

IKÄIHMISEN LYHYTAIKAISHOITO OMAISHOITAJIEN KOKEMANA

Nadia Abdi
Suvituuli Nummi

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



Tekijä(t) ABDI, Nadia NUMMI, Suvituuli	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 18.3.2013
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Ikäihmisen lyhytaikaishoito omaishoitajien kokemana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MATILAINEN, Irmeli ja YABAL, Anneli		
Toimeksiantaja(t) Johanna Lajunen. Lyhytaikaishoidon yksikkö Akseli ja Elina- Koti		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Hyvä ikäihmisen hoito ja palvelu perustuu arvostukseen ja kunnioittamiseen. Vanhustyö on vuoro-vaikutusta, jossa yhdistyvät ihmisenä oleminen ja ammattillinen asiantuntijuus. Työssä eettisyyden ulottuvuus ilmenee siten, että hoitohenkilökunta ottaa vastuun omalta osaltaan asiakkaan hoidon ja palvelujen suunnittelusta ja toteuttamisesta yhteistyössä eri tahojen kanssa. Asiakkaan toiveet, tarpeet, tottumukset ja tavat sekä hänelle merkittävät päivittäiset asiat ovat lähtökohta hoidossa. Erittäin tärkeänä pidetään asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistamista.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten omaishoitajat kokevat omaisensa lyhytaikaishoidonjakson Akseli ja Elina-kodissa. Tavoitteena on, että kyselyn tulosten avulla on mahdollista kehittää lyhytaikaishoidon laatua Akseli ja Elina-kodissa.</p> <p>Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään ikäihmisen hoito- ja palvelujärjestelmää ja omaishoitoa yleisesti. Opinnäytetyö on toteutettu vuosina 2012–2013. Aineisto kerättiin omaishoitajille tehdyillä kyselylomakkeilla (N= 40), joista 23 vastasi. Kyselylomakkeiden perusteella lyhytaikaishoidolla on merkitystä omaishoitajien jaksamisessa. Omaishoitajat kokevat, että lyhytaikaishoidon yksikön tulee panostaa enemmän asiakaslähtöisyyteen, kuntouttavaan työotteeseen, ammattitaidon kehittämiseen sekä avoimeen keskusteluun askarruttavista asioista.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että lyhytaikaishoidon kehittämisen avulla voidaan vaikuttaa niin asiakkaan kuin omaishoitajan hyvinvointiin. Monet omaishoitajan kokemat kehittämisen tarpeet vaativat Jyväskylän kaupungilta resursseja, mutta etenkin hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitämisellä on merkittävä rooli. Se palvelee asiakasta ja omaishoitajaa, edistää terveyttä ja hyvinvointia tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Omaishoito, omaishoitaja, omainen, lyhytaikaishoito, ikäihmisen hoito		
Muut tiedot		

Author(s) ABDI, Nadia NUMMI, Suvituuli	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 18.3.2013
	Pages 59	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Elderly Respite care experienced by caregivers		
Degree Programme Degree programme in Nursing		
Tutor(s) MATILAINEN, Irmeli and YABAL, Anneli		
Assigned by Johanna Lajunen. Respite care unit Akseli and Elina- Home		
<p>Abstract</p> <p>Good elderly care and services are based on the principles of humanity and respect. Elderly work is interaction work, where being human and professional expertise are combined. The ethical dimension of the work is manifested in how the nursing staff takes its responsibility for the planning and implementation of care with the other professional staff. The clients' wishes, needs, habits, manners and their meaningful daily issues are the points of departure in care. It is also important to recognize clients' capacity and ability to function.</p> <p>The purpose of this thesis was to review how family caregivers experienced respite care at Akseli and Elina- home. Aim of this thesis is to find ways to develop the respite care unit Akseli and Elina - Home quality based on research data.</p> <p>The theory section of this thesis deals with the elderly care and service system and central issues related to family caregiving. This thesis was implemented during of 2012-2013. The data was collected with a questionnaire (N= 40) directed at caregivers, 23 answered. Based on the research findings, respite care has significance for caregivers' health. On the other hand, caregivers feel that the respite care system needs to invest in customer orientation, a participatory work approach, professional development and open discussion about caregivers' concerns.</p> <p>As a conclusion it can be said that by developing the respite care system it is possible to affect the welfare of elderly clients and their caregivers. Many of the development needs raised by the caregivers call for resources from the City of Jyvaskyla. Especially the professional development of the nursing staff has great significance here. It will serve the elderly clients and their caregivers as well as promote health and welfare with equality and fairness.</p>		
Keywords caregivers, relative, short-term respite care of elderly, elderly persons' care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	KESKEISET KÄSITTEET.....	4
2.1	Ikäihminen.....	4
2.2	Omaishoito	5
2.3	Omainen ja omaishoitaja	5
2.4	Lyhytaikaishoito	6
2.5	Kotihoito.....	7
2.6	Palveluasuminen	8
2.7	Kuntouttava työote ja palveluneuvonta.....	9
3	OMAISHOITO	10
3.1	Omaishoidon tuki.....	10
3.2	Omaishoitosopimus.....	11
3.3	Omaishoitajan jaksaminen	12
3.4	Omaishoito nyt ja tulevaisuudessa.....	13
4	LYHYTAIKAISHOITO.....	14
4.1	Lyhytaikaishoidon järjestäminen	14
4.2	Jyväskylän lyhytaikaishoidon yksikkö Akseli ja Elina - koti.....	15
4.3	Tutkimuksia lyhytaikaishoidosta omaishoitajien näkökulmasta	16
5	EETTISYYS JA ASIAKASLÄHTÖSYYS HOITOTYÖSSÄ.....	17
5.1	Eettisyys hoitotyössä.....	17
5.2	Asiakaslähtöisyys hoitotyössä	19
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	21
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	21
7.1	Aineiston keruun lähtökohdat.....	21
7.2	Analysointi	24
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	26
9	POHDINTA.....	34
9.1	Johtopäätökset.....	34
9.2	Reliabiliteetti, validiteetti ja objektiivisuus.....	37
9.3	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	39
9.4	Jatkotutkimusaiheet.....	40
	LÄHTEET	42

LIITTEET	48
Liite 1. Saatekirje	48
Liite 2. Kyselylomake	49

KUVIOT

KUVIO 1. Vastaanottotilanne.....	26
KUVIO 2. Palvelut, neuvonta ja hoitoympäristö lyhytaikaishoidon yksikössä	28
KUVIO 3. Kotiutustilanne	30
KUVIO 4. Omaishoitajien tuen ja jaksamisen huomiointi lyhytaikaishoidon yksikössä	31

1 JOHDANTO

"There are four kinds of people in this world: those who have been caregivers, those who currently are caregivers, those who will be caregivers, and those who will need caregivers."

~Rosalyn Carter

Yhdysvaltalainen omaishoitajien tukitoiminnan uranuurtaja Rosalyn Carter on todennut, että on olemassa neljä ihmisryhmää: henkilöt, jotka ovat olleet omaishoitajia tai ovat omaishoitajia, sekä henkilöt, jotka tulevat olemaan omaishoitajia tai tarvitsevat omaishoitoa (A place for caregivers. n.d.). Omaishoitoa on ollut aina olemassa, vaikka omaishoitaja-käsite on tullut tutuksi vasta 1990-luvulla. Suomessa omaishoito on pitkään ollut hiljaisen vastuun kantamista. Kahden viimeisen vuosikymmenen aikana omaishoidon arkea on tuotu äänekkäämmin näkyväksi. (Omaishoito 2012.)

Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin konsensuslausumassa kohti parempaa vanhuutta vuodelta 2012 mainitaan, että vanheneminen on megatrendi. Ihmisten eliniänodote on parin viimeisen vuosisadan aikana noussut parantuneiden elinolojen, etenkin puhtaamman elinympäristön ja paremman ravitsemuksen ansiosta. Konsensuslausuma toteaa, että Suomen väestö vanhenee hyvin nopeasti. Vuoteen 2040 mennessä yli 65-vuotiaiden määrä nousee yli puolitoistakertaiseksi ja etenkin yli 85-vuotiaiden määrä kolminkertaistuu. Lausumassa todetaan myös, että palvelujärjestelmien rakenteiden, rahoitusmallien sekä toimintatapojen muutos tapahtuu samaan aikaan kuin väestö vanhenee. Jotkut muutokset varmistavat iäkkään väestöryhmän paremman hoidon, kun taas jotkut heikentävät sitä. Tulevaisuudessa siis henkilön varallisuus ja asuinpaikka vaikuttavat palvelujen saantiin. Samalla omaisten antama tuki ja apu tulevat olemaan iäkkäälle väestöryhmälle entistä arvokkaampia. (Kohti parempaa vanhuutta 2012, 3 - 4.)

Kiinnostuimme työelämän tarjoamasta mahdollisuudesta toteuttaa opinnäytetyö lyhytaikaishoidosta sekä omaishoidosta. Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti

myös se, että työskentelemme kumpikin ikäihmisten parissa. Kyselyn toteutimme postikyselyllä Jyväskylän lyhytaikaishoidon yksikössä Akseli ja Elina-kodissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten omaishoitajat kokevat omaisensa lyhytaikaishoidonjakson Akseli ja Elina-kodissa. Tavoitteena oli, että kyselyn tulosten avulla on mahdollista kehittää lyhytaikaishoidon laatua Akseli ja Elina-kodissa. Opinnäytetyön raportissa mainitun lyhytaikaishoidon yksikön nimen sekä esille tulevien henkilöiden nimien julkaisuun on pyydetty lupa.

2 KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Ikäihminen

Ikäihmisillä tarkoitetaan niin terveitä, hyvässä taloudellisessa ja sosiaalisessa asemassa olevia eläkeläisiä kuin myös sairaita, hyvin vanhoja, kyvyiltään rajallisia sekä sosiaalisesti ja ekonomisesti heikossa asemassa olevia iäkkäitä (Kurki 2007, 15).

Ikäihmisen rinnalla käytetään nykyään myös käsitteitä ikääntynyt ja ikääntyminen, senioriteetti, seniorikansalainen sekä kolmas, neljäs ja viides ikä. Käsitteitä vanhus ja vanheneminen on nykyisin pyritty välttämään, sillä ne luetaan liian leimaaviksi tai loukkaaviksi termeiksi. (Julkunen 2008, 15–19.)

Kolmas ikä-käsitettä käytetään nykyisin muun muassa puhuttaessa elämänvaiheesta työelämän jälkeen (Koskinen 2006 18- 40). Tässä käsitteessä korostuu iäkkäiden voimavarat, elämän ja harrastusten jatkuminen sekä hyvä terveydentila. Kolmannen iän jälkeen taas puhutaan neljänneestä iästä, jolla tarkoitetaan varsinaisen ikääntymisen alkamista noin 80 vuoden iässä. Tässä ikävaiheessa on ominaista, että iäkkäälle ilmaantuu itsenäistä selviytymistä vaikeuttavia toimintarajoitteita ja jolloin ulkopuolisen avuntarve kasvaa. Jos iäkäs on riippuvainen toisista ihmisistä arjesta selviytyäkseen tai hän asuu palvelutalossa tai muussa laitoksessa, puhutaan viidennestä iästä. (Helin 2002, 37–38.)

Olemme päätyneet käyttämään tässä opinnäytetyössä käsitettä ikäihminen, sillä se kuvaa käsitteenä parhaiten kaiken ikäisiä ja sekä fyysisesti että psyykkisesti eri kuntoisia iäkkäitä ihmisiä leimaamatta heitä kuitenkaan vanhuksiksi. Lisäksi ikäihminen kuvaa mielestämme parhaiten kohderyhmäämme sekä yli että alle 80-vuotiaita, lyhytaikaishoitoa käyttäviä henkilöitä, jotka asuvat kotonaan omaishoitajien tukemana.

2.2 Omaishoito

Omaishoito on elämänmuoto, jossa vammaisuus ja sairaus, tukeminen ja auttaminen sovitetaan monipuolisesti perheen tavalliseen elämään (Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta 2010). Omaishoito voi tulla monin eri tavoin osaksi ihmisen elämää, esimerkiksi sairauden edetessä, avun tarpeen kasvaessa tai äkillisen sairastumisen tai vammautumisen seurauksena (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salonko-Vuorela 2009, 7). Lyhyesti määriteltynä omaishoito on säännöllistä huolenpitoa, joka on useimmiten omaisen tai läheisen antamaa. (Omaishoito. Suomen omaishoidon verkosto 2012.)

Suurin osa auttamisesta tapahtuu omaisten ja läheisten avulla ja ilman minkäänlaista virallista tukimuotoa. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että omaishoitajilla olisi mahdollisuus saada yhteiskunnan tukea etenkin silloin, kun hoitotilanne on raskas ja sitova. Lisäksi tulisi pyrkiä ennaltaehkäisemään näiden näkymättömien auttajien uupumista sekä ennakoimaan tilanteet, joissa yhteiskunnan tukimuodot tulisivat omaishoitoperheelle tarpeeseen. (Mitä omaishoito on? 2012.)

2.3 Omainen ja omaishoitaja

Käsite **omainen** voidaan käsittää monella eri tavalla. Ikäihminen määrää itse sen, kuka on omainen. Suomenkielen perussanakirjan mukaan sana omainen tarkoittaa perheen jäsentä tai läheistä sukulaista (Haarala 2004). Vammaispalvelulain mukaan

omaisella tarkoitetaan esimerkiksi vaikeavammaisen puolisoa, lasta, vanhempia sekä isovanhempia. Muulla läheisellä henkilöllä tarkoitetaan samaa sukupuolta olevaa elämänkumppania tai avopuolisoa (Omainen henkilökohtaisena avustajana 2010). Oman käsityksemme mukaan omainen on aina veri- tai lähisukulainen eli esimerkiksi isä, äiti, lapsi, sisarus, sisarusten lapset ja isovanhemmat. Näemme myös, että puoliso voi olla omainen avio- tai avoliiton kautta. Tässä opinnäytetyössä omaisella tarkoitetaan lyhytaikaishoidossa ollutta ikäihmistä.

Omaishoitajuudella on arkielämässä monet kasvot. Osa omaishoitajista auttaa päivittäin kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, kun taas toiset avustavat satunnaisesti tai vain tietyissä askareissa. Tämä avuntarve ei myöskään välttämättä näy aina ulospäin. Monille ikäihmisen omaisille jääkin erilaisia valvonta- ja ohjaustehtäviä (Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta 2010). **Omaishoitaja** voi olla apua tarvitsevan läheisen puoliso, äiti, isä, veli tai sisar, lapsi, muu sukulainen tai ystävä tai naapuri. Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoitajan seuraavanlaisesti: Omaishoitaja on ikäihmisen omainen tai muu hänelle läheinen henkilö, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen. (L 2.12.2005/937.)

2.4 Lyhytaikaishoito

Lyhytaikainen laitoshoido tarkoittaa määräajoin toistuvaa tai tilapäistä kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, jonka on hoidon alkaessa arvioitu kestävän enintään 90 vuorokautta kerrallaan. Sen tarkoituksena on tukea kotihoitoa ja kotona asumista sekä lykätä vanhuksen pysyvään laitoshoittoon siirtymistä myöhemmäksi. Samalla lyhytaikaishoidon hoitajakset antavat omaishoitajille mahdollisuuden levon pitämiseen. Lyhytaikainen laitoshoido onkin yleisin hoitomuoto omaishoitajien lakisääteisten vapaiden aikana. (Salin 2008,21–22.)

Englanninkielisissä teoksissa lyhytaikaishoidosta käytetään käsitettä ”respite care”, jolla tarkoitetaan hengähdystaukoa, levähdystä ja levähdysajan antamista jollekin.

Käsitteestä saa helposti käsityksen, että ikäihminen on taakka omaishoitajalle ja tämä palvelu antaa hänelle mahdollisuuden pitää taukoa tästä taakasta. Tämän vuoksi lyhytaikaishoidosta on määritelty myös uusi käsite, ”short term-care”, joka voidaan määritellä sekä omaishoitajan että ikäihmisen saamaksi palveluksi, jossa kumpikin osapuoli on saajan roolissa. Uudesta käsitteestä huolimatta suurimmassa osassa alan tutkimuksissa käytetään pääasiassa käsitettä ”respite care”. Muita vaihtoehtoisia käsitteitä ovat ”in hospital respite care” tai ”institutional respite care”. (Salin 2008, 21–22.)

Lyhytaikainen laitoshoido voidaan jakaa kolmeen eri käsitteeseen, 1) jaksottaishoittoon eli intervallihoidoon, 2) kertaluonteiseen hoitoon sekä 3) vuorohoitoon. Intervallihoidossa ikäihmisen tarpeet sovitetaan niin, että koti- ja laitoshoidojaksojen kesto tukee parhaiten kotona olemista osan ajasta. Kertaluontoisessa lyhytaikaishoidossa tarpeet ovat vaihtelevampia. Näitä voivat olla esimerkiksi omaishoitajan matka, kodissa tehtävä remontti tai kuntoutuminen sairaalajakson jälkeen (Salin 2008, 22). Vuorohoido on samalla periaatteella toimivaa kuin intervallihoido. Vuorohoidossa ikäihminen tulee laitokseen ympärivuorokautiseen hoitoon säännöllisin väliajoin tai sitten hoidettavan ja omaishoitajan tarpeiden mukaan. Tavoitteena on tukea ikäihmisen selviytymistä kotona, ylläpitää henkistä vireyttä ja sosiaalista aktiivisuutta sekä ennaltaehkäistä pysyvään laitoshoidoon joutumista. (Ylirinne 2010, 3.)

2.5 Kotihoito

Kotihoidopalvelut sisältävät sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon. Kotipalvelu auttaa ja tukee, kun asiakas tarvitsee apua kotiin alentuneen toimintakyvyn tai sairauden vuoksi selviytyäkseen arjen askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygieniasta huolehtimisesta. Auttamisen ja tuen antamisen lisäksi kotipalvelu seuraa asiakkaan vointia ja neuvoo asiakkaita ja omaisia palveluihin liittyvissä asioissa. Kotipalvelun työntekijät ovat yleensä kotiavustajia, kodinhoitajia ja lähihoitajia. Kotipalvelua täydentävät erilaiset tukipalvelut. Tukipalveluita ovat esimerkiksi kodin

siivoaminen, kylvetys-, ateria- ja kuljetuspalvelut. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä 2012.)

Kotisairaanhoidon on asiakkaan kokonaisvaltaisesta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. Kotisairaanhoidon suorittaa lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia asiakkaan kotona, mikä lyhyesti määriteltynä tarkoittaa kotiin vietyä sairaanhoidoa. Kotisairaanhoidon tarkoituksena on tukea henkilön selviytymistä kotona, tukea omaisia läheisensä kotihoidossa sekä helpottaa sairaalasta kotiutumista. Kotisairaanhoidon työtä on myös omaisten tukeminen. Kotisairaanhoidon henkilöstö on pääasiassa koulutukseltaan sairaanhoitajia. Sairaanhoitaja esimerkiksi valvoo lääkitystä, ottaa näytteitä, mittauksia, seuraa asiakkaan vointia sekä kivun helpottumista (Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon 201). Lisäksi kotisairaanhoidon palveluihin kuuluu vaativakin sairaanhoidon, jota on esimerkiksi saattohoito kotona omaisen pyynnöstä. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä 2012.)

2.6 Palveluasuminen

Ikäihmisen laatusuosituksen mukaan **palveluasumisesta** ei ole olemassa virallista määritelmää. Palveluasuminen sisältää aina hoiva- ja hoitopalvelut sekä asumisen. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asukkailla on omat huoneet ja osa taas on dementoituvien henkilöiden ryhmäkoteja, joissa asutaan yhden tai kahden hengen huoneissa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52.)

Ikäihmisen palvelujen laatusuosituksen (2008, 52) mukaan palveluasuminen voidaan jakaa niin sanottuun tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008, 52) ja Anderssonin raportti Palveluasuntoja ikäihmiselle - palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve (2007, 9) mainitsevat, että tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on vain paikalla päivisin ja hoito määräytyy asiakkaan tarpeiden mukaan samalla tukien hänen voimavarojaan. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden ja yksikkö on tarkoitettu asiakkaille, joiden terveydentila on heikentynyt huomattavan paljon.

Tehostettu palveluasuminen on ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa, jossa asukkailla on oma huone tai asunto ja yhteisiä tiloja (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2011 & Andersson 2007, 9). Se on suunnattu ikäihmisille, joilla psyykinen, fyysinen tai sosiaalinen toimintakyky on alentunut niin, etteivät he selviydy enää kotona asumisesta omatoimisesti tai omaisten ja kotihoidon palvelujen turvin. (Tehostettu palveluasuminen 2012.)

2.7 Kuntouttava työote ja palveluneuvonta

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan asiakastyö-tapaa, jossa hoitohenkilökunta kannustaa ja tukee potilasta siten, että hän pystyy selviytymään mahdollisimman itsenäisesti arkitöistä ja pystyy hallitsemaan niitä omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Hoitaja ei tee asioita potilaan puolesta vaan hän ohjaa ja tekee asiat yhdessä potilaan kanssa (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 19). Kähäri-Wiik ja muut (2006, 18) kirjoittavat myös, että kuntouttajan omalla motivaatiolla on ratkaiseva merkitys potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä parantamisessa. Eli mitä motivoituneempi hoitohenkilökunta on ylläpitämään ja kehittämään potilaan toimintakykyä sitä suuremmalla todennäköisyydellä myös potilas kokee kuntoutumisen itselleen merkityksellisempänä ja jaksaa tehdä töitä saavuttaakseen asetetut tavoitteet.

Hoitohenkilökunnan tehtäviin kuuluu myös **palveluneuvonta eli jatkopaikoista ja etuuksista** tiedottaminen. Tälle osa-alueelle on kuitenkin oma asiantuntija. Esimerkiksi Jyväskylässä vuonna 2012 perustettu Oiva-keskus on vanhus- ja vammaispalvelujen neuvontaan, palveluohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin keskittynyt keskus. Oivaan voidaan ottaa yhteyttä, jos halutaan tietää lisää vammaisten ja ikääntyvien palveluista Jyväskylässä. Oiva-keskuksesta saavat palvelua ja neuvontaa myös jo palveluden piiriin kuuluvat asiakkaat. (Neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi 2012.)

Oiva-keskuksessa palveluohjaaja arvioi asiakkaan palveluntarvetta ja tekee tämän perusteella palvelu ja hoitosuunnitelman joko kotikäynnillä tai puhelimitse. Suunnitelmassa kartoitetaan asiakkaan omat voimavarat, vahvuudet ja palveluntarve. Tarvittaessa asiakas ohjataan ottamaan yhteyttä kaupungin palveluihin. (Neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi 2012.)

3 OMAISHOITO

3.1 Omaishoidon tuki

Omaishoidon tuella tarkoitetaan kokonaisuutta, johon kuuluvat ikäihmiselle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle annettavat omaishoitoa tukevat palvelut, hoitopalkkio ja vapaa, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa (Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjiille 2006, 11). Omaishoidon tuki myönnetään hakemuksen perusteella, eikä erillistä hakuaikaa ole. Hakemuksen liitteenä täytyy olla C-lääkärintlausunto ikäihmisen terveydentilasta tai sitten terveydentila tulee selvittää muulla luotettavalla tavalla. Ennen tukipäätöksen tekoa tehdään kotikäynti ja laaditaan hoito- ja palvelukokonaisuus. Samalla selvitetään ikäihmisen toimintakyky ja avuntarve. (Omaishoidon tuen linjaukset Jyväskylässä 2012, 4.)

Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu ja sen järjestämisestä kunnan tulee huolehtia määrärahojensa puitteissa. Omaishoidon tukea koskeva lainsäädäntö uudistui 1.1.2006, tällöin tuli voimaan laki omaishoidon tuesta (L 2.12.2005/937). Lainsäädännössä uutta on se, että omaishoitajan tarve omaishoitoa tukeviin sosiaalihuollon palveluihin arvioidaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiessa. (Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjiille 2006, 11.)

Omaishoidon tukeen sisältyy aina hoitopalkkio, joka suoritetaan rahallisesti. Hoitopalkkio määräytyy hoidon vaativuuden ja sitovuuden mukaan (Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjiille 2006, 11). Kunnan kanssa omaishoidon tuen sopimuksen

tehneellä omaishoitajalla on oikeus pitää vähintään kolmen vuorokauden vapaata kalenterikuukautta kohti, minkä aikana hän on yhtäjaksoisesti sidottuna hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Jyväskylässä vapaa tulee pitää sen kalenterivuoden aikana, jolloin oikeus vapaaseen on syntynyt. Vapaapäivät on tarkoitettu omaishoitajan jaksamisen tukemiseen ja tällöin tavoitteena on, että vapaapäivät järjestetään suunnitellusti ja säännöllisesti. (Omaishoidon tuen linjaukset Jyväskylässä 2012, 5.)

3.2 Omaishoitosopimus

Kun kunta on tehnyt omaishoidontuesta ja siihen sisältyvistä palveluista päätöksen, tekevät kunta ja omaishoitaja yhdessä omaishoitosopimuksen. Lisäksi he laativat samalla hoidettavalle hoito- ja palvelusuunnitelman. Omaishoitotukeen sisältyy omaishoito, hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja omaishoitajan vapaan ajaksi annettavat palvelut. Omaishoitaja on oikeutettu saamaan hoitopalkkiota, vapaa-aikaa, eläke- ja tapaturmavakuutuksen sekä sosiaalipalvelut. (Omaishoidontuki 2011.)

Jyväskylän kaupungin laatimassa omaishoidon tuen linjauksissa mainitaan kaikki, mitä omaishoitosopimuksen tulee sisältää. Lyhyesti mainittuna se sisältää hoitopalkkion määrän sekä maksutavan ja omaishoitajan oikeuden lakisääteisiin vapaisiin. Lisäksi siinä kerrotaan onko sopimus määräaikainen. Sopimus on yleensä voimassa toistaiseksi. Erityistapauksissa sopimus voidaan tehdä määräaikaiseksi. Omaishoitajan ja kunnan välille laaditaan sopimus aina, kun hänelle on myönnetty omaishoidon tukea. (Omaishoidon tuen linjaukset Jyväskylässä 2012, 4-5.)

Vuonna 2006 tuli voimaan laki omaishoidontuesta (937/2005), jonka tarkoituksena on edistää ikäihmisen edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla hoidon jatkuvuus sekä riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (Meriranta 2010, 14; L 2.12.2005/937). Omaishoitolain mukaan omaishoitosopimuksessa sovitaan hoito-

palkkion määrästä ja maksutavasta, oikeudesta 4 §:n 1 momentin mukaisiin vapaa-päiviin, mainitun 4 §:n 2 momentin mukaisen vapaan järjestämisestä, määräaikaisen sopimuksen kestosta sekä hoitopalkkion maksamisesta hoidon keskeytyessä hoitajas-ta johtuvasta syystä tai hoidettavasta johtuvasta muusta kuin terveydellisestä syystä. (Kalliomaa-Puha 2007, 140; L 2.12.2005/937.)

Myös omaishoitosopimuksen irtisanomisajoista ja purkamisesta on määrätty omais-hoitolain 9 §:ssä. Kunta voi lain mukaan irtisanoa omaishoitosopimuksen päättymään aikaisintaan irtisanomista seuraavan kahden ja omaishoitaja irtisanomista seuraavan yhden kuukauden kuluttua. Tilapäisesti keskeytetyn omaishoidon ollessa kyseessä, keskeytyy hoitopalkkion maksaminen kuukauden kuluttua. (Kalliomaa-Puha 2007, 140; L 2.12.2005/937.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee olla tiedot omaishoitolain mukaisista ikäihmi-sen ja omaishoitajan oikeuksia koskevista säännöksistä ja niiden soveltamisesta. Li-säksi tulee kirjata omaishoitajan antaman hoidon määrä ja sisältö, muiden ikäihmisel-le tarpeellisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen määrä ja sisältö, omaishoita-jan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö sekä ikäihmi-sen hoidon järjestämistapa omaishoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyn-tien tai muun poissaolon aikana. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on edistää ikäihmisten itsemääräämisoikeutta ja vaikuttamismahdollisuuksia sekä lisätä heidän oikeusturvaansa. Tämän vuoksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä tulisi sekä omaishoitajan että ikäihmisen olla siinä mukana. Toisaalta omaishoitosopimusta tehdessä mukana on ainoastaan omaishoitaja ja kunta. (Kalliomaa-Puha 2007, 141.)

3.3 Omaishoitajan jaksaminen

Omaishoitajan jaksaminen ja hyvä olo heijastuvat suoraan ikäihmiseen ja ne ehkäise-vät osaltaan ongelmien syntymistä hoidossa. Omaishoitaja tietää itse parhaiten mikä auttaa rentoutumaan sekä mistä ammentaa voimaa arjessa jaksamiseen (Kiinni Ar-

jessa 2010, 23). Oppaassa mainitaan, että seuraavista vinkeistä voisi olla apua omaishoitajan jaksamisessa. Esimerkiksi hoitotaakan sekä tunteiden jakaminen omaisten ja ystävien kanssa, joustava päiväohjelma, kotihoidolta saatava apu päivittäisiin toimintoihin sekä sopeutumisvalmennukset omaishoitajille.

Vyyryläisen toimittama Vierelläsi -opas muistisairaana omaisille kertoo myös selviytymiskeinoja omaishoitajille. Oppaassa mainitaan esimerkiksi, että omaishoitajien olisi hyvä oppia antamaan itselleen anteeksi, vaikka asiat eivät sujuisi niin kuin on halunut tai toivonut. Vaikeissa tai toivottomilta tuntuissa tilanteissa omaishoitajan ei tulisi yrittää selviytyä yksin vaan pyrkiä hakemaan apua tai tukea arjessa jaksamiseen. Lisäksi ikäihmisen tila olisi hyvä nähdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa totuudenmukaisesti, jotta sairaus ja sen eteneminen olisi omaishoitajille helpompi hyväksyä. Samalla voisi olla helpompaa nauttia yhteisestä ajasta sekä menneisyyden hyvistä muistoista ja hetkistä. (Vyyryläinen n.d., 16–19.)

Jyväskylässä omaishoitajien tukitoimintaa järjestää Jyvässeudun Omaishoitaja ry, jonka tarkoituksena on toimia omaishoitajien aseman parantamiseksi, edistää yhteistyötä viranomaisten kanssa, järjestää koulutusta ja virkistystoimintaa sekä antaa ohjausta ja neuvontaa. Yhdistyksellä on myös niin sanottu PETRA Wellness-projekti (personal trainer) 2011–2014, jonka tarkoituksena on edistää omaishoitajien hyvinvointia. (PETRA Wellness-projekti (personal trainer) 2011–2014- opas, n.d.)

3.4 Omaishoito nyt ja tulevaisuudessa

Noin miljoona suomalaista auttaa säännöllisesti läheistään. Suomessa arvioidaan olevan tällä hetkellä noin 300 000 omaishoitosuhdetta, joista 60 000 on vaativia ja sitovia. Näistä omaishoitosuhteista vain pieni osa on lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä. Esimerkiksi Suomessa vuonna 2010 noin 36 000 eli vähän yli 10 % kaikista omaishoitosuhteista oli virallistettu omaishoitosopimuksella. Laissa omaishoitajaksi määritellään henkilö, joka on tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisensä omaishoi-

dosta oman kunnan kanssa. Samalla omaishoitaja on lain mukaan oikeutettu saamaan omaishoidontukea. (Omaishoito 2012.)

Tulevaisuutta ajatellen on tärkeää, että tietoa olisi tarjolla olemassaolevista tuen muodoista, jotta ihmiset osaisivat tunnistautua omaishoitajiksi. Lisäksi tulisi ottaa huomioon omaishoitajuuden moninaisuus, sillä omaishoitoa voivat tarvita myös monikulttuuriset perheet sekä maahanmuuttajat. Yhteiskunnan tulisi pyrkiä myös ennaltaehkäisemään omaishoitajien syrjäytymistä ja taloudellisia vaikeuksia panostamalla heidän tukemiseen viriketoiminnalla ja rahallisilla tuilla. Merirannan kokoamassa kirjassa mainitaan muun muassa, että "perheet, joissa on pitkäaikaissairaus, ovat myös taloudellisesti muita perheitä heikomassa asemassa". (Meriranta 2010, 15.)

4 LYHYTAIKAISHOITO

4.1 Lyhytaikaista paikan järjestäminen

Suomessa lyhytaikaishoitoa järjestetään pääasiassa laitoshoidon muodossa. Ikäihmisen lyhytaikaishoitoa järjestetään suurimmaksi osaksi palveluasumismuodossa, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai kuntoutuslaitoksessa. Muita vaihtoehtoisia hoitomahdollisuuksia ovat sukulaisten tai muiden vapaaehtoisten henkilöiden antama apu, lyhytaikaishoito palveluasumisyksikössä ja kotipalvelu. (Ylirinne 2010, 7.)

Yleisimmillään lyhytaikaisen laitoshoidon kesto on kaksi viikkoa, mutta myös sitä pidempiäkin jaksoja ilmenee esimerkiksi asunnon peruskorjauksen yhteydessä. Koska hoitajaksojen ja omien vapaiden käytännön järjestelyt vaativat omaishoitajalta paljon aikaa ja vaivaa, suosivat he juuri pidempiä hoitajaksoja lyhyiden vapaiden sijasta. Ylirinteen pro gradu- tutkielmassa mainitaan myös, että kolmasosa ikäihmisistä tuli toistuvasti hoitajaksoille, jolloin omaishoitajat saivat pitää vapaita kolmesta kolmeentoista kertaan vuodessa. (Ylirinne 2010, 7.)

Laitoshoidon paikkaa sitä tarvitsevalle voi hakea esimerkiksi ikäihminen itse, lähiomainen tai kotihoidon henkilökunta. Paikkaa haetaan ottamalla yhteyttä esimerkiksi oman kotihoidon työntekijöihin tai uutena asiakkaana oman kunnan sosiaali- ja terveystalokeskukseen (Miten laitoshoidon hakeudutaan? 2012). Jyväskylässä ikääntyvien ja vammaisten palveluneuvontaa saa OIVA-keskuksesta. (Palvelut ikääntyneille n.d.)

4.2 Jyväskylän lyhytaikaishoidon yksikkö Akseli ja Elina - koti

Akseli ja Elina- koti on kaksikerroksinen palvelutalo Jyväskylän Kortepohjassa. Se tarjoaa lyhytaikaista ympärivuorokautista palveluasumista ikääntyneille asiakkaille, joiden toimintakyky on heikentynyt. Tavoitteena on antaa kokonaisvaltaista hoitoa ja huolenpitoa, aktivoida ikäihmisiä sekä tukea omatoimisuuteen yksilöllisesti. Palvelutalossa on neljä lyhytaikaishoidon tiimiä: Ruusulaakso, Vaahterakuja, Rantakallio ja Niittypolku. Näissä tiimeissä on yhteensä 50 lyhytaikaishoidonpaikkaa, jotka koostuvat yhden ja kahden hengen huoneista. Näistä tiimeistä Rantakallio ja Niittypolku ovat dementiaosastoja. Jokaisessa hoitotiimissä työskentelee yksi sairaanhoitaja sekä lähi- tai perushoitaja. Talossa toimii myös fysioterapeutti. Samassa rakennuksessa toimii myös päiväkeskustoiminta. (Akseli ja Elina-koti esite n.d.)

Jokaisessa tiimissä on päiväsalin, jossa ruokaillaan sekä oleskelutila, jossa on mahdollista harrastaa erilaisia virikkeitä tai mennä ulkoilemaan ulkoterrassille. Lisäksi jokaiseen huoneeseen kuuluu wc ja suihku. Ikäihmisellä on mahdollisuus myös varata parturi ja jalkahoitajan palvelut sopimuksen mukaan. (Rantakallio esite n.d.; Niittypolku esite n.d.; Ruusulaakso esite n.d. & Vaahterakuja esite n.d.)

Ikäihmisellä on mahdollisuus ulkoiluun, osallistua arkipäivisin päiväkeskuksen toimintaan sekä käyttää kuntosalia ohjatusti fysioterapeutin kanssa. Tavoitteena on tukea ikäihmisen kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Akseli ja Elina- kodissa py-

ritään toimintakykyä tukevalla kuntouttavalla työotteella psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen. Siellä hoidetaan pääasiassa omaishoidettavia asiakkaita, jotka tulevat kotoa hoitoon omaishoitajan lakisääteisen loman ajaksi. Suurin osa ikäihmisiakkaita käy säännöllisesti vuorohoidossa. Asiakkaana voi olla myös kertaluonteiseen lyhytaikaishoitoon tulevia palveluasumisen paikkaa jonottavia, äkillisesti tilapäispäikkaa tarvitsevia tai sairaalasta siirtyviä asiakkaita, jotka tarvitsevat jatkokuntoutusta. (Akseli ja Elina- koti esite n.d.)

Lyhytaikaishoidon jaksolla ikäihmisellä on mukana omia lääkkeitä, hygieniatarvikkeita, vaatteita sekä muita henkilökohtaisia tavaroita. Lääkkeet tulee olla jaettuna do-
settiin hoitojakson ajalle sekä lääkelistan olla ajan tasalla hoitojaksolle tullessa. Akseli ja Elina-kodissa ikäihmisen lääkäripalvelut hoidetaan oman lääkärin kautta. Yksikössä käy lääkäri kerran viikossa akuutteja asioita varten. (Akseli ja Elina- koti esite n.d.)

4.3 Tutkimuksia lyhytaikaishoidosta omaishoitajien näkökulmasta

O'Connell, Hawkins, Ostaszkiecz ja Millar ovat tutkineet Australiassa vuonna 2012 dementia potilaiden omaishoitajien kokemuksia lyhytaikaishoidosta, kuin myös Salin on väitöskirjassaan tutkinut suomalaisten omaishoitajien näkökulmaa lyhytaikaishoidosta vuonna 2008. Näissä tutkimuksissa ilmeni, että omaishoitajat olivat hyvin tyytyväisiä siihen, että perusasioista huolehtiminen hoitojaksolla toteutui heidän toivomallaan tavalla. Ikäihmisten perusasiat kuten hygienian hoito, ravitseminen ja erilaisten palveluiden saatavuus saattavat olla omaishoitajille monimutkaisia asioita kotona toteutettavaksi, joten hoitojaksolla näiden asioiden sujuvuus helpotti sekä omaishoitajan että ikäihmisen elämää. Lisäksi se, että hoitojakson aikana oli mahdollisuus saada myös muitakin palveluita, kuten kampaajan, parturin ja jalkahoitajan palveluita vaikutti tyytyväisyyteen. (O'Connell, Hawkins, Ostaszkiecz & Millar 2012, 111-144 & Salin 2008, 51- 53.)

Useat omaishoitajat olivat tyytyväisiä myös lyhytaikaishoidon palveluihin sekä henkilökuntaan. He totesivat, että henkilökunta on suhtautunut heihin ystävällisesti, he ovat saaneet arvokasta tietoa ja neuvoa ikäihmisen hoidosta sekä kuulleet ikäihmisen päivänselitystä. Samat omaishoitajat olivat tyytyväisiä myös siihen, että lyhytaikaishoitokoti on niin kodinomainen, huoneet viihtyisiä sekä hoito yksilöllistä ja ympärivuorokautista. (O'Connell ym. 2012, 114-115 & Salin 2008, 51- 53.)

Omaishoitajien kehittämisehdotuksiin kuului lyhytaikaishoidon yksikön palveluiden joustavuuden ja laadun lisääminen, pysyvämpi hoitohenkilökunta, ajan käyttö ja vuorovaikutussuhteiden parantaminen. Omaishoitajat olivat sitä mieltä, että yksikön palvelut olivat jäykkiä ja tarvitsisivat muutosta sekä joustavuutta. Lisäksi hoitohenkilökunnalta toivottiin enemmän sitoutumista työhönsä. Heiltä toivottiin myös kannustusta omaishoitajille sekä vinkkejä ja neuvoja ikäihmisen hoitamisesta omaishoitajille kotiin toteutettavaksi. Omaishoitajat kritisoivat myös sitä, että hoitokodissa ei ollut käytetty hoitajaksojen aikana fysioterapiaa ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämiseksi, sillä he eivät mieltäneet hoitohenkilökunnan kuntouttavaa työtä toimintakykyä ylläpitäväksi toiminnaksi. (O'Connell ym. 2012, 114-115 & Salin 2008, 51- 53.)

5 EETTISYYS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS HOITOTYÖSSÄ

5.1 Eettisyys hoitotyössä

Hoitoalan etiikassa on kysymys hoidon inhimillisestä sisällöstä, jossa nousevat esiin hoidon päämäärät sekä vastuulliset hoitomenetelmät. Siellä missä kyse on velvollisuuksista, vastuusta, luvista ja oikeuksista, puhutaan etiikasta. Hoitoalalla tarkastelun kohteena ovat ennen kaikkea velvollisuudet ja oikeudet autettavan ja auttajan välillä. Velvollisuuksien ja oikeuksien vastavuoroisuus sekä mahdollisuus asettua toisen asemaan hoitotyössä ovat osa ihmisyyttä. Pätevyys ja asiantuntemus ovat olennainen osa eettistä vastuuta. Ammattieettiset koodit ovat ammattialalla yhteisesti sovi-

tut, jotka kuvaavat ammattikunnan eettisiä periaatteita, ohjeita ja sääntöjä. Tähän liittyy myös moraalikäsitteet. (Lahtinen, Malinen & Turpeinen 2008.)

Moraalilla tarkoitetaan ihmisten valintoja ja niiden perustana olevia arvoihin liittyviä katsomuksia. Käytännön elämässä moraalilla on kouriintuntuvaa, ilmenevää ja katsomuksellisesti sitoutunutta. Moraaliset arvot ovat arvoja, jotka kuuluvat ihmisten käyttäytymiseen, toimintaan, johonkin luonteenpiirteeseen tai laitokseen. Arvot sisältävät eettisen ajatuksen siitä, minkälaisessa arvossa ihmiselämää pidetään. Ihmiset toimivat niiden eettisten periaatteiden mukaan, jotka he ovat oppineet ja sisäistäneet kasvatuksen myötä. Kun taas ammattilliset arvot ovat ominaisuuksia, joille tietty ammattikunta antaa arvoa. Hoitoalan ammattillisten arvojen tavoitteena ja tarkoituksena on tukea hoitoalalla työskentelevien eettistä päätöksentekoa heidän jokapäiväisessä työssään. Nämä ohjeet ilmaisevat hoitoalalla työskenteleville sekä muulle väestölle alalla toimivien työn periaatteet ja perustehtävät yhteiskunnassa. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2010.)

Hahon väitöskirjassa (2008, 152–154) kirjoitetaan, että hoito toteutetaan toisen ihmisen hyvien arvojen ja normien mukaisesti: hyvä hoitaminen on eettistä ja sillä on hyvää oloa tuottavia ominaisuuksia. Hoitotyö siis palvelee potilasta, edistää hänen hyvinvointiaan ja terveyttään, on oikeudenmukaista ja tasa-arvoista. Hoitohenkilökunnalla on velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja kehittää jatkuvasti itseään.

Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meteroja ja Suominen (2007, 4) mainitsevat, että sairaanhoitajien ammattimainen pätevyys muodostuu esimerkiksi persoonallisuuteen liittyvistä tekijöistä, kyvystä opettaa ja ohjata, yhteistyökykyisyydestä, päätöksentekokykyistä sekä hallinta- ja ihmissuhdetaidoista.

5.2 Asiakslähtöisyys hoitotyössä

Kiikkalan (2000, 116) ja Mead & Bowerin (2000, 1087–1090) mukaan asiakslähtöisyys on asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista. He totesivat, että asiakslähtöisyys hoitotyössä tarkoittaa sitä, että asiakas nähdään psyykkis-, fyysis- ja sosiaaliulotteisena kokonaisuutena. Näkemys asiakkaasta tarkoittaa hänen hahmottamista yksilönä, yhteisön jäsenenä sekä laajemmin tietyn väestö osan ja koko yhteiskunnan jäsenenä. Asiakas siis nähdään oman elämänsä asiantuntijana ja sen vuoksi esimerkiksi hoitosuhteessa keskeisenä pidetään asiakkaan motivaation tunnistamista. Hoito- ja palvelutoiminnan näkökulmasta asiakslähtöisyys on sitä, että toimitaan aina asiakkaan tarpeiden mukaan ja otetaan huomioon hänen esittämät kysymykset ja hänen mieltään askarruttavat asiat.

Väestöliiton (2012) mukaan asiakslähtöisyyttä voidaan havainnollistaa ihmisoikeus-, perusoikeus- ja vapausoikeusnäkökulmasta. Näin ollen on tärkeää, että asiakkaan arvokkuuden tunne säilyy ja että asiakkaan yksilölliset omat toivomukset ja tarpeet otetaan huomioon, kun häneen koskevia päätöksiä tehdään. Myös Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 edistää asiakslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta ja ajaa asiakkaan oikeutta hyvään kohteluun ja palveluun sosiaalihuollossa. Asiakslähtöisyyteen vaikuttaa hoitohenkilökunnan arvostus itsestään. Hoitohenkilökunnan pitäisi kyetä tunnistamaan myös omat vahvuutensa, kykynsä sekä voimansa. Hyvä itsetunto sekä itsensä ja toisen arvostaminen ovat hyvä pohja asiakslähtöisyydelle. (L 22.9.2000/812.)

Silvennoinen (2004, 15–18) korostaa asiakslähtöisyydessä vuorovaikutusta, joka voidaan määritellä ihmisten väliseksi tulkintavaiheeksi, jossa luodaan yhteyksiä toisiin, viestitetään asioita toisille, vaikutetaan heihin ja saadaan palautetta omasta toiminnasta. Mikkola (2006, 21) ja Mattila (2001, 14) väitöskirjoissaan kirjoittavat vuorovaikutussuhteesta. He toteavat, että asiakkaan ja hoitohenkilökunnan roolit määrittyvät ensisijaisesti heidän sosiaalisesta todellisuudesta, mutta se kantaa myös kulttuuriin liittyviä odotuksia.

Hoitoympäristö on yksi tärkeä osatekijä asiakaslähtöisyyden tukemisessa. Ylönen (2003, 30–36) ja Rekilä (2004, 25) mainitsevatkin, että toiminnalle suotuisa hoitoympäristö vaikuttaa asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa. Hoitoympäristöllä tarkoitetaan ilmapiirin lisäksi hoitolaitoksen sisustusta ja viihtyisyyttä. Price (2006, 49–56) mainitsee, että asiakaslähtöisyyden toteuttaminen hoitoalalla edellyttää terveydenhuollon organisaatiolta riittävästi moniammattillista hoitohenkilökuntaa, palveluiden saatavuutta sekä riittävät hoitohenkilökuntaresurssit.

Asiakaslähtöisen hoitotyön edistämisen kannalta olisi tärkeää, että hoitohenkilökunta ymmärtäisi, mitä asiakaslähtöisyys on ja millä tavalla hoitotyöstä saataisiin asiakaslähtöistä. Lisäksi tärkeää olisi löytää tapa, jolla he voisivat kehittää sitä omassa työyhteisössä. Kvistin väitöskirjan (2004, 171–173) mukaan jokaisen työyhteisön hoitohenkilökunnan pitäisi määrittää asiakaslähtöisyys käsitteenä ja sen merkitys omassa työssään. Uusia näkökulmia asiakastyöhön tuo toimintansa pohtiminen.

Watsonin (2006, 87–93) kirjoittamassa artikkelissa keskitytään hoitosuhteen parantamiseen. Watsonin mukaan siirtyminen parempaan hoitosuhteeseen edellyttää etiikkaan ja arvoihin perehtymistä. Watson täsmentää, että hoitosuhteen paranemista edellyttää lisääntynyt eettisyyden huomioiminen hoitotyössä, hoitotapojen muutos sekä asiakkaan näkeminen kokonaisvaltaisesti. Nämä muutokset tuovat mielihyvää asiakkaalle ja luovat hyvän ilmapiirin.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet (1996) mainitsee, että ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan. Myös lähihoitajan eettiset ohjeet (2006) kirjoittaa, että lähihoitajan velvollisuutena on osallistua aktiivisesti oman alansa ja ammattinsa kehittämiseen erilaisissa työryhmissä. Ammattitaidon ylläpitäminen osallistumalla koulutuksiin ja hakemalla uutta tietoa on tutkimuksen mukaan yksi tärkeimmistä hyvään hoitoon vaikuttavista tekijöistä (Kvist 2004, 172). Sorsa (2002 29–34), Price (2006 49–56) & Kiikkala (2000 118–119) toteavat, että asiakaslähtöinen työote perustuu arvostavaan ihmiskäsitykseen. Tämän käsityk-

sen mukaan toimiessa, hoitohenkilökunta kokee olevansa asiakasta varten ja on kiinnostunut ihmisestä kokonaisuutena.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, miten omaishoitajat kokevat omaisensa lyhytaikaishoidonjakson Akseli ja Elina-kodissa. Tavoitteena on, että kyselyn tulosten avulla on mahdollista kehittää lyhytaikaishoidon laatua Akseli ja Elina-kodissa.

Tutkimuskysymys on:

Minkälaisena omaishoitajat kokevat lyhytaikaishoidonjakson Akseli ja Elina-kodissa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Aineiston keruun lähtökohdat

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään kohderyhmää ja selittämään sen käyttäytymisen ja päätösten syitä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavat valitaan harkinnanvaraisesti ja rajoitetaan pieneen määrään tapauksia, mutta pyritään analysoimaan mahdollisimman tarkasti (Hirsjärvi & Hurme 2009, 25).

Kvantitatiiviseen eli määrälliseen tutkimukseen liittyy haastattelututkimus, jonka perusmuotona on strukturoitujen kysymysten esittäminen satunaisesti valituille otoksille. Määrällisessä tutkimuksessa oleellisin asia on aineiston totuudellisuuden vaatimus, joka kuitenkin jää käytännön tasolla ratkaisematta. Määrällisenä tutkimusmenetelmänä on joko puhelin-, henkilökohtainen haastattelu tai kirjekysely/kyselylomake. (Tietoteoreettiset lähtökohdat n.d.)

Määrällisen ja laadullisen tutkimustavan eroja on pyritty havainnollistamaan monin tavoin, esimerkiksi dikotomialuetteloita, taulukoimalla kummankin lähestymistavan tyypillisimpiä piirteitä rinnakkain, laatimalla luokitteluja sekä kuvauksia molemmista suuntauksista tekstimuotoon (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 126–127). Hirsjärvi ja Hurme (2009, 25) kirjoittavat määrällisen ja laadullisen tutkimuksen metodologisista eroista. Laadullinen tutkimus perustuu induktiiviseen prosessiin eli se etenee yksityisestä yleiseen ja se on kiinnostunut useasta yhtäaikaista tekijästä, jotka vaikuttavat lopputulokseen. Tutkimuksen asetelma on muuttuvaa siinä, sillä teorioita ja säännönmukaisuuksia kehitellään suuremman ymmärtämisen toivossa. Tutkimusmenetelmien luotettavuus ja tarkkuus saavutetaan verifioimalla. Määrällinen tutkimus perustuu deduktiiviseen prosessiin eli se etenee yleisestä yksityiskohtaiseen. Tutkimus etsii syy-suhteita ja asetelma on staattinen. Lisäksi se pyrkii yleistysten avulla selityksiin, ymmärtämiseen ja ennustamiseen.

Hirsjärven ja muiden mukaan (1997, 127–128) on kuitenkin tärkeää nähdä kuinka nämä tutkimusmenetelmät täydentävät toisiaan. Molempien lähestymistavat ovat käytännössä vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan, jolloin kyseiset menetelmät nähdään tutkimuksen täydentäviksi lähestymistavoiksi, ei kilpaileviksi suuntauksiksi. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet sekä määrällistä että laadullista menetelmää rinnakkain, jolloin nämä täydentävät toisiaan. Opinnäytetyö on toteutettu strukturoidulla kyselylomakkeella. Kohderyhmä on opinnäytetyössämme rajoitettu pienen määrään (N=40).

Tutkimuksen tärkeimpiä käsitteitä ovat perusjoukko ja otos. Tutkimuksessa perusjoukko eli populaatio on kohdejoukko, josta halutaan tehdä päätelmiä. On mahdollista myös tehdä kokonaistutkimus, jossa kerätään tietoja kaikista tilastoyksiköistä, jotka kuuluvat perusjoukkoon. Jos ei ole mahdollista tai kannattavaa tutkia kokonaista perusjoukkoa, niin voidaan tutkia vain osaa perusjoukosta. Tätä kutsutaan otokseksi, jos tutkittavaa osajoukkoa voidaan perustellusti pitää edustavana (sinänsä perusjoukko pienoisjoukossa). Otoksen edustavuus pyritään varmistamaan sopivilla me-

netelmillä (Tilastoyksikkö ja muuttujat 2003). Metsämuuronen (2003, 31–33) toteaa, että tutkimukseen vastaajat voidaan valita joko satunnaisesti tai ei-satunnaisesti.

Opinnäytetyössä käytettiin otos menetelmää, jolloin vastaajat valittiin ei-satunnaisesti. Halusimme kyselyyn mukaan omaishoitajia, joiden omaiset käyvät säännöllisesti lyhytaikaishoidossa. Kyselyyn vastanneiden valinta perustui hoitohenkilökunnan näkemykseen siitä, ketkä käyvät säännöllisessä lyhytaikaishoidossa. Otoksen avulla saimme mukaan omaishoitajien kokemuksia useammasta lyhytaikaishoidonjaksosta. Kyselylomakkeet jaettiin hoitohenkilökunnan toimesta kesä-heinäkuussa 2012 omaishoitajille.

Kyselylomakkeen laadinnassa tärkeintä on selvyys. Siinä pitää välttää epämääräisyyttä, jos halutaan päteviä tuloksia. Näin ollen kysymykset pitää laatia siten, että ne merkitsevät samaa kaikille vastaajille. Perusperiaatteisiin kuulu myös se, että lyhyet kysymykset ovat parempia kuin pitkät, koska lyhyitä kysymyksiä on helpompi ymmärtää (Hirsijärvi ym. 1997, 191). Valli mainitsee myös, että kysymykset pitää muotoilla yksiselitteisesti ja niitä lähdetään laatimaan kyselyn tavoitteiden ja tulosten perusteella. Hänen mukaansa kyselylomakkeella toteutetun tutkimuksen hyvä puoli on, se että tutkija ei vaikuta läsnäolollaan eikä olemuksellaan vastauksiin kuten esimerkiksi haastattelulla (Aaltola & Valli 2001, 100–101). Kyselylomakkeen etuna pidetään yleensä sitä, että kyselyyn saadaan paljon henkilöitä mukaan eli voidaan kysyä monipuolisemmin eri asioita. Kyselymenetelmä on tehokas tapa säästää kyselyn tekijöiden aikaa. Kyselylomakkeen heikkoutena on esimerkiksi se, että miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet kyselyyn, onko annettuja vastausvaihtoehtoja ollut riittävästi ja miten vastaajat ovat ymmärtäneet kysymyksen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195).

Tässä opinnäytetyössä päädyttiin kyselylomakkeeseen, koska haluttiin, että omaishoitajat saavat rauhassa ajatuksen kanssa vastata kysymyksiin sekä perustella niitä. Kyselylomakkeeseen valittiin monivalintakysymykset, koska vastaaminen ja vastauksien käsitteleminen ja analysointi on siten helpompaa. (Metsämuuronen 2003, 37.)

Haimme tutkimuslupaa Jyväskylän kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden keskukselta Sirkka Karhualta, jolta saimme luvan suorittaa opinnäytetyömme Jyväskylän kaupungin lyhytaikaishoidon yksikössä Akseli ja Elina-kodissa. Kyselytutkimuksen suorittamisesta oltiin yhteydessä Akseli ja Elina-kodin palveluyksikön palvelupäällikköön Johanna Lajuseen. Kyselylomakkeen kysymystoiveet tulivat Johanna Lajuselta. Laadimme ja muotoilimme kyselylomakkeen kysymystoiveiden mukaan. Opinnäytetyön kyselylomake koostui alun perin asteikko eli skaaloihin perustuviin kysymystyyppeihin ja pariin avoimeen kysymykseen. Kysymykset koostuivat Likertin asteikoksi nimittelyllä mittarilla (esim. 5= täysin samaa mieltä, 4= osittain samaa mieltä, 3= osittain eri mieltä, 2= täysin eri mieltä, 1= en osaa sanoa). Lisäksi Akseli ja Elina-kodin muutamalta työntekijältä pyydettiin mielipidettä kyselylomakkeesta. Loppujen lopuksi opinnäytetyössä päädyttiin strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoon. Tällöin kyselylomake koostui kuitenkin jokseenkin Likertin mittariin, mutta muokattuna. En osaa sanoa - vastausvaihtoehto poistettiin ja tilalle laitettiin tarkentava kysymys "Perustele valintasi", jotta vastaaja saa vastausvaihtoehdon valittuaan vielä perustella valintaansa.

Näiden numeraalisten kysymysten lisäksi, viimeiselle sivulle laadittiin kaksi avointa kysymystä, jotta saisimme monipuolisen vastausmuodon. Metsämuuronen (2003, 37) ja Vehkalahti (2008, 48) kirjoittavat, että kyselylomake pitäisi testata pienmuotoisella pilottitutkimuksella, jolloin saadaan käsitys esimerkiksi siitä, ovatko kysymykset ja ohjeet ymmärretty oikein. Opinnäytetyön kyselylomaketta ei ole testattu pienmuotoiselle ryhmälle, mutta kyselylomakkeesta on pyydetty Akseli ja Elina-kodin henkilökunnan mielipidettä.

7.2 Analysointi

Tässä opinnäytetyössä on pyritty selvittämään omaisten tyytyväisyyttä lyhytaikaishoidonjakson laatuun tekemällä kyselytutkimus lyhytaikaishoidon asiakkaiden omaishoi-

tajille. Opinnäytetyön kyselytulokset pyritään analysoimaan integroiden eli yhdistäen osaksi teoriaosaa. Kyselylomakkeita jaoimme lyhytaikaisyksikköön, Akseli ja Elina-kotiin. Jaoimme yhteensä neljäkymmentä saatekirjettä (ks. liite 1) ja kirjallisia kyselylomakkeita (ks. liite 2) Akseli ja Elina-kodin jokaiseen tiimiin, jokaiselle neljälle osastolle kymmenen. Täytettyjä lomakkeita saimme takaisin 23 kappaletta. Kyselylomakkeet jaettiin omaishoitajille hoitohenkilökunnan toimesta kesä-heinäkuussa 2012. Omaishoitajat saivat lähettää täytetyt kyselylomakkeet kirjeitse opinnäytetyön tekijöille. Kyselyyn vastattiin täysin anonyymisti, joten esimerkiksi ikää tai sukupuolta ei tuloksissa tule ilmi. Analyysiä kirjoitettaessa on pyritty siihen, että kyselylomakkeeseen vastanneita omaishoitajia ei voitaisi tunnistaa ja siten on pyritty noudattamaan eettisiä periaatteita.

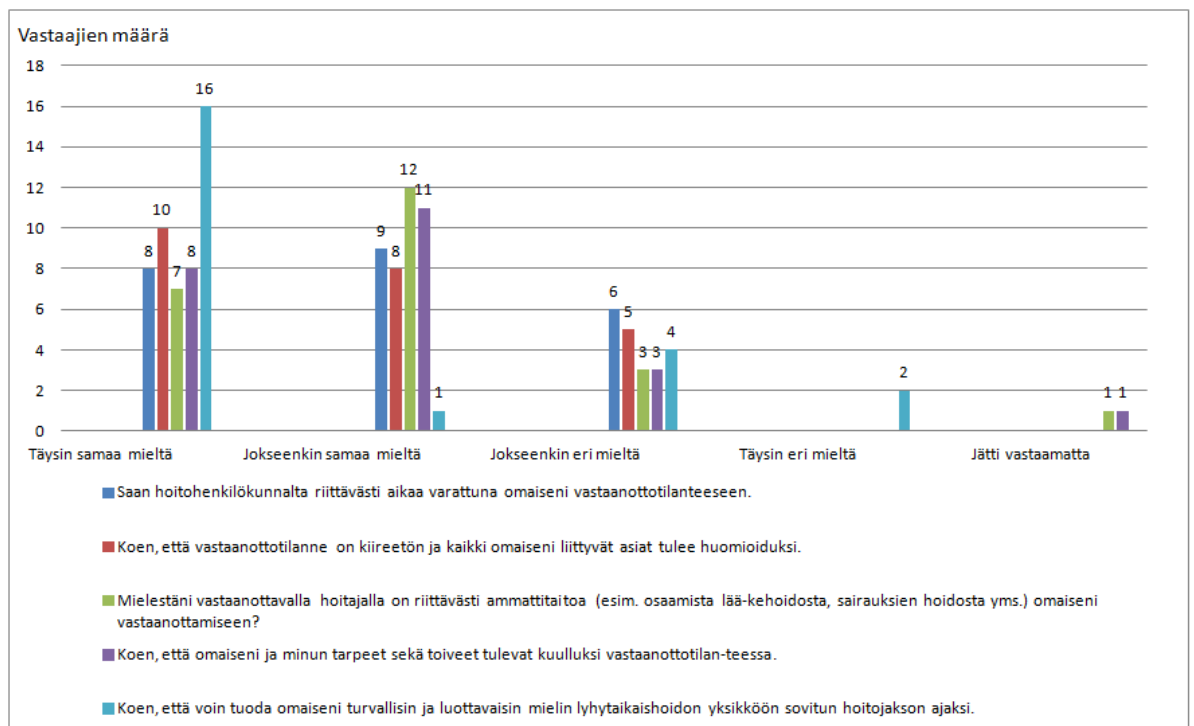
Aineistoa voidaan analysoida monella eri tavalla. Pääperiaatteena on kuitenkin se, että valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo esille vastauksen tutkimuskysymykseen ja -ongelmaan. On olemassa kaksi erilaista lähestymistapaa, jotka käytännössä ovat tutkimustyössä rinnakkain; selittämiseen sekä ymmärtämiseen pyrkivä lähestymistapa. Selittävässä lähestymistavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa kun taas ymmärtämisessä käytetään tavallista laadullista analyysia ja päätelmien tekoa (Hirsjärvi ym. 2009, 212–214). Opinnäytetyössämme käytämme metodina sekä ymmärtämisen että selittämisen lähestymistapaa. Apuna käytämme taulukoita, jotka ovat tehty vuoden 2007 Microsoft Excellillä. Aaltolan ja Vallin (2001, 100) mukaan myös avoimien kysymyksien vastaukset voidaan laadullisella tarkastelulla analysoida. Tässä opinnäytetyössä kysymysten aineisto tiivistettiin niin, että vastausten merkitys ei muuttunut.

Kyselytulosten analysoinnissa päätimme analysoida tulokset aihe-alueittain. Aihe-alueita olivat: 1) vastaanottotilanne, 2) palvelut ja hoitoympäristö lyhytaikaishoidon yksikössä, 3) kotiutustilanne, 4) omaishoitajien tuen ja jaksamisen huomiointi lyhytaikaishoidon yksikössä ja 5) avoimet kysymykset. Kävimme läpi yksityiskohtaisesti jokaisen kyselylomakkeen vastauksen aihe-alueen mukaan. Tarkistimme useamman kerran, että vastaajien määrä täsmää ja taulukoimme ne vuoden 2007 Microsoft Ex-

cellillä. Kävimme yksityiskohtaisesti näin jokaisen osa-alueen läpi ja poimimme painotetuimmat aiheet vastauksista esiin siten, ettei vastausten merkitys vääristyisi. Lopuksi laadimme tulosanalyysin ymmärtämisen ja selittämisen metodin avulla. Avoinnissa kysymyksissä luimme vastaukset huolellisesti läpi ja poimimme vastauksista kehittämis ehdotukset ylös. Näiden pohjalta analysoimme tiiviisti ja yksityiskohtaisesti aineistoa välttämättä vääristymistä.

8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyn ensimmäinen aihealue on **vastaanottotilanne**, jonka tarkoituksena oli kartoittaa kokivatko omaishoitajat hoitohenkilökunnalla olevan riittävästi aikaa ja ammattitaitoa ikäihmisen vastaanottamiseen. Osiossa kysyttiin myös, kokivatko omaishoitajat olonsa turvalliseksi ja luottavaiseksi tuodessaan ikäihmisen sovitulle hoitajaksolle sekä kokivatko he, että heidän toiveensa ja tarpeensa tulevat huomioon otetuiksi. Monivalintakysymyksiä oli tässä osa-alueessa viisi.



KUVIO 1. Vastaanottotilanne

Omaishoitajat olivat kokonaisuudessaan erittäin tyytyväisiä vastaanottotilanteeseen, johon sisältyi esimerkiksi hoitohenkilökunnan ajan käyttö ja ammattitaito (ks. kuvio 1.) Suurin osa omaishoitajista koki jättävänsä omaisensa turvallisina ja luottavaisin mielin hoitojaksolle sekä olleensa tyytyväisiä hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja lääkehoidon osaamiseen. Samaa mieltä olleet omaishoitajat kertoivat perusteluissaan, että esimerkiksi lääkkeet oli aina jaettu dosetista asiakkaalle, lääkkeet oli tarkistettu tulopäivänä ja jos lääkkeissä oli ilmennyt ongelmia, hoitohenkilökunta oli selvittänyt ne hoitojakson aikana. Jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä vastanneet kritisoivat ammattitaidon ja lääkehoidon osaamista. Eri mieltä olleet omaishoitajat perustelivat vastaustaan sillä, että dosetin lääkkeitä ei ollut tarkistettu, kaikkia lääkkeitä ei ollut dosetista annettu tai esimerkiksi uuden lääkkeen vaikutusta ei ollut seurattu. Vastaanottotilanne osiossa kysyttiin myös otetaanko omaishoitajan toiveet huomioon ja toteutuvatko ne hoitojakson aikana. Tähän osa-alueeseen suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä.

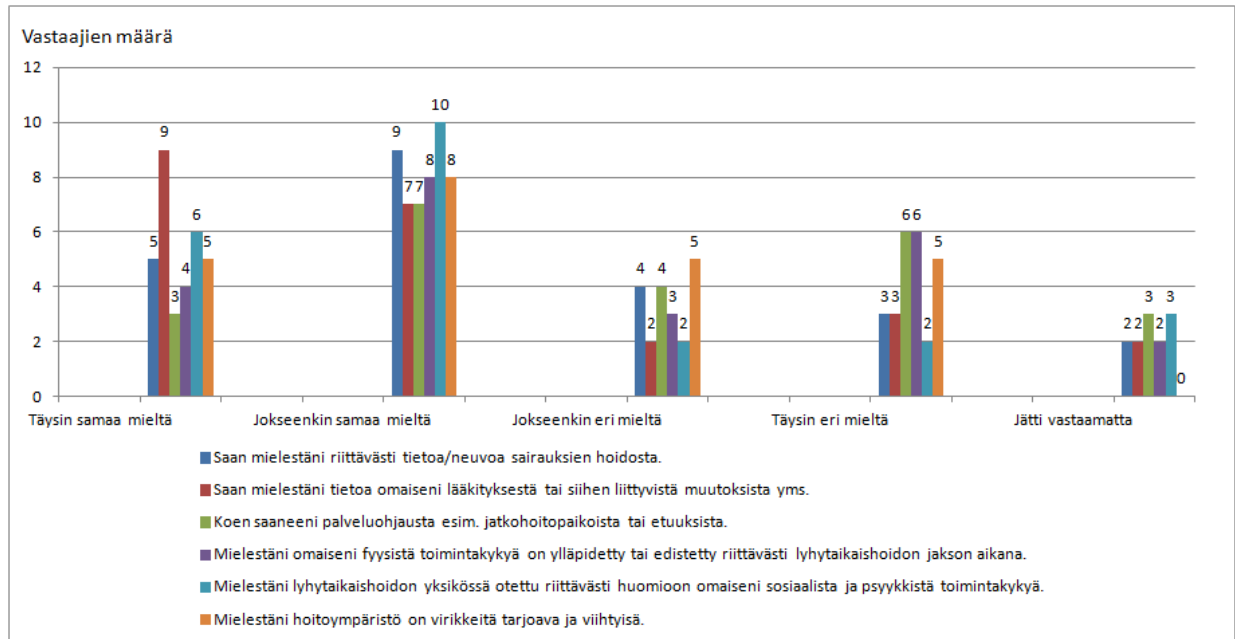
"Erittäin hyvä ja turvallinen olotila kun tietää omaisen olevan Akseli ja Elina-kodissa. Hyvän hoitohenkilökunnan hoivassa"

"Koen, että minulle jää epäselväksi kuka vastaanottava hoitaja on. Olisi hyvä, jos hoitaja esittelisi vastaanottotilanteessa itsensä. Näin minulle jäisi varmempi olokin keeneen voin jatkossa ottaa yhteyttä"

"Joskus tuntuu, että viesti ei mene perille aivan toivotunlaisena. Onko syynä ammattitaidon puute vai kenties kommunikointitaitojen vajaus? Joskus tuntuu, ettei hoitaja ole aivan läsnä tilanteessa..."

"Omaista varmasti hoidetaan, mutta ei jatkumona kotihoidolle. Kaikista yrityksistä huolimatta hoito on laitospaikkaa, valmistelee potilasta laitoshoidon, ei siis kotihoidon. Potilashuoneet ovat järkyttävän ankeita, verhot roikkuvat..."

Kyselyn toinen aihealue on **palvelut, neuvonta ja hoitoympäristö lyhytaikaishoidon yksikössä** (ks. kuvio 2.) Tavoitteena oli selvittää omaishoitajien mielipidettä tiedon välittymisestä hoitajakson alussa ja lopussa. Tiedoilla tarkoitetaan tietoa sairauksista, niiden hoidosta, lääkityksestä esimerkiksi muutoksista lääkityksessä hoitajakson aikana, palveluohjauksesta, asiakkaan toimintakyvystä sekä hoitoympäristöstä. Monivalintakysymyksiä oli tässä osa-alueessa kuusi.



KUVIO 2. Palvelut, neuvonta ja hoitoympäristö lyhytaikaishoidon yksikössä

Omaishoitajien vastaukset olivat jakautuneet melko tasaisesti niin samaa mieltä oleviin kuin eri mieltä oleviin kohtiin. Omaishoitajat, jotka jättivät vastaamatta kysymyksiin, perustelivat päätöstään muun muassa sillä, ettei erilaisille palveluille ollut tarvetta. Kysymyksiin vastanneista omaishoitajista muutama koki, että lääkitysmuutokset huomioitiin ja heille ilmoitettiin niistä. Eri mieltä oleviin vastauksiin vaikutti esimerkiksi se, ettei lääkkeitä ollut annettu tai uuden lääkkeen vaikutusta ei ollut seurattu. Palveluohjausta osa koki saavansa, kun taas osa kertoi, etteivät he ole saaneet ohjausta jatkohoitopaikoista tai etuuksista lainkaan, ja että he ovat joutuneet itse hakemaan niitä. Lisäksi osa omaishoitajista painotti sitä, että myös omaishoitajien oma aktiivisuus on tärkeää tässä aihe-alueessa. Toimintakyvyn ylläpitämisestä

omaishoitajat olivat montaa eri mieltä. Osa koki, että toimintakykyä on kokonaisuudessa ylläpidetty ja osa ei.

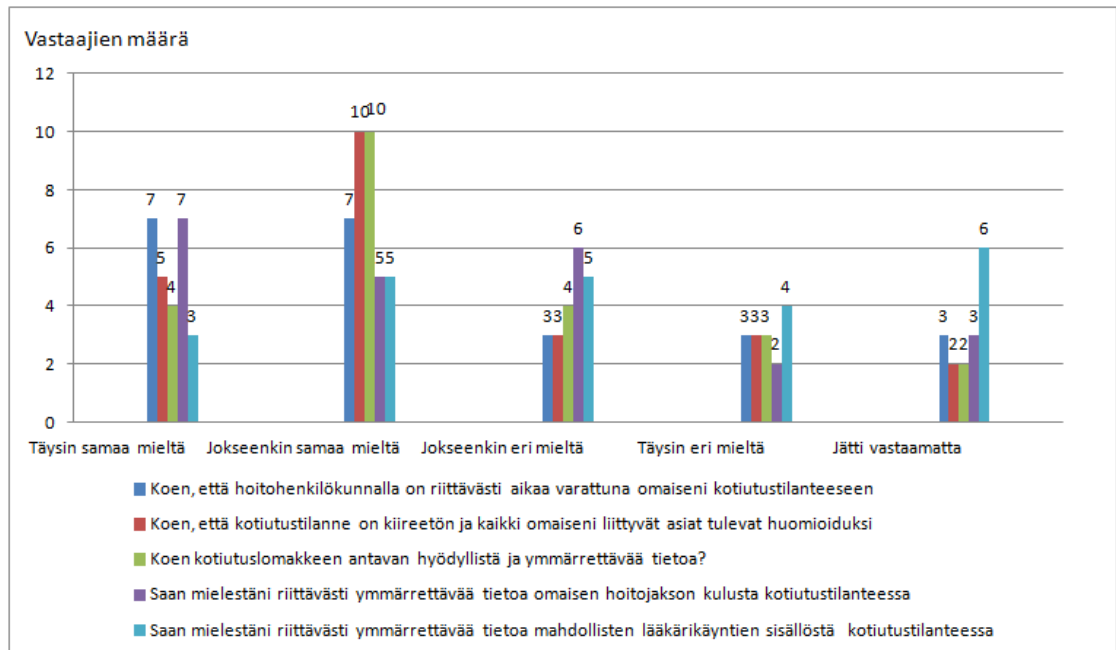
"Kaikista lääkitysmuutoksista on informoitu välittömästi".

"Muutoksissa tulee tiedot, mutta olisi myös hyvä, jos myös hoitohenkilökunta toimisi heille annettujen ohjeiden mukaan. Valitettavan usein on jäänyt antamatta joitakin lääkkeitä (Jäänyt jumiin dosenttiin, jäänyt antamatta erillislääkkeet...)"

"Akseli ja Elina kodissa omaisemme kunto koheni huomattavasti..."

"Kerran viikossa lenkitys ei ole riittävästi. Tiedän, että henkilökuntaa on niukalti, mutta siitä huolimatta asiakkaiden istuttaminen sohvaan aamulla ja siitä ruokailuun siirtäminen muutaman kerran päivässä ei riitä aktiiviteetiksi"

Kyselyn kolmas aihealue on **kotiutustilanne** (ks. kuvio 3). Siinä selvitimme myös onko hoitohenkilökunnalla riittävästi aikaa kotiutustilanteeseen ja saavatko omaishoitajat riittävästi ymmärrettävää tietoa hoitajakson kulusta, mahdollisten lääkärikäyntien sisällöistä ja kokevatko he kotiutuslomakkeen hyödylliseksi. Monivalintakysymyksiä oli tässä osa-alueessa viisi.



KUVIO 3. Kotiutustilanne

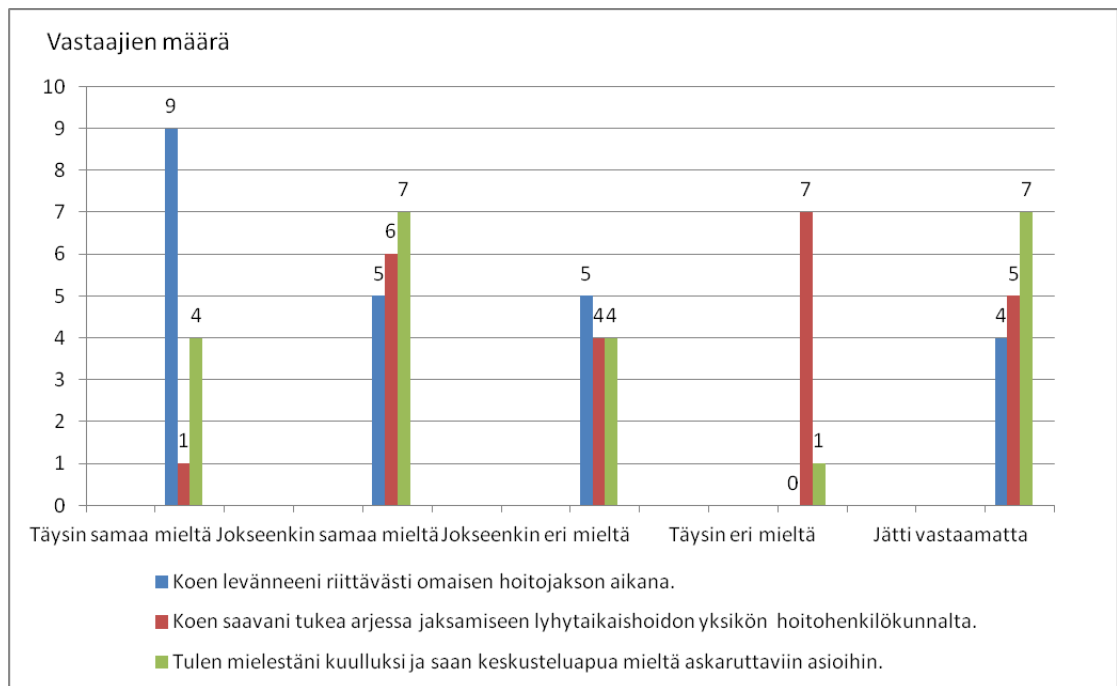
Kotiutustilanteeseen liittyviin kysymyksiin oli vastattu hyvin tasapuolisesti kaikkiin vastausvaihtoehtoihin (ks. kuvio 4.), lukuun ottamatta niitä, jotka jättivät vastaamatta. Tyytymättömmimpiä omaishoitajat olivat siihen, miten lääkärikäyntien sisällöstä heille oli tiedotettu. Osa omaishoitajista perusteli vastaustaan sillä, että he eivät tieneet, että lääkäri käy hoitojakson aikana lyhytaikaishoidon yksikössä ja osa sillä, että he eivät olleet saaneet riittävästi aikaa tiedon saamiseen tai edes aikaa keskustella lääkärin kanssa. Täysin eri mieltä olleet omaishoitajat eivät olleet perusteluista päätellen todennäköisesti ymmärtäneet kysymystä, sillä vastaukset eivät vastanneet kysymyksiin. Tästä johtuen taulukon vastaukset ovat negatiivisen sävyisiä. Lisäksi kysyttiin, mitä mieltä omaishoitajat ovat kotiutuslomakkeesta. Suurin osa oli siihen täysin tyytyväisiä, kun taas osa koki, ettei lomakkeessa annettu tieto vastannut todellisuutta

"Riittävästi on. Heillä on kiire, joku aina pyytämässä wc:n tai muuta. Tekevät parhaansa siinä tilanteessa".

"Toivon hieman enemmän yhteistyötä suoraan lääkärin ja omaisen välille potilaan hoitoon liittyvissä asioissa".

"Kotiutuslomake voisi olla "tarkemmin" täytetty. Kerrottu enemmän ihan tavallisista asioista viikon varrella".

Neljäs aihealue kyselyssämme **käsitteli omaishoitajien jaksamista ja sen huomiointia lyhytaikaishoidon yksikössä** (ks. kuvio 4.) Kysymyksissä selvitimme kokivatko omaiset saavansa tarpeeksi keskustelua mieltä askaruttaviin asioihin. Monivalintakysymyksiä oli tässä osa-alueessa kolme.



KUVIO 4. Omaishoitajien tuen ja jaksamisen huomiointi lyhytaikaishoidon yksikössä

Omaishoitajien tyytyväisyys tuen ja jaksamisen huomiointiin jakaantui suurimmaksi osaksi jokseenkin samaa ja eri mieltä kohtiin. Saman verran jätti myös vastaamatta koko kysymykseen. Omaishoitajat kokivat, että he ovat saaneet levättyä, mutta toivoivat kuitenkin, että vapaata omaishoidosta olisi enemmän. Osa mainitsi, että kolmen päivän lakisääteinen vapaa tai omaisen viikon hoitojakso lyhytaikaishoidon yksikössä muutaman kerran vuodessa eivät riitä riittävän levon saamiseksi. Tukea arjen

omaishoitajuuteen osa oli kokenut saaneensa, kun taas osa kertoi olleensa pettyneitä siihen, että tukea ei saanut tai sen saamiseen ei ollut aikaa. Yksi omaishoitajista koki, ettei ole tullut kuulluksi sen vuoksi, että hänen omaistaan on hoidettu talon tapojen mukaan eikä kotitapojen mukaan.

"En ole tarvinnut tukea, henkilökunta on kannustanut. Heidän kanssaan voi keskustella".

Avoimissa kysymyksissä käsiteltiin sitä, miten lyhytaikaishoito tukee omaishoitajien jaksamista ja minkälaisia lyhytaikaishoidon kehittämistoiveita omaishoitajilla on. Suurin osa omaishoitajista toivoi saavansa hoitohenkilökunnalta sekä kirjallisia että suullisia hoitovinkkejä kotioloissa jaksamiseen. Myös pelkästään välitön keskustelu hoitajien kanssa sekä heidän antama henkinen tuki auttaisivat omaishoitajien mukaan jo paljon arjessa jaksamisessa. Samalla omaishoitajat voisivat jättää omaisensa turvallisin ja luottavaisin mielin hoitojaksolle.

"Omaishoitaja jaksaa, jos hän tietää, että omaisella on lyhytaikaishoitojakson aikana hauskaa. Samoin jos omaishoitaja huomaa, että hänen ohjeitaan on noudatettu. Omaishoitajan on myös mukava kuulla hoitojaksolta..."

"Joskus tuntuu siltä, että omainen ja laitos hoitavat täysin toisistaan tietämättä / piittaamatta samaa vanhusta. Kotihoidossa vastuu vanhuksesta on omaishoitajalla ja samalla hän tuntee asiakkaan parhaiten. Tätä ei saisi lah-jaksolla koskaan kyseenalaistaa"

Kehittämistoivomusten osalta suurin osa omaishoitajista oli sitä mieltä, että virike-toiminnan pitäisi olla monipuolisempaa ja toimintakyvyn ylläpitäminen aktiivisempaa. Lisäksi vastauksissa annettiin kehitysehdotuksia myös sujuvampaan vastaanotto- ja kotiutusajoista huolehtimiseen. Kotiutus- ja vastaanottotilanteisiin toivottiin lisää joustavuutta ja välitöntä kohtaamista hoitohenkilökunnan kanssa.

Osa omaishoitajista painotti sitä, että yksikössä tulisi panostaa enemmän hoitohenkilökunnan koulutukseen sekä työmotivaatioon. He perustelivat vastaustaan sillä, että hoitohenkilökunta on liian keskittynyt tekemään pelkästään käytännön hoitotyötä, jolloin omaisen henkisen hyvinvoinnin edistäminen muun muassa keskustelemalla jää vähemmälle. He toteavat myös, että hoitohenkilökunnan tulisi arvostaa enemmän omaa työtään sekä omata aktiivisempi työote, sillä pelkkä suorittaminen ei hoitotyössä riitä. Lisäksi perusteluissa kysyttiin, että onko hoitohenkilökunnalla koulutusta esimerkiksi musiikin positiivisesta merkityksestä muistisairaille. Muutama vastaaja kirjoitti kehitystoiveita myös mahdolliseen henkilöstöpulaan ehdottamalla vapaaehtoisen henkilön käyttöä, joka voisi esimerkiksi viihdyttää omaisia laulamalla, ulkoiluttamalla sekä pelaamalla heidän kanssaan.

"Hallinnollisilla muutoksilla (paitsi resursseja lisäämällä) tuskin saadaan muutosta aikaan. Suurin este on hoitajien korvien välissä. Asenne ratkaisee paljon. Lisäksi koulutus, varsinkin luovuuden, liikunnan, musiikin jne. eli kaiken muun kuin terveydenhuollon alalta rikkoisi hoidon rutiineita..."

"Lah-jaksot pitäisi toteuttaa niin kodinomaisesti kuin mahdollista. Kaikki viriketoiminta on tervetullutta. Osaston aikatauluista luopuminen, byrokratian vähentäminen tai mikä vaan juttu joka saisi asiakkaan tuntemaan olonsa kotoiseksi olisi hienoa."

Useimmat omaishoitajat mainitsevat vastauksissaan, että olisi suotuisaa, jos hoitohenkilökunta ottaisi etukäteen selvää hoitoon tulevan omaisen toimintakyvystä sekä tarpeista ja toiveista ja, että hoitohenkilökunta olisi edelliseltä hoitajaksolta tuttu. Kolme omaishoitajaa painotti sitä, että jokaisella asiakkaalla pitäisi olla oma huone ja mielellään sama huone aina jokaisella hoitajaksolla. Lisäksi ehdotettiin, että omaiset sijoitettaisiin huoneisiin heidän fyysisen ja psyykkisen toimintakykynsä mukaan. Omaishoitajat toivoivat myös, että omaiset saisivat itse päättää, milloin menevät nukkumaan tai mihin aikaan syövät iltapalan. Lopuksi mainittiin myös siitä, että omaisten huoneiden kaappien ovet tulisi pitää lukossa, jotta henkilökohtaiset tavarat

eivät hukkuisi. Yhdessä vastauksessa toivottiin myös, että omaisen toimintakykyä ylläpidettäisiin enemmän, jotta kotiooloissa omaishoitajan ei tarvitsisi joka hoitojakson jälkeen enää ikään kuin aloittaa kuntouttamista uudelleen ja tehdä siten moninkertaista työtä.

Tämän lisäksi vastauksissa toivottiin, että omaishoitajille tulisi antaa lyhytaikaishoidon yksikön vastuuhenkilön esimerkiksi palveluvastaavan yhteystiedot, jotta heillä olisi mahdollisuus ottaa häneen tarvittaessa yhteyttä.

9 POHDINTA

9.1 Johtopäätökset

Omaishoitajien vastauksissa tuli erityisesti esille asiakaslähtöisyyteen viittaavia pohdintoja ja mielipiteitä. Vuorovaikutus- ja ammattitaidon kehittäminen koettiin tärkeäksi, sillä niiden avulla luotiin hyvä pohja hoitohenkilökunnan ja omaishoitajan luottamussuhteen rakentamiselle. Olisi siis tärkeää, että hoitosuhde olisi tasavertainen ja luottavainen niin omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan välillä kuin hoitohenkilökunnan ja ikäihmisen välillä. Tällöin myös haastavista tilanteista selvittäisiin yhteisymmärryksessä ja oltaisiin valmiimpia tekemään kompromisseja. Omaishoitaja saattaa ymmärtää näin ollen mahdollisen kiireen, esimerkiksi johtuen hoitohenkilöstönvähydestä.

Kun pohditaan esimerkiksi niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat omaishoitajien kokemuksiin hoitojaksosta sekä tekijöihin, joidenka perusteella he ovat kysymyksiin vastanneet, törmätään usein väärään ja oikeaan liittyviin kysymyksiin. Arvot, normit ja moraalit, jotka teoriaosassa mainitaan vaikuttavat niin omaishoitajan kuin hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen hoitotilanteissa ja kohtaamisissa. Jokaisella on opitut ja oikeiksi omaksutut arvot joidenka pohjalta he toimivat ja perustelevat toimintansa.

Tässä tapauksessa esimerkiksi omaishoitajan oma persoonallisuus, kokemukset lyhytaikaishoidon jaksosta ja hoitohenkilökunnan persoonallisuus, ominaispiirteet sekä vuorovaikutustaidot ovat tekijöitä, jotka mahdollisesti vaikuttivat omaishoitajien vastauksiin ja ovat niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat niin kritiikin kuin positiivisen palautteen syntyyn. Niillä on vaikutusta siihen, kuinka turvallisen ja luottavaisen tunteen omaishoitaja saa lyhytaikaishoidosta, hoitohenkilökunnan ammattitaidosta, lääkeshoidon osaamisesta sekä vuorovaikutustaidoista. Lisäksi se, että uskovatko he, että toiveet ja tarpeet tulevat toteutetuiksi hoitajakson aikana saattaa riippua näistä eettisistä näkökulmista.

Kun vertailimme kotiutustilanteeseen ja vastaanottotilanteeseen liittyviä vastauksia, huomasimme, että omaishoitajat olivat tyytyväisempiä vastaanottotilanteeseen kuin kotiutustilanteeseen. Syynä tähän tyytyväisyys eroon voi olla esimerkiksi ajanpuute kotiutustilanteessa, koska hoitohenkilökuntaa on vähemmän töissä tai kotiutuksia on useampia samaan aikaan, jolloin hoitohenkilökunta ei esimerkiksi ehdi kertoa tarpeeksi jakson tapahtumista omaishoitajalle. Lisäksi kotiutustilanne ajoittuu hoitohenkilökunnan vuorojen vaihtojen aikaan.

Omaishoitajien vastauksissa tuli esiin myös kuntouttavan työotteen tarve tai sen vähyys. Osa vastaajista koki, että omaisen kunto on huomattavasti joko laskenut tai parantunut. Lisäksi mainittiin, että yksi fyysioterapeutin käynti ei riitä lyhytaikaishoidonjaksoilla. Salinin väitöskirjassa tulevat samat asiat esille kuin omaishoitajien vastauksissa. Väitöskirjassa omaishoitajat kritisoivat etenkin esimerkiksi fysioterapian puuttumista, sillä he eivät mieltäneen hoitohenkilökunnan kuntouttavaa työotetta toimintakykyä ylläpitäväksi toiminnaksi, ellei hoitohenkilökunta itse ollut tarpeeksi motivoitunut kannustamaan ikäihmistä omatoimisuuteen tai perehtynyt ottamaan selvää ikäihmisen taustasta ja siitä millä tavalla kuntouttavan työotteen noudattaminen jokaisen ikäihmisen kohdalla yksilöllisesti vaikuttaa tämän toimintakykyyn.

Kyselyn tuloksissa tuli esiin parin omaishoitajan tyytymättömyys kuulluksi tulemisesta ja toiveiden toteuttamisesta. Esimerkiksi yksi omaishoitajista koki, ettei ole tullut

kuulluksi sen vuoksi, että ikäihmistä on hoidettu talon tapojen mukaan eikä kotitapojen mukaan. Toiveiden toteuttamiseen vaikuttavat hyvin paljon lyhytaikaishoidon yksikön resurssit sekä toiveiden realismi. On otettava huomioon myös vastaajan lähtökohdat hoidon ja toiveiden tasolle, sillä osa on tyytyväisiä vähempään, kun taas toiset vaativat enemmän kuin palvelun sisältö salli. Näissä ristiriitatilanteissa on tärkeää miettiä, onko omaishoitajan toiveita mahdollista toteuttaa palveluasumisen yksikössä, jossa hoidetaan samaan aikaan myös muita ikäihmisiä, sillä hoitohenkilökuntaa on rajoitetusti ja yksikön toimintatavat rajoittavat tiettyjen toiveiden täyttämistä. Toisaalta ei voida kuitenkaan jättää toiveita huomioimatta, vaan niihin on yhdessä keksittävä omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan kanssa sopiva ratkaisu. Kompromissien tekeminen on myös osa yhteistyötä.

Kuntoutuksen merkitystä pohtiessa, onkin tärkeää huomioida se, ettei se sisällä vain fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä vaan myös sekä psyykkisen että sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä. Kehitysideana voisi esimerkiksi olla se, että hoitohenkilökunta ottaisi selvää asiakkaan kiinnostuksenkohteista, joiden avulla voidaan ylläpitää muun muassa psyykkistä toimintakykyä. Jos ikäihminen mielellään haluaa neuloa, voidaan hänelle järjestää mahdollisuus neuloa hoitajakson aikana. Tällä tavalla voitaisiin myös hidastaa toimintakyvyn laskua sekä pitää omaishoitajat tyytyväisinä ja turvallisina jaksojen aikana. Samalla olisi mahdollisuus vähentää omaishoitajien stressiä siitä, että asiakkaan toimintakyky on heikentynyt jakson aikana.

Kun vertailimme opinnäytetyön tuloksia Oconnellin ym. tutkimukseen sekä Salinin väitöskirjaan, nousi esiin hyvin paljon samoja samoja osa-alueita, joihin toivottiin parannusta ja joihin oltiin tyytyväisiä. Tuloksissa tulee esiin muun muassa tyytymättömyys vuorovaikutussuhteisiin, tietojen välittymiseen sekä hoitohenkilökunnan sitoutumiseen omaan työhönsä. Omaishoitajat olivat tyytyväisiä yksikön kodinomaisuuteen, henkilökunnan ystävällisyyteen, ammattitaitoon, tiedon ja neuvonnan tarjontaan sekä yksillölliseen hoitoon. Tarkkaa ja täysin luotettavaa jakoa kehitettäviin ja jo hyvällä mallilla oleviin asioihin lyhytaikaishoidossa on kuitenkin vaikea tehdä,

sillä vastaajien joukossa on monesti ainakin yksi, joka kuitenkin on eri mieltä tyytyväisyydestään johonkin osa-alueeseen.

Omaishoitaja Ansa Luumi on kirjoittanut seuraavan runon lyhyesti ja ytimekkäästi omaishoitajuudesta "Uudelle Polulle" vuonna 1997.

Uudelle Polulle

Omaishoitajako

Kuka hän on?

Mitä hän tekee?

Hän nostaa, kantaa,

pesee, pukee, syöttää, juottaa.

Touhuua päivät, valvoo yöt.

Hän itkee, rukoilee, nauraa, laulaa.

Hän väsyy, tiuskii, komentaa.

Mutta ennen kaikkea, hän rakastaa

Hän on ihminen.

(Omaishoitaja arjen ristiaallokossa, 1997)

9.2 Reliabiliteetti, validiteetti ja objektiivisuus

Metsämuuronen (2003, 42), Janhonen ja Nikonen (2003, 36) kirjoittavat, että tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tutkija ja hänen taidot, aineiston analyysi ja laatu sekä tutkimustulosten esittäminen. Saaranen- Kauppinen ja Puusniekka (2006) mainitsevat, että reliabilitetissä on kolme arviointi kohtaa: erityisen metodin arviointi, ajallinen reabelius sekä johdonmukaisuus tuloksissa. Erityisen metodin reliabeliuden arvioinnilla tarkoitetaan sitä, missä olosuhteissa jokin metodi on johdonmukainen ja luotettava. Ajallinen reliabelius on taas mittausten tai havaintojen pysyvyyttä eri aikoina. Tässä tapauksessa ongelmana on se, että ollaan harvoin tekemisessä muuttumattomien objektien kanssa. Johdonmukaisuus tuloksissa tarkoittaa sitä, että se on saatu samaan aikaan eri välineillä. Tässä taas ongelmana on, että tulokset poikkeavat toisistaan, jolloin tutkijan on mietittävä, mitkä laadullisin menetelmin saaduista tuloksista voivat pitää paikkaansa (Saaranen-kauppinen ym. Reliabiliteetti 2006). Opinnäytetyössämme pyritään reliabiliteettiin siten, että kuvataan tu-

lokset mahdollisimman tarkasti. Myös kyselylomakkeen kysymykset on pyritty muotoilemaan yksiselitteisiksi, jolloin vastaajalle ei pääse syntymään väärinkäsityksiä.

Validiteetissa on kyse siitä onko tutkimus pätevä, onko se perusteellisesti tehty, ovatko tehdyt päätelmät "oikeita" ja saadut tulokset päteviä. Lisäksi tähän liittyy keskeisesti kysymys siitä, millaisena sosiaalinen todellisuus nähdään ja millainen käsitys tutkijoilla on kielestä (Saaranen-Kauppinen ym. Validiteetti 2006). Uusitalon (2001, 41), Hirsjärven ja muiden (2009, 216–217), Vehkalahden (2008, 41) ja Metsämuurosen (2003, 42) mukaan validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiteetti jaetaan yleensä kahteen sisäiseen ja ulkoiseen luotettavuuteen. Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 188–189) ja Virtuuali AMK tutkimuksen validiteetti 2007 toteavat, että ulkoinen validius kiinnostaa silloin, kun pohditaan tutkimustulosten yleistettävyyttä erilaisiin tilanteisiin ja henkilöihin. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen omaa luotettavuutta. Siinä tarkastellaan ovatko mittarissa ja tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja ovatko käsitteet riittävän monipuolisia tapaukseen. Opinnäytetyössä ulkoiseen validiteettiin pyrittiin vertailemalla tuloksia olemassa olevaan kirjallisuuteen. Sisäistä validiteettia on pyritty käyttämään siten, että opinnäytetyössä on käytetty käsitteitä, jotka kattavat mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti työtä.

Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus on sitä, ettei tutkija sekoita omia uskomuksia, mielipiteitä, asenteita ja arvotuksia tutkimuskohteeseen. Tutkijan on yritettävä ymmärtää vastaajan ilmaisuja ja näkökulmia. Tulkintavaiheessa saatua aineistoa pyritään ymmärtämään ja järjestämään. Teoria on silloin aineiston lukemisen, ajattelun ja tulkinnan lähtökohtana. Opinnäytetyössä on pyritty objektiivisuuteen välttämällä omien mielipiteiden ja näkökulmien ilmaisemista.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuuden haasteena olivat kyselylomakkeen osallistujien määrä, kysymysten ymmärrettävyys sekä tutkimuskyselyn ajankohta. Kesä-heinäkuussa toteutettuun kyselyyn on mahdollisesti vaikuttanut se, että osa henkilökunnasta on saattanut olla jo kesälomalla, jolloin vastuussa oleva hoitohenkilökunta ei ole ollut yksikön vakituisia työntekijöitä eikä siis omaishoitajille välttämättä tuttuja. Jaoimme neljäkymmentä kyselylomaketta Akseli ja Elina-kotiin ja saimme 23 vastausta. Vehkalahti (2008, 44) mainitsee teoksessaan ”Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät”, että vastausprosentti on eräs tutkimuksen luotettavuuden ilmentymä. Mitä enemmän vastauksia tulisi, sitä luotettavampi tutkimus olisi. Valli esimerkiksi kirjoittaa, että prosenttivastaus voi jäädä aineistonkeruussa vähäiseksi postikyselyllä (Aaltola ym. 2001, 101.)

Kyselylomakkeen pyrimme laatimaan siten, että se antaisi mahdollisimman monipuolisen kuvan ja tuloksen siitä, miten omaishoitajat kokevat lyhytaikashoidon laadun ja miten sitä pitäisi kehittää. Tämän vuoksi on otettava huomioon myös se, että kyselylomake on saattanut olla omaishoitajille liian pitkä ja aikaa vievä. Kyselylomakkeessa oli monivalintakysymyksiä, joissa omaishoitajat pystyivät perustelemaan vastauksiinsa sekä avoimia kysymyksiä. Osa omaishoitajista vastasi kaikkiin monivalintakysymyksiin ja perusteli vastauksensa, kun taas osa vastasi valikoivasti kysymyksiin. Avoimiin kysymyksiin vastattiin samantapaisesti. Kyselytutkimuksen validiteettiin on voinut heikentävästi vaikuttaa se, että omaishoitajat ovat ymmärtäneet kysymyksen tarkoituksen väärin tai kysymys on muotoiltu siten, että omaishoitajat ovat tulkinneet sen eri tavalla. Tämän takia lyhyet kysymykset ovat luotettavampia ja ymmärrettävämpiä. Aaltola ym. (2001, 100) mainitsevat kirjoituksessaan, että kysymysten muoto aiheuttaa eniten virheitä tutkimustuloksiin, sillä vastaajat eivät välttämättä ajattele samalla tavalla kuin tekijät, jolloin tämä vääristää tuloksia. Tämän lisäksi on otettava huomioon, että opinnäytetyön tekijöinä emme tiedä vastaajien sukupuolta, ikää, onko omaishoitajana oma lapsi vai puoliso ja onko vastaaja varmasti ollut omaishoitaja.

Opinnäytetyön eettisyys tulee esiin lukijalle, jos analysointi on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Omaishoitajien vastaukset oli analysoitu yksityiskohtaisesti, kuitenkin siten ettei vastaajaa voida tunnistaa. Lisäksi englanninkieliset tekstit on käännetty huolella, jotta lauseen merkitys ei vääristyisi. Lähteet ja lähdeviitteet ovat merkitty Jyväskylän ammattikorkeakoulun raportointiohjeiden mukaisesti välttämällä plagiointia. Tiedon luotettavuutta voi heikentää osin se, että opinnäytetyössä on käytetty lähteitä, jotka on kirjoitettu toisten lähteiden pohjalta. Alkuperäislähteitä ei aina löytynyt.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksen aiheeksi mieleemme nousi erityisesti hoitohenkilökunnan näkökulma lyhytaikaishoidosta. Miten he näkevät lyhytaikaishoidon, kuinka tärkeää se on heidän mielestään omaishoitajille, miten sitä voisi kehittää niin, että se vastaisi monipuolisesti omaisten tarpeisiin sekä miten hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien vuorovaikutussuhdetta voitaisiin kehittää sujuvammaksi. Lisäksi olisi mielenkiintoista tietää hoitohenkilökunnan mielipiteitä omasta työhyvinvoinnista sekä työssä jaksamisesta lyhytaikaishoidon yksikössä. Miten he kokevat työn haasteelliset tilanteet, millä tavalla he toimivat kiireellisissä tilanteissa ja minkälaisia kehitysideoita heillä olisi, jotta työ olisi sujuvampaa ja kiireettömämpää. Lisäksi voitaisiin selvittää, miten hoitajat kokevat yhteistyön eri ammattitahojen kanssa lyhytaikaishoidossa ja mitä kehitettävää siinä on. Opinnäytetyössämme nousi esiin asioita, joihin tarvitaan myös hoitohenkilökunnan näkökulmia. Tämän vuoksi olisi ollut mielenkiintoista ja opinnäytetyön tuloksia ajatellen hyödyllistä selvittää myös henkilökunnan näkökulmaa ja mielipiteitä. Tällöin lyhytaikaishoitoa on myös helpompi alkaa kehittämään, kun tiedetään omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan näkökulmat.

Opinnäytetyömme kyselylomakkeessa kyseltiin myös otetaanko omaishoitajien toiveet huomioon ja toteutuvatko ne hoitajakson aikana. Toiveiden toteuttamisen taust-

talla vaikuttaa vahvasti se, mitä lyhytaikaishoito pitää sisällään. Jatkoaihetutkimuksena voisikin olla myös, että tietävätkö omaishoitajat mikä lyhytaikaishoito on? Ja tämän myötä voisi pohtia ovatko omaishoitajien pyynnöt ja toiveet hoitohenkilökunnalle realistiset ja kuuluvatko ne palveluiden sisältöön. Kun nämä kaikki osa-alueet otettaisiin tasapuolisesti huomioon, saataisiin lyhytaikaishoitoa kehitettyä lähemmäksi niin omaishoitajien, hoidettavien kuin hoitajien toiveita.

LÄHTEET

A place for caregivers. n.d. The Rosalynn Carter institute. Strength for caring. Viitattu 25.8.2012. <http://www.strengthforcaring.com/>

Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Gummerus Kirjapaino Oy.

Akseli ja Elina- Koti- esite. n.d. Esite opinnäytetyön tekijöille.

Anderson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmiselle. Palveluasumisen nykytilanne ja tuleva tarve. Raportti. Stakes

Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM. Viitattu 1.9.2012 <http://www.stm.fi/>

Haarala, Risto. 2004 .Suomen kielen perussanakirja. Edita publishing oy.

Haho, A. 2008. Hoitamisen olemus. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Humanistinen tiedekunta. historian laitos. Väitöskirja. Verkkojulkaisu. <http://herkules.oulu.fi/>

Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, P., Meteroja, R., & Suominen, T. 2007. Sairaanhoidtajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. Hoitotiede 2007/1. Verkkojulkaisu. <https://www.uef.fi/>

Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö Suomen kuntaliitto: Helsinki. Viitattu 1.9.2012. <http://www.stm.fi/>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

- Julkunen, R. 2008. Ikä ideana ja tutkimuskohteena. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko- Vuorela M. 2009. Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset- Liitto ry. Kirjapaja. Helsinki
- Kalliomaa-Puha, L. 2007. Vanhoille ja sairaille sopivaa? Omaishoitosopimus hoivan instrumenttina. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Kelan tutkimuskeskus. Helsinki. Viitattu 12.2.2013.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, I., Nouko- Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.
- Kiinni Arjessa. 2010. käytännönläheisiä neuvoja muistisairaahan kotihoitoon - opas . Novartis. Opas opinnäytetyön tekijöillä.
- Kohti parempaa vanhuutta. 2012. Konsensuslausuma. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Suomen akatemia. Viitattu 10.12.2012. <http://www.duodecim.fi>
- Koskinen, S. 2007. Ikäihmisten asema ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, T., Uusitalo, I. & Harra, K. (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: Opetus-, kasvatusta ja koulutusalojen säätiö.
- Kotihoito tukee kotona selviytymistä. 2012. Sosiaali- ja terveysturvat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.9.2012. <http://www.stm.fi/>
- Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon. 2012. Sosiaali- ja terveysturvat. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.9.2012. <http://www.stm.fi/>
- Kurki, L. 2007. Innostava vanhuus. Helsinki: Oy FINN LECTURA Ab.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Verkojulkaisu.
- Kähäri-Wiik, K. , Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki; WSOY oppimateriaalit oy
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta. Viitattu 27.10.2012 www.finlex.fi
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 28.12.2012. www.finlex.fi

Lahtinen A., Malinen A. & Turpeinen I. 2008. Eettiset arvot lyhytaikaisessa yhteistyösuhteessa sairaanhoitajan kertomana Viitattu 4.12.2012.
<https://publications.theseus.fi>

Lähihoitajan eettiset ohjeet. 2006. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. www.superliitto.fi

Mattila, L.-R., 2001. Vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampere.
<http://acta.uta.fi/>

Mead, N. & Bower, P. 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51(2000). Viitattu 28.12.2012. www.med.over.net/

Meriranta, M. 2010. Omaishoitajan käsikirja. UNIpress.

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmisteiteissä. 2. Uudistettu painos. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Jyväskylä. <https://jyx.jyu.fi/>

Minäkö omaishoitaja? Ensiopas omaishoidosta. 2010. Lakeuden omaishoitajat ry, Mikkelin seudun omaishoitajat ja läheiset ry, Joensuun omaishoitajat ja läheiset ry & Omaishoitajat ja läheiset-liitto ry. Kehitys Oy, Pori. Viitattu 25.8.2012.
<http://www.omaishoitajat.fi/>

Miten laitoshoidon hakeudutaan?. 2012. Kodin ulkopuolisessa hoidossa. Viitattu 6.1.2012. www.suomi.fi

Mitä omaishoito on?. 2012. Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto. ry. Viitattu 25.8.2012.
<http://www.omaishoitajat.fi/>

Neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointi. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 10.12.2012. www.jyvaskyla.fi

Niittypolku-esite. n.d. Esite opinnäytetyön tekijöille.

O'Connel, B., Hawkins, M., Ostaszkievicz, J. & Millar, L. 2012. Carers' perspectives of respite care in Australia: An evaluative study. *Contemporary Nurse: Volume 41, Issue 1*. Viitattu 27.1.2013

Omaishoito. 2012. Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto. ry. Viitattu 25.8.2012
<http://www.omaishoitajat.fi/>

Omaishoito. Suomen omaishoidon verkosto. 2012. Viitattu 25.8.2012.
<http://www.omaishoidonverkosto.fi/>

Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjille. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 25.8.2012. <http://www.stm.fi/>

Omaishoidontuki. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.8.2012. <http://www.stm.fi/>

Omaishoidon tuen linjaukset Jyväskylässä. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 25.8.2012. www.jyvaskyla.fi

Omaishoitaja arjen ristiaallokossa. Ansa Luumi 1997. Uudelle polulle.

Omainen henkilökohtaisena avustajana. 2010. Sosiaaliportti. Viitattu 25.8.2012.
<http://www.sosiaaliportti.fi/>

Palvelut ikääntyneille. n.d. Jyväskylän kaupunki. Viitattu 28.12.2012.
<http://www.jyvaskyla.fi/sote/ikaantyyvat>

PETRA Wellness-projekti (personal trainer) 2011-2014- opas. n.d. Jyväskylän seudun Omaishoitaja ry . Opas opinnäytetyöntekijöille.

Price, B. 2006. Exploring person-centred care. Nursing Standards. 20 (50). Viitattu 28.12.2012. <http://web.ebscohost.com>

Rantakallio esite. n.d. Esite opinnäytetyön tekijöille.

Rekilä, M. 2004. Asiakaslähtöinen hoitotyö lapsivuodeosastolla. Pro gradu -työ. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Ruusulaakso-esitys.n.d. Esite opinnäytetyön tekijöille.

Saaranen-Kauppinen, A.& Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Reliabiliteetti. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.9.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Saaranen-Kauppinen, A.& Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Validiteetti. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.9.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 2010. Suomen sairaanhoitajaliitto. Viitattu 29.12.2012. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen. 1996. Sairaanhoitajaliitto. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Salin, S. 2008. Lyhytaikaishoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus.

Sorsa, M. 2002: Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystaloudessa. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Tampere: Hoitotieteen laitos.

Tehostettu palveluasuminen. 2012. Viitattu 2.9.2012.

<http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=4454&NakymalID=213>

Tietoteoreettiset lähtökohdat. n.d. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Virsta. Viitattu 2.9.2012. <http://stat.fi/virsta/>

Tilastoyksikkö ja muuttajat. 2003. Menetelmäopetuksen tietovaranto.. KvantimOTV. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 9.9.2012.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/tilastoyksikko.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Viitattu 4.1.2013.

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WS Bookwell Oy.

Vaahterakuja-esite. 2012. Esite opinnäytetyön tekijöille.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

VirtuaaliAMK. 2007. Tutkimuksen validiteetti. Viitattu 6.1.2013.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413809750/1194415367669.html>

Väestöliitto. 2012. Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys. <http://www.vaestoliitto.fi>

Vyyryläinen, I. Vierelläsi opas muistisairaana omaisille. Novartis. Opas opinnäytetyön tekijöillä.

Watson, J. 2006. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. Viitattu 29.12.2012. <http://pdfflare.com/>

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos

Ylönen, M. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö hoivasairaanhoidossa. Pro gradu -

tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Turku: Turun yliopisto.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Hei,



Olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijat Nadia Abdi ja Suvituuli Nummi. Teemme opinnäytetyötä ikäihmisen lyhytaikais-hoidosta omashoitajien kokemana Akseli ja Elina- kodissa. Opinnäytetyön ohjaajina Jyväskylän ammattikorkeakoulussa toimivat Irmeli Matilainen ja Anneli Yabal.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää miten omaishoitajat kokevat omaisensa lyhytaikaishoidonjakson Akseli ja Elina-kodissa. Tavoitteena on, että kyselyn tulosten avulla on mahdollista kehittää lyhytaikaishoidon laatua Akseli ja Elina-kodissa.

Kyselyaineistoa kerätään Lyhytaikaishoidon yksiköstä Akseli ja Elina-kodista omaishoitajilta. Olemme hakeneet kyselyn tekemiseen tutkimusluvan ja sitoutuneet noudattamaan sen määräämiä sääntöjä sekä olemaan vaitiolovelvollisia. Kyselyaineistoa käsitellään kesän-talven 2012 ajan opinnäytetyön raportin laatimista varten. Täytetyt kyselylomakkeet säilytetään kirjekuudessa lukollisessa kaapissa.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan seuraavilla sivuilla oleviin kysymyksiin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen on kuitenkin vapaaehtoista, **mutta kyselyyn vastaaminen on meille ensiarvoisen tärkeää**. Antamanne tiedot käsitellään nimettöinä, eikä yksittäisten vastaajien henkilöllisyyttä voida tunnistaa.

Vastauksista ja ajastanne kiittäen,
Hoitotyön opiskelijat

Nadia Abdi

Suvituuli Nummi

Liite 2. Kyselylomake



KYSELYLOMAKE - OMAISHOITAJAT IKÄIHMISEN LYHYTAIKAISHOITO OMAISHOITAJIEN KOKEMANA AKSELI JA ELINA- KODISSA

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan jokaiseen kysymykseen **ympyröimällä** sen vaihtoehdon, joka vastaa Teidän henkilökohtaista mielipidettänne. **LOMAKE TÄYTE-TÄÄN NIMETTÖMÄNÄ.**

1. Vastaanottotilanne

Saan hoitohenkilökunnalta riittävästi aikaa varattua omaiseni vastaanottotilanteeseen.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen, että vastaanottotilanne on kiireetön ja kaikki omaiseeni liittyvät asiat tulee huomioiduksi.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Mielestäni vastaanottavalla hoitajalla on riittävästi ammattitaitoa (esim. osaamista lääkehoidosta, sairauksien hoidosta yms.) omaiseni vastaanottamiseen?

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen, että omaiseni ja minun tarpeet sekä toiveet tulevat kuulluksi vastaanottotilanteessa.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen, että voin tuoda omaiseni turvallisin ja luottavaisin mielin lyhytaikaishoidon yksikköön sovitun hoitojakson ajaksi.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

2. Palvelut, neuvonta ja hoitoympäristö lyhytaikaishoidon yksikössä

Saan mielestäni riittävästi tietoa/neuvoa sairauksien hoidosta.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Saan mielestäni riittävästi tietoa omaiseni lääkityksestä tai siihen liittyvistä muutoksista yms.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen saaneeni palveluohjausta esim. jatkohoitopaikoista tai etuuksista.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Mielestäni omaiseni fyysistä toimintakykyä on ylläpidetty tai edistetty riittävästi lyhytaikaishoidon jakson aikana.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Mielestäni lyhytaikaishoidon yksikössä on otettu riittävästi huomioon omaiseni sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Mielestäni hoitoympäristö on virikkeitä tarjoava ja viihtyisä.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

3. Kotiutustilanne

Koen, että hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa varattuna omaiseni kotiutustilanteeseen.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen, että kotiutustilanne on kiireetön ja kaikki omaiseeni liittyvät asiat tulevat huomioituksi.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen kotiutuslomakkeen antavan hyödyllistä ja ymmärrettävää tietoa?

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Saan mielestäni riittävästi ymmärrettävää tietoa omaisen hoitojakson kulusta kotiutustilanteessa.

- Samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Saan mielestäni riittävästi ymmärrettävää tietoa mahdollisten lääkärikäyntien sisällöistä kotiutustilanteessa.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

4. Omaishoitajien tuen ja jaksamisen huomiointi lyhytaikaishoidon yksikössä?

Koen levänneeni riittävästi omaisen hoitojakson aikana.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Koen saavani tukea arjessa jaksamiseen lyhytaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunnalta.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

Tulen mielestäni kuulluksi ja saan keskusteluapua mieltä askaruttaviin asioihin.

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

Perustele valintasi:

5. Olisimme kiitollisia jos voisitte vielä vastata lyhyesti seuraaviin kysymyksiin

Miten haluaisitte kehittää lyhytaikaishoitoa niin, että se vastaisi teidän odotuksianne?

Haluaisitteko, että lyhytaikaishoidossa otettaisiin enemmän huomioon myös omaishoitajien jaksamista? Kerro esimerkkejä!

Ajastanne ja vaivannäöstänne kiittäen hoitotyönopiskelijat

Nadia Abdi

Suvituuli Nummi