7	24	56	16	37
Naapuri	7	16	11	26	25	58
Puoliso	19	50	6	15	13	30
Toinen omaishoitaja	7	16	8	19	28	65
Seurakunnan työntekijä	3	7	6	14	34	79
Sosiaalityöntekijä	2	5	13	30	28	65
Kotipalveluohjaaja	1	2	23	53	19	44
Sukulainen	16	37	12	28	15	35
Työtoveri	2	7	10	23	18	42
Ystävä	11	26	13	30	19	44

## LÄHTEET

Alen, M., Kukkonen-Harjula, K. & Kallinen, M. 1997. Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn arviointi sekä liikuntaneuvonnan periaatteet. Teoksessa: P. Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, 63-76.

Antikainen, E. & Vaarama, M. 1995. Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen. Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Jyväskylä: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 172.

Brown, A.R. & Mulley G. P. 1997. Injuries sustained by caregiving of disabled elderly people. *Age and Aging* 26 (2), 21-23.

Bruhn, J. G. & Philips, B.V. 1984. Measuring social support: A synthesis of current approaches. *J Behavioral Med* 7 (2): 151-169.

Byckling, L. 1993. Vapaaehtoistyö kuntien vanhuspolitiikan osana. Teoksessa Simonen, L. (toim.) Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleen organisointi. Jyväskylä. Stakesin raportteja nro 94, 50-57.

Cohen, S. & Syme, S.L. 1985. Issues in the Study and Application of Social Support. Teoksessa S.Cohen & S.L. Syme (toim.) *Social Support and Health*. Orlando: Academic press, 3-22.

Daatland, S.O. 1991. Vanhustenhuollon palveluja pohjoismaissa. *Gerontologia* 1991:5 (2): 128-136.

Erätuuli, M., Leino J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä, 97-100.

- Finch, J. 1989. *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 27-29.
- Gayle, A. & Taylor, S.E. 1990. Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology* 58 (1), 80-89.
- Gothoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Sosiaali- ja terveysministeriön Suunnitteluosasto. Helsinki: Julkaisuja 1990:2.
- Gothoni, R. 1991. Omaiset - loppuunpalaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:4.
- Hartikka, A. 1994. Hoivatyökeskustelun teoreettisia ja käytännöllisiä lähtökohtia. Teoksessa J. Sipilä (toim.) *Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta*. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 17- 18, 26-38.
- Heikkinen, E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P. Era (toim.) *Ikääntyminen ja liikunta*. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, 1-16.
- Heinola, R. 1997. Yhteistyöhön omaisten tukemiseksi. Kartoitus kuntien sosiaali- ja terveysjohtajien sekä vanhustyön keskusliiton jäsenyhteisöjen edustajien näkemyksistä. Ituja vanhustyöhön, Vanhustyön keskusliiton raportti nro 1/1997.
- Helameri, T. 1995. Omaiset mukaan. Starttiopas omaistoiminnan käynnistämiseksi. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 14-15.
- Kahn, R. L. & Antonucci, T.C. 1980. Convoys over the life Course: Attachment, Roles, and Social Support. Teoksessa P. B. Baltes & O. G. Brim, Jr. (toim.) *Life-Span Development and Behaviour*, Vol. 3. New York: Academic Press, 253-286.

Kane R.L. & Kane R.A. 1991. A special Needs of Dependent Persons. Teoksessa W.W.Holland & R. Detels (toim.) Oxford Textbook of Public Health. Oxford: Oxford University Press, 509-520.

Komiteamietintö. 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. 1996:1, 40-44.

Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkko. Työryhmän loppuraportti. Keski-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto. Keski-Suomen liitto. Julkaisuja 3/1995. Jyväskylä: Kopi-Jyvä Oy, 4.

Kosberg, J.I. 1992. An International Perspective on Family Care of the Elderly: An Introductory Overview. Teoksessa J.I. Kosberg (toim.) Family Care of the Elderly. Social and Cultural Changes. Newbury Park: SAGE Publications Ltd, 1-14.

Koskinen, S. 1986. Vanhustyön etiikasta. Teoksessa: J. Huttunen ym. (toim.) Tutkimus ja kansanterveys. Vanhenemisen ja vanhuuden tutkimuksia II. Helsinki: Suomen Akatemian julkaisuja 10/1986,

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. VAPK- Kustannus, 13-17.

Kunnalliskertomus. 1996. Jyväskylän maalaiskunta, 1,20.

Laitinen, P. 1991. Omaisten hoitoon osallistuminen ja hoidon laatu. Gerontologia 5,234.

Larragy, J. F. 1993. Formal Service Provision and the Elderly at Home in Ireland. Journal of Cross Cultural Gerontology 8 ( 4), 361-374.

Laukkanen, P., Heikkinen, E. & Ruoppila, I. 1991. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa R.-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät- projekti. Osa II. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1991:10, 132-155.

Löfgren, A.-C., Buchel G., Eriksson S. & Winblad B. 1992. A comparative study of Social Conditions of Spouses of long term patients cared for either in nursing homes or home care. *Scandinavian Journal of Caring sciences* 6 (1), 45-51.

Marin, M. 1996. Formal and informal nets. Teoksessa H. Mollenkopf (toim.) *Elderly people in industrial societies*. Berlin: Wissenschaftszentrum. Edition Sigma.

Matthies, A.-L. 1996. Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät organisaatiot. Teoksessa A.-L. Matthies, U. Kotakari & N. Nylund (toim.) *Välittävät verkostot*. Jyväskylä: Gummerus, 11-29.

Mohide, E. 1993. Informal care of community-dwelling patients with Alzheimer's disease: focus on family caregiver. *Neurology*, 43, 16-19.

Naapila, K. 1992. Verkot esille - johdatus verkostoterapiaan. Helsinki: Suomen Mielenterveysseuran Koulutus- ja perheterapiakeskus, 21-22.

Nissinen, S. 1994. Hoivatyön arki ja kotihoidon tuki vanhusten hoitajien näkökulmasta. Teoksessa J. Sipilä (toim.) *Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto, 80-92.

Noelker L.S. & Bass D.M. 1989. Home Care for Elderly Persons: Linkages Between Formal and Informal Caregivers. *Journal of Gerontology. Social Sciences* 44 (2), 63-70.

Nousiainen, T. 1996. Kuinka omaishoitajien tukiryhmä käynnistyi. Teoksessa A.-L. Matthies, U. Kotakari & M. Nylund (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 207-216.

Oikarinen U. & Koivumäki, K. 1997. Eläkeikäisten asema urheilu- ja liikuntajärjestelmässä sekä liikunnallisessa kuntoutuksessa. Teoksessa P. Era (toim.). Ikääntyminen ja liikunta. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, 165-174.

Omaishoito- vaihtoehtoinen avohuollon palvelu. Selvitys omaishoidon tilasta Keski-Suomessa vuonna 1996. Jyväskylä: Keski-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosaston julkaisuja 4/1996.

Pajukoski, M. 1993. Omaishoitoselvitys (selvitysmiesraportti). Työryhmämuistio 1993:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2-5.

Pearlin, L.I. 1985. Social structures and social support processes. Teoksessa S. Cohen, & S. L. Syme (toim.) Social Support and Health. Orlando: Academic Press, Inc., 43-59.

Peltonen, R. 1994. Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 54. Åbo: Socialpolitiska institutionen. Åbo Akademi., 43.

Penttonen, T. 1995. Lyhytaikaisen omaishoidon tuen mahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1995:6 (1), 26-27.

Raassina, A. 1994. Vanhuspolitiikka. Lähtökohdat tulevaisuudelle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 1994:6, 22, 31, 45.

Rands, G. 1997. Working people who also care for the elderly. *International Journal of Psychiatry* 12, 39-44.

- Rifkin, J. 1995. A new social contract. Teoksessa *The End of Work. The Decline of the Global Labor Force and the Dawn of the Post-Market Era*. New York: G.P. Putnam's Sons, 238-239.
- Rose, J.M. & DelMaestro, S.G. 1990. Separation-individuation conflict as a model for understanding distressed caregivers: Psychodynamic and cognitive case studies. *The Gerontologist*, 30, 693-697.
- Salonen-Soulié, U. 1993. Sosiaalipalvelut murroksessa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 8,84-85.
- Sarola, J.P. 1994. Asuinympäristön ja paikan merkitys vanhalle ihmiselle. Teoksessa A. Uutela, J.-E. Ruth (toim.) *Muuttuva vanhuus*. Tampere: Gaudeamus, 116-131.
- Schuurman, S.1997. "Tukea tarvitaan - tietoa tarvitaan!" Keski-suomalaisten omaishoitajien näkemyksiä tekemästään hoitotyöstä ja tuen tarpeestaan. Jyväskylä: Keski-Suomen lääninhallitus Sosiaali- ja terveystoimisto. Julkaisuja 6/1997. Kopijyvä Oy.
- Silverstein, M., Parrott, T.M. & Bengtson, V.L. 1995. Factors that Predispose Middle-Aged Sons and Daughters to Provide Social Support to Older Parents. *Journal of Marriage and the Family* 57, 465-475.
- Silverstein, M. & Bengtson, V.L. 1994. Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood. *Social Science Medicine* 38 (7), 943-957.
- Simonen, L. 1996. Maaseudun hoivayrittäjät. Teoksessa A.-L. Matthies, U. Kotakari & M. Nylund. *Välittävät verkostot*. Jyväskylä: Gummerus, 91-96.



Sipilä, J. 1994. Kotihoidon tuki- ratkaisuja ja uusia ongelmia. Teoksessa J. Sipilä (toim.) Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta. Kotihoidon tuki ja sen merkitys eri osapuolille. Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto, 9-24.

Sosiaalihuoltolaki 27 a & b §. 1993. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Onikki, E. & Ranta, H. (toim.) Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 75-76.

Sosiaalilautakunta. 1997. Jyväskylän maalaiskunta. Sosiaalilautakunta 6.11.1997, § 123, 393.

Steward, M. J. 1993. Integrating Social Support in Nursing. Newbury Park: Sage Publications, 18-26.

Stoller P.E., Pugliesi K.L. 1989. Other Roles of Caregivers: Competing Responsibilities or Supportive Resources. Journal of Gerontology : Social Sciences 44 (6), 231-238.

Suitor, J. J. & Pillemer, K. 1990. Transition to the Status of the Family Caregiver. Teoksessa S. Stahl (toim.) The Legacy of Longevity. Newbury park: Sage Publications, 310-320.

Tilastokeskus. 1996. Kuntafakta: Jyväskylän maalaiskunta.

Uutela, A. 1992. Elämänhallinta ja terveys. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY, 171-182.

Vaarama, M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon raportti 48, 64.

Vaarama, M. 1993. Hyvinvointivalttiollinen hyvinvointipolitiikka, muutosstrategioiden suunnat ja niiden etsimisen metodiikka. Teoksessa Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuvat ja kehittämissstrategiat. STAKES. Raportteja 95, 6-66.

Vaarama, M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotantonäkökulmasta. Jyväskylä: STAKES-tutkimus 55, 30.

Vaarama, M., Hurskainen, R. 1993. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000- luvuilla. Toimintaohjelma kuntien vanhuspolitiikan kehittämiseen ja strategiseen suunnitteluun. STAKES. Raportteja 92. Jyväskylä.

Viramo, P. 1994. Dementia - perusterveydenhuollon ja omaisten näkökulma. Acta Universitatis Ouluensis D. Medica 322. Oulu: Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto.