

Sirkku Norta

# OMAISHOIDON PALVELUOHJAUS- PROSESSIN KEHITTÄMINEN ETELÄ- SAVON SOSIAALI- JA TERVEYSPAL- VELUJEN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Käsikirja omaishoitajan elämänlaadun  
mittareiden käytön tueksi

Opinnäytetyö  
Geronomi



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Sirkku Nortta	Geronomi (AMK)	Toukokuu 2018
<b>Opinnäytetyön nimi</b>		
Omaishoidon palveluohjausprosessin kehittäminen Etelä-Savon terveyspalvelujen kuntayhtymässä Käsikirja omaishoidon elämänlaadun mittareiden käytön tueksi		58 sivua 20 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b>		
OSSI-hanke / XAMK		
<b>Ohjaaja</b>		
Lehtori Merja Nurmi (XAMK), tutkimuspäällikkö Maarit Karhula (OSSI-hanke / XAMK)		
<b>Tiivistelmä</b>		
<p>Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Essoten hallinnoima OSSI-hanke, viralliselta nimeltään Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-hanke 2016–2018, on yksi hallituksen kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” kokeiluhanke.</p>		
<p>Tämä opinnäytetyö liittyi OSSI-hankkeen pilottiin, jossa kehitettiin omaishoidon tuen alkuarviointijaksoa. Omaishoitajan ja hänen tarpeidensa huomioimiseksi testattiin pilotissa kahta omaishoitajan elämänlaadun mittaria ASCOT SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta, joista toinen oli tavoitteena ottaa pysyvään käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää työväline palveluohjaajille mittareiden käytön tueksi ja työvälineen työstämisprosessilla juurruttaa mittareiden käyttöä palveluohjauksessa. Juurruttaminen toteutettiin osallistamalla palveluohjaajat ja muut pilotissa mukana olevat työvälineen kehittämiin työpajassa, jossa ideariih-, Learning cafe- ja Living Lab -menetelmiä soveltaen kerättiin materiaalia, jota myöhemmin pyydettiin täydentämään sähköpostitse.</p>		
<p>Työväline muotoutui käsikirjaksi, jossa on pieni johdanto mittareihin, vinkkejä voimavarojen tukemiseksi ja kysymyskohtaisesti apukysymyksiä, huomioita ja keinoja palveluohjaajien käyttöön tuen tarpeiden noustessa mittareiden tuloksista esille.</p>		
<p>Käsikirjan käyttökokemukset ja palaute jäivät vähäisiksi pilotissa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Käsikirja on muokattavissa helposti vain yhden mittarin kattavaksi, jolloin sitä voidaan käyttää mittarin käytön perehdyttämisessä tai työvälineenä, kun palveluohjaajat haluavat vaihtaa kokemuksia tai kehittää työtapojaan.</p>		
<p>Omaishoitajan elämänlaadun mittarin laaja käyttö varmistaa omaishoitajan tarpeiden huomioimisen ja oikeanlaisen tuen tarjoamisen omaishoitotilanteessa. Jatkossa olisi hyvä tarkastella, näkyykö mittarin käyttö hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Käyttämällä mittareita systemaattisesti niin arviointi- kuin seurantakäynneilläkin voidaan selvittää järjestetyn tuen vaikuttavuus eli parantaako se elämänlaatua. Elämänlaadun mittarin käyttö voi myös tuoda esiin uudenlaisia tuen tarpeita.</p>		
<b>Asiasanat</b>		
omaishoito, omaishoitajat, elämänlaatu, palveluohjaus		

Author (authors)	Degree	Time
Sirkku Nortta	Bachelor of Elderly Care	May 2018
<b>Thesis title</b> Development of service counselling process of informal care within South Savo Social and Health Care Authority A handbook for quality of life indicators for informal carers		58 pages 20 pages of appendices
<b>Commissioned by</b> OSSI project / XAMK		
<b>Supervisor</b> Merja Nurmi (XAMK), Maarit Karhula (OSSI project / XAMK)		
<b>Abstract</b> <p>OSSI project, officially called Improved family care for older persons and enhanced support for all aged informal carers - OSSI project at South Savo (2016-2018), administered by the South Savo Social and Health Care Authority Essote, is an experimental project of the government key project "Improved home care for older people and enhanced informal care in all age groups."</p> <p>This thesis was part of a pilot of OSSI project, in which the assessment period of informal care was developed. In the pilot, two quality of life indicators designed for informal carers, ASCOT SCT4 Carer and The Carer Experience Scale CES, were tested and one of them was intended to be selected for permanent use.</p> <p>The aim of the thesis was to develop a tool for case managers of service counselling to support the use of the indicators and promote the introduction of the method of using the indicators in the service counselling. For the sake of the promotion, the service managers and other participants of the pilot were involved in the development of the tool in a workshop, where material for the tool was collected using applied methods of brainstorming and Learning café and Living Lab, and later asked to supplement that material via e-mail.</p> <p>The tool took a form of handbook with a small introduction to the indicators, tips to support the reserves of strength of the informal carer, and, for each question, additional questions, observations and means which the case managers can use if the indicators show any need for support.</p> <p>The practical experience and feedback of the handbook were insignificant because of changes in the pilot. The handbook is easily adjustable to include only one indicator, which makes it then usable for initiation into the usage of the indicator or as a tool when case managers want to change experiences or develop their working methods.</p> <p>In the future, it would be reasonable to examine whether the use of the indicator is visible in the support plans. The systematic use of the indicator on both the assessment visits and the follow-up visits to the carer enables finding out the effectiveness of the arranged support.</p>		
<b>Keywords</b> informal care, family caregivers, quality of life, service counselling		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OMAISHOITAJUUS.....	8
2.1	Määritelmä.....	8
2.2	Omaishoitajan elämänlaatu .....	9
3	PALVELUOHJAUKSEN ROOLI OMAISHOITAJAN TUKEMISESSA.....	13
3.1	Palveluohjauksen kehitys ja monimuotoisuus.....	13
3.2	Palveluohjaus omaishoidon asiakasprosessissa .....	16
4	OMAISHOITAJAN TUEN TARPEEN ARVIOINTIMITTARIT .....	19
4.1	Yleistä.....	19
4.2	ASCOT SCT4 omaishoitajille.....	20
4.3	CES – Kokemukset omaishoidosta.....	24
4.4	COPE-indeksi .....	25
4.5	Yhteenveto esitellyistä mittareista.....	26
5	TYÖVÄLINEEN KEHITTÄMINEN PALVELUOHJAUKSEN TUEKSI .....	28
5.1	Kehittämistyön taustaa .....	28
5.2	Kehittämistyön lähtökohdat ja aikataulu.....	29
5.3	Kehittämistyön tavoitteet.....	32
5.4	Juurruttaminen.....	32
5.4.1	Juurruttamiseen vaikuttavia tekijöitä .....	32
5.4.2	Juurruttamismenetelmiä.....	34
5.4.3	Juurruttamisen toteuttaminen .....	36
5.5	Työvälineen tuottaminen.....	41
6	POHDINTA .....	44
6.1	Prosessin arviointi.....	44
6.2	Tavoitteiden toteutumisen arviointi .....	47
6.3	Jatkoehdotukset.....	49

7	LOPUKSI.....	50
	LÄHTEET.....	52

## LIITTEET

Liite 1. Omaishoitajan elämänlaadun mittarit ASCOT SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta. Käsikirja mittareiden käytön tueksi

## 1 JOHDANTO

Hallitus on kirjannut, että tavoitteena on kotona asumisen lisääminen ja laitospaikkojen vähentäminen. Paitsi että kotona asuminen mahdollisimman pitkään on useimpien ihmisten toiveiden mukaista, se on myös kustannuksiltaan alhaisempaa kuin laitoshoido. Tavoitteen saavuttamiseksi kotihoitoa ja omaishoitoa on kehitettävä. Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen ja kaikenikäisten omaishoidon vahvistaminen onkin yksi sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeista vuosina 2016-2018 (Kärkihanke: Kehitetään... 2016).

Omaishoito vähentää julkisia kustannuksia, sillä se mahdollistaa kotona asumisen ja vähentää palvelujen tarvetta. On arvioitu, että yhden henkilön omaishoidon tuen maksaminen maksaa kunnalle yli puolet vähemmän kuin kotihoidon palvelut kahdesti vuorokaudessa ja neljänneksen tehostetun palveluasumisen kustannuksista (Kansallinen omaishoidon... 2014, 26–27). Kokonaisuudessaan omaishoidon tuen on arvioitu säästävän miljardeja euroja vuodessa (Shemeikka ym. 2017, 7). Kun vielä tiedetään, että raskasta hoitotyötä tekevistä omaishoitajista kaikki eivät ole omaishoidon tuen piirissä, puhumattaakaan kevyempää hoitoa ja apua antavien omaisten ja läheisten suuresta määrästä, on selvää, että omaishoito ja omaishoitajat ovat yhteiskunnalle merkittävä resurssi. (Kehusmaa 2014, 20, 80.)

Omaishoitajuus ja hoidettavan kotona asuminen eivät kuitenkaan toteudu, ellei huolehdi siitä, että omaishoitaja pystyy toimimaan ja jaksaa toimia hoitajana. Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman loppuraportissa (2014, 30) on mainittu omaishoidon yhtenä heikkoutena se, ettei omaishoitajien osaamisesta, jaksamisesta ja sosiaalisista verkostoista huolehdi riittävästi. Tähän voi yhtenä syynä olla, ettei niitä systemaattisesti ja yhdenmukaisesti selvitetä missään vaiheessa.

Ikääntyneiden määrä kasvaa niin Suomessa kuin Euroopassakin (Kauppi ym. 2015; Population ageing... 2014). Sen myötä pitkäaikaisen hoidon tarve kasvaa ennusteen mukaan, ja sosiaali- ja terveydenhoidon niukkojen resurssien jaosta päätettäessä olisi tärkeää, että niiden vaikuttavuutta ja laatua voitaisiin jollakin tavalla seurata. On olemassa useita mittareita, joilla voidaan mitata omaishoitajan terveyttä, hyvinvointia tai kuormittumista, mutta niiden avulla ei

välttämättä saada esiin sosiaalisen tuen vaikutusta elämänlaatuun (Rand ym. 2015a, 2602). Tämä taas olisi tärkeää tietää mietittäessä ja kehitettäessä sopivia tukitoimia omaishoitajalle (Shemeikka ym. 2017, 12).

Muun muassa tähän tarpeeseen pyrittiin vastaamaan edellä mainittuun STM:n kärkihankkeeseen kuuluvassa Essoten hallinnoimassa OSSI-hankkeessa (Etelä-Savon asiakaslähtöinen... 2017). Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun (Xamk) ja Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) OSSI-hankkeen osuudessa pilotoitiin kaksi omaishoitajan elämänlaadun mittaria, joita voi hyödyntää tarjotun tuen vaikuttavuuden tai taloudellisessa arvioinnissa. Mittarit olivat ASCOT SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta ja niitä pilotoitiin omaishoitajan elämänlaadun ja siinä ajan kuluessa tapahtuvan muutoksen arvioimiseksi ja sopivien tukitoimien löytämiseksi. Lisäksi samanaikaisesti pilotoitiin COPE-indeksiä, joka soveltuu omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointiin ja jota sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee käyttämään esitietolomakkeena omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa (Kuntainfo: Omaishoitajien... 2015).

Opinnäytetyöni liittyi edellä mainittuihin OSSI-hankkeessa pilotoituihin elämänlaadun mittareihin. Työni tavoitteena oli parantaa omaishoidon palveluohjaukseen kehittämällä työväline mittarien käytön tueksi ja samalla juurruttaa mittarien käyttöä palveluohjauksessa, niin että omaishoitaja saa parhaan mahdollisen tuen tehtävässään. Kohderyhmänä olivat Mikkelin alueen omaishoidon tuen palveluohjaajat eli OSSI-hankkeen aikana perustetussa OSSI-palvelukeskuksessa toimivat palveluohjaajat. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Xamkin ja Diakin OSSI-hankkeen toimijoiden kanssa: Maarit Karhula ja Sari Saukkonen (Xamk) ja Aija Kettunen ja Marina Steffansson (Diak). Teoreettisena taustana kuvaan omaishoitajan elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ja palveluohjaukseen. Mittareita kuvaan tarkemmin omassa luvussaan. Vaikka COPE-indeksi ei kuulukaan opinnäytetyöni piiriin, pilotin samanaikaisuus, sama kohderyhmä ja sama aihepiiri – omaishoitajan jaksamisen tukemisen käsittely – ovat perusteluni myös sen esittelylle tässä yhteydessä. Työn tavoitteet ja toteuttamisen esittelen luvussa 5.

Suomessa niin omaishoidon tukea saavista omaishoitajista kuin hoidettavistakin suurin osa on yli 65-vuotiaita, minkä vuoksi myös kirjallisuudesta suuri osa

käsittelee ikääntyvien omaishoitotilanteita. Työni kuitenkin käsittelee kaiken ikäisten omaishoitoa eivätkä elämälaatumittaritkaan ole suunniteltu vain ikääntyneiden käyttöön.

## 2 OMAISHOITAJUUS

### 2.1 Määritelmä

Omaishoito on kotiloissa annettavaa vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoitoa tai huolenpitoa, josta vastaa hoidettavan omainen tai muuten läheinen henkilö. Näin omaishoito määritellään laissa omaishoidon tuesta (2.12.2005/937, jatkossa omaishoitolaki), mutta määritelmää käytetään myös muuten kuin lain määrittämiä sopimuksellisia omaishoitotilanteita tarkoittaessa. Omaishoidettavana on yleisimmin puoliso, lapsi tai ikääntyvät vanhemmat (Tunnistatko omaishoitajan? 2017, 19). Lain mukainen omaishoidon tuki, johon kuuluu hoitopalkkio, palvelut hoidettavalle ja hoitotehtävää tukevat palvelut hoitajalle sekä hoitajan vapaapäivät, ei ole subjektiivinen oikeus. Tukea haetaan kotikunnalta ja tuen myöntämisperusteet voivat vaihdella kuntien välillä. (Omaishoidon tuki s.a.) Ennen tuen myöntämistä kunta selvittää tuen myöntämisperusteiden täyttymisen. Mikäli tuki myönnetään, solmivat omaishoitaja ja kunta omaishoitosopimuksen (Omaishoitolaki 8. §). Sopimuksen tehnyt omaishoitajaa kutsun tässä viralliseksi omaishoitajaksi.

Yhtenä edellytyksenä laissa tarkoitetun kunnallisen omaishoidon tuen myöntämiselle on, että omaishoitajan terveys ja toimintakyky ovat riittävät kyseisessä omaishoitotilanteessa ja että omaishoito on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävää (Omaishoitolaki 3. §). Arvioitaessa omaishoitajan kykyä selviytyä tehtävästä, on otettava huomioon omaishoitajan fyysinen ja psyykinen terveydentila, toimintakyky ja voimavarat sekä sosiaaliset verkostot (Omaishoidon tuki... 2006, 22). Kunnan on tarvittaessa järjestettävä omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia sekä omaishoitajan hyvinvoinnin turvaamiseksi että edellä mainittujen edellytysten täyttymisen varmistamiseksi. Tarkastukset ovat maksuttomia ja vapaaehtoisia. (Kuntainfo: Omaishoitajien... 2015.)

Vuonna 2016 voimaan tuleen lakimuutoksen mukaisesti on omaishoidon tukeen liittyvään hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattava myös omaishoitajan



hoitotehtävää tukevien palvelujen määrä ja sisältö (Omaishoitolaki, 7. §). Virallisen omaishoitosopimuksen tehnyt omaishoitaja on siis ikään kuin kahdessa roolissa: hän on kunnalle sekä hoitaja ja asiakas.

Omaishoitolain mukaisia omaishoitosopimuksia oli vuonna 2016 yli 44 000 (Sosiaalipalvelujen toimintatilasto 2017a.) Tämä kertoo samalla virallisten omaishoitajien määrän. Epävirallisia omaishoitajia eli hoitajia, joilla ei ole omaishoitosopimusta kunnan kanssa, arvioidaan olevan yli 300 000 (Tunnistatko omaishoitajan? 2017, 4). On kuitenkin vaikea määrittää, kuka on epävirallinen omaishoitaja, sillä sukulaiset ja tuttavat auttavat toisiaan arjessa enemmän tai vähemmän. Yhden mielestä vähäisempikin auttaminen voi olla varsin merkittävää ja sitovaa, eivätkä monet edes laske auttamisen määrää, vaan katsovat auttaessaan toteuttavansa kutsumusta, kristillistä perusarvoa tai kansalaisvelvollisuutta.

Niin virallisia kuin epävirallisiakin omaishoitajia on eri-ikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia. Iästä ja hoidon sitovuudesta riippuen omaishoitaja voi käydä töissä tai olla täysipäiväinen omaishoitaja. Suomalaisena erityispiirteenä on iäkkäiden omaishoitajien suuri määrä (Kehusmaa 2014, 18). Sopimuksen tehneistä omaishoitajista 57 % on yli 65-vuotiaita. Omaishoidettavista puolestaan yli 65-vuotiaita on noin 70 %. (Sosiaalipalvelujen toimintatilasto 2017b). Yleensä omaishoitaja ja hoidettava asuvat samassa taloudessa, mutta myös etäomaishoito on mahdollista.

## **2.2 Omaishoitajan elämänlaatu**

Omaishoitotilanne voi syntyä äkillisesti tai kehittyä asteittain. Varmaa on kuitenkin, että parisuhteen, vanhempi–lapsi-suhteen tai muun läheissuhteen muuttuminen hoitaja–hoidettava-suhteeksi vaatii sopeutumista ja uudenlaista asennoitumista molemmilta osapuolilta ja varsinkin hoitajan venymistä. Omaishoidon lähtökohtana pitäisi olla rakkaus, ei velvollisuus. (Kaakkuriniemi ym. 2014, 10.) Alussa näin varmasti usein onkin, mutta ajan myötä hoitajan rooli voi alkaa tuntua velvollisuudelta.

Elämänlaatu on käsitteenä moniulotteinen, eikä sille ole yhtä ainoaa määritelmää (Aalto ym. 2013, 4). Maailman terveysjärjestö WHO (s.a.) määrittelee

elämänlaadun yksilön käsitykseksi elämästä siinä kulttuurisessa ja arvojärjestelmässä, jossa hän elää. Vaarama ja Pieper (2008, Räsänen 2011, 72 mukaan) kuvaavat Lawtonin ja WHO:n malleihin perustuen elämänlaadun ulottuvuuksia neljänä osittain päällekkäin menevänä ympyränä (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus sekä elinympäristö). Elämänlaatuun liittyy pitkälti toimintakyky, objektiivinen hyvinvointi ja subjektiivinen hyvinvoinnin kokemus. (Räsänen 2011, 66–81). Pyykkönen (2012, 38–39) toteaa hyvinvoinnin merkityksiä käsittelevässä pro gradu -työssään, että hyvinvointi- ja elämänlaatu-käsitteitä käytetään ja kytketään toisiinsa usein ilman määrittelyä; välillä ne merkitsevät hyvinkin erilaisia asioita, välillä ne taas ovat synonyymeja. Pyykkösen mukaan (mts. 45) elämänlaadun määrittää yksilö. Aalto ym. (2013, 4) toteavat, että kaikissa heidän tarkastelemissaan elämänlaadun määritelmässä oleellista on subjektiivisen kokemuksen kunnioittaminen. Tässä työssä elämänlaatu nähdään nimenomaan subjektiivisena kokemuksena, johon liittyy läheisesti subjektiivinen hyvinvointi, tyytyväisyys ja jaksaminen subjektiivisena tuntemuksena. Räsänen (2011, 81) nostaa myös esiin, että elinympäristönä koti on paikka, jossa on mahdollisuus tehdä itselleen mieluisia asioita. On helppo yhtyä Räsänen ajatukseen – ainakin kodin pitäisi olla hänen mainitsemansa kaltainen paikka – mutta sitovaa omaishoitotyötä tekevät voivat kokea kodin lähinnä työpaikkana, jossa ei ole tilaa eikä aikaa tehdä, mitä itse haluaisi.

Omaishoitajan elämänlaatuun vaikuttaa luonnollisesti omaishoitotilanne (Klemmettilä 2014, 13–15). Lisäksi vaikuttavia tekijöitä ovat omaishoitajan taustatekijät kuten sukupuoli, ikä, koulutustaso ja omat sairaudet (Juntunen ym. 2017, 102). Vaikutukset voivat olla negatiivisia tai positiivisia. Klemmettilän (2014, 23) puoliso-omaishoitajien elämänlaatu koskeneessa pro gradu -tutkielmassa tuloksissa omaishoitajien kuvaama elämänlaatu jakautui kahteen pääkategoriaan ja niiden alaryhmiin seuraavasti: Arjen elämänlaatu – alaryhmät: (1) puolison sairauden merkitys, (2) parisuhde ja yhdessä tekeminen, (3) sosiaalinen osallistuminen, (4) arjen sujuvuus ja onnistumiset, (5) avun, tuen ja tiedon saaminen, (6) oma aika ja harrastukset, (7) asuminen sekä (8) työn merkitys; Tunne-elämään liittyvä elämänlaatu – alaryhmät: (1) emotionaalinen taakka, (2) myönteinen suhtautuminen ja (3) toiveikkaus, kiitollisuus, usko. Yleisesti ottaen voidaan sanoa, että elämänlaatu on yksilöllinen kokemus ja kokonaisuus, johon kuuluu monia elämässä keskeisiä asioita, joista osa on selkeästi mittavissa ja osa ei.

Omaishoitotilanteen kuormittavuudesta riippuen omaishoitajan voi olla vaikeaa jakaa itsensä hoidon ja muun elämän kuten työn, lastenhoidon tai harrastusten kesken. Englantilais tutkimuksessa Survey of Carers in Households – England 2009–10, jossa oli tehty kysely 2200 omaishoitajalle, puolet vastaajista sanoi omaishoidon vaikuttaneen heidän terveyteensä ja yli 40 % sanoi, että hoitajuus oli vaikuttanut heidän sosiaaliseen elämäänsä tai vapaa-ajanviettoonsa – yleensä koska aikaa niihin oli vähemmän tai he olivat liian väsyneitä. Työkäisistä vastaajista 26 % sanoi hoitamisen vaikuttaneen heidän mahdollisuuksiinsa pitää työ tai mennä työhön. Kaikista vastaajista 61 % uskoi hoitamiseen kuluvan ajan lisääntyvän seuraavien viiden vuoden aikana. (Survey of Carers... 2011, 52–71.) Tutkimuksen vastaajista puolet käytti omaishoitotyöhön alle 20 tuntia viikossa ja puolet yli, puolet toimi etäomaishoitajana ja puolet asui samassa taloudessa, vajaa puolet oli samanaikaisesti työssä, loput eläkkeellä tai muusta syystä kotona, joten omaishoitajia oli varsin laaja skaala. Jos vastaava kysely tehtäisiin vain aikaa vievää ja raskasta hoitotyötä tekeville omaishoitajille, jollaisia suomalaiset omaishoidon tuen piirissä olevat omaishoitajat yleensä ovat, olisivat edellä mainitut prosenttiosuudet todennäköisistä suurempia.

Tikkanen (2016, 40–41) kuvaa väitöskirjassaan omaishoidon arkea jatkuvalla muutoksella, joka merkitsee sekä omaishoitajalle että hoidettavalle, että on jaksettava sopeutua, muuntaa totuttuja tapoja ja oppia uutta. Välillä, kun on löydetty muutoksen jälkeen sopivat toimintatavat, arki voi olla kevyttä, mutta uuden muutoksen koittaessa se on raskasta. Raskaaksi arjen voivat tehdä myös hankaluudet, jotka liittyvät muistisairaahan harhoihin, omaan terveydentilaan ja ihmissuhteisiin. Omaishoidon arki on myös ennakoimatonta, elämää kapeuttavaa, kotiin sitovaa, intensiivistä, monimuotoista. Se ei kulje omalla painollaan eikä perustu toistumiseen ja rutiineihin pitkiä aikoja niin kuin ”normaali arki”, vaan saattaa muuttua elämää määrääväksi tekijäksi, sitä määräävämmäksi, mitä vaativampaa ja jatkuvampaa hoivaa hoidettava tarvitsee.

Sosiaali- ja terveysministeriön Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2017–2019 -julkaisussa (2017,

17) todetaan, että omaishoitajuus voi olla riskitekijä iäkkään toimintakyvyn alenemiselle. Omaishoitajan kannalta kuormitusta lisääviä ja jaksamista vaikeuttavia asioita voivat olla (Omaishoidon tuki... 2006, 17):

1. Hoitamisen sitovuus
2. Hoitamisen fyysinen rasittavuus ja psyykinen kuormittavuus
3. Käytännölliset ongelmat
4. Vuorovaikutusongelmat
5. Emotionaaliset ristiriidat

Kun hoitaminen on ympärivuorokautista ja sitovaa, voi seurauksena olla omaishoitajan oman ajan puute, joka voi vaikuttaa jopa siinä määrin, että omaishoitaja luopuu kiinnostuksen kohteistaan ja eristäytyy sosiaalisesti. Fyysiseen rasittavuuteen ja psyykkiseen kuormittavuuteen vaikuttavat omaishoitoon liittyvät fyysisesti raskaat hoitotoimet, hoitajan omat sairaudet, uupumus ja unen ja levon puute. Käytännöllisiä ongelmia voivat olla taloudelliset ongelmat ja hoidon käytännön järjestelyt. Vuorovaikutus hoidettavan kanssa voi hankaloitua hoidettavan sairauden etenemisen myötä ja ongelmia voi olla myös vuorovaikutuksessa palvelujärjestelmän kanssa. Hoitajan tunteet voivat vaihdella: hänellä voi olla ristiriitaisia tunteita hoidettavaa kohtaan ja oma stressin hallinta voi olla koetuksella. (Omaishoidon tuki... 2006, 17.) Omaishoitajan kokemia negatiivisia tunteita ovat sääli, katkeruus, voimattomuus ja viha. Hoidettavan kiittämätön käytös, olipa se sitten tahallista tai tahatonta, lisää negatiivisia tunteita. (Kaakkuriniemi ym. 2014, 10–13.) Omaishoitajana toimiminen voi aiheuttaa negatiivisia vaikutuksia kuten stressiä, masennusoireita, sydänoireita, uupumusta, erakoitumista ja fyysisiä vaivoja (Juntunen ym. 2017, 102).

Tikkasen omaishoidon arkea tutkineessa väitöskirjassa (2016, 128) omaishoitajat kuvailivat tilannettaan pahimmillaan avovankilassa oloksi. Jos omaishoitajan jaksamisen rajat ylittyvät, voi omaishoidettavan turvallisuus vaarantua. On erittäin tärkeää, että omaishoitaja uskaltaa puhua negatiivisista tuntemuksistaan jollekulle, sillä jo pelkkä asian kertominen voi helpottaa oloa. Palveluohjaaja tai terveydenhoitaja voi olla tässä hyvä vaihtoehto ja elämänlaadun mittarit, joissa on aiheena tämänkaltaisia asioita, antavat hyvän mahdollisuuden hankalien asioiden puheeksi ottoon.

Omaishoidolla voi olla hoitajalle myös positiivisia vaikutuksia kuten tarpeellisuuden tunne tai auttamisen tuoma hyvä olo. Eri omaishoitajatutkimuksissa esiin tulleita positiivisia asioita ovat muun muassa hoitajan roolista nauttiminen, tyytyväisyys, mielenlennys, hyvä olo, mielihyvä, hallinnan tunne, mahdollisuus antaa, kun joskus on saanut, vahvuuksien löytäminen, entistä lähempi suhde hoidettavan kanssa. (Juntunen ym. 2017, 103; Toljamo ym. 2012, 211–212.) Yhdessä tutkimuksessa miehet kokivat omaishoitajana toimimisen laajentaneen heidän maailmankuvaansa ja auttaneen kasvamaan ihmisenä (Toljamo ym. 2012, 212). Positiivista on myös omaishoitajan saamat vastarakkauden, kiitollisuuden ja hellyyden osoitukset hoidettavalta (Kaakkuri-niemi ym. 2014, 10–13).

Omaishoitajan elämänlaatua koskevassa tutkimuksessa viitattiin aiempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan suuri osa omaishoitajista kadotti onnellisuuden tunteen, jos heidän oli pakko luopua omaishoitajan roolistaan, vaikka he tunnustivat hoidon aiheuttaman taakan. Kuitenkin pieni osa omaishoitajista, jotka olivat huomattavan kuormittuneita omaishoidosta, kertoi, että elämä helpottuisi kovasti, jos omaishoitajan velvollisuudet poistuisivat. (Ratcliffe ym. 2013, 45.) Tuloksista tulee hyvin ilmi se, että omaishoitajana toimiminen vaikuttaa elämänlaatuun ja tämä tulisi ottaa huomioon sopivia palveluja ja tukia omaishoitajalle mietittäessä.

### **3 PALVELUOHJAUKSEN ROOLI OMAISHOITAJAN TUKEMISESSA**

#### **3.1 Palveluohjauksen kehitys ja monimuotoisuus**

Palveluohjauksella on kaksi merkitystä: se tarkoittaa sosiaalityön työmenetelmää, mutta myös palveluiden yhteensovittamista (Palveluohjaus 2017.) Tässä työssä se on käytössä jälkimmäisessä laajassa merkityksessä ja tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon tukien ja palvelujen koordinoitua asiakaslähtöisesti. Palveluohjauksesta ei ole säädetty laissa (Suominen 2017), eikä sille ole löydetty kattavaa määritelmää, mutta se voidaan katsoa eräänlaiseksi kattokäsitteeksi, jonka alle mahtuvat niin palveluohjauksen tarvitsijat ja palveluohjauksen työmenetelmät kuin auttajatahot ja palveluntuottajatkin (Hänninen 2007, 13) . Palveluohjauksen katsotaan hyödyttävän erityisesti henkilöitä, jotka tarvitsevat tai käyttävät monenlaisia palveluja paljon ja pitkän aikaa (Palveluohjaus 2017.)

Tarkasteltaessa palveluohjauksen historiaa, avautuu toisaalta käsitteen selkeys, toisaalta taas sen laajuus: terminologian ja sisällön moninaisuus. Palveluohjaus on lähtöisin Yhdysvalloista, ja Euroopassa se levisi Iso-Britanniassa 1970- ja 1980-luvuilla ja esimerkiksi Saksassa ja Suomessa kunnolla 1990-luvulla. Häkkinen (2000) on tarkastellut pro gradu -tutkielmassaan palveluohjausta kyseisissä maissa noina vuosikymmeninä. Tärkeä tekijä palveluohjaustoiminnan kehittämiseen on ollut kustannusten karsiminen: toisaalta on haluttu varmistaa, ettei asiakkailta ole turhia ja päällekkäisiä tukia tai palveluita, toisaalta laitoshoidon vähentäminen on lisännyt palvelujen tarvetta avopuolella ja siten myös niiden koordinoimisen tarvetta. Toinen merkittävä palveluohjauksen kehittämiseen vaikuttanut tekijä oli Yhdysvaltojen monituottajainen palvelujärjestelmä, jossa palveluntuottajat olivat hajallaan eikä kukaan koordinoinut palvelutuotantoa, mikä aiheutti palvelutarjonnan epätasapainoa ja palveluketjujen katkeamista (mts. 45, 47).

Suomessa palvelutarjonta oli pitkään pelkästään valtion tai kuntien tuottamaa, jolloin koordinoitintarve oli vähäisempää, mutta nykyään se on tuottajien osalta entistä hajaantuneempaa, kun julkisten palveluntuottajien lisäksi on tullut kaupallisia yrittäjiä ja kolmannen sektorin toimijoita tarjoamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Myös omaishoitaja on tavallaan palveluntuottaja (Hänninen 2007, 73). Toisaalta myös monimutkainen lainsäädäntö lisää palveluohjauksen tarvetta (mts. 11). Tarvetta palveluohjaukseen on erityisesti silloin, kun asiakas käyttää useita palveluita ja hänellä on asiakkuuksia ja yhteyshenkilöitä monella eri taholla, mutta kellään ei ole kokonaisuus hallussa (Mihin palveluohjaukseen tarvitaan? s.a.). Ongelmia palveluohjauksen toteuttamisessa voi aiheuttaa se, ettei koordinointi toteudu, koska palveluohjaajien valtuuksia ja vastuita suhteessa muihin toimijoihin ei ole määritelty selkeästi (Nordic Healthcare Group 2014) tai se, että erilaiset tietojärjestelmät aiheuttavat ongelmia koordinoinnissa ja seurannassa. Kuluvan vuosikymmenen kehitystrendinä onkin palveluohjauksen keskittäminen. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman vanhuspalvelulain toimeenpanoa tukevan Ikäpalo-hankkeen tueksi konsulttiryitys Nordic Healthcare Group työsti käsikirjan keskitetyn neuvonnan ja palveluohjauksen toimintamallin rakentamiseksi vuonna 2014 (Nordic Healthcare Group 2014). Vuonna 2016 sosiaali- ja ter-

veysministeriö julisti yhdeksi hallituksen kärkihankkeeksi ikäihmisten kotihoiton kehittämisen ja kaikenikäisten omaishoidon vahvistamisen. Tähän liittyen hallitus myönsi kolmelle maakunnalliselle hankkeelle rahaa keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin kehittämiseksi yhteensä 5,56 miljonna euroa. (STM s.a.)

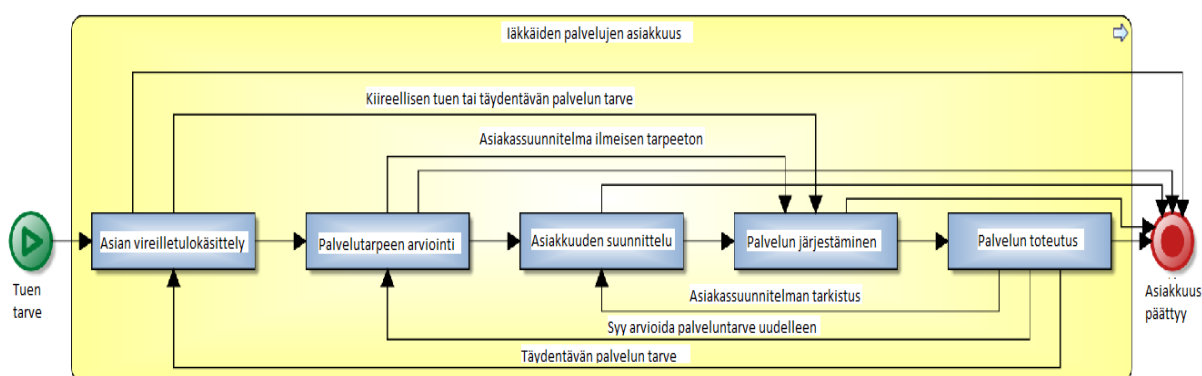
Palveluohjaaja voi toimia jonkin organisaation sisällä tai olla ulkopuolinen (Häkkinen 2000, 71). Palveluohjaustyötä tekee Suomessa niin julkinen, yksityinen kuin kolmas sektorikin (Suominen 2017). Palveluohjaaja voi olla rooliltaan koordinoija, sovittelija, edunvalvoja, asianajaja, tukija, innostaja, tiedonvälittäjä, asiantuntija, organisoija, neuvottelija, päätöksentekijä, päätöksen varmistaja (Häkkinen 2000, mm. 71), tai tulkki asiakkaan ja palvelujärjestelmän välillä (Suominen 2010, 24). Suomalaisissa lähteissä palveluohjauksesta on puhuttu 1990-luvulla esimerkiksi asiamiesmallina ja kuntoutusluotsauksena, case managementina, care managementina, yksilökohtaisena auttamisena tai sosiaalityönä tai tehostettuna yksilöhuoltona (Häkkinen 2000, Liite 2). Häkkinen läpi käymässä kirjallisuudessa löytyi palveluohjaukselle tavanomaisen palvelujen koordinoinnin lisäksi mm. seuraavia tavoitteita: taata kotipalvelujen saatavuus, ohjata voimavaroja, tukea omaishoitajia, kohottaa elämänlaatua, taata vähiten rajoittava ympäristö, auttaa asiakasta suuntaamaan omaa elämäänsä, sovittaa yhteen yhteiskunnan ja palvelujen edustamat arvot, edistää tavallista elämää, tuoda esiin, miten yhteiskunta arvostaa yksilöitä heidän rajoituksistaan huolimatta, huomioida asiakkaan ja yhteiskunnan voimavarat, kiinnittää huomio palvelujärjestelmän puutteisiin ja poistaa niitä sekä tukea asiakkaiden ongelmaratkaisukykyä (mts. 87–88). Yhtenä palveluohjauksen tehtävänä nähdään myös palvelujen laadun takaaminen tai parantaminen (mts. 7–8). Palveluohjaaja voi tuki osaltaan vaikuttaa valinnoillaan ja neuvoillaan tai palveluntuottajalle palautetta antamalla palvelun laatuun, mutta palvelun laatu on kuitenkin ensisijaisesti tuottajan vastuulla. Palveluohjauksen kautta voidaan kuitenkin tuoda esiin palvelujärjestelmän epäkohtia, joihin voidaan sitten yhteiskunnan päätöksentekotasolla puuttua (mts. 47).

Loppujen lopuksi palveluohjaus on asiakkaan kohtaamista ja dialogia enemmän kuin menetelmien ja mittareiden käyttöä tai palvelujen organisointia. Kohtaamisesta alkaa luottamuksen rakentaminen ja vasta kohtaamisen ja luottamuksen toteutuessa voi palveluohjaaja saada selville, mitkä palvelut todella

hyödyttävät asiakasta ja mihin hän sitoutuu. Suominen on haastatellut päihdekuntoutujia, jotka olivat palveluohjauksen asiakkaina sekä eri asiakasryhmien palveluohjaajia. Haastattelujen analysoinnin tuloksena hän toteaa, että luottamus voi olla absoluuttista (sitä joko on tai ei ole) tai suhteellista (sitä on tilanteesta riippuen), mutta myös palveluohjaajan työskentelyasenteeseen liittyvää, sitä että palveluohjaaja on vertainen ja rehellinen, ihminen ihmiselle. Asiakkaalle luottamusta synnyttää kokemus siitä, että palveluohjaaja on asiakkaan puolella, mutta on tärkeää, että palveluohjaaja ei mene mukaan asiakkaan ”temppeihin” eikä anna asiakkaan käyttää itseään hyväksi. (Suominen 2010, 36–43.)

### 3.2 Palveluohjaus omaishoidon asiakasprosessissa

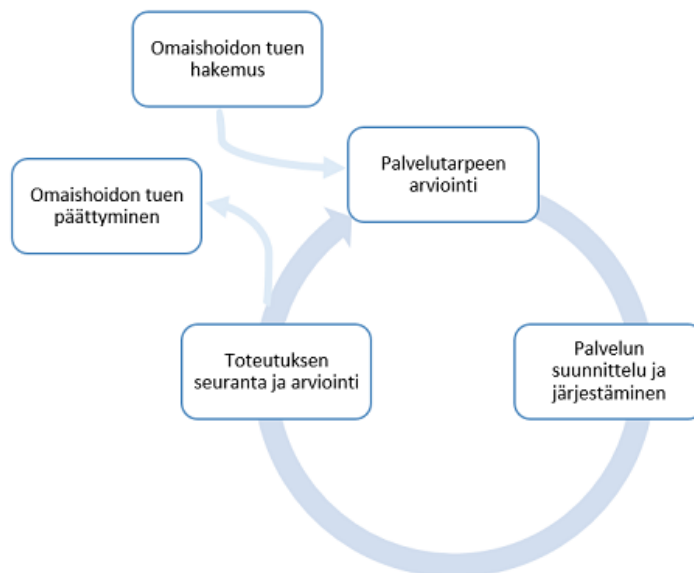
Omaishoidon palveluohjausta ohjaavat sosiaalihuoltolaki, omaishoitolaki ja, koska se on kunnan tai kuntayhtymän järjestämää, kunnan ohjeistukset. Sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) puhutaan sosiaaliohjauksesta ja asiakassuunnitelmasta tai muusta vastaavasta suunnitelmasta. Kuvassa 1 on esitetty sosiaalihuollon yleiset palveluprosessit, jotka ovat asian vireilletulokäsittely, palvelutarpeen arviointi, asiakkuuden suunnittelu, palvelun järjestäminen ja palvelun toteutus (Sosiaalihuollon palveluprosessit 2018). Kuvan 1 kuvaus on iäkkäiden palvelujen asiakkuudesta, mutta yleiset palveluprosessit ovat samat myös lapsiperheille ja työikäisille. Kaikille asiakasryhmille sosiaaliohjaus on yksi sosiaalipalvelu ja se on mukana niin asian vireilletulokäsittelyssä, palvelutarpeen arvioinnissa, asiakkuuden suunnittelussa kuin palvelun järjestämisessä. (Sosiaalihuollon palvelutehtäväkohtaiset palveluprosessit 2017).



Kuva 1. Sosiaalihuollon yleiset palveluprosessit, esimerkkinä tässä iäkkäiden palvelujen asiakkuus (Sosiaalihuollon palvelutehtäväkohtaiset palveluprosessit 2017)



Kunnallisen omaishoidon tuen yhteydessä sosiaaliohjauksesta käytetään yleisesti termiä palveluohjaus ja omaishoidon tuen viranhaltijat ovat usein nimikkeeltään palveluohjaajia. Tätä ei ole missään määrätty, mutta kuntien kotisivuille tekemäni tarkastelun perusteella esimerkiksi Turussa, Tampereella, Oulussa ja Kouvolassa sekä tämän työn tarkastelukohteessa Mikkelissä omaishoidon tuen työntekijät toimivat palveluohjaaja-nimikkeellä, Helsingissä he puolestaan toimivat sosiaaliohjaaja-nimikkeellä. Omaishoitolaissa (7. §) ei puhuta asiakassuunnitelmasta vaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta. Omaishoidon tuen palveluohjaus on pitkäjänteistä toimintaa, syklimäinen prosessi, jossa on tunnistettavissa useita vaiheita. Kuvan 2 mukaisesti se on tyypillisesti mukana palvelutarpeen arvioinnissa, palvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä sekä toteutuksen seurannassa ja arvioinnissa.



Kuva 2. Palveluohjaus omaishoidon tuessa

Palvelutarpeen arvioinnin suorittaa kunnan määräämä viranhaltija, joka usein on nimikkeeltään palveluohjaaja. Palvelutarpeen arvioinnissa voi olla käytössä erilaisia mittareita toimintakyvyn arvioimiseksi, mutta oleellista on myös työntekijän havainnointi arvioinnin yhteydessä sekä asiakkaan kuuleminen (Finne-Soveri ym. 2011). Palvelutarpeen arviointi tehdään yhteistyössä asiakkaan kanssa, ja sen tulee sisältää yhteenveto asiakkaan tilanteesta ja sosiaalipalvelujen ja tuen tarpeesta sekä asiakkaan mielipide ja näkemys palvelutarpeestaan (Sosiaalihoitolaki 37. §).

Hoito- ja palvelusuunnitelma pohjautuu palvelutarpeen arviointiin. Myös se tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Keskeisinä asioina siinä esitetään niin asiakkaan kuin palveluohjaajan arviot tuen tarpeesta, tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä sekä asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista sekä yhdessä esitetyt tavoitteet, joihin sosiaalihuollon palvelujen avulla pyritään. Mikäli palveluja ja tukitoimia on usealta hallinnon alalta, voidaan asiakkaan suostumuksella laatia sosiaalihuollon ja muiden hallinnon alojen palveluja ja tukitoimia koskeva yhteinen suunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan myös tiedot suunnitelman toteutumisen seurannasta ja tarpeiden uudelleen arvioinnista. (Sosiaalihuoltolaki 39. §.)

Omaishoidon tuesta päätettäessä palvelutarpeen arviointi vastaa muista syistä tehtävää palvelutarpeen arviointia, paitsi että arviointi tehdään sekä hoidettavan että hoitajan osalta (Finne-Soveri ym. 2011, 3). Tuen myöntäminen edellyttää, että myös omaishoitajan toimintakyky ja voimavarat arvioidaan huolellisesti ja laaja-alaisesti. Arviointi edellyttää yleensä kotikäyntiä ja havainnointia kotona, haastattelua ja keskustelua tuen hakijoiden kanssa ja sopivien mittareiden käyttöä. Arvioijan on tunnistettava omaishoitajan voimavarat, mitä positiivista hän kokee omaishoitajuudesta ja mitä keinoja hänellä on arjesta selviämiseen ja pyrittävä vahvistamaan näitä asioita. (Omaishoidon tuki... 2006, 24.) Nämä antavat eväitä oikeanlaisen tuen etsimiseen ja tarjoamiseen omaishoitajalle ja ne ovat näin ollen hoito- ja palvelusuunnitelman rakennuspalikoita. Omaishoitolain (3. a §, 7. §) mukaan paitsi omaishoidettavalle myös omaishoitajalle on tarjottava hänen hyvinvointiaan tukevia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja kirjattava ne hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakkaan tukena toimivalle omaiselle tai läheiselle on laadittava tarvittaessa oma suunnitelma (Sosiaalihuoltolaki 39. §).

Sosiaalihuoltolaissa (14. §) on mainittu tuen tarpeisiin vastaavat kunnalliset sosiaalipalvelut. Lisäksi mainitaan, että kaikkien asiakkaiden hyvinvointia voidaan edistää myös muilla kuin mainituilla sosiaalipalveluilla. Palvelujen tarjonta vaihtelee kuitenkin kunnittain ja riippuu kunnan niihin budjetoimasta rahamäärästä (Kaakkuriniemi ym. 2014, 56). Omaishoitotilannetta tukevia palvelu- ja tukimuotoja miettivän viranhaltijan – palveluohjaajan – olisi syytä huomioida seuraavia asioita: omaishoitajan ja hoidettavan tilanteet liittyvät toi-

siinsa, omaishoito on perheen arkea, jota pyritään tukemaan, ongelmien lii- säksi on arvioitava olemassa olevia voimavaroja, omaishoitaja on myös yh- teistyökumppani, perheen toimintakulttuuri on erilainen kuin palvelujärjestel- män (Omaishoidon tuki... 2006, 25–26).

Palveluohjaus on siis yksi omaishoidossa tarjottavista palvelumuodoista, jonka tehtävänä on arvioida palveluntarvetta ja selvittää ja järjestää sopivia palvelu- ja tukimuotoja. Omaishoidon palveluohjauksen tulisi olla yksilöllistä ja asiakas- lähtöistä, mikä merkitsee esimerkiksi oikeanlaisten, asiakasta hyödyttävien palvelujen tarjoamista ja järjestämistä, ja samanaikaisesti tasapuolista ja yh- denvertaista kunnan sisällä ja nyt suunnitteilla olevan sote-uudistuksen jäl- keen maakunnan sisällä.

## **4 OMAISHOITAJAN TUEN TARPEEN ARVIOINTIMITTARIT**

### **4.1 Yleistä**

Omaishoidossa arviointi ja suunnittelu lähtee hoidettavan tarpeista ja vaarana on, että omaishoitajan omat tarpeet jäävät vähemmälle huomiolle. Tähän ovat kiinnittäneet huomiota Valli (2015, 41) opinnäytetyössään ja Kaivolainen ym. (2011, 169) omaishoitoa koskevassa oppaassa. Yksi tapa varmistaa, että myös omaishoitajan tarpeet ja hyvinvointi huomioidaan systemaattisesti mutta yksilöllisesti, on sopivan, omaishoitajalle suunnatun mittarin käyttö palveluoh- jauksen ja toiminnan seurannan välineenä.

Yleisiä hyvinvoinnin ja elämänlaadun mittareita on olemassa maailmassa lu- kuisa määrä. Pelkästään omaishoitajan kuormittumisen arviointiin on kehitetty Whalen ja Buchholzin (2010) mukaan 74 seulovaa testiä ja Hudson ym. löysi- vät 62 saattohoidon omaisten hyvinvoinnin tai kuormittumisen mittaria (Juntu- nen & Salminen 2011, 7).

Elämänlaadun mittareilla selvitetään, miten hyvin ihminen kokee asioidensa olevan. Elämänlaadun mittarit voidaan jakaa terveyttä mittaaviin ja muita osa- alueita kuin terveyttä mittaaviin. Lisäksi voi olla mittareita, joissa mitataan sekä terveyttä (ainakin osittain) että muita osa-alueita. (Makai ym. 2014, 84–85.) Mittareita voi olla yleisiä, jolloin niissä käsitellään fyysinen, psyykkinen ja sosi-

aalinen elämänlaatu, usein myös ympäristö, tai johonkin suppeampaan alueeseen kehitettyjä. Mittareiden on hyvä olla mahdollisimman yksinkertaisia, jolloin niiden avulla on helppo ottaa puheeksi ja kartoittaa ihmisen hyvinvointia. (Karlsson 2013.) Mittareita voidaan käyttää, kun halutaan varmistua, että ihminen tulee kuulluksi, voimavarat tunnustetaan ja tuen tarve selvitetään ja oikeanlaista tukea tarjotaan. Oleellista on, että kysytään nimenomaan vastaajan kokemusta tai tuntemusta asiasta. Esimerkiksi tytär voi käydä auttamassa omaishoitajaa, mutta jos omaishoitaja ei koe sitä apuna, on se hänen elämänlaatunsa kannalta hyödytöntä ja merkityksetöntä.

Essoten OSSI-hankkeessa pilotoitiin kahta omaishoidon elämänlaadun mittaria, joita voi hyödyntää keskustelun pohjana, päätöksen teon tukena, sopivien palvelujen ja tukimuotojen tarjoamisessa, tavoitteiden asettamisessa sekä seurannassa (Karhula & Steffansson 2017). ASCOT SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta on kehitetty nimenomaan omaishoitajien elämänlaadun arvioimiseen, eikä tiedossa ole muita vastaavia mittareita. ASCOT SCT4 omaishoitajille -mittari käännettiin pilotin alettua virallisesti suomeksi, CES – Kokemukset omaishoidosta on käännetty tätä pilottia varten, eikä sen käänös ole virallinen. Mittareita ei ole siis aiemmin käytetty Suomessa. (Karhula 2017, Steffansson 2018.) COPE-indeksi ei ole elämänlaadun mittari, vaan omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arvioinnin mittari. Myös sitä pilotoitiin OSSI-hankkeessa ja vaikka se ei ole tämän työn piirissä, esittelen seuraavassa lyhyesti myös sen, sillä siinä käsitellään osittain samoja asioita kuin elämänlaadun mittareissa, se on Suomessa niitä tunnetumpi ja uskon, että sen käytössä olo saattaa olla syy siihen, ettei elämänlaadun mittaria otettaisi käyttöön. Pyrin siihen, että lukijalla on käsitys myös tästä ”kilpailijasta”.

## **4.2 ASCOT SCT4 omaishoitajille**

ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit, suomeksi Aikuissosiaalityön vaikutusmittauksen työkalupakki) on Iso-Britanniassa, Kentin yliopistossa aikuisten hoivaan liittyvän elämänlaadun mittaamiseksi kehitetty työkalupakki, jossa on erilaisia haastattelu-, kysely- ja havainnointilomakkeita erilaisiin hoivatilanteisiin. Lisäksi on tallennustyökalu tulosten käsittelyä varten. (ASCOT s.a. a.) Kolme mittaria on käännetty suomeksi jo aiemmin (ASCOT s.a. b).

ASCOTin SCT4 (four-level self completion tool, suomeksi nelitasoinen itse-täytettävä kysely) omaishoitajille -mittari on omaishoitajan itsensä täytettäväksi tarkoitettu mittari. Se on kehitetty hoivan saajalle tarkoitettusta SCT4-mittarista ja aiemmasta Kentin yliopiston kehittämästä Hoitajan kokemustutkimuksesta (Carer Experience Survey) tavoitteena saada hoivan saajan mittaria vastaava mittari, jotta mittareita voisi käyttää yhdessä sosiaalisten tukitoimien vaikutusten riippuvuuden selvittämiseksi hoidettavan ja hoitajan kannalta. Mittarin kehitystyössä Hoitajan kokemustutkimuksen seitsemän aihealuetta ja niiden teoreettinen pohja arvioitiin kirjallisuuden perusteella. Kysymysten kehittelyyn osallistui tutkijoita, omaishoitajia ja tukiryhmä, johon kuului muun muassa viranomaisia. (Rand ym. 2012, 2–4.) Aihealueita mittariin tuli seitsemän. Mittaria testasi 56 omaishoitajaa ja testauksen perusteella se jätettiin kolmitasoiseksi ja se otettiin osaksi Englannin kansallista aikuishoitajien sosiaalipalvelujen tutkimusta (Personal Social Services Survey of Adult Carers in England). Mittarin kansallisessa tutkimuksessa tuottaman tiedon analyysin ja vuonna 2012 tehtyjen omaishoitajien haastattelujen perusteella mittaria parannettiin edelleen lisäämällä vastaustasoja kolmesta neljään ja muokkaamalla sanamuotoja, jotta kysymyksistä saatiin mahdollisimman ymmärrettävät. Lisäksi kehitettiin haastattelulomake Carer INT4, joka täytetään haastatteleamalla omaishoitajaa. (Rand ym. 2015a, 2602.)

SCT4 omaishoitajalle -mittarissa neljä osa-aluetta on samoja kuin hoivan saajan SCT4-mittarissa: vaikutusmahdollisuudet päivittäiseen elämään, ajan vietto, ihmisten kanssa tekemisissä oleminen ja henkilökohtainen turvallisuus. Lisäksi hoitajalta kysytään itsensä huolehtimisesta, mahdollisuudesta olla oma itsensä sekä kannustuksen ja tuen saamisen tunteesta. Tarkoituksena on selvittää hoitajan kokemuksia (hoidon antajana), hänen elämänlaatuaan ja sosiaalisen tuen ja palvelujen vaikutusta niihin. Kustakin aihealueesta on yksi kysymys.

Alla on kuvattu, mitä aihealueiden valinnassa ja kysymysten muotoilussa huomioitiin mittaria kehitettäessä, ja muita kysymyksiin liittyviä asioita.

**Ajan käyttöä** koskevassa kysymyksessä on oleellista, voiko hoitaja tehdä itselleen tärkeitä ja mieluisia asioita. Nämä asiat voivat olla esimerkiksi harrastuksia, palkkatyötä tai vapaaehtoistyötä. (Rand ym. 2012, 11.)

**Omaan päivittäiseen elämään vaikuttaminen** kuvaa, kuinka sidottu omaishoitaja on hoitoon ja hoidettavaan. Hän ei ehkä pysty tekemään suunnitelmia, hän on epävarma tulevaisuuden suhteen ja hän tuntee, että hänen vapautensa on viety. Vaikuttamisen menettäminen voi tulla myös vaikeuksista terveydenhuoltojärjestelmän kanssa tai siitä, että vieraat ihmiset, esimerkiksi kotihoito, käy jatkuvasti hoitajan ja hoidettavan kotona. (Rand ym. 2012 10–11.) Erityisesti esimerkiksi Tikkasen (2016 209–210) mainitsemat lääkehoidon suorittaminen tiettyyn aikaan ja palvelujärjestelmän aikakäsityksen erilaisuus kodin aikakäsitykseen verrattuna vievät vaikutusmahdollisuuksia.

**Itsestä huolehtiminen**, kuten syöminen ja nukkuminen, voi kirjallisuuden mukaan olla vaarassa, mikäli hoitotyö vie niin paljon aikaa tai hoitaja asettaa hoidettavan tarpeet omiensa edelle (Rand ym. 2012, 10). Pohjois-Suomen ikäihmistien asiakasprosesseja työstäneen asiantuntijatyöryhmän mukaan ihmisiltä vaaditaan entistä enemmän vastuunottoa omasta hyvinvoinnistaan (Ikäihmistien tulevaisuuden... 2016, 10). Omaishoitajilla energiaa tai aikaa ei välttämättä ole itsestä huolehtimiseen.

**Hoitajan turvallisuutta** koskevalla kysymyksellä halutaan selvittää nimenomaan omaishoitajuudesta aiheutuvia turvallisuusuhkia. Kirjallisuushaussa ei tullut selkeästi esiin fyysisen ponnistelun, esimerkiksi nostamisen aiheuttama turvallisuusriski. Sen sijaan hoidettavan yllättävä tai väkivaltainen käyttäytyminen turvallisuusriskinä esiintyi kirjallisuudessa. (Rand ym. 2012, 12.)

**Sosiaalisen kanssakäymisen** oli kirjallisuudessa mainittu olevan yhteydessä elämänlaatuun. Vaarana on, että hoitajalle ei hoitovelvollisuudelta jää aikaa tai voimia pitää yhteyttä tai että ihmiset, joiden kanssa hoitaja on ollut tekemisissä, kyllästyvät hoitotilanteeseen tai eivät tiedä mitä sanoa ja jättävät siksi yhteydenpidon hoitajaan. (Rand ym. 2012, 10). Tähän tekemääni opinnäytetyöhön liittyvässä työpajassa tuli esiin, että on myös mahdollista, että jos omaishoitaja on kovin kiinni hoitotyössä, ei hänellä ehkä ole enää mitään muuta puhuttavaa eikä siksi viitsi ottaa yhteyttä kehenkään.

**Kysymys ajasta ja tilasta olla oma itsensä** lisättiin, koska se tuli esiin omaishoitajien taholta ja koska se voi kertoa jotain sosiaalisen tuen toimivuudesta. Hoidettavalla voi esimerkiksi olla intervallipaikka ja hoitajalla vapaa-päivä, mutta hän ei silti pysty olemaan oma itsensä, koska ei luota hoitopaikkaan ja huolehtii siksi jatkuvasti hoidettavasta eikä pysty rentoutumaan. (Rand ym. 2012, 15.) Kirjallisuudessa oman ajan ja tilan tarvetta ei juurikaan käsitelty. Esiin nousi paineen tunne, että on oltava jatkuvasti hoidettavan kanssa (Greenwood ym. 2009, Rand ym. 2012, 12 mukaan). Tikkanen (2016, 209) puhuu pakosta olla samassa rytmissä hoidettavan kanssa.

**Tuen ja kannustuksen saamista** käsiteltiin kehitystyön perustana olleessa kirjallisuudessa paljon. Tässä tuella ja kannustuksella tarkoitetaan niin viralliselta kuin epäviralliseltakin taholta tulevaa tukea ja kannustusta. Haluttiin kysyä tuen ja kannustuksen saamisen kokemuksesta eikä tuen ja kannustuksen saamisesta, sillä kirjallisuuskatsauksessa löytyi viitteitä siitä, että sillä, miten omaishoitaja kokee saavansa tukea ja kannustusta on suurempi merkitys kuin todellisella tuen ja kannustuksen määrällä. Lisäksi tukea voi olla tarjolla, mutta se voi olla vääränlaista, jolloin sillä voi olla pikemminkin stressaava kuin auttava vaikutus omaishoitajan elämänlaatuun. Yleensä kirjallisuuden perusteella hoitaja, joka koki saavansa tukea ja kannustusta koki elämänlaatunsa ja terveytensä paremmaksi ja stressiä ja masennusta esiintyi vähemmän. Kirjallisuudesta löytyi kuitenkin myös tutkimuskatsaus, jonka mukaan sosiaalinen tuki ja kannustus eivät suojaa stressiltä. Ilmeisesti tuki ei silloin vastaa tarpeita. (Rand ym. 2012, 9–10.)

Näissä seitsemässä kohdassa on kussakin siis neljä vastausvaihtoehtoa valittavana, joista ensimmäinen kuvaa ideaalitulannetta. Toiseksi parhaassa vaihtoehdossa kyseisellä osa-alueella vastaajan tarpeet täyttyvät riittävästi, mutta eivät niin hyvin kuin hän haluaisi. Kolmannessa vaihtoehdossa tarpeet jäävät siinä määrin tyydyttymättä, että sillä on vaikutusta vastaajan elämänlaatuun. Viimeisessä vaihtoehdossa tarpeet jäävät täysin tyydyttymättä, mikä jollakin aikavälillä väistämättä vaikuttaa vastaajan psyykkiseen tai fyysiseen terveyteen, ellei asiaan puututa. (Netten ym. 2011, 4.)

### 4.3 CES – Kokemukset omaishoidosta

CES (Carer Experience Scale, suomeksi (epävirallinen käännös) Kokemukset omaishoidosta) on elämänlaadun mittari, jota voidaan hyödyntää taloudellisessa arvioinnissa (The Carer Experience Scale s.a.). Se on kehitetty 2000-luvulla Englannissa, koska oli tarve mitata omaishoitajuuden ja sen tukitoimien vaikutuksia laajemmin kuin pelkästään terveydentilaan. Ennestään oli olemassa mittareita, jotka tuottivat tietoa terveyshyödyistä, mutta eivät esimerkiksi siitä, oliko vaikkapa tietyn sairauden koulutuksesta hyötyä omaishoitajalle. Myös omaishoitajan elämänlaadun mittareita oli jo olemassa, mutta ne keskittyivät usein rajoitettuun aihealueeseen, kuten kuormitukseen eivätkä ne soveltuneet hyödynnettäväksi taloudellisessa arvioinnissa. (Al-Janabi ym. 2008, 111–112.)

CES – Kokemukset omaishoidosta (jatkossa myös CES) kuuluu ICECAP-mittareihin, jotka ovat hyvinvointimittareita, joissa hyvinvointi määritellään yksilön kykyä tehdä ja olla sitä, mikä elämässä on tärkeää (The Carer Experience Scale s.a.).

Mittarin kehitystyössä etsittiin ensin kirjallisuushaulla hoitokokemuksista tehtyjä tutkimuksia. Kehittämistyöhön mukaan hyväksytyissä tutkimuksissa esiintyneet kokemukset ryhmiteltiin, jolloin muodostui kuusi aihealuetta. Sen jälkeen vuosina 2006–2007 haastateltiin 16 omaishoitajaa. Näiden haastattelujen avulla muotoiltiin nuo kuusi aihealuetta ymmärrettäviksi ja hahmoteltiin vastaustasot. Vastausvaihtoehtojen määräksi mietittiin kolmea tai neljää, omaishoitajien palautteen perusteella määräksi päätettiin kolme. (Al-Janabi ym. 2008, 112–117.) Lopullisiksi aihealueiksi muodostuivat: 1) Muu kuin omaishoitajuuteen liittyvä tekeminen, 2) Tuki perheeltä ja ystäviltä, 3) Virallinen tuki, 4) Tyydytyksen tunne, 5) Vaikutusmahdollisuudet, 6) Toimeen tuleminen hoidettavan kanssa (Al-Janabi ym. 2008, 117–118).

CES mittaa omaishoidon sosiaalista aspektia. Se ei selvitä suoraan omaishoitajan fyysistä toimintakykyä tai taloudellista tilannetta. Vaikka näitä asioita käsitellään monissa elämänlaadun mittareissa, ne eivät tämän mittarin kehitystyössä esiintyneet riippumattomina teemoina, vaan linkittyivät yhteen tai useampaan kuudesta aihealueesta. Mikäli ne olisivat olleet mittarissa vielä omina



kohtinaan, olisi ne mahdollisesti tullut huomioduksi kahteen kertaan. (Al-Ja-nabi ym. 2008, 118.)

#### 4.4 COPE-indeksi

COPE (Carers of Older People in Europe) -indeksi on kehitetty omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointiin usean Euroopan maan yhteistyönä. COPE ei ota huomioon kulttuurieroja ja se on tarkoitettu helposti toteutettavaksi ensivaiheen arviointimenetelmäksi. COPE-indeksi selvittää omaishoidosta aiheutuvia positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia omaishoitajan elämään. Vaikka hoitajan kuormittuneisuutta mittaavia mittareita on olemassa useita, vain muutamassa otetaan huomioon myös omaishoidon tuottamat myönteiset merkitykset. (Juntunen & Salminen 2011, 7.)

Kela on kääntänyt suomeksi vuonna 2010 ja julkaissut vuonna 2011 COPE-indeksin uusimman version, jossa on taustatietokysymykset, 15 varsinaista kysymystä ja lopussa avoin kysymys, johon voi vapaasti kirjoittaa. Varsinaiset kysymykset voidaan ryhmitellä kolmeen osa-alueeseen: seitsemän kysymystä on kielteinen vaikutus -osa-alueesta, neljä kysymystä myönteinen merkitys -osa-alueesta ja neljä kysymystä tuen laatu -osa-alueesta. Jokaisessa kysymyksessä on neljä vastausvaihtoehtoa. Osa-aluekohtaisesti yhteenlasketut pisteet antavat tietoa omaishoitajan tilanteesta. Tiettyjä raja-arvoja osa-alueiden pisteille ei ole, sillä sellaisten asettaminen vaatisi enemmän tutkimustietoa. Seuraavat ohjeavot on kuitenkin:

- jos kielteinen vaikutus -osa-alueen pisteet ovat > 15 tai positiivinen merkitys -osa-alueen pisteet < 10 tai tuen laatu -osa-alueen pisteet < 6, omaishoitajan tilanne tulee arvioida huolella
- jos kaikki edellä mainitut pisterajat täyttyvät, pitää sekä omaishoitajan että hoidettavan tilanne arvioida pikaisesti huolella.

COPE sopii hyvin sekä keskustelun tueksi että arviointivälineeksi, eikä sen käyttö edellytä koulutusta. Se on subjektiivinen, joten sen avulla saadaan esiin omaishoitajan näkökulma. (Juntunen & Salminen 2001, 10–12.)

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee COPE-indeksin käyttöä esitietolomakkeena omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa (Kuntainfo: omaishoitajien... 2015). COPE:n käyttö uusinta-arvioinnissa on suositeltavaa vain silloin, kun omaishoitotilanne muuttuu. (Juntunen & Salminen 2011, 10–

13.) COPEa voidaan käyttää omaishoitajien tukimuotojen kehittämiseen (Juntunen & Salminen 2011, 13). COPE-indeksi löytyy THL:n ylläpitämästä TOIMIA-tietokannasta.

#### 4.5 Yhteenveto esitellyistä mittareista

Kaikki kolme mittaria on kehitetty 2000-luvulla. SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta on kehitetty Iso-Britanniassa ja COPE-indeksi eurooppalaisena yhteistyönä, siinäkin vastuuhenkilöinä oli britit: kaksi professoria Sheffieldin yliopistosta (ASCOT; Al-Janabi ym. 2008; Juntunen & Salminen 2011, 3). Taulukossa 1 on vertailtu kyseisten mittarien rakenteita. Paitsi sisältö myös rakenne vaikuttaa mittarin käyttökelpoisuuteen eri tilanteissa. SCT4 omaishoitajalle -mittarin ja CES-mittarin kysymysten määrä eroaa vain yhdellä, mutta toisessa mittari on kolmisivuinen ja toisessa kaikki kysymyksen mahtuvat yhdelle sivulle. Minkään mittarin kehittämistä käsitelleessä kirjallisuudessa ei kerrottu siitä, miten mittarin ulkoasua mietittiin kehitystyössä. Itse koen, että jos mittari on ainoa käsiteltävä asia tapaamisella, voi se olla laajempikin, mutta mikäli samalla tapaamisella käydään läpi useita asioita, lyhyt yksisivuinen mittari on parempi.

Taulukko 1. Tarkasteltujen mittareiden vertailu

Mittari	Kysymyksiä	Vastaus-tasoja	Sivumäärä	Positiivisia vaikutuksia	Negatiivisia vaikutuksia
SCT4 omaishoitajalle	7	4	3	ei	ei
CES	6	3	1	kyllä	ei
COPE	15	4	3	kyllä	kyllä

SCT4 omaishoitajille ja CES sisältävät osin samoja aihealueita. Oman ajan käyttöä ja siihen vaikuttamista käsittelee neljä SCT4 omaishoitajille -mittarin ja yksi CES-mittarin osa-alue. Tukea ja kannustusta käsittelee yksi SCT4 omaishoitajille -mittarin ja kaksi CES-mittarin osa-aluetta. Itsestä huolehtimisesta ja turvallisuutta käsitellään vain SCT4 omaishoitajille -mittarissa, kun taas omaishoidon tuottamaa tyydytystä, vaikutusmahdollisuuksia hoitoon ja suhdetta hoitettavaan käsitellään vain CES-mittarissa.

Eroihin vaikuttavat erilaiset kehittämisen lähtökohdat ja se, mitä omaishoitajat ovat kehitystyöhön liittyvissä haastatteluissa tuoneet esiin, sekä se, että mittarit on kehitetty erilaisia tarkoituksia varten (ks. Rand ym. 2015; Al-Janabi ym. 2008). Esimerkiksi omaishoidon antama tyydytyksen tunne kuvaa hoitajan motivaatiota ja tarkoituksen löytämistä hoitajana toimimisesta. On kuitenkin epäselvää, kuinka tähän tyydytyksen tunteeseen voitaisiin vaikuttaa sosiaali- tuella ja -palveluilla, joten sitä ei ole mukana ASCOT SCT4 omaishoitajalle -mittarissa. (Rand ym. 2012, 15.)

Suhde hoidettavaan on merkittävä elämänlaatuun vaikuttava tekijä, ja siihen voidaan vaikuttaa myös sosiaalipalveluilla, esimerkiksi neuvomalla ja tuke- malla ymmärtämään hoidettavan muuttunutta käytöstä tai tarjoamalla hoita- jalle omaa aikaa vapaa-ajan järjestelyin. Tätä aihe-aluetta ei kuitenkaan ole mukana SCT4 omaishoitajalle-mittarissa, mutta sen mittaamista on suunnit- teltu testattavan. (Rand ym. 2012, 16.)

Kummassakaan mittarissa ei käsitellä terveyttä tai raha-asioita omana kohta- naan, mitä CES:n kohdalla perustellaan sillä, että niiden katsotaan liittyvän tai osittain sisältyvän yhteen tai useampaan mittarin kohtaan ja jos niitä kysyttäi- siin erikseen, voisi niiden vaikutus näkyä liian suurena (Al-Janabi 2008, 118).

COPE-indeksissä kysymyksiä on selvästi enemmän kuin elämänlaadun mittareissa ja ne ovat osittain samoja kuin niissä. Esimerkiksi tuen saamisen koke- musta käsitellään neljässä kysymyksessä, omaishoidon positiivisia kokemuk- sia kolmessa kysymyksessä ja kahdessa kysymyksessä käsitellään omaa ai- kaa. COPE-indeksissä ei käsitellä lainkaan omaishoitotilanteen turvallisuutta, mikä esiintyy SCT4 omaishoitajalle -mittarissa eikä vaikutusvaltaa, mikä esiin- tyy CES-mittarissa. COPE-indeksin kysymykset ovat suljettuja, kun taas pilo- toitavissa mittareissa ne ovat avoimia (SCT4 omaishoitajille) tai ne ovat väittä- miä (CES) – kummassakin tapauksessa ne ovat neutraaleja. Useiden asioi- den kysyminen negatiivisessa muodossa ja hyvin suoraan on COPE-indeksin piirre. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi omaishoidon vaikutus hoitajan fyysi- seen terveyteen, taloudelliseen tilanteeseen ja suhde (muihin) perheenjäse- niin.

Omaishoidon positiivisesta kokemuksesta kysytään CES-mittarissa ja COPE-indeksissä. Kysymys on uskoakseni tärkeä yleiskuvan antaja omaishoitotilanteesta.

COPE-indeksi ei siis ole elämänlaadun mittari, vaikkakin se huomioi omaishoitajien kokemuksen ja monia elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.

## **5 TYÖVÄLINEEN KEHITTÄMINEN PALVELUOHJAUKSEN TUEKSI**

### **5.1 Kehittämistyön taustaa**

Tässä työssä kehittämisympäristönä oli Mikkelin alueen omaishoito OSSI-hankkeen puitteissa. Mikkelin kuuluu Essoteen, Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymään seitsemän muun kunnan kanssa (Jäsenkunnat 2016). Omaishoidon tuen hakeminen ja kriteerit ovat yhteiset koko Essoten alueella: hakemuskaavake on sama kaikilla kunnilla, Essoten kuntayhtymän hallitus vahvistaa omaishoidon tuen myöntämisperusteet ja Essote päättää, kuinka paljon se varaa rahaa omaishoidon tukeen kunnissa (Omaishoidon tuen... 2017).

Essoten alueella omaishoidon tukea hakeneille on arviointijakso, jonka kesto on yhdestä neljään viikkoon. Arviointijaksoon kuuluu kaksi kotikäyntiä, arviointikäynti ja suunnitelmakäynti, joilla omaishoidon tuen palveluohjaaja, josta myös tulee omatyöntekijä, arvioi omaishoidon tuen myöntämisperusteiden täyttymistä ja tekee suunnitelman asiakkaiden kanssa. Mukana voi olla tarpeen mukaan ja asiakkaan kanssa sovittaessa myös muita ammattihenkilöitä, esimerkiksi kuntoutuksen asiantuntija. (Omaishoidon sääntökirja 2018 s.a.)

Omaishoidon tuen päätökset käsitellään kussakin kunnassa itsenäisesti ja varsinaiset omaishoidon tuen päätökset tehdään keskitetysti Mikkelissä viranhaltijan toimesta. Tällä pyritään tasoittamaan kuntakohtaisia eroja. Lisäksi asiakkaan oikeusturvan toteutumista parantaa, että päätöksentekijä on eri kuin asiakkaan vastuutyöntekijä tai muu asioista vastaava työntekijä. Samalla päätöksentekoprosessissa varmistuu riittävän asiantuntemuksen täyttyminen. (Kaipainen 2018.)

Omaishoidon tuen asiakasmäärän keskiarvo koko Essoten alueella oli 650 vuonna 2017 (Helminen 2018).

OSSI-hanke on yksi sosiaali- ja terveysministeriön alaisen hallituksen kärkihankkeen Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa kokeiluhanke. Hankkeen virallinen nimi on Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-hanke 2016–2018. Hanketta hallinnoi Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Essote ja siinä on osatoteuttajina myös muita sosiaali- ja terveystyöryhmiä, ammattikorkeakouluja ja järjestötoimijoita. Lisäksi mukana on lukuisa joukko yhteistyökumppaneita. (Etelä-Savon asiakaslähtöinen... 2017.)

OSSI-hankkeen päätavoitteena on kehittää nykyistä yhdenvertaisemmat, paremmin koordinoituneet ja kustannusten kasvua hillitsevät palvelut Etelä-Savon maakunnassa (Etelä-Savon asiakaslähtöinen... 2017). Hanke on laaja, ja se on jaettu neljään osa-alueeseen, joiden tavoitteet ovat (Kehitetään ikäihmisten... 2017):

1. OSSI omais- ja perhehoidon osaamiskeskuksen perustaminen ja verkostomaisen toimintatavan kehittäminen
2. Toimintamallien kehittäminen ja juurruttaminen muistisairaiden, päihde- ja mielenterveyskuntoutujien ja vammaisten lasten omais- ja perhehoitoon sekä kuntoutukseen sekä lääkehoitoon
3. Omais- ja perhehoidon koulutusten, valmennusten ja sijaistusten kehittäminen ja mallintaminen
4. Digitaaliset ratkaisut

Hankkeen osa-alueissa toteutetaan pilotteja eli kehittämiskokeiluja (Kehitetään ikäihmisten... 2017).

## **5.2 Kehittämistyön lähtökohdat ja aikataulu**

Tutustuin OSSI-hankkeeseen erään harjoittelun aikana ja se oli minusta aiheeltaan kiinnostava ja tehokkaasti koordinoitu. Ilmaisin kiinnostukseni tehdä hankkeen puitteissa opinnäytetyö, ja hankkeessa projektikoordinaattorina toimivan palveluohjaajan suosituksesta otin yhteyttä hankkeessa mukana olevaan tutkijaan. Hänen kanssaan puhuimme ensin puhelimitse ja heinäkuun 2017 tapaamisessa sovimme, että tekisin opinnäytetyön hankkeessa ja että

hän tulisi ohjaajakseni. Tarkempi aiheen määrittely tehtiin lokakuussa. Opinnäytetyöni liittyi hankkeen ensimmäiseen osa-alueeseen, OSSI omaishoidon ja perhehoidon osaamiskeskuksen perustaminen ja verkostomaisen työtavan kehittäminen. Osa-alueeseen kuului myös osaamiskeskuksen toimiminen alustana uusien toimintamallien ja menetelmien kokeilulle. Kehittämistyössä haluttiin muun muassa parantaa omaishoitoperheille annettavien palvelujen ja tuen laatua, vaikuttavuutta ja arviointia sekä tarpeiden ennakoitua. (Kehitetään ikäihmisten... 2017.) Tähän liittyi pilotti, jossa oli tavoitteena kehittää omaishoitoprosessin alkuarviointijaksoa ja jonka puitteissa tein opinnäytetyöni liittyen omaishoitajan elämänlaadun mittareiden ja näistä saatavien tietojen hyödyntämiseen ja mittareiden käytön juurruttamiseen käytännössä.

Pilotti alkoi keväällä 2017. Ennen mukaan tuloani oli alkuarviointijakson eli omaishoidon tuen hakemisen ja myöntämisen olemassa oleva käytäntö kuvattu. Samoin oli kuvattu yksityiskohtaisesti kehitettävä käytäntö, miten prosessi etenee, mitä tehdään missäkin vaiheessa ja kuka tekee, ja sitä oli ruvettu testaamaan käytännössä. Kokeiltavaan käytäntöön haluttiin mukaan testattavaksi arviointimittareita. Näitä oli pilotissa kartoitettu sekä omaishoidettavalle että omaishoitajalle, valittu niistä sopivimmat ja aloitettu niiden testaaminen alkuarviointijaksolla. Omaishoitajan arviointimittareista kokeiltiin kahta elämänlaadun mittaria, ASCOT SCT4 omaishoitajalle ja CES – Kokemukset omaishoidosta, joista toinen oli tarkoitus ottaa testauksen jälkeen palveluohjaajien käyttöön, sekä tuen tarpeen arviointiin tarkoitettua COPE-indeksiä, jota testattiin omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa. Syys-lokakuussa 2017 pilotin ensimmäinen vaihe päättyi reflektointiin ja toinen vaihe alkoi. (Karhula ym. 2017; Karhula & Steffansson 2017.) Tähän vaiheeseen osui myös minun opinnäytetyöni aloitus. Pilotin toisessa vaiheessa jatkettiin alkuarviointijakson käytäntöjen kehittämistä ensimmäisen vaiheen kokemusten pohjalta (Karhula & Steffansson 2017). Pilotti päättyi OSSI-hankkeen loppuessa lokakuussa 2018. Sitä ennen käytäntöjä kehitetään edelleen saatujen kokemusten pohjalta. Tavoitteena on, että pilotissa kehitetyt hyviksi havaitut käytännöt otetaan pysyvästi käyttöön ensin OSSI-keskuksessa ja sitten koko Essoten ja tulevaisuudessa maakunnan alueella.

Omaishoitajan elämänlaadun arviointimittareiden (ASCOT SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta) osalta pilotissa oli tavoitteena selvittää mittareiden käyttöä omaishoidon palveluohjauksen välineenä tukipäätöksen teossa, palvelusuunnitelman tekemisessä sekä suunnitelman mukaisten palvelujen vaikuttavuuden arvioinnissa ja seurannassa. Pilotin ensimmäisessä vaiheessa OSSI-hankkeen työntekijä testasi mittareita kotikäynneillä ja toisessa vaiheessa niiden käyttöä juurrutettiin palveluohjaajille. Mittareita käytettiin ensin arviointikäynneillä ja myöhemmin niitä on tarkoitus käyttää seurantaikäynneillä. Tarkoituksena oli pilotin jälkeen valita jompikumpi mittari pysyvään käyttöön. (Karhula 2017; Steffansson 2018.)

Pilotin suunnitelmissa oli, että omaishoitajan elämänlaadun mittarit lähetetään omaishoitajalle tai omaishoidon tukea hakevalle etukäteen täytettäväksi, jotta omaishoitaja voi niiden avulla pohtia omaa tilannettaan, mitkä asiat ovat hyvin ja mitkä huonosti. Mittareiden vastauksia palveluohjaaja sitten käyttää keskustelun pohjana kotikäynneillä eli arviointi- ja suunnitelmakäynneillä ja hoito- ja palvelusuunnitelman tukena. Tavoitteena on löytää yhdessä mittareiden tuloksista keskusteltaessa omaishoitajan voimavarat ja tuen tarpeet ja niihin sopivat keinot sekä kirjata ne hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Karhula & Steffansson 2017.) Mittarit myös auttavat omaishoitajaa tuomaan esiin asioita, esimerkiksi kaltoinkohtelua tai ristiriitoja omaishoidettavan kanssa, joita hän ei ehkä muuten oma-aloitteisesti nostaisi esiin. Arviointikäynnille mennessään palveluohjaaja antoi COPE-indeksilomakkeen omaishoitajalle täytettäväksi ja mukaan otettavaksi hyvinvointi- ja terveystarkastukseen (Saukkonen 2018).

Opinnäytetyön alussa asettamani aikataulusuunnitelman mukaan tavoitteeni oli tehdä marras-joulukuussa pitkälti kirjallista osuutta ja pitää jonkinlainen ryhmäkeskustelu, jonka toteutustapa alkuvaiheessa oli vielä varsin epämääräinen, ja vuoden vaihteen jälkeen työstää ryhmäkeskustelun materiaalia työvälineeksi sekä täydentää kirjallista osuutta. Ajatuksenani oli saada opinnäytetyö valmiiksi maaliskuussa 2017. Kuten taulukosta 2 käy ilmi, käytännössä aikataulu pysyi tammikuuhun asti, mutta sitten työn tekeminen hidastui, vaikka työ oli siinä vaiheessa lähinnä täydentämistä ja muokkaamista. Syitä tähän käyn läpi pohdintaosuudessa.

Taulukko 2. Opinnäytetyön eteneminen

Ajankohta	Työn vaihe
Heinäkuu 2017	Alustava keskustelu
Syys-lokakuu 2017	Aiheen pohdiskelua, OSSI-hankkeen pilottiin tutustuminen, aiheeseen perehtyminen
Marraskuu 2017	Aiheen vahvistaminen, tiedonhaku, työpajan suunnittelu, teoriaosuuden kirjoittamista
Joulukuu 2017	Työpajan tulosten työstäminen, täydennys- ja kommentointipyynnöt, teoriaosuuden kirjoittamista
Tammikuu 2018	Työvälineen työstäminen
Helmi-toukokuu 2018	Kirjallisen osion ja työvälineen täydentämistä ja muokkaamista, esitysseminaari

### 5.3 Kehittämistyön tavoitteet

Opinnäytetyöni tavoitteena oli parantaa omaishoidon palveluohjausta kehittämällä työväline edellä mainittujen elämänlaadun mittarien käytön tueksi ja samalla juurruttaa mittarien käyttöä palveluohjauksessa. Tavoite määritteli myös sen, että opinnäytetyöstä tuli toiminnallinen kehittäminen.

Ajatuksena oli, että kehitettävä työväline sisältää palveluohjaajille vinkkejä, miten edetä, kun elämänlaadun mittarit osoittavat jonkin asian olevan erityisen hyvin tai huonosti. Ideaalia olisi, että sekä palveluohjaaja että omaishoitaja huomioisivat mittarien avulla hyvin olevat asiat voimavarana ja huonosti olevia pyrittäisiin ratkaisemaan niin, että ongelmanratkaisusta tulisi tavoite.

Laajempaan tavoitteeseen oli, että tuotos osaltaan edesauttaisi, että omaishoitajan palveluohjaus entistä paremmin huomioi omaishoitajan jaksamisen ja elämänlaadun, varmistaisi omaishoitajan kuulemisen ja oikeanlaisen tuen järjestämisen ja että näitä olisi mahdollista arvioida ja seurata systemaattisesti ja yhdenmukaisesti.

### 5.4 Juurruttaminen

#### 5.4.1 Juurruttamiseen vaikuttavia tekijöitä

Juuruttaminen on vuorovaikutusprosessi, jossa tavoitteena on saada kehittämistyön tulos, esimerkiksi uusi toimintatapa, osaksi normaalia käytäntöä (ks.



Peltola & Vuorento 2007, 24–25). Toimintatavan muutos tapahtuu harvoin itseksensä ja ylipäättään organisaatioissa tehdyistä muutoksista epäonnistuu Kotterin (1996) mukaan 70 %. Yleensä muutokset herättävät vastarintaa. Uudet toimintatavat tuntuvat vievän aikaa enemmän kuin vanhat, ne sotkevat rutiinit. Kun kehittämistyössä on useita osapuolia, työtä vaikeuttaa kunkin osapuolen omien toimintatapojen ja oman reviirin puolustaminen (Peltola & Vuorento 2007, 66).

Liikkeenjohdon konsultti Karl-Magnus Spiik on muokannut Kotterin ajatusten pohjalta työkalun Onnistunut muutos (Spiik s.a.):

1. Muutoksen tärkeyden tiedostaminen: on tärkeää, että jokainen organisaatiossa tietää, miksi muutos on tärkeä.
2. Ohjaavan tiimin perustaminen.
3. Päämäärä ajattelun ja toiminnan ohjaamiseksi.
4. Muutoksen visiosta viestiminen toistuvasti. Toistuvuus muokkaa asennetta.
5. Tiimin ja henkilöstön valtuuttaminen: yhdessä tekeminen sitouttaa.
6. Lyhyen aikavälin onnistumisten huomiointi.
7. Parannuksen vakiinnuttaminen, positiivinen kannustus ja palautteet.
8. Toimintatavan juurruttaminen. Toistaminen on avain juurruttamiseen.

Työkalussa juurruttaminen on siis muutoksen toteuttamisen viimeisenä kohtana, jonka menetelmänä on toistaminen. Kuitenkin juurruttaminen on laajempi prosessi, johon vaikuttaa moni asia. Peltola & Vuorento (2007) ovat selvittäneet, millaisia juurruttamiseen vaikuttavia tekijöitä työllistymispalvelujen kehittämishankkeissa on ollut. Esittelen tässä joitakin heidän selvityksensä tuloksia, jotka ovat mielestäni yleistettävissä myös muuhun kehittämistoimintaan. Yleisesti ottaen kehittämisessä on tavoitteena muutos. Toisaalta kehittämistyötä tehdään aina tietyssä ympäristössä, joka ei ole staattinen vaan myös muutoksessa. Ympäristön muutos vaikuttaa myös kehittämistyöhön ja tulosten juurruttamiseen, joko edistävästi tai hankaloittavasti (Heffron 1989, 152; Peltolan & Vuorenon 2007, 19–20 mukaan). Näin esimerkiksi lähtökohdiltaan hyvinkin suunniteltu kehityshanke voi ympäristön muuttuessa muuttua jopa täysin tarpeettomaksi. Juurruttaminen on hyvä huomioida jo kehityshankkeen alussa ja ottaa se osaksi hanketta, vaikka alkuvaiheessa tarkkojen suunnitelmien teko onkin hankalaa. Hankkeen edetessä onkin tärkeää arvioida myös

juurruttamista ja tarvittaessa muuttaa suunnitelmia (Peltola & Vuorento 2007, 61).

Juuruttamisen onnistumista lisää huomattavasti se, että kehitettävä toiminta on eri osapuolten mukaan tarvelähtöistä ja hyödyllistä, jolloin motivaatio juurruttamiseen syntyy itsestään. Lisäksi selvityksen mukaan tärkeitä ovat henkilökohtaiset suhteet ja avoimet keskustelut. (Peltola & Vuorento 2007, 60, 63.)

Organisaatiotasolla keskeinen kehittämistyön tulosten juurruttamiseen vaikuttava tekijä on se, kuinka lähellä sisällöllisesti ja fyysisesti kehittämistyön tavoite on sitä organisaation ydintoimintaa, johon kehittämistyön tulos on tarkoitus juurruttaa: Jos kehittämisen kohteena on ydintoiminnassa havaittu puute tai tarve, on tulosten juurruttaminen yleensä helppoa. Mikäli kehittämistyö sivuaa ydintoimintaa, vaikuttaa juurruttamiseen se, kuinka kehittämishankkeen aikana pystytään tuomaan esille uudenlaisen toiminnan hyötyjä. Mikäli kehittämistyö ei olennaisesti liity organisaation ydintoimintaan, on juurruttaminen erittäin hankalaa. Fyysinen läheisyys tarkoittaa kehittämistyön ottamista osaksi ydintoimintaa jo kehittämisen aikana, tiivistä yhteydenpitoa ja ydintoiminnan työntekijöiden ottamista mukaan kehittämiseen. Läheinen yhteys ydintoimintaan ei kuitenkaan takaa uuden toimintamallin juurtumista, mikäli käyttöönottajilla ei ole käytettävissä tarpeeksi resursseja tai valmiutta asennemuutokseen. Erityisesti käyttöönottajissa herättää ristiriitaisia tunteita, jos kehittämistyöhön käytetään paljon resursseja, mutta perustoiminnan resurssit pysyvät niukkoina (Peltola & Vuorento 2007, 74–80.)

#### **5.4.2 Juurruttamismenetelmiä**

Juuruttamismenetelmiä pohtiessani huomioin tässä työssä juurruttamiseen vaikuttavina tekijöinä edellisessä alaluvussa mainitut Spiikin mainitseman toiston ja Peltolan ja Vuorenon esittämän fyysisen läheisyyden, joka ilmenee muun muassa yhteydenpitona ja työntekijöiden ottamisena mukaan kehittämiseen. Seuraavana tarkastelen mahdollisuuksia viime mainittuun.

Työpaja on ohjattu yhteistoimintamuoto, jossa toimijat kokoontuvat samaan tilaan tietyksi ajaksi työstämään yhteistä asiaa. Mitään tiettyä muotoa tai raken-

netta työpajalla ei ole. Verkostotyössä keskeisiä huomioitavia asioita työpajatyöskentelyssä on etukäteen määritelty tavoite, positiivisen ilmapiirin luominen, osallistujien tutustuminen, motivointi ja alustus aiheeseen sekä osallistava työskentelytapa. Työpajassa tietoa jaetaan ja käsitellään osallistavasti ja osallistuvasti. (Järvensivu ym. 2010, 49–51.) Osallistavia menetelmiä on useita, ja perehdyin tarkemmin ideariih-, Living Lab- ja Learning cafe -menetelmiin, joista kustakin on alla lyhyet kuvaukset.

Ideariihen idea on, että osallistujat esittävät aiheena olevaan ongelmaan, kysymykseen tai tilanteeseen liittyviä, hullultakin tuntuvia, ideoita ja ajatuksia. Mitään ehdotuksia ei alussa tyrmätä eikä kritisoida vaan kaikki kirjataan ylös kaikkien nähtäville. Sitten ideoita seulotaan ja ryhmitellään ja keskustellen niitä voidaan hylätä tai hyväksyä. (Ideariih s.a.)

Living Lab on 1990-luvulla USA:ssa lanseerattu käsite. Sille ei ole selkeää määritelmää ja sitä voi käyttäjä muokata tarpeidensa mukaisesti. Perusideana on, että Living Lab -toimintamallia käytetään tuotteiden ja palveluiden tutkimuksessa, kehittämisessä ja innovoinnissa, tätä toteutetaan siinä ympäristössä, missä tuotetta tai palvelua tullaan käyttämään, ja käyttäjät ovat aktiivisesti mukana tutkimus-, kehittämis- ja innovointityössä toimimalla asiantuntijoina, tuomalla ideoita, toteuttamalla niitä ja antamalla palautetta. (Heikkanen & Österberg 2012, 9–12.) Living Lab -toteutuksessa voidaan käyttää erilaisia osallistumis- ja tiedonkeruumenetelmiä, riippuen siitä minkälaista tapausta toteutuksessa työstetään (ks. Living Lab s.a.; Heikkanen & Österberg 2012, 47–66).

Learning cafe (suomeksi oppimiskahvila) -menetelmässä osallistujat jaetaan pieniin ryhmiin, jotka kiertävät pöydästä toiseen ennalta sovitun aikataulun mukaisesti. Cafe-termi tulee siitä, että kokoontumistilassa on pienryhmiä varten useita pöytiä, jolle on laitettu valkoinen kertakäyttöliina tai paperi, jolle osallistujat voivat kirjoittaa ajatuksiaan ja ideoitaan. Usein tarjolla on myös kahvia ja pientä syömistä. Jokaisessa pöydässä on aihe, jota pienryhmät vuoron perään työstävät keskustellen, sekä aiheeseen perehtynyt puheenjohtaja, joka toimii ohjaajana ja kirjurina. Puheenjohtaja esittää aina yhteenvedon edellisistä keskusteluista uuden pienryhmän tullessa pöytään ja tilaisuuden loppuksi loppuyhteenvedon kaikille. Tavoitteena on tuoda esiin jokaisen omat

ajatukset ja kommentoida toisten ajatuksia sekä lopulta löytää yhteinen ymmärrys käsiteltävänä olleesta asiasta. (Karlsson 2016; Learning cafe... s.a.)

### 5.4.3 Juurruttamisen toteuttaminen

Työni yhtenä tavoitteena oli juurruttaa elämänlaadun mittarien käyttö omaishoidon palveluohjausprosessiin. Juurruttaminen tapahtui osaltani osallistamalla palveluohjaajat työvälineen kehittämiseen.

Työvälinettä varten halusin saada mittareiden käytöstä ja niiden kysymyksistä näkemyksiä ja kehitysideoita ja niihin myös reflektointia. Mittareita oli siis kaksi, joista toisessa oli seitsemän ja toisessa kuusi kysymystä. Lisäksi molemmista mittareista oli käytävä läpi voimavaroja kuvastavat ”hyvät” vastaukset ja mahdolliset tukitoimia vaativat ”ongelmavastaukset”.

Materiaalin tuottajiksi kutsuttiin mukaan pilotissa mukana olevat henkilöt, yhteensä noin kymmenkunta. Joukossa oli omaishoidon palveluohjaajia, omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tekevä työntekijä, OSSI-hankkeen työntekijöitä ja hankkeeseen opinnäytetöitä tekeviä opiskelijoita.

Seuraavaksi oli mietittävä, miten materiaali kerätään. Yksi vaihtoehto olisi ollut, että jokainen olisi itsekseen miettinyt erilaisia keinoja ja kirjannut ne minulle vaikka sähköpostitse. Tässä vaihtoehdossa osallistujilla olisi ollut enemmän aikaa miettiä asioita, mutta toisaalta reflektio, vastausten tarkentaminen ja ryhmäkeskustelu olisivat jääneet pois tai ne olisi pitänyt järjestää myöhemmin, jolloin kaikki eivät ehkä olisi päässeet ja jotkin ehdotukset olisivat jääneet selityksittä.

Mietin myös yhtäaikaista työskentelyä digityökaluin, jolloin jokainen olisi osallistunut omasta työpisteestään käsin kirjaamalla yhteiselle alustalle ideoitaan, joita Skypein välityksellä olisi samalla kommentoitu. En kuitenkaan tuntenut kaikkia osallistujia enkä heidän valmiuksiaan digityökalujen käyttöön ja kun lähes kaikki osallistujat olivat samalta paikkakunnalta, suuri osa samalta työpisteeltä, tuntui että olisi selkeämpää tavata kasvokkain.

Edellisessä alaluvussa esitetyissä osallistavissa menetelmissäkin oli ongelmansa. Ideariihi kuulosti varsin yksinkertaiselta ja helposti toteutettavalta menetelmältä, josta saa nopeasti tulokset ja tavoitteena ollutta reflektointia. Ongelmana oli, että käsiteltävänä oli kaksi mittaria, joista toisessa oli kuusi ja toisessa seitsemän kohtaa, eli aikaa olisi mennyt kauan, kun kaikki kohdat olisi käyty läpi. Learning Lab -mallin käyttämistä puolsi se, että halusin nimenomaan käyttäjien ajatuksia pilotoitavista mittareista ja palveluohjaajat olivat näitä käyttäjiä. Malli tuntui kuitenkin turhan laajalta tähän tapaukseen, vaikka sitä voikin soveltaa tarpeen mukaan. Learning cafe -menetelmässä oli hyvää se, että siinä voidaan käsitellä useampia asioita samanaikaisesti. Käytännössä olisin jakanut tuon noin kymmenen hengen ryhmän kahtia ja toinen ryhmä olisi käsitellyt ensin toista kyselylomaketta ja toinen toista, sitten päinvastoin, jolloin toinen ryhmä olisi jatkanut siitä mihin toinen jäi, ja lopuksi olisi käyty syntyneet ideat ja ajatukset läpi.

Sain neuvoja ja vinkkejä sähköpostikirjeenvaihdossa (14.-15.11. ja 20.-21.11.) ja Skype-palaverissa (27.11.) myös ohjaajaltani ja samassa pilotissa mukana olleelta YAMK-opiskelijalta, joka oli käyttänyt ideariihi-menetelmää aiemmin pilotissa. Ohjaajan kanssa asiaa pohdiskeltuani ja pitkälti hänen neuvojaan noudattaen päädyin monivaiheiseen sekamuotoiseen materiaalinkeruumenelmään. Monivaiheisuus antoi osallistumismahdollisuuden useammalle, sillä kaikki eivät päässeet osallistumaan joka vaiheeseen. Se myös toi Spiikin (s.a.) mainitsemaa toistoa edesauttaen palveluohjaajien perehtymistä mittareihin ja siten tavoitteena ollutta juurruttamista. Lisäksi materiaalia saatiin enemmän ja myös aikataulullista joustavuutta saatiin enemmän. Vaiheet olivat työpaja, työpajasta saadun materiaalin työstäminen yhteenvedoksi ja yhteenvedon täydentäminen ja kommentointi sähköpostikyselyä.

Sekamuotoisuus puolestaan tarkoitti, että sovelsin ja yhdistelin edellä mainittuja osallistumis- ja osallistamistapoja. Työpajaan osallistuivat Living Labin mukaisesti käyttäjät eli palveluohjaajat. Osallistujat heittelivät ajatuksia kuin ideariihessä, mutta kahdessa ryhmässä, ja ajatukset käytiin yhdessä läpi. Lisäksi työpajassa Learning cafe -tyyppisesti kaksi ryhmää, joista kumpikin työsti omaa aihetta ja jos aikaa olisi ollut käytettävissä enemmän he olisivat vaihtaneet aiheita, mutta aikataulun tiukkuuden vuoksi kummankin ryhmän

työstämä aihe käytiin yhdessä läpi niin että toisen ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus täydentää toisen ryhmän esitystä. Työpajasta saadun materiaalin täydentäminen tapahtui sähköpostikyselyllä, koska toiseen työpajatyypin tilaisuuteen osallistumiseen ei palveluohjaajien aika riittänyt perustyön, hankkeen aiheuttaman lisäkuormituksen ja vuodenvaihteen kiireiden vuoksi.

### *Ensimmäinen vaihe - työpaja*

Työpaja järjestettiin 1.12.2017 Mikkeliissä OSSI-palvelukeskuksessa, jossa omaishoidon tuen työntekijät työskentelevät. Ajankohdan päätimme ohjaajan kanssa ja hän välitti tiedon ja kutsun pilotissa mukana oleville suullisesti osallistuessaan pilottiin liittyvään toiseen palaveriin sekä sähköpostitse. Koska omaishoitoon oli tullut uusia palveluohjaajia, jotka eivät olleet käyttäneet mittareita aiemmin, alustivat hankkeen tutkijat aluksi aiheesta. Osallistujia oli tutkijat mukaan lukien ja minä pois lukien kahdeksan, joista viisi toimi palveluohjaajana. Kaksi palveluohjaajaa ei pystynyt osallistumaan työpajaan.

Alustuksen jälkeen oli ideointivaihe. Aikaa siihen oli käytettävissä noin 60 minuuttia, eli varsin niukasti. Ideointivaihe jaettiin tehokkuuden nimissä osiin. Aluksi osallistujat kirjasivat ideoita kahdessa ryhmässä kaikkiin mittarien kohtiin voimavaralähtöisesti. Tehtävän aiheeksi olin muotoillut:

Kun mittareista nousee esille asioita, jotka ovat hyvin, niin

- millä tavalla niistä kannattaa keskustella ja käydä niitä läpi omaishoitajan kanssa
- miten huomioida ne voimavaraksi ja saada omaishoitaja huomaamaan ne voimavaraksi
- miten varmistaa, että ne pysyvät jatkossakin voimavaroina

Näin alustuksessa esitellyt mittarit ja niissä käsiteltävät asiat tulivat kaikille tutuiksi ja jokainen huomasi, mistä aiheesta on ehkä helppo keskustella ja mistä ei. Post-it -lapuille kirjatut asiat käytiin yhdessä läpi. Tähän vaiheeseen oli varattu aikaa 20 minuuttia.

Seuraavaksi samat ryhmät jatkoivat kysymysten tutkimista ongelmalähtöisesti.

Tehtävänanto kuului:

Kun mittareista nousee esille asioita, jotka eivät ole hyvällä tolalla, niin

- millä tavalla niistä kannattaa keskustella ja käydä niitä läpi omaishoitajan kanssa
- miten ottaa asia esille ja selvittää, mistä on kyse
- miten kääntää ongelmanratkaisu tavoitteeksi

Toinen ryhmä mietti kysymyskohtaisesti ASCOT SCT4 omaishoitajalle -mittarin kysymyksiä ja kirjasi ehdotuksia ja apukysymyksiä, miten edetä, kun omaishoitajan vastus kertoo asian olevan huonolla tolalla, toinen ryhmä puolestaan teki saman CES – Kokemuksen omaishoidosta -mittarin kysymyksille. Ongelmat voivat olla hyvin henkilökohtaisia ja monisyisiä. Eri näkökulmien hakemiseksi siihen, kuinka puhua ongelmallisesta aiheesta ja saada siitä enemmän ymmärrystä lisäkysymysten avulla, pyysin työpajan jäseniä miettimään ja kirjaamaan lapuille ajatuksiaan ja ideoitaan paitsi asiantuntijan näkökulmasta, jossa yritetään miettiä ratkaisua, myös asettumalla omaishoitajan asemaan ja miettimään, mitä haluaisi itseltään kysyttävän, jos olisi kyseinen ongelma. Tähän olin varannut aikaa 20 minuuttia, mutta toinen ryhmä tarvitsi lisää aikaa, sillä he eivät olleet ennättäneet käydä kaikkia kysymyksiä läpi tuossa ajassa. Koska kaikilta löytyi jonkin verran joustovaraa työpajan loppumisajan suhteen saatoin antaa lisää aikaa, mikä oli tärkeää materiaalin saamisen kannalta. Lopuksi kumpikin ryhmä esitteli kirjauksensa, joita toinen ryhmä halutessaan kommentoi. Kirjasin ylös kommentit.

Tässä vaiheessa alkoivat osallistujat havaintojeni mukaan olla jo vähän kärsimättömiä, koska oli selvä, että työpajaan varattu kokonaisaika tulee ylittymään. Itse ajattelin, että olisin halunnut saada laajemmin ideoita ja näkemyksiä työvälinetä varten, ja minusta tuntui, että nyt raapaistiin vain pintaa. Ohjaajani oli kuitenkin sitä mieltä, että työpaja onnistui hyvin.

#### *Toinen vaihe - yhteenveto*

Materiaalin keräämisen toisessa vaiheessa tein yhteenvedon, jota varten kävin vielä läpi kaiken työpajasta saadun materiaalin ja muotoilin sitä tyyliiltään sopivaksi. Asiaa pohdittuani päätin laittaa mukaan myös omia ajatuksiani, joita oli tullut mieleeni matkan varrella: tämän työn teoriaosaa työstäessäni, työpajaa valmistellessani ja työpajatyöskentelyä havainnoidessani. Perustelujani tälle olivat, että (1) ajan puutteen vuoksi työpajassa ei ehditty keskustella asioista kovin laajasti, (2) tarkoituksena ei missään vaiheessa ollut ollut, että työväline olisi vain palveluohjaajien tai koolle kutsumani ryhmän materiaalin perusteella tehtävä vaan mahdollisimman monipuolinen, (3) kolmannessa vaiheessa pilotin osallistujilla oli vielä mahdollisuus kommentoida yhteenvetoa. Ohjaajani hyväksyi tämän, mutta hänen ehdotuksestaan erotin yhteenvedossa omat kommenttini selvyiden vuoksi kirjoittamalla ne kursiivilla.

Yhteenvedosta tein kaksiosaisen. Ensimmäisessä osassa, ”Voimavarat esille”, oli koottuna työpajan ykkösvaiheen ajatuksia siitä, mitä asioita palveluohjaaja voi nostaa esiin, kun mittareiden kysymyksissä jokin asia nousee esiin positii-visella vastauksella. Tässä osassa ajatuksia ei siis ollut ideoitu eikä eritelty mittari-/kysymyiskohtaisesti, vaan yleisellä tasolla. Toisessa osassa, ”Haasteet ja tuen tarpeet”, jaottelin työpajan tulokset mittari- ja kysymyiskohtaisesti ja näin ne myös laitoin yhteenvedon, koska näin niitä työpajassakin käsiteltiin. Työpajassa joidenkin kysymysten kohdalla nousi esiin pohdintaa kysymysten ymmärtämisestä ja joidenkin kohdalla käytettävistä keinoista, mikä minusta oli loistavaa juurruttamisen kannalta. Tämän perusteella teinkin yhteenvedon joka kysymyksen alle kolme alaotsikkoa: Apukysymyksiä, Huomioita ja Tukea, palveluita ja työkaluja. Tässä vaiheessa suinkaan kaikkien kysymysten kohdalla ei ollut sisältöä näihin kaikkiin – eihän se työpajassa ollut aiheena-kaan – mutta ajattelin, että kolmannessa, yhteenvedon kommentointi- ja täydennysvaiheessa, niihin voisi saada täydennystä.

Yhteenvedon työstäminen ei sinänsä vienyt kauan, mutta muista seikoista joh-tuen en päässyt tekemään sitä heti työpajan jälkeen. Ennen sen lähettämistä kysyin myös ohjaajan kommentteja siihen ja niiden perusteella tehtyjen muok-kausten jälkeen lähetin yhteenvedon 12 pilotissa mukana olevalle 19.12.2017 kahtena sähköpostin liitetiedostona, ”Voimavarat esille” ja ”Haasteet ja tuen tarpeet”. Itse sähköposti toimi saatteena, jossa muistutin vielä opinnäytetyöstä ja sen tavoitteista sekä ohjeistin kommentoimaan ja täydentämään yhteenve-toja. Lähetyksen ajankohta osui harmittavasti joulun alle, toivoin kuitenkin, että edes jollakulla olisi aikaa vastata siihen välipäivinä. Viimeiseksi palautuspäi-väksi laitoin 10.1.2018 ja päätin muistuttaa vastaamisesta vuodenvaihteen jäl-keen.

### *Kolmas vaihe – yhteenvedon kommentointi ja täydentäminen*

Toiveistani huolimatta kukaan ei palauttanut yhteenvedoa kommentoituna tam-mikuun alkuun mennessä. Muistutusviestin jälkeen sain yhden vastauksen määräaikaan mennessä, jossa ei kommentoitu yhteenvedon kohtia vaan kom-mentointi oli yleistä. Yksi vastaaja pyysi lykkäystä määräaikaan, jota myös an-noin, koska tarvitsin materiaalia eikä aikarajaksi laittamani päivämäärä ollut



työni kannalta kriittinen. Tämän pyynnön yhteydessä myös selvisi, että yhdessä toimipisteessä työskentelevät palveluohjaajat, yhteensä kuusi henkilöä, kommentoivat ja täydensivät yhteenvetoa yhdessä. En ollut tullut ajatelleeksi tällaista mahdollisuutta, vaan olin ajatellut, että kaikki vastaavat yksilöllisesti. Minusta tämä oli kuitenkin hyvä ratkaisu, sillä nimenomaan heidän työkalujaanhan mittarit – tai toinen niistä – ja lopputuotokseni tulisivat olemaan. Koska odotin joka tapauksessa tätä yhteenvedon kommentointia, laitoin viestin jatkoajasta myös muille. Sain lopulta vielä yhden yleisen kommentoinnin ja yhden yhteenvedon kommentoituna tämän palveluohjaajien yhteenvedon lisäksi, jonka sain postitse 3.2.2018. Näistä sain hyvää materiaalia työvälinettä varten.

Kehittämistyössäni juurruttaminen tapahtui siis ottamalla työntekijät mukaan työvälineen suunnitteluun eli edistämällä Peltosen ja Vuorenon (2007) esiin nostamaa fyysistä läheisyyttä. Sitä lisäsi vielä kasvokkainen tapaaminen. Lisäksi mittareita käytiin läpi työvälineen kehittämisessä useita kertoja, mikä puolestaan oli Kotlerin (1996) mukaista toistoa.

## **5.5 Työvälineen tuottaminen**

Ohjaajan kanssa alkuvaiheessa opinnäytetyötä pohtiessamme puhe oli, että tuotoksena olisi työväline, jossa olisi mittareiden kysymyksiin liittyviä apukysymyksiä, jotka auttaisivat palveluohjaajaa jatkamaan aiheesta, silloin kun omaishoitajan vastaus johonkin kysymykseen vaatisi lisätietoa tai antaisi aihetta perehtyä asiaan tarkemmin. Lopputuotoksen muotoa mietin jonkin verran työn alussa, mutta totesin, että vasta materiaalia kerättyäni pystyn päättämään, millainen muoto olisi paras. Tärkeitä lopputuotteen muodon ominaisuuksia ovat tuotteen houkuttelevuus, informatiivisuus, selkeys ja johdonmukaisuus (Vilka & Airaksinen 2003, 53). Mietittävänäni oli: printti vai sähköinen, mukaan otettava vai työpisteessä säilytettävä, tekstimuotoinen vai graafisempi, esimerkiksi prosessimallin tapainen tuotos. Lisäksi tuotoksen oli tarkoitus palvella palveluohjaajia, joten heidän mielipiteitään ja ehdotuksiaan oli luonnollisesti kuultava.

Tekstimuotoinen sähköinen dokumentti on helppo päivittää ja sen voi tarvittaessa tulostaa mukaan kotikäynnille. Prosessimallissa arveluttaa, tulisiko siitä

liian monimutkainen, kun aihealueita on kuitenkin useita. Toisaalta prosessimalli on parhaimmillaan selkeä ja havainnollinen tiedon esittämisväline.

Työväline alkoi muotoutua heti 1.12. pidetyn työpajan jälkeen, osittain jo sen aikana. Työpajassahan alustuksena esiteltiin mittarit ja minulle syntyi ajatus käsikirjasta, jossa olisi myös tietoa mittareista, koska jatkossakin niiden käyttäjiksi voi tulla uusia työntekijöitä. Lisäksi olin itse jo mittareiden kehittämiseen perehtynyt ja koin, että olisi hyvä, jos mittareiden käyttäjillä olisi edes pieni tieto mittareiden taustoista. Prosessimalli vaikutti tässä vaiheessa epärealistiselta, koska työpajassa konkreettisesti selvisi, kuinka laajaa kolmentoista kysymyksen käsittely on. Käsikirja-ajatus vahvistui yhteenvetovaiheen aikana, kun tutkin ja jäsentelin työpajasta saatua materiaalia. Jäsentelyn tuloksena huomasin, että esiin nousi apukysymysten lisäksi myös huomioita mittareiden kysymyksistä ja joitakin tukikeinoja. Näitä kysyin sitten lisää yhteenvedon kommentointi- ja täydennysvaiheessa 19.12. lähettämässäni sähköpostissa, johon sain viimeiset vastaukset 3.2. Sainkin vastaajilta hyvin lisää materiaalia. Itse asiassa työpajassa esiin nousseet ajatukset ja sähköpostikommentointi sisälsivät arvokasta hiljaista tietoa, palveluohjaajien näkemyksiä ja kokemuksia, jotka nyt ovat tallessa käsikirjassa.

Käsikirjan oli tarkoitus olla mahdollisimman kompakti ja sisältää keräämäni tiedot. Siihen tuli yleisesti, ei siis kysymys- tai mittarikohtaisesti, vinkkejä voimavarojen huomiointiin ja mittari- ja aihekohtaisesti vinkkejä tuen tarpeen kartoittamiseen, kuten työpajaa suunnitellessa oli ajateltukin. Opinnäytetyössä perehtymieni asioiden ja työn aikana tekemieni havaintojen pohjalta halusin laittaa käsikirjaan myös johdannon, jossa kerrotaan hieman mittareista. Lisäksi laitoin linkit mittareiden kehittäjien internetsivuille, joilta löytyy tietoa mittareista ja yhteystiedot, mikäli mittareista tai niiden käytöstä on kysymyksiä.

Materiaalin keräämisen eri vaiheissa tallensin kerätyn materiaalin Word-tiedostoon ja päädyin myös tekemään käsikirjan Word-pohjalle, koska materiaalin sai luontevasti siihen ja toisaalta se on yleisesti käytössä ja muokattavissa oleva formaatti. Viralliseksi muodoksi tallensin käsikirjan PDF-muodossa, jolloin julkaisu säilyy muuttumattomana eikä sitä tule vahingossa muokattua.

Kooksi valitsin A4-koon. Pienempi kokoinen ja tulostettuna vihkon muotoinen julkaisu olisi ollut kätevä kuljettaa vaikkapa mukana, mutta käsikirjasta ei ollut tulossa mitään varsinaista painettua versiota ja pienempikokoisen tulostaminen satunnaisesti olisi voinut olla hankalaa.

Luettavuuden ja käytettävyyden kannalta oli toivottavaa, että yhden kysymyksen asiat olisivat yhdellä sivulla, mutta että sivu ei olisi liian täynnä tekstiä eivätkä rivitkään olisi kovin pitkiä. Näiden toteuttaminen vaati pienehköä fonttia A4-kokoisellakin paperilla. Kokeilin erilaisia fonttityylejä ja -kokoja ja arvioin niitä tulostettuna luettavuuden ja tilavaatimusten mukaan. Kokeilujen perusteella käsikirjan tekstin fontiksi tuli Arial, jonka koko vaihteli kansilehden 16 pt:n ja tekstin 9 pt:n välillä, jonka katsoin olevan mahdollisimman pientä, mutta vielä helposti luettavaa kokoa.

Esittelin käsikirjaluonnosta myös ohjaajalleni ja muille pilotissa mukana oleville tutkijoille. Sain ehdotuksen sisällysluettelon lisäämisestä, jonka myös toteutin. Kunkin sivun alareunaan laitoin tiedon siitä, kumpaa mittaria sivulla käsitellään.

Tavoitteena oli kysyä myös käyttäjien mielipiteitä käsikirjan ulkoasusta, mutta pilotin edetessä selvisi, etteivät palveluohjaajat lopulta käyttäneet mittareita aiotulla tavalla, vaan niiden käsittely olikin siirtynyt hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tekeväälle henkilölle.

Käsikirja ei siis ole sisällöllisesti kummankaan mittarin kehittäjän virallisesti hyväksymä eikä heidän tekemänsä. Ainakin ASCOTin internetsivuilla on – tai sieltä voi pyytää – ohjeita joihinkin mittariperheen mittareihin. Toisaalta tuottamani käsikirja on monipuolinen, koska siinä on paitsi mittarien kehitystyötä kuvanneesta kirjallisuudesta poimittuja taustatietoja eri kysymyksistä myös palveluohjaajien subjektiivisia ja kokemuksen tuomia näkemyksiä kysymysten aiheista.

Valitettavasti palveluohjaajat eivät pilotin edetessä enää käyttäneet käsikirjan aiheena olleita mittareita, jolloin en saanut heiltä enää kommentteja käsikirjan toteutusvaiheessa. Niinpä liitteessä 1 luettavissa oleva käsikirja perustuu omaan näkemykseeni ja pilotin tutkijoilta saamiini kommentteihin.

## 6 POHDINTA

Omaishoitajien jaksaminen ja elämänlaatu ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita sekä heidän itsensä että yhteiskunnan kannalta, ja niiden systemaattiseen huomioimiseen, tukemiseen ja seuraamiseen kannattaa ehdottomasti kiinnittää huomiota. Siihen hyvä keino on käyttää omaishoidon palveluohjauksessa sopivaa, yksinkertaista mittaria, kuten tässä opinnäytetyössä käsitellyt SCT4 omaishoitajille ja CES – Kokemukset omaishoidosta olivat. Koin opinnäytetyön antoisana puolena sen, että sain perehtyä näihin mittareihin, joita Suomessa ei ole ennen käytetty ja olla mukana edistämässä niiden käyttöä. Vaikka työni aihe oli pilottiin ja OSSI-hankkeeseen nähden suppeahko, työväliseen tuottaminen kahden mittarin käytön tueksi, sain prosessin aikana kuitenkin laajan kuvan omaishoitoprosessin kehittämisestä ja sen haasteellisuudesta, mihin olen erittäin tyytyväinen.

### 6.1 Prosessin arviointi

Opinnäytetyötä tehdessäni pyrin käyttämään monipuolisia, luotettavia, mahdollisimman uusia ja ajankohtaisia lähteitä, joskin ensisijainen kriteerini jonkin lähteen käyttöön oli lähteen sisältö ja sen laadukkuus. Koska elämänlaadun mittarit eivät olleet olleet aiemmin Suomessa käytössä, ei niistä löytynyt suomenkielistä kirjallisuutta, eikä englanninkielistäkään ollut kovin runsaasti.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeitä elementtejä ovat sekä raportti toiminnan tuotos (Vilka & Airaksinen 2003, 83). Teorian ja käytännön yhdistäminen raportissa oli mielestäni haasteellista, enkä mielestäni saanut niitä hyvin yhdistymään. Olisi varmasti ollut järkevää ja antoisaa pohtia teorian ja käytännön työn suhdetta niin ohjaavan opettajan kuin tilaajatahon ohjaajankin kanssa. Minulla on kuitenkin (huono) tapa olla häiritsemättä muita, kun tiedän tai luulen heidän olevan kiireisiä, ja niinpä yhteydenpito tältä osin jäi toteutumatta.

Monille esimerkiksi toimintakyvyn arvioinnin mittareille on olemassa käsikirja tai opas, mutta se on yleensä mittarin kehittäjien tekemä. Tässä työssä taas haluttiin mittarien käyttäjät tuottamaan tietoa käsikirjaan. Teoriatietoa tällaisesta käsikirjan laatimisesta ei ole. Sen sijaan pyrin tuomaan teoriaosuudessa esiin taustoja sille, miksi omaishoidon tuen palveluohjauksessa tällaista

omaishoitajan elämänlaadun arviointia tarvitaan. Toivon, että palveluohjausta ja omaishoitoa tuntemattomallekin lukijalle syntyy teoriaosan avulla kuva, mikälaisessa ympäristössä palveluohjaaja ja omaishoitaja toimivat ja testasivat pilotoitavia mittareita.

Juuruttaminen oli työni toinen tavoite. Se oli myös osa työväliseen kehittämistä, siksi käsitelin sitä teorian osalta työväliseen kehittämistä koskevassa luvussa.

Vilka & Airaksinen (2003, 160) toteavat, että aikataulu ja siinä pysyminen on yksi suurimpia haasteita opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyöni alku sujui hyvin ja aikataulun mukaisesti. Loppua kohden työn aikataulu venyi. Yhtenä syynä oli sähköpostikyselyn vastausten viipyminen. Olin asettanut viimeiseksi palautuspäiväksi 10.1., mutta sain viimeiset vastaukset 3.2. Lisäksi toisella paikkakunnalla tarjoutunut työmahdollisuus tammikuun lopusta huhtikuun loppuun aiheutti sen, etten pystynyt käyttämään opinnäytetyöhöni niin paljon aikaa kuin olin suunnitellut. Myös ohjaajalleni tuli kesken pilotin lisäksi toinen projekti ja hänellä oli vain vähän aikaa tälle pilotille. Suurimpana syynä aikataulun venymiselle näen kuitenkin sen, että prosessin alun sovitut päivämäärät, kuten suunnitteluseminaari koulussa ja pilotin työpaja, pakottivat työn edistymään, mutta kun sitten niiden jälkeen ei ollutkaan mitään sovituita aikatauluja, työn tekeminen hidastui. Oppini tässä prosessissa oli, että ohjaajien kanssa kannattaa ehdottomasti sopia ”katsastuspäiviä” koko prosessin ajalle.

Tiukka aikataulu työpajatyöskentelyssä mietitytti minua jo etukäteen, mutta sopivia aikoja työpajan toteuttamiseen oli niukalti tarjolla. Tunnin lisäaika työpajaan olisi antanut mahdollisuuden aiheen laajempaan käsittelyyn, mikä olisi mielestäni ollut toivottavaa. Nyt aikataulu ylittyi jonkin verran, mikä näkyi osallistujien keskittymisen herpaantumisenä. Molempien mittareiden läpikäynti työpajassa oli laaja tehtävä. Työpajaa suunnitellessani pohdin, olisiko urakkaa helpottanut ja aikaa säästänyt mittareiden samanaiheisten kysymysten käsittely yhdessä, jolloin käsiteltäviä kohtia olisi ollut vähemmän. Tuloksena olisi ollut mielestäni yhtä hyvä materiaali käsikirjaa varten, mutta mittareiden juurruttamistavoitteen kannalta oli kuitenkin parempi käsitellä asiat mittari kerrallaan. Sinänsä työpaja sujui hyvin ja sille asetetut tavoitteet osallistamisesta ja

materiaalin saamisesta työvälinettä varten täytyivät. En ollut aiemmin järjestänyt työpajaa. Sen järjestäminen opetti, että aikaa kannattaa varata ennemminkin liikaa kuin liian vähän, koska etukäteen ei aina tiedä, kuinka paljon keskustelua syntyy. Opin myös, että tavoitteen ja tehtävänannon kannattaa olla selkeitä, jotta työpajasta saa irti sen mitä tarvitsee.

Materiaalin keräämisen toteuttamistapa kokonaisuudessaan – työpaja ja sitä täydentävä sähköpostikysely – oli mielestäni erittäin toimiva. Nykyaikainen verkkotyöskentelykin olisi voinut tulla kyseeseen, mutta ainakin itsestäni on vaikeaa työskennellä verkossa sellaisten ihmisten kanssa, joita en tunne lainkaan tai olen tavannut vain kerran tai pari lyhyesti jossain palaverissa. Henkilökohtaiset kontaktit ja vuorovaikutus nostetaan esiin tärkeänä tekijänä juurruttamisessa (Peltola & Vuorento 2007, 79). Materiaalin luotettavuutta on vaikea arvioida, mutta koska sitä tuotti useampi asiantuntija, uskon, että epäluotettava ja väärä tieto on karsiutunut pois.

Prosessia vaikeuttivat jonkin verran pilotissa tapahtuneet muutokset. Jotkin asiat eivät toteutuneet pilotissa aiotulla tavalla. Esimerkiksi mittarilomakkeita ei lähetetty aina etukäteen, ennen arviointikäyntiä, omaishoitajalle, niin kuin oli suunniteltu. Lisäksi jossain vaiheessa, kun olin jo kerännyt materiaalin työvälinettä varten, ilmeni, että itse asiassa elämänlaatumittareiden asioita ei käynytkään läpi palveluohjaaja vaan terveydenhoitaja hyvinvointi- ja terveystarkastuksen yhteydessä. Tämä luonnollisesti vähensi motivaatiani työn tekemiseen, koska selvästikään alkuperäinen idea mittareiden käytöstä palveluohjauksen tukena ei tuntunut täyttyvän. Pilotissa käytäntöjä kuitenkin kokeillaan ja muutetaan kokemusten mukaan ja palveluohjaajien rooli saattaa muuttua aktiivisemmaksi. Itselleni näistä muutoksista ei ilmoitettu ja voi olla, etteivät ne tapahtuneet suunnitellusti vaan niihin ikään kuin luisuttiin. Näin ollen minulla ei ollut mahdollisuuksia vaikuttaa esimerkiksi opinnäytetyöni tavoitteen muuttamiseen. Toteutin oman opinnäytetyöni sille alun perin asetetun tavoitteen ja sen tiedon mukaan, mitä minulla oli.

## 6.2 Tavoitteiden toteutumisen arviointi

Tein oman osani mittareiden käytön juurruttamiseksi mielestäni monipuolisesti ja käytännönläheisesti kohderyhmää osallistaen. Ohjaajani mukaan työväliseen kehittäminen ja sitä varten järjestetty työpaja olivat hyvä tapa juurruttaa mittareiden käyttöä. Toisaalta pilotin edetessä mittarit eivät tuntuneet tulevan käyttöön aiotulla tavalla ja aiotulla kohderyhmällä, joten siinä mielessä juurruttaminen ei onnistunut. On kuitenkin muistettava, että toimintatavan muutokseen vaaditaan juurruttamisen lisäksi muutakin, kuten Spiikin (s.a.) Onnistunut muutos -työkalu osoittaa. Uusien menetelmien käyttöönotto ei ole yksinkertaista eikä hyvienkään toimintamallien käyttöönotto ole käytännössä helppoa: Omaishoidon alkuarvioinnissa on jo todella paljon asioita, joita palveluohjaaja käy läpi omaishoidon tukea hakevien kanssa. Aikaa on rajallisesti ja kaikkea tietoa eivät asiakkaatkaan pysty ottamaan kerralla vastaan. Todennäköisesti myös luonnollinen muutosvastarinta vaikeutti osittain toimintatapojen muuttamista. Myös Peltola & Vuorento (2007) esittävät resurssien puutteen tai oman työrotiin muuttamisen haluttomuuden mahdollisina juurruttamisen estäjinä.

Vaikka olin alussa epävarma, millainen tuotos tämän opinnäytetyön tuloksena syntyy ja välillä epäuskoinen sen hyödyllisyydestä, olen lopputulokseen melko tyytyväinen. Siinä näkyvät palveluohjaajien kokemus ja toimintaympäristön tuntemus sekä työpajassa esille tulleet asiat. Erityisen antoisana ja lisäarvoa tuottavana koin työpajan materiaalin ja omien prosessin aikana tekemien havaintojen ja teoriasta saamani tiedon yhdistämisen. Käsikirja antaa hyvin tukea ja taustaa mittareiden eri aihealueille. Se on myös hyvä perehdytys uudelle työntekijälle, joka ei ole mittareita aiemmin käyttänyt.

Voimavaroja olisi ollut suotavaa käsitellä laajemmin niin työpajassa kuin sen perusteella syntyneessä käsikirjassakin. Voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen on välillä vaikeaa (ks. Niemi 2016, 19), ja mittareiden tarjoama apu siihen jäi nyt vähälle käsittelylle, kun niitä käytiin läpi vain yleisellä tasolla, kun taas tuen tarpeita käytiin läpi mittari- ja kysymyskohtaisesti. Tämä oli kuitenkin ohjaajan kanssa sovittu näin, eikä laajempi käsittely nyt järjestetyn työpajan aikana olisi ollut mahdollista.

Vilka ja Airaksinen (2003, 97) toteavat, että oman arvioinnin lisäksi olisi hyvä saada palautetta myös kohderyhmältä tai asiantuntijalta. Olisi ollut palkitsevaa, jos käsikirja olisi tullut käyttöön, ja kehittävää saada tietoa sen toimivuudesta ja hyödyllisyydestä käyttäjiltä. Valitettavasti tämä ei opinnäytetyön puitteissa onnistunut, sillä kohderyhmä eli palveluohjaajat eivät opinnäytetyöni loppuvaiheessa olleet ottaneet mittareita kunnolla koekäyttöön, joten heidän panoksensa myös tämän opinnäytetyön tuotoksen kehittämiseen ymmärrettävästi väheni pilotin kuluessa enkä saanut heiltä arvioita lopputuloksesta. OSSI-hanke jatkuu syksyyn, ja omaishoidon tuen toimintamalleja kehitetään varmasti vielä sen jälkeenkin, joten ehkä käsikirjakin tulee vielä käyttöön.

Opinnäytetyöni loppupuolella mittareita testasi omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tekevä hoitaja, joka näki käsikirjan apukysymykset melko kattaviksi, mutta hän totesi, ettei hänellä ollut aikaa perehtyä asiakkaan kanssa mittareiden läpikäymiseen. Lisäksi hän kävi käynnin yhteydessä läpi myös COPE-indeksin ja koki turhana sen, että kaikissa kolmessa on osittain samoja kysymyksiä. Kommentteissaan hän totesi myös omaishoitajien kärsivän monien mittareiden ja muiden kaavakkeiden täyttämisestä. Tämä tosin johtui osittain pilotista, jossa testattiin erilaisia käytäntöjä. Hän toi myös esiin keskustelun tärkeyden. (Kämppe 2018).

Tilaaajatahon ohjaajaltani ja muilta pilotissa mukana olevilta Xamkin ja Diakin tutkijoilta sain kommentteina seuraavanlaisia kommentteja: ”Tärkeä työ ehdottomasti”. ”Kokonaisuutena oppari on sujuva ja helppolukuinen, lähteitä olet hyödyntänyt ja koonnut taustan hyvin. Vaikka kovasti epäilet työn merkitystä, mielestäni työllä on merkitystä myös laajemmin kuin vain Essoten omaishoidossa tai ainoastaan näiden kahden mittarin käytön tukena. Mielestäni se on erittäin hyvä esimerkki siitä, miten mittareita voi hyödyntää ja tulisi hyödyntää myös keskustelussa. Ja kuten puhelimesakin toin esille, käsikirjassa on monelta osin sellaista asiaa kirjoitettu auki, jota käytännössä varmasti moni miettii, että miten voisi ottaa puheeksi, mitä sanoja, kysymyksiä, kommentteja, käyttää, jotta henkilöt voisivat tuoda omaa näkemystään esille paremmin ja työntekijänä voisi ymmärtää tilannetta paremmin.” ” Hyvältä kokonaisuudelta vaikuttaa. Tuoretta tietoa olet löytänyt paljon ja hyvin avannut olennaiset asiat.” ”Käsikirja on nyt selkeämpi, pelkästään sisällysluettelo lisäsi käytön helppoutta paljon.” ” Ei tiedä mihin lopputulokseen noiden mittareiden kanssa



lopulta päädytään ja kuka niitä käyttää, mutta suunnittelen tekeväni palveluohjaajien ja terveydenhoitajien käyttöön kansion, josta löytyy apumateriaalia. Tekemäsi käsikirja istuisi siihen aivan loistavasti.”

### 6.3 Jatkoehdotukset

Käsikirja suunniteltiin nimenomaan tätä pilottia varten, minkä vuoksi siinä esitellään molemmat elämänlaadun mittarit. Tavoitteena pilotissa oli, että palveluohjaajat ottavat pysyvään käyttöön toisen mittareista. Tällöin luonnollisesti käsikirjasta tulee poistaa toiseen mittariin viittaavat tiedot. Käsikirjaa voi myös käydä läpi ja täydentää, kun mittaria on käytetty jonkin aikaa, sillä uusia ajatuksia herännee mittarin käytön tullessa tutuksi.

Käsikirjassa esitellyistä palveluista osa on kuntakohtaisia, jolloin kirjan käyttö toisessa kunnassa tai toisella alueella edellyttää palvelutarjonnan läpikäyntiä ja päivittämistä. Tällöin käsikirja toimii loistavana alustana alueen palveluohjaajien keskustelulle mittarin käytöstä ja tietojen vaihdolle tarjolla olevista mahdollisuuksista. Käyttämällä käsikirjaa keskustelun pohjana saadaan esiin sitä arvokasta hiljaista tietoa, jota jokaisella palveluohjaajalla on. Käsikirjan käyminen läpi tietysti myös perehdyttää mittarin käyttöön ja juurruttaa sen käyttöä, mutta mikään ei estä käyttämästä sitä ilman mittareitakin huomion kiinnittämiseksi tärkeisiin asioihin, joita omaishoitajien kanssa keskustellessa saattaa nousta esiin.

Elämänlaadun mittarin käyttöä seurantakäynneillä kannattaa ehdottomasti tutkia, kun käyttö alkuarvioinnissa on saatu kunnolla käyntiin. Mittarin avulla voidaan seurata, onko järjestetyillä tuilla ja palveluilla vaikutusta omaishoitajan elämänlaatuun. Jatkotutkimusaiheena voisi myös olla, kuinka omaishoitajan elämänlaadun huomioiminen näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Nämä asiat ovat ajankohtaisia ja mielenkiintoisia seurattavia, kun omaishoitajan jakamiseen on kiinnitetty huomiota vuoden 2016 lakimuutoksilla (Tunnistatko omaishoitajan? 2017, 5-6).

Elämänlaadun mittarin käyttö voi myös nostaa esiin uudenlaisten palvelujen tarvetta, jolloin palveluohjauksen yksi tehtävä palvelujen parantamisen ja epäkohtien esiintuojana täyttyy.

## 7 LOPUKSI

Mittarin käyttö jonkin asian selvittämiseksi tai ratkaisemiseksi kuulostaa helpolta. On kuitenkin muistettava, ettei mittari ole koskaan pääasia eikä sen antama tulos sataprosenttisesti oikea. Omaishoitajan voimavarat eivät välttämättä löydy ensimmäisellä tapaamiskerralla, kuten Simo Niemikin (2016, 21–22) opinnäytetyössään toteaa. Sama koskee tuen tarpeiden havaitsemista. Sen vuoksi olisi tärkeää, että elämänlaadun mittarit kävisi omaishoitajan kanssa läpi nimenomaan palveluohjaaja, joka voi keskustella niistä Essoten mallin mukaan sekä arviointi- että suunnittelukäynnillä ja sen jälkeen sovittavilla seurantakäynneillä. Omaishoitajan käynti terveydenhoitajan luona on vapaaehtoinen ja toteutuu usein vain kerran, monet eivät käy siellä lainkaan. Lisäksi palveluohjaaja toimii koordinaattorina, joka tuntee tarjolla olevat palvelut. Nyt pilotoidut elämänlaadun mittarit voivat antaa tietoa myös hakijan sopivuudesta omaishoitajaksi eli tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi, minkä vuoksi ne olisi hyvä käydä läpi heti arviointikäynnillä.

Näen omaishoitajan elämänlaadun mittarin käytön palveluohjauksessa siis tärkeänä ja hyvänä asiana. Pilotissa mittareiden läpikäynti omaishoitajien kanssa jäi nyt hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tekevän henkilön harteille. Koska hän kävi vastaanotolla läpi myös COPE-indeksin, joka on pidempi ja kattaa osin samoja aihealueita, oli ymmärrettävää, että hänelle oli raskasta ja turhauttavaa käydä läpi kolme mittaria. Varmasti mielessä kävi, eikö pelkkä COPE-indeksi riittäisi, onhan se ollut Suomessa jo muutaman vuoden käytössä, ja sosiaali- ja terveysministeriö suosittelee sen käyttöä omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksissa. Myöskään mittarien antamat tiedot eivät siirtyneet ongelmitta palveluohjaajien käyttöön, jolloin mittareiden hyödyntäminen aiottulla tavalla palvelujen ja tukien suunnittelussa, vaikuttavuuden seurannassa ja päätöksen teon apuna ei toteutunut. Palveluohjaajien käyttöön COPE-indeksi on puolestaan mielestäni melko raskas työkalu. Pilotoidut elämänlaadun mittarit on kehitetty myös vaikutusten seurantaan ja niiden tietoja voidaan käyttää myös taloudellisessa arvioinnissa, mikä saattaa piankin tulevaisuudessa kiinnostaa omaishoidon tuen maksajia.

Kumman mittarin sitten itse valitsisin käyttöön, jos toinen pitäisi valita? Valinnan tekeminen ei ollut tämän työni tavoitteena, mutta tulin asiaa työtä tehdessäni pohtineeksi ja tässä joitakin pohdintojani. ASCOT-mittariperheen mittarit ovat Suomessa tunnetumpia ja SCT4 omaishoitajalle -mittaristakin on vastikään virallinen käännös. Pidän myös nelitasoista vastausmahdollisuutta hyvänä. CES – Kokemukset omaishoidosta mittarin hyvänä puolena on kysymysten mahtuminen yhdelle sivulle, jolloin mittariin vastaaminen ei tunnu suurelta vaivalta ja käsiteltävistä aiheista saa helposti kokonaiskuvan. Aiheiden avaaminen lyhyesti lomakkeessa auttaa vastaajaa asioiden pohtimisessa. Hienoa on, että lomakkeessa kysytään myös mitä positiivista omaishoito antaa. Molempien mittareiden kysymykset ovat tärkeitä. Tärkeintä kuitenkin lieenee, että omaishoitaja tulee kuulluksi ja hänen elämänlaatunsa huomioiduksi. Näin tulee myös noudatettua Essoten Omaishoidon sääntökirjan (2018) päätävää, Omaishoitajat ja Läheiset -liiton laatiman kymmenen teesin viimeistäkin teesiä: Omaishoitajalla on oikeus omaan elämään.

## LÄHTEET

Aalto, A.-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M.-L. 2013. Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Saatavissa: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia\\_QOL\\_suositus\\_131031.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/10/30/Toimia_QOL_suositus_131031.pdf) [viitattu 12.5.2018].

Al-Janabi, H., Coast, J. & Flynn, T. N. 2008. What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up. *Social Science & Medicine* 67, 111–121.

ASCOT s.a. a. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/index.php> [viitattu 8.11.2017].

ASCOT s.a. b. Tervetuloa. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/finnish/> [viitattu 8.11.2017].

Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon OSSI-hanke 2016–2018. 2017. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.5.2017. Saatavissa: <https://www.essote.fi/tietoa-meista/hankkeet/ossi-hanke-2016-2018/> [viitattu 22.10.2017].

Finne-Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muuri- nen, S., Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toiminta- kyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Saatavissa: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus\\_S004\\_110609.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf) [viitattu 30.3.2018].

Heikkanen, S. & Österberg, M. (toim.) 2012. Living Lab ammattikorkeakou- lussa. Ammattikorkeakoulujen neloskierre -hanke / Haaga-Helia ammattikor- keakoulu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-6619-17-0> [viitattu 11.11.2017].

Helminen, N. 2018. Palvelupäällikkö, vanhus- ja vammaispalvelut Mikkeli, Es- sote. Sähköpostiviesti 4.4.2018.

Häkkinen, H. 2000. Palveluohjaus vanhuspalvelujen koordinoinnissa. Meta- analyysi yhdysvaltalaisista, brittiläisistä ja saksalaisista palveluohjausta käsit- televistä tutkimuksista sekä katsaus palveluohjausta koskevaan suomalaiseen keskusteluun. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1> [viitattu 26.12.2017].

Ikäihmisten tulevaisuuden palvelukokonaisuudet kotona asumista tukemassa. 2016. Ikäihmisten asiakasprosessityöskentelyn tuloksia 8/2015–5/2016. PDF-

dokumentti. Saatavissa: [http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/vanhustyon-johtajat/ikaihmissen\\_tulevaisuuden\\_palvelukokonaisuudet\\_100616\\_asiakasprosessityoskentely](http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/vanhustyon-johtajat/ikaihmissen_tulevaisuuden_palvelukokonaisuudet_100616_asiakasprosessityoskentely) [viitattu 13.11.2017].

Ideariih s.a. Jyväskylän yliopiston Koppa. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/ideariih> [viitattu 12.11.2017].

Juntunen, K., Nikander, R., Törmäkangas, T., Tillaman, P. & Salminen A.-L. 2017. Reliability and validity of the COPE Index among caregivers of disabled people. Applied Nursing Research February 2017, 102–107.

Juntunen, K. & Salminen, A.-L. 2011. Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi. COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 78/2011. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/28272/Selosteita78.pdf?sequence=1> [viitattu 30.10.2017].

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen -hankkeen julkaisu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf> [viitattu 11.4.2018].

Jäsenkunnat. 2016. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. WWW-dokumentti. Päivitetty 18.10.2016. Saatavissa: <https://www.esote.fi/tietoa-meista/hallinto-ja-paatoksenteke/jasenkunnat/> [viitattu 13.11.2017].

Kaakkuriniemi, S. Kalliomaa-Puha, L., Korte, H., Mattila, Y., Mikkola, T., Palo-saari, E. & Uusitalo, M. 2014. Omaishoitajan käsikirja. United Press Global.

Kaipainen, J. 2018. Palveluohjaaja, Essote. Sähköpostiviesti 23.3.2018.

Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoito: tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3483-2> [viitattu 14.11.2017].

Karhula, M. 2017. Tutkimuspäällikkö. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Sähköpostikeskustelu 21.11.2017.

Karhula, M., Kettunen, A. & Steffansson, M. 2017. Pilotti 1. Omaishoitoprosessin alkuarviointi. Havaintojen yhteenveto ja reflektio 26.9.2017. PPT-esitys. OSSI-hanke.

Karhula, M. & Steffansson M. 2017. Suunnittelupalaveri 19.10.2017. PPT-esitys. OSSI-hanke.

Karlsson, M. 2013. Elämänlaatu mittariin. Tesso sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti. WWW-dokumentti. Päivitetty 28.10.2013. Saatavissa: <https://tesso.fi/artikkeli/elamanlaatu-mittariin> [viitattu 7.12.2017].

Karlsson, O. 2016. Learning cafe -oppimismenetelmään tutustuminen. Essee. WWW-julkaisu. Päivitetty 15.11.2016. Saatavissa: <http://esseepankki.proaktemia.fi/learning-cafe-oppimismenetelmaan-tutustuminen/> [viitattu 11.11.2017].

Kauppi, E., Määttä, N., Salminen, T. & Valkonen, T. 2015. Vanhusten pitkäaikaishoidon tarve vuoteen 2040. Kunnallissalan kehittämissätiön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 90. Kaks – Kunnallissalan kehittämissätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2015/08/Vanhusten-pitka%20aikaishoidon-tarve-vuoteen-2040.pdf> [viitattu 30.3.2018].

Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. I&O kärkihanke: Etelä-Savon asiakaslähtöinen palveluohjausverkosto ja osaamiskeskus omais- ja perhehoitoon (OSSI-hanke 2016–2018). 2017. PDF-dokumentti. Päivitetty 17.3.2017. Saatavissa: <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/etela-savon-asiakaslahtoinen-palveluohjausverkosto-ja-osaamiskeskus-ossi-hanke-15.12.2016-jaana-koinsaari.pdf> [viitattu 13.11.2017].

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 131. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence> [viitattu 30.3.2018].

Klemetilä, M. 2014. Puoliso-omaishoitajien kokemuksellinen elämänlaatu: AL-SOVA-päiväkirjat tutkimusaineistona. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140860/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20140860.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140860/urn_nbn_fi_uef-20140860.pdf) [viitattu 8.4.2018].

Kotter, J. P. 1996. Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki: Rastor.

Kuntainfo: Omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten toteuttaminen. 2015. Kuntainfo. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 12.2.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/genomforande-av-undersokningar-av-narstaendevardarnas-valmaende-och-halsa) [viitattu 7.11.2017].

Kämppe, M. 2018. Palveluohjaaja/sairaanhoitaja YAMK. Palveluneuvo/Ikäneuvo. Essote. Sähköpostikirjeenvaihto 29.1.–22.3.2018.

Kärkihanke: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018. 2016. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:32. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3816-8> [viitattu 13.11.2017].

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8> [viitattu 17.11.2017].

Learning cafe eli oppimiskahvila s.a. Innokylä. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539> [viitattu 11.11.2017].

Living Lab s.a. Innokylä. WWW-julkaisu. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli1226421> [viitattu 11.11.2017].

Makai, P., Brouwer, W. B. F., Koopmanschap, M. A., Stolk, E. A. & Nieboer, A. P. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Social Science & Medicine* 102, 83–93.

Mihin palveluohjausta tarvitaan? s.a. Suomen Palveluohjausyhdistys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.palveluohjaus.fi/mita-palveluohjaus-on/mihin-palveluohjausta-tarvitaan/> [viitattu 13.1.2018].

Netten, A., Beadle-Bown, J., Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Smith, N., Towers, A.-M., Trukeschitz, B., Welch, E. & Windle, K. 2011. Adult Social Care Outcomes Toolkit v2.1: Main guidance. PSSRU Discussion Paper 2716/3. University of Kent. Personal Social Services Research Unit. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/guidance/main-guidance-v2.pdf> [viitattu 4.12.2017].

Niemi, S. 2016. Ikäihmisen voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. Kokeimuksia voimavarakäyntien pohjalta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201605056358> [viitattu 23.2.2018].

Nordic Healthcare Group. 2014. Uusi käsikirja ikäihmisten tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen suunnitteluun. WWW-dokumentti. Päivitetty 6.10.2014. Saatavissa: <http://www.nhg.fi/2014/10/06/uusi-kasikirja-tavoitteellisen-neuvonnan-ja-palveluohjauksen-suunnitteluun/> [viitattu 26.12.2017].

Omaishoidon tuen myöntämisen perusteet. 2017. Essote. WWW-dokumentti. Päivitetty 2.3.2017. Saatavissa: <https://www.essote.fi/omaishoito/omaishoidontuen-myontamisen-perusteet/> [viitattu 13.11.2017].

Omaishoidon sääntökirja 2018 s.a. Essote. PDF-dokumentti. Saatavana: <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/omaishoidon-saantokirja-2018-1.pdf> [viitattu 11.4.2018].

Omaishoidon tuki s.a. Omaishoitajaliitto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/omaishoidon-tuki/> [viitattu 30.3.2018].

Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:fe201504225199> [viitattu 14.11.2017].

Omaishoitolaki = Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.

Palveluohjaus. 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. WWW-dokumentti. Päivitetty 1.6.2017. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/sosiaalipolitiikka/sosiaalityo/palveluohjaus> [viitattu 13.5.2018].

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita 33/2007. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://kuntoutussaatio.fi/fi-les/172/Juurruttamisen\\_edistajat\\_ja\\_estajat.pdf](https://kuntoutussaatio.fi/fi-les/172/Juurruttamisen_edistajat_ja_estajat.pdf) [viitattu 10.4.2018].

Population ageing in Europe: facts, implications and policies. 2014. European Commission. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy\\_reviews/kina26426enc.pdf](https://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/policy_reviews/kina26426enc.pdf) [viitattu 30.3.2018].

Pyykkönen, T. 2012. Yksi käsite, monta merkitystä. Käsitetutkimus 2000-luvun hyvinvointitutkimuksesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61570/Pyykk%C3%B6nen.Topias.pdf?sequence=1> [viitattu 12.5.2018].

Rand, S., Malley, J. & Netten, A. 2012. Measuring the social care outcomes for informal carers. An interim technical report for the Identifying the Impact of Social Care (IIASC) Study. Personal Social Services Research Unit (PSSRU). Discussion Paper 2833.

Rand, S., Malley, J., Netten, A. & Forder, J. 2015a. Factor structure and construct validity of the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers (ASCOT-Carer). *Quality of Life Research* 24, 2601–2614.

Rand, S., Malley, J., Netten, A. & Forder, J. 2015b. The Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers. *Quality and Outcomes of person-centered care research unit*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/events/2015/2015-06-15/2015-06-15-stacey-rand.pdf> [viitattu 4.12.2017].

Ratcliffe, J., Lester, L. H., Couzner, L. & Crotty, M. 2013. An assessment of the relationship between informal caring and quality of life in older community-dwelling adults – more positives than negatives? *Health and Social Care in Community* 21, 35–46.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. *Acta Universitatis Lapponiensis* 210. Väitöskirja. Saatavissa: [https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nne\\_Riitta\\_DORIA.pdf?sequence=4](https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nne_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4) [viitattu 7.4.2018].

Saukkonen, S. 2018. TKI-asiantuntija. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Sähköpostiviesti 16.3.2018.

Shemeikka, R., Buchert, U., Pitkänen, S., Pehkonen-Elmi, T. & Kettunen, A. 2017. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet selviytymiseen. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 37/2017. Valtioneuvoston kanslia.



Saatavissa: [http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/37\\_Omaishoitajien+tarvitsemat+tukitoimet+teht%C3%A4v%C3%A4ss%C3%A4+selviytymiseen.pdf/1da2c441-abd8-4a2f-a6ef-666ab8d48d7a?version=1.0](http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/37_Omaishoitajien+tarvitsemat+tukitoimet+teht%C3%A4v%C3%A4ss%C3%A4+selviytymiseen.pdf/1da2c441-abd8-4a2f-a6ef-666ab8d48d7a?version=1.0) [viitattu 18.11.2017].

Sosiaalihuollon palveluprosessit. 2018. THL. WWW-dokumentti. Päivitetty 24.1.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta/palvelutuotannon-toiminnalliset-maarittelyt/sosiaalihuollon-palveluprosessit> [viitattu 20.4.2018].

Sosiaalihuollon palvelutehtäväkohtaiset palveluprosessit. 2017. THL. 11.10.2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: [https://thl.fi/documents/920442/2940835/Sosiaalihuollon\\_palvelutehtavakohtaiset\\_palveluprosessit\\_v2.pdf/944b8db7-8e69-4a5e-b97a-0e23976f6eff](https://thl.fi/documents/920442/2940835/Sosiaalihuollon_palvelutehtavakohtaiset_palveluprosessit_v2.pdf/944b8db7-8e69-4a5e-b97a-0e23976f6eff) [viitattu 20.4.2018].

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Sosiaalipalvelujen toimintatilasto. 2017a. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. THL. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy4Pt9Y1tM4rsdbNK7c20jMEAA==&region=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202> [viitattu 21.11.2017].

Sosiaalipalvelujen toimintatilasto. 2017b. Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. THL. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s050tHYttNYtc7SuyrWzYm0NtlzBAA=&region=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202> [viitattu 21.11.2017].

Spiik, K.-M. s a. Onnistunut muutos. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.spiik.fi/tyokalut/muutos.pdf> [viitattu 13.1.2018].

Steffansson, M. 2018. TKI-asiantuntija. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sähköposti 6.3.2018.

STM s.a. I&O-kärkihankkeessa rahoitettavat alueelliset hankkeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet> [viitattu 26.12.2017].

Suominen, S. 2010. Palveluohjaaja. Asiakkaan tuki ja tulkki. Omaiset mielen-terveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/palveluohjaus+Asiakkaan+tuki.pdf/7a473163-a85a-41e1-af00-11079fbb921> [viitattu 26.12.2017].

Suominen, S. 2017. Blogi: Pohdintaa palveluohjauksen roolista. Blogi. Päivitetty 6.9.2017. Saatavissa: <https://www.palveluohjaus.fi/?x171135=173312> [viitattu 13.5.2018].

Survey of Carers in Households 2009–10. 2011. The NHS Information Centre, Social Care Team. GfK NOP. UK Data Service. SN: 6768. Saatavissa: <http://doi.org/10.5255/UKDA-SN-6768-1> [viitattu 8.4.2018].

The Carer Experience Scale (CES) s.a. University of Birmingham. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/CES/index.aspx> [viitattu 1.4.2018].

Tikkanen U. 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 5 (2016). Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5> [viitattu 14.11.2017].

Toljamo, M., Perälä M.-L. & Laukkala, H. 2012. Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26, 211–218.

Tunnistatko omaishoitajan? 2017. Omaishoitajaliitto. PDF-julkaisu. [https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/10/Tunnistatko\\_omaishoitajan\\_web1.pdf](https://omaishoitajat.fi/wp-content/uploads/2017/10/Tunnistatko_omaishoitajan_web1.pdf) [viitattu 11.1.2018].

Valli, B. 2015. Omaishoitajien näkemyksiä asiakaslähtöisestä palveluohjauksesta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201505107191> [viitattu 21.2.2018].

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

WHO s.a. WHOQOL: Measuring quality of life. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> [viitattu 30.3.2018].

**OMAISHOITAJAN ELÄMÄNLAADUN MITTARIT  
ASCOT SCT4 OMAISHOITAJILLE  
CES – KOKEMUKSET OMAISHOIDOSTA  
  
KÄSIKIRJA MITTAREIDEN KÄYTÖN TUEKSI**

## SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO .....	61
2.	VOIMAVARAT ESILLE .....	63
3.	HAASTEET JA TUEN TARPEET .....	64
4.	ASCOT SCT4 OMAISHOITAJILLE.....	65
1.	Ajan käyttö, itselle mieluisien ja tärkeiden asioiden tekeminen .....	65
2.	Omaan päivittäiseen elämään vaikuttaminen .....	66
3.	Itsestä huolehtiminen, esim. syöminen ja nukkuminen .....	67
4.	Turvallisuuden tunne omaishoitajana toimiessa .....	68
5.	Sosiaalinen kanssakäyminen .....	69
6.	Aikaa ja tilaa olla oma itsensä päivittäisessä elämässä .....	70
7.	Kokemus tuen ja kannustuksen saamisesta .....	71
5.	CES – KOKEMUKSET OMAISHOIDOSTA.....	72
1.	Muu kuin omaishoittoon liittyvä tekeminen.....	72
2.	Perheen ja ystävien tuki.....	73
3.	Tuki julkisilta ja muilta toimijoilta .....	74
4.	Omaishoidon antama tyydytyksen tunne.....	75
5.	Mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon .....	76
6.	Omaishoidettavan kanssa toimeen tuleminen .....	77

## LÄHTEET

## 1. JOHDANTO

Tämä käsikirja on tarkoitettu palveluohjaajien tueksi heidän käyttäessään omaishoitajan elämänlaadun mittareita ASCOT SCT4 omaishoitajille ja The Carer Experience Scale CES – Kokemukset omaishoidosta. Käsikirja on tehty yhteistyössä OSSI-keskuksen omaishoidon tuen palveluohjaajien sekä muiden Essoten OSSI-kärkihankkeeseen kuuluneessa omaishoidon alkuarviointijakson kehittämisen pilotissa mukana olleiden kanssa. Käsikirjan toteuttaminen osa geronomiopintojen opinnäytetyötäni.

Tämä käsikirja ei siis ole sisällöllisesti kummankaan mittarin kehittäjän tekemä tai virallisesti hyväksymä. Tavoitteena oli tuottaa käytön tueksi monipuolinen ja kompakti tuotos, jossa on mittarien kehitystyötä kuvanneesta kirjallisuudesta poimittuja taustatietoja eri kysymyksistä ja palveluohjaajien subjektiivisia ja kokemuksen tuomia näkemyksiä kysymysten aiheista.

Käsikirjaan kootut apukysymykset ja huomiot omalta osaltaan auttavat palveluohjaajia voimavarojen ja tuen tarpeiden tunnistamisessa ja siten omaishoitajien parhaassa mahdollisessa tukemisessa.

### Mittareista

Elämänlaadun mittareilla selvitetään, miten hyvin ihminen kokee asioidensa olevan. Mittareita voi olla yleisiä, jolloin niissä käsitellään fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen elämänlaatu, usein myös ympäristö, tai erikseen jonkin alueen erityisongelmien selvittämiseksi kehitettyjä.

Sekä ASCOT SCT4 omaishoitajille että CES – Kokemukset omaishoidosta -mittari on kehitetty 2000-luvulla Isossa-Britanniassa omaishoitajien elämänlaadun ja erityisesti sen sosiaalisen aspektin mittariksi, minkä vuoksi niissä ei käsitellä esimerkiksi fyysistä toimintakykyä tai taloudellista tilannetta. Molempien taustalla on tutkimustyötä ja kummankin mittarin kehitysprosessissa on ollut mukana englantilaisia omaishoitajia. Mittareissa käsitellään osittain samoja aiheita, mutta erojakin on kehittämistyön lähtökohdista ja tavoitteista johtuen. ASCOT SCT4 omaishoitajille -mittarissa ei esimerkiksi kysytä omaishoidon antamasta tyydytyksen tunteesta niin kuin CES – Kokemukset omaishoidosta -mittarissa, koska on epäselvää, kuinka tähän tyydytyksen tunteeseen voitaisiin vaikuttaa sosiaalipalveluilla, ja ASCOT-mittarit pyrkivät nimenomaan huomioimaan sosiaalipalvelujen vaikutuksia.

ASCOT SCT4 omaishoitajille -mittarissa on seitsemän aihealuetta. Mittari on nelitasoinen, eli siinä on joka kysymykseen neljä vastausvaihtoehtoa, joista yksi on ideaalitilanne ja yksi "ei lainkaan"-tilanne". Kolmitasoisessa CES – Kokemukset omaishoidosta -mittarissa aihealueita on kuusi.

ASCOT SCT4 omaishoitajalle -mittari on virallisesti suomennettu. Suomenkielisen mittarilomakkeen käyttö vaatii luvan THL:ltä. Lisätietoja mittarista ja luvan hankkimisesta löytyy myös alla mainitulta mittariperheen internetsivustolta. CES – Kokemukset omaishoidosta -mittaria virallinen suomenkielinen käännös valmistuu OSSI-hankkeen aikana. Englanninkielisen mittarilomakkeen käyttö vaatii rekisteröitymisen, mutta lomake on nähtävissä ilman rekisteröitymistäkin.

Lisätietoja mittareista löytyy seuraavilta internetsivuilta:

ASCOT: <https://www.pssru.ac.uk/ascot/>

The Carer Experience Scale CES: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/CES/index.aspx>

### Pohdintaa mittareiden käytöstä

Mittarit ovat yksi hyvä keino tuoda esiin asioita jotka ovat hyvin. Palveluohjaajan lisäkysymykset ja avoin keskustelu ovat kuitenkin oleellisia voimavarojen tunnistamisen ja tukemisen varmistamiseksi. Geronomi Simo Niemi antaa tästä hyvän esimerkin opinnäytetyössään (2016, 19), jossa selvitettiin tehtäväkirjan hyödyntämistä ikäihmisen voimavarojen tunnistamisessa. Seuraavassa suora lainaus hänen työstään: ”Kuvaava esimerkki voimavarojen tunnistamisen ja tukemisen haasteista tehtäväkirjan näkökulmasta on myös seuraava. Voimavarakäyntieni kohderyhmään kuului ikäihminen, joka oli kertonut ensimmäisellä tapaamisellamme, että parveke näköaloineen ja siellä olevat kukat ovat olleet aina hänelle yksi merkittävä voimia antava asia. Kyseinen ikäihminen pystyi hyvin täyttämään tehtäväkirjaa, mutta parveke ja kukat eivät tulleet missään kohtaa kirjaa esille. Myöskään ongelmat parvekkeelle menemisessä (liian korkea kynnyks ja tukikahvojen puute) eivät tehtäväkirjan sivuille päätyneet ennen apuani huolimatta esimerkiksi kirjan kysymyksistä ”Onko asunnossasi, asuintalossa tai pihassa liikkumista haittaavia tekijöitä?” tai ”Onko käytössäsi apuvälineitä tai onko asunnossa tehty asunnon muutostöitä, jotka helpottavat toimimista kotiympäristössä (esim. tukikahvat, kynnyksien poisto, liukuasteet tms.)?” Tämäkään havainto ei ole kritiikki kirjan käyttöä kohtaan, vaan osoitus siitä, kuinka suuri merkitys keskustelulla on asioiden esiin nostamisessa.” Sama koskee myös näiden mittareiden käyttöä: ne voivat olla tukena ja keskustelun herättäjänä, mutta pelkkien vastausten lukeminen ilman keskustelua voi antaa tilanteesta väärän kuvan.

Voimavarat ja vahvat tuen tarpeet tulevat ehkä helpommin esiin nelitasoisen mittarin vastauksista. Tämä tulee ilmi esimerkiksi, kun vertailee molempien mittareiden ensimmäistä aihealuetta ja negatiivisinta vastausvaihtoehtoa (ASCOT: Ajankäyttö, itselle tärkeiden tai mieluisien asioiden tekeminen – En tee mitään minulle tärkeitä tai mieluisia asioita / CES: Muu kuin omaishoittoon liittyvä tekeminen – Voit tehdä vain pienen osan niistä haluamistasi asioista, jotka eivät liity omaishoittoon), joka käytännössä käsittelee samaa asiaa. Negatiivisimman vastausvaihtoehdon valitseminen ASCOT SCT4 omaishoitajille -mittarin kohdalla sai tämän käsikirjan työpajassa ehdotuksen masennusseulan käytöstä, CES – Kokemukset omaishoidosta -mittarin osalta tällaista ehdotusta ei ollut, vaikka vastaajan kokemus ajankäytöstään voi olla sama. Toisaalta on muistettava, ettei vastaaja aina valitse ääripäätä, vaikka todellisuudessa tilanne vastaisikin sellaista. Voimavarojen ja tuen tarpeiden huomaaminen vaatii siis palveluohjaajalta herkkyyttä, tarkkaa korvaa ja keskustelun viemistä eteenpäin.

Seuraavilla sivuilla on esitetty ehdotuksia ja vinkkejä, kuinka palveluohjaaja voi mittareiden kysymyksiin vastanneen omaishoitajan kanssa keskustellessaan päästä asiassa eteenpäin. Voimavarojen tunnistamisen osalta ne ovat yleisellä tasolla, tuen tarpeiden huomioidessa mittari- ja kysymyskohtaisesti.

17.5.2018  
Sirkku Norta

## 2. VOIMAVARAT ESILLE

Kun mittareista nousee esille asioita, jotka ovat hyvin, niin

- millä tavalla niistä kannattaa keskustella ja käydä niitä läpi omaishoitajan kanssa
- miten huomioida ne voimavaraksi ja saada omaishoitaja huomaamaan ne voimavaraksi
- miten varmistaa, että ne pysyvät jatkossakin voimavaroina

### Palveluohjaaja voi:

- sanoittaa ääneen omaishoitajalle, että "asia on hyvin"
- vakuuttaa asiakasta olemalla ammatillinen, asiakasta tukeva ja positiivinen
- kysyä omaishoitajalta, onko tämä itse huomannut, miten hyvin jokin asia on
- selvittää, miten tukiverkosto auttaa, kuinka usein omaa aikaa on ja onko sitä riittävästi
- selvittää, onko vapaajärjestelyt käytössä, säännöllisesti
- pitää huolen, että asia pysyykin hyvin = seuranta on tärkeää
- kehottaa omaishoitajaa ottamaan aktiivisesti yhteyttä, mikäli tilanteessa tapahtuu muutoksia (muistettava antaa yhteystiedot)
- huolehtia, että edes jossakin kohdassa keskustelua tuo esiin voimavarat - käynnin alussa, keskellä tai lopussa tai vaikka useamman kerran.
- laittaa haasteen tai ongelman muistiin, jos se tulee esiin kesken voimavarojen läpikäynnin, ettei keskustelu käänny vaikeuksiin siinä kohdassa.
- kirjata palvelusuunnitelmaan tavoitteeksi hyvän tilanteen tai asian säilyminen ja ilmaista että seuraa niitä palvelusuunnitelman päivittämisen yhteydessä
- esittää tarkentavia kysymyksiä: Miksi koet näin? Mikä on tärkein asia?
- konkretisoida asioita
- kirjata lapulle erikseen hyvät asiat
- ohjata esimerkiksi omaishoitoyhdistyksen palveluihin, jossa on mahdollista käsitellä asioita enemmän
- tuoda näkökulmia ja perspektiiviä asioihin
- vahvistaa omaishoitajan itseluottamusta
- kannustaa
- esittää vaihtoehtoisia ratkaisuja, kompensointimahdollisuuksia voimavarojen ylläpitämiseksi

Säilyttämällä avoimen ja kiireettömän ilmapiirin ja olemalla positiivinen luo mahdollisuuden hyvälle kohtaamiselle ja avoimelle vuoropuhelulle sekä voimavaroista keskustelulle.

### 3. HAASTEET JA TUEN TARPEET

Kun mittareista nousee esille asioita, jotka eivät ole hyvällä tolalla, niin

- millä tavalla niistä kannattaa keskustella ja käydä niitä läpi omaishoitajan kanssa
- miten ottaa asia esille ja selvittää, mistä on kyse
- miten kääntää ongelmanratkaisu tavoitteeksi

Palveluohjaaja voi kysyä, voiko omaishoitaja itse tehdä asialle jotakin vai tarvitaanko ulkopuolista apua – sitouttaminen, asiakkaan näkemyksen huomioiminen.

Miksi-kysymyksillä pääsee useimmiten eteenpäin.

Seuraavassa on esitetty tarkemmin mittari- ja kysymyskohtaisesti apukysymyksiä, huomioita ja pohdintoja sekä keinoja, miten edetä, jos tuen tarve nousee esille. Ensin käydään läpi ASCOT SCT4 omaishoitajalle -mittarin seitsemän aihealuetta ja sitten CES – Kokemukset omaishoitajista -mittarin kuusi aihealuetta



#### 4. ASCOT SCT4 OMAISHOITAJILLE

##### 1. Ajan käyttö, itselle mieluisien ja tärkeiden asioiden tekeminen

- *Ei tee tarpeeksi itselle tärkeitä tai mieluisia asioita.*

###### APUKYSYMYKSIÄ

Mitä ne mieluisat tai tärkeät asiat ovat?  
 Miksi et tee niitä?  
 Mitä voisit tehdä tilanteen parantamiseksi?  
 Mitä me palveluohjaajat voisimme tehdä, entä kolmas sektori tai esim. seurakunta, että pystyisit edelleen tekemään itsellesi mieluisia asioita?  
 Kuinka kauan tilanne on jatkunut ja onko kokemus jatkuva vai jaksottainen?  
 Miten paljon aikaa haluaisit käyttää omaiin juttuihisi?  
 Mikä olisi ideaalitalanne?  
 Mitä teit ennen?  
 Voiko olla, että vaikka teet mieluisia asioita, et koe niitä enää mieluisina?  
 Onko sinulla mitään, mikä tuottaa iloa? / Mikä tuottaa iloa arjessa?

###### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Omaishoitaja ei ehkä kykene enää huomioimaan mieluisia asioita (mitkä ovat silloin auttamisen keinot?)

Kysymys on aika laaja, ja kaikki eivät välttämättä osaa edes nimetä mieluisia tai tärkeitä asioista.

Ei aina johdu omaishoitotilanteesta.

Onko omaishoito mieluisaa, antaako se omaishoitajalle sisältöä elämään ja positiivisia tunteita vai onko se hänen oman elämänsä este?

###### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

###### Vapaajärjestelyt

- Vapaatarpeen selvittäminen: muutama tunti vai pidempi aika, säännöllisesti vai epäsäännöllisesti
- Usein mahdollisuus on järjestellä, mutta omaishoitaja ei välttämättä halua luopua/luovuttaa hoidettavaa toiselle hoitoon  
→ keskustelu, vaihtoehtojen pohtiminen

###### Vapaaehtoistyöntekijöiden apu

###### Masennusseula GDS-15

- Tilanteen pohdinta ja ratkaisujen miettiminen moniammatillisesti ja yhteistyössä asiakkaan kanssa, myös lääkäri mukaan
- Huolen pitäisi herätä näissä tilanteissa ja niihin tulisi tarttua

###### Luottamuksen saavuttaminen

## 2. Omaan päivittäiseen elämään vaikuttaminen

- *Ei voi vaikuttaa tarpeeksi omaan päivittäiseen elämäänsä.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Mikä on päivän tähtihetki? Siihen keskittyminen

Mitä on tapahtunut, että et voi enää vaikuttaa päivittäiseen elämääsi?

Kuinka voisimme tukea kunnallisen toimijan, kolmannen sektorin tai esim. seurakunnan avuin?

Kuinka kauan tilanne on jatkunut ja onko kokemus jatkuva vai jaksottainen?

Mistä voisi johtua se, ettet voi vaikuttaa?

Mikä hiertää nykytilanteessa? Esimerkkejä?

Mihin erityisesti haluaisit vaikuttaa?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Kuvaa, kuinka sidottu omaishoitaja on hoitoon ja hoidettavaan: ei pysty tekemään suunnitelmia, vapaus viety, vieraat ihmiset (esim. kotihoito) käyvät jatkuvasti, lääkehoito määrää aikataulun.

Moni toteaa tässä vaiheessa, että "no voinhan minä vaikuttaa vaikka siihen, missä kohtaa teen kotihommia..."

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Vapaaajärjestelyt, mahdollisuus päästä asioimaan rauhassa (henkinen vapautuminen hetkeksi)

- Vapaatarpeen selvittäminen: muutama tunti vai pidempi aika, säännöllisesti vai epäsäännöllisesti
- Usein mahdollisuus on järjestellä, mutta omaishoitaja ei välttämättä halua luopua/luovuttaa hoidettavaa toiselle hoitoon  
→ keskustelu, vaihtoehtojen pohtiminen

Vapaaehtoistyöntekijöiden apu

Vertaistuki

### 3. Itsestä huolehtiminen, esim. syöminen ja nukkuminen

- *Ei pysty huolehtimaan itsestään tarpeeksi.*

#### APUKYSYMYKSIÄ

Millainen on päivärytmisi?  
 Miten nuket? (normaali huonounisuus, oma ahdistus, hoidettava herättää)  
 Mitä syöt ja kuinka usein?  
 Pystytkö rentoutumaan?  
 Mikä olisi hyvä päivän aloitus?  
 Kuinka kauan tilanne on jatkunut ja onko kokemus jatkuva vai jaksottainen?  
 Minkälaista apua tarvitsisit?  
 Onko vapaapäiväjärjestelyt kunnossa ja riittävätkö ne?  
 Puuttuuko sinulta aikaa vai etkö jaksa tai viitsi huolehtia itsestäsi?  
 Miten se näyttää, että huolehdit itsestäsi riittävän hyvin? Onko se riittävän hyvin?  
 Mitä tapahtuu jos/kun et huolehdi itsestäsi?

#### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Kokemuksen perusteella omaishoitajat vastaavat tähän kysymykseen aika totuudenmukaisesti.

Kannatta korostaa, mitä seurauksia on sillä, jos omaishoitaja ei huolehdi itsestään.

#### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Kotihoito  
 Kauppapalvelu  
 Ruokapalvelu (jos ongelmana ajanpuute ruuanlaitossa)  
 Vapaaajärjestelyt
 

- Vapaatarpeen selvittäminen: muutama tunti vai pidempi aika, säännöllisesti vai epäsäännöllisesti
- Usein mahdollisuus on järjestellä, mutta omaishoitaja ei välttämättä halua luopua/luovuttaa hoidettavaa toiselle hoitoon  
 → keskustelu, vaihtoehtojen pohtiminen

Järjestöpuolen ryhmät ym.  
 VESOTEN hyvinvointineuvonnat ym.  
 Mahdollisuus kokeilla maksutta tai ilman sitoutumista eri palveluja  
 Vertaistukiryhmät  
 Hyvinvointi- ja terveystarkastus (onko käynyt)  
 Keskustelu itsensä arvostamisesta, itsensä huolehtimisen tärkeydestä ja sopivasta itsekkyydestä  
 Keskustelu suhtautumisesta omaan kehoon: pidätkö omasta kehostani vai en? Huolehdinko siitä?  
 Mahdollisuus yhtenäisiin yöuniin mahdollistettava / onko mahdollisuus palveluilla järjestää?

Oman hyvinvoinnin huomioiminen:  
 - täytyy varata aika ruokailulle, on syötävä ravintorikasta ruokaa  
 - ulkoilulle ja liikunnalle varattava oma aika  
 → monta kertaa ovat valinnoista kiinni.

Onko mahdollista päästää "mieli lepäämään", vai pitääkö koko ajan olla hälytysvalmiudessa → keinot rentoutua

#### 4. Turvallisuuden tunne omaishoitajana toimiessa

- *Ei tunne oloaan turvalliseksi.*

##### APUKYSYMYKSIÄ

Mitä pelkää?  
 Minkälaisia ajatuksia sinulla on hoidettavaa kohtaan?  
 Mitä vahinkoja on tapahtunut?  
 Pelkäätkö omia reaktioitasi?  
 Millä tavalla ilmenee, että pinna palaa?  
 Miten hillitset itsesi?  
 Milloin / kuinka kauan tällaista on ilmennyt?  
 Onko ohimenevää vai pysyvää?  
 Liittyykö hoidettavan sairauteen tai lääkitykseen?  
 Oletko kertonut kenelläkään aiemmin?  
 Onko läheisillä tietoa tilanteesta?

##### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Vastaaja voi ajatella joko häneen itseensä kohdistuvaa uhkaa tai että hän itse on uhka hoidettavalle.

Vastaus saattaa kertoa myös muunlaisesta pelosta (taloudellinen turvattomuus, tulevaisuuden pelko, ettei pysty hoitamaan omaishoidettavasta esimerkiksi sairastumisen vuoksi tai että kuolee ennen hoidettavaa).

Joskus hoidettavan aggressiivinen käytös voi johtua siitä, ettei hän pysty kommunikoimaan tai saa itseään ymmärretyksi.

Mikäli herää huoli, että jonkun turvallisuus on uhattuna, on reagoitava välittömästi, esimerkiksi selvitettävä, onko taloudessa välineitä, joilla voi vahingoittaa itseä tai muita, ja hälytettävä apua.

##### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Toimintasuunnitelma kriisitilanteita varten  
 Turvapuhelin/-ranneke omaishoitajalle  
 Viola ry  
 Kriisikeskus  
 Hätänumero 112  
 Omaishoitajien päivystyspuhelin  
 Hengähdystauon / vapaa-ajan järjestäminen omaishoitajalle  
 Omaishoitajan tunteiden käsittely: työnohjaus, vertaistukiryhmät  
 SAS-hoitajien kanssa pohdinta asumisratkaisusta, jos kotona ei ole turvallista

## 5. Sosiaalinen kanssakäyminen

- *Ei ole paljon tekemisissä ihmisten kanssa.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Mistä syystä? (Niillä ei ole minulle / minulla ei ole heille mitään annettavaa)  
 Milloin olet viimeksi ollut tekemisissä ystäväsi kanssa?  
 Onko sinulla juttukaveria?  
 Jos sinulla olisi aikaa enemmän, olisitko enemmän tekemisissä ihmisten kanssa?  
 Toivotko, että tilanne olisi toisin?  
 Onko sinulla ystäviä?  
 Miten usein teillä käy ystäviäsi tai ihmisiä, joista pidät?  
 Miten usein haluaisit tavata ystäviäsi tai jutella heidän kanssaan?  
 Millaisia kontakteja kaipaavat / haluaisit? (kahviseuraa, vertaistukea, päivänpiristäjää)  
 Mitä mieltä olisit vapaaehtoisystävästä?  
 Onko sinulla mahdollista tavata ystäviäsi yksin, ilman että hoidettava on mukana?  
 Onko ystävien tapaaminen / harrastaminen taloudellisesti mahdollista?  
 Millaisia muita kohtaamisia arkeen kuuluu? (kevyet, mutta merkitykselliset kohtaamiset: kaupan kassa, pankin asiakaspalvelu, kauppakeskukset, torit, kirjaston asiakaspalvelu jne.)

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Myös omaishoitajalla on tarve kuulua joukkoon ja tarve tulla huomioiduksi omana itsenä, ei vain omaishoitajana.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Vapaaehtoisystävät (seurakunta, SPR, muut järjestöt)  
 Verkostokartta (kertoo tilanteen)  
 Vertaistukiryhmät  
 Kohtaamispaikat, julkiset olohuoneet, hyvinvointiasemat  
 Vapaa-aikajärjestelyt (muutama tunti vai pidempi aika, säännöllisesti vai epäsäännöllisesti)

## 6. Aikaa ja tilaa olla oma itsensä päivittäisessä elämässä

- *Ei ole tarpeeksi tilaa ja aikaa olla oma itsensä.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Minkälainen olet omana itsenäsi?  
 Miksi et pysty tai mikä estää olemasta oma itsesi?  
 Mikä teistä on hyvää?  
 Kuinka kauan olette kokeneet näin ja onko kokemus jatkuva vai jaksottainen? (Kuormittumisen aste)  
 Pystytkö tekemään itsenäisiä päätöksiä?  
 Miten se ilmenee / mitä se aiheuttaa, ettet voi olla oma itsesi?  
 Minkä verran tarvitsisit omaa aikaa ja tilaa?  
 Olisiko mitään mahdollisuuksia järjestää edes vähän aikaa tai tilaa?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Tämä on vaikea kysymys.

Sisällä minuudessa / onko koskaan ollut tilaa olla oma itsensä?

Tämä kysymys otettu mukaan, koska se tuli esiin omaishoitajien taholta mittaria kehitettäessä; kehittämistyössä käytetyssä kirjallisuudessa tällaista asiaa ei käsitelty. Silti omaishoitajillakin voi olla vaikeuksia ymmärtää, mitä tällä haetaan ja tulkintoja voi olla hyvin erilaisia.

Kysymyksestä voi ehkä nousta esiin myös se, että omaishoitaja joutuu olemaan jatkuvasti varuillaan ja toimimaan niin, ettei hoidettava saa "syytä" henkiseen tai fyysiseen väkivaltaan.

Esimerkkinä on annettu, että hoidettava on intervallipaikalla ja hoitajalla vapaapäivä, mutta hoitaja ei pysty olemaan oma itsensä, koska ei luota hoitopaikkaan vaan vapaapäivänäänkin huolehtii hoidettavan tilasta eikä pysty rentoutumaan.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Tilanteen läpikäyminen

Kotihoito

Keskustelut esim. seurakunnan diakonissan tai kunnan vapaaehtoistyöntekijän kanssa.

Vapaaajärjestelyn vaihtoehdot: päivätoiminta, kiertävä perhehoitaja, perhehoito, Iltapirtti

Hyvinvointi- ja terveystarkastus

Terapia

## 7. Kokemus tuen ja kannustuksen saamisesta (virallinen ja epävirallinen)

- *Ei tunne saavansa tarpeeksi tukea ja kannustusta.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Keneltä olisi tärkeä saada tukea, keneltä odotat tukea ja kannustusta?  
 Osoittaako hoidettava arvostusta sinua kohtaan?  
 Millaista tukea ja kannustusta haluaisit saada?  
 Tarvitsetko konkreettista tukea vai henkistä tukea?  
 Oletko pyytänyt tukea?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

On selvitettävä, mitä vastaaja ajattelee tuella ja kannustuksella: läheisiään ja epävirallista tukea vai julkista, virallista tukea vaiko molempia.

Kannattaa myös selvittää, antaako hoidettava omaishoitajalle tukea esimerkiksi vapaiden pitämiseen tai omien ”juttujen” tekemiseen vai vaatiiko huomion itseensä.

Omaishoitaja voi saada tukea moneltakin taholta, mutta ei ehkä koe sitä oikeanlaisena vaan vaikkapa puuttumisena hänen elämäänsä tai toimintaansa omaishoitajana tai se ei vastaa hänen tarpeitaan.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Tieto omatyöntekijästä/palveluohjaajasta  
 Yhteydenpitosuunnitelma  
 Kansio tärkeistä yhteyshenkilöistä  
 Verkostokartta  
 Kokemuksen antaminen siitä, että omatyöntekijä/palveluohjaaja kuuntelee nyt ja tässä hetkessä  
 Tuen antaminen perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen ja avoimeen keskusteluun asiasta  
 Omaishoitoyhdistyksen toiminta  
 Kotihoito  
 Yhteiskunnan tuet ja etuudet

## 5. CES – KOKEMUKSET OMAISHOIDOSTA

### 1. Muu kuin omaishoitoon liittyvä tekeminen (muiden tapaaminen, harrastukset, liikunta, vapaa-aika, opiskelu)

- *Voi tehdä vain pienen osan niistä haluamistaan asioista, jotka eivät liity omaishoitoon.*

#### APUKYSYMYKSIÄ

Miksi voit tehdä vain pienen osan?  
Mitä haluaisit tehdä?  
Mitä voisit tehdä tilanteen parantamiseksi?  
Kuka voisi tulla avuksi? Kunnallinen toimija? Esim. perhehoito? Kolmas sektori?  
Mitä olet aiemmin tehnyt? Mistä olet joutunut luopumaan?  
Minkä verran haluaisit tehdä omia juttuja?  
Mitä vaatisi, että se olisi mahdollista?  
Pidätkö vapaapäivät? Miksi et?  
Mitä teet vapaapäivinä?  
Mikä olisi ideaalitilanne?

#### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Kysymys vaikuttaa selkeältä helposti ymmärrettävältä.

#### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Vapaaajärjestelyt  
Vapaaehtoistyöntekijöiden apu  
Kannustaminen, jotta ottaisi yhteyttä harrastuskavereihin  
Eri ajanviettovaihtoehtojen esittely, ellei löydä mieleistä



## 2. Perheen ja ystävien tuki (apu omaishoidossa ja/tai henkinen tuki perheeltä, ystäviltä, naapureilta tai työkavereilta)

- *Saa vähän tukea ja apua perheeltä ja ystäviltä.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Miksi et saa tukea? Eikö perhettä tai ystäviä ole, eivätkö halua antaa, etkö halua olla vaivaksi, etkö halua maksaa?

Millaista tukea tarvitsisit?

Keneltä haluaisit tukea?

Tarvitsetko enemmän?

Oletko kysynyt / pyytänyt apua tai tukea?

Osaatko ottaa apua vastaan vai oletko tottunut pärjäämään yksin?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Hyvä selvittää, onko omaishoitaja edes kysynyt apua ja tukea

Vaikea vaikuttaa perheen sisäisiin suhteisiin on vaikea vaikuttaa.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Kotihoito, vertaistuki (korvaaviksi tukimuodoiksi)

Kannustus yhteydenpitoon ja avoimuuteen

**3. Tuki julkisilta ja muilta toimijoilta (tuki julkisilta, yksityisiltä ja vapaaehtoisilta toimijoilta, etuudet, vapaajärjestelyt ja käytännön tieto)**

- *Saa vähän tukea julkisilta ja muilta toimijoilta.*

**APUKYSYMYKSIÄ**

- Miksi saat vähän tukea?
- Haluaisitko saada enemmän tukea?
- Millaista tukea tarvitsisit?
- Miltä taholta haluaisit enemmän tukea?
- Oletko kysynyt / pyytänyt tukea?

**HUOMIOITA JA POHDINTOJA**

Kokemuksen perusteella hakuprosessin alkuvaiheessa moni kokee, ettei ole saanut tukea.

Omaishoitajan voi olla vaikea ymmärtää päätöksiä ja muuta "viranomaiskieltä". Palveluohjaaja voi olla tässä tulkkina.

**TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA**

- Palvelutarjotin
- Yhteiskunnan tuet ja etuudet
- Vapaajärjestelyt
- Monitoimijayhteistyö

**4. Omaishoidon antama tyydytyksen tunne (positiiviset tunteet siitä, että hoidettava on onnellinen, hänen arvokkuutensa säilyy ja häntä arvostetaan, täytät velvollisuutesi, saat uusia taitoja ja olet osallisena hoidettavasi saamassa hoidossa)**

- *Kokee omaishoidon harvoin tyydytystä antavana.*

**APUKYSYMYKSIÄ**

Miksi koet sen harvoin tyydytystä antavana?  
 Kuinka omaishoito voisi antaa tyydytystä? Mihin tulisi kiinnittää huomiota?  
 Miten uskot hoidettavan arvostavan antamaasi hoitoa/aikaa?  
 Onko omaishoitajana toimimisessa mitään hyvää?  
 Koetko omaishoitajana toimimisen taakkana?  
 Mikä tekee omaishoitajana toimimisesta hankalaa/epämieluisaa?  
 Haluatko olla omaishoitaja?

**HUOMIOITA JA POHDINTOJA**

Ilmaise arvostus ja kunnioitus omaishoitajaa kohtaan  
 Kannattaa selvittää omaishoitajan jaksaminen ja voimavarat.  
 Kannattaa myös selvittää, miten omaishoitaja arvostaa itseään.

**TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA**

Puhuminen auttaa – keskusteluapu tms.  
 Vertaistuki  
 Avun ja tuen järjestäminen ja organisointi asioissa joissa kuormittuneisuutta – riittävät ja oikea-aikaiset palvelut  
 Omaishoitajan tunnistaminen hoitajana – yhteistyö muiden (esim. kotihoiton) kanssa  
 Muistuttaminen siitä, ettei kenenkään ole pakko toimia omaishoitajana  
 Myös jokin omaishoitajuuteen liittyvä kirja (esim. Omaishoitajan käsikirja) voi antaa näkökulmia ja auttaa ymmärtämään ja hyväksymään erilaisia tunteita ja tilanteita

## 5. Mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon (kykysi vaikuttaa hoidettavan saamaan hoidon kokonaisuuteen)

- *On mahdollisuus vaikuttaa vain harvoihin hoitoon liittyviin asioihin.*

### APUKYSYMYKSIÄ

- Miksi et pysty vaikuttamaan?
- Miten se ilmenee, ettet pysty vaikuttamaan?
- Mihin haluaisit vaikuttaa?
- Mitä se aiheuttaa, kun et pysty vaikuttamaan?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Kannattaa pohtia, tiedostetaanko palvelujärjestelmässä omaishoitajan rooli hoitajana ja asiantuntijana.

Helposti käynee niin, että viranomais-/palveluntuottajapuoli (lääkäri, kotihoito ym.) sanelee mitä tehdään, miten ja milloin, vaikka "kysyvätkin" asiakkaan toiveita.

Sitoutuminen vapaajärjestelyihin saattaa olla heikkoa, jos omaishoitaja ei voi vaikuttaa niihin, esimerkiksi hoitopaikkaan ja hoidon tasoon siellä, jaksotukseen tai vapaiden sopimiseen omien tarpeidensa mukaan.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Asiakaslähtöinen palveluohjaus: Palvelusuunnitelman esilletuominen ja tekeminen yhdessä perhettä kuunnellen lisää osallisuutta.  
Omaishoitajan tunnistaminen hoitajana – yhteistyö muiden kanssa

## 6. Omaishoidettavan kanssa toimeen tuleminen (voit jutella hoidettavasi kanssa ja keskustella asioista ilman riitelyä)

- *Tulee harvoin toimeen omaishoitajan kanssa.*

### APUKYSYMYKSIÄ

Miksi tulet harvoin toimeen? Mitä syitä tähän voisi olla? (muistisairaus, parisuhde, vanhat kaunat, kulissi)

Mitä olette ajatelleet tehdä tilanteen muuttamiseksi?

Onko hoidettavan sairaus lähentänyt tai etäännyttänyt teitä?

Mistä asioista riitelette?

Millä tavalla riitelette?

Mistä erimielisyydet ja riidat voisivat johtua? (väsymys, mustasukkaisuus, oman ajan puute, ongelmat vuorovaikutuksessa (esim. puhe- tai kuulo-ongelmat, muistiongelmat)

Kuinka kuormittavana koet riitelyn?

Tunnetko olosi omaishoitajana turvalliseksi?

Mitä pelkää?

Minkälaisia ajatuksia sinulla on hoidettavaa kohtaan?

Mitä vahinkoja on tapahtunut?

Pelkäätkö omia reaktioitasi?

Millä tavalla ilmenee, että pinna palaa?

Miten hillitset itsesi?

Oletko kertonut kenelläkään aiemmin?

Milloin / kuinka kauan tällaista on ilmennyt?

Onko ohimenevää vai pysyvää?

Liittykö hoidettavan sairauteen?

Onko lähipiirissä joku, jota pelkää?

Kuinka paljon sinulla on tilaa ja aikaa olla oma itsesi?

Minkälainen olet omana itsenäsi?

Miksi et pysty tai mikä estää?

Mikä teistä on hyvää?

Miten se ilmenee / mitä se aiheuttaa, ettet voi olla oma itsesi?

Minkä verran tarvitsisit omaa aikaa ja tilaa?

Olisiko mitään mahdollisuuksia järjestää edes vähän aikaa tai tilaa?

### HUOMIOITA JA POHDINTOJA

Rajoittuneet kommunikointi- ja vuorovaikutuskeinot voivat vaikeuttaa keskustelua ja aiheuttaa väärinymmärrystä ja turhautumista.

Kannattaa yhdessä omaishoitajan kanssa pohtia, voisiko ulkopuolinen, sukulainen tai ammattilainen toimia välittäjänä ainakin aluksi.

### TUKEA, PALVELUITA, TYÖKALUJA

Vapaaajärjestelyt

Mistä apua kommunikointiongelmiiin?

Vertaistuki

Parisuhdeterapia, perheterapia, perheneuvonta lapsiperheille

**LÄHTEET:**

Al-Janabi, H., Coast, J. & Flynn, T. N. 2008. What do people value when they provide unpaid care for an older person? A meta-ethnography with interview follow-up. *Social Science & Medicine* 67, 111–121.

Niemi, S. 2016. Ikäihmisen voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. Kokemuksia voimavarakäyntien pohjalta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201605056358>.

Rand, S., Malley, J. & Netten, A. 2012. Measuring the social care outcomes for informal carers. An interim technical report for the Identifying the Impact of Social Care (IIASC) Study. Personal Social Services Research Unit (PSSRU). Discussion Paper 2833.

Tikkanen U. 2016. Omaishoidon arki. Tutkimus hoivan sidoksista. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 5 (2016). Väitöskirja. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5>.