



Haloo, haloo? Onko dementiapuhelinneuvonta?

Kokemuksia ja odotuksia puhelinpalvelulle KaJo - hankkeessa

Marjatta Hämäläinen-Talukder

Opinnäytetyö

YLEMPI AMK-TUTKINTO

Elokuu 2008



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Marjatta Hämäläinen-Talukder	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 54+12	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi ”Haloo, haloo? Onko dementia puhelinneuvonta?” Kokemuksia ja odotuksia palvelun kehittämiseksi KaJo – hankkeessa.		
Koulutusohjelma Terveystieteiden tutkimuskeskus Suuntautumismuuttaja: Sosiaali- ja terveyspalveluiden moniammatillisen johtamisen ja kehittämisen asiantuntija		
Työn ohjaaja(t) Pirjo Tiikkainen, yliopettaja, gerontologinen hoitotyö Sirpa Tuomi, lehtori		
Toimeksiantaja(t) Kangasniemen kunta, Seudullinen dementia- ja muistisairauksien osaamiskeskushanke		
<p>Tiivistelmä Seudullisen dementia- ja muistisairauksien osaamiskeskushankkeen, KaJo (kuuntele, arvio, josta ja opasta) tarkoituksena on kehittää seudullista dementia- ja muistisairauksien osaamista Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella sekä keskittää asiantuntijuus tulevaan dementia- ja muistisairauksien osaamiskeskukseen. Selvitys on osa KaJo-hanketta, selvityksen tarkoituksena oli kuvata dementiaa sairastavien omaishoitajien kokemuksia aikaisemmin käyttämistään palveluista sekä omaishoitajien odotuksia tulevaa dementia- ja muistisairauksien palvelua kohtaan. Selvitykseen osallistivat Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvat omaishoitajat, jotka hoitavat dementiaa sairastavaa läheistään kotona.</p> <p>Selvityksen teoreettisen viitekehyksen muodostivat omaishoitajuus, sosiaalinen tuki ja palvelu. Selvitys oli yhdistelmä määrällistä ja laadullista tutkimusta. Laadullinen aineisto analysoitiin teoriaohjaavan analyysin avulla. Tutkimusaineisto kerättiin käyttämällä sekä kyselyä että teemahaastattelua. Selvityksessä oli triangulaatio menetelmä käytössä. Selvityksessä verrattiin myös Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen tuloksia.</p> <p>Selvityksen tulosten mukaan suurin osa omaishoitajista ei ollut käyttänyt aikaisemmin palvelua. Kotihoidon ammattilaiset toimivat omaishoitajalle tukihenkilöinä, joilta omaiset saivat tiedon ja avun. Kaikki omaishoitajat tarvitsivat sosiaalista tukea palvelusta. Omaishoitajilla oli vähän tietoa sosiaaliturvaetuksista ja he eivät tieneet virkistysmahdollisuuksista ja dementia- ja muistisairauksien yhdistyksistä.</p> <p>Selvityksessä tehtiin suositukset palvelun kehittämiseksi. Palvelun olisi tärkeää tiedottaa omaishoitajille palvelu-, kuntoutus-, osallistumis- ja virkistysmahdollisuuksista. Dementia- ja muistisairauksien palvelussa toimivien ammattilaisten työssä korostuu ammatillinen osaaminen ja jatkuva koulutus. Selvityksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaa palveluohjaustoimintamallia rakennettaessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) sosiaalinen tuki, palvelu, omaishoitaja, omaishoitajuus		
Muut tiedot		

Author(s) Marjatta Hämäläinen-Talukder	Type of Publication Master's Thesis	
	Pages 54+12	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title "Hello, hello? Is this the dementia counselling?" Experiences and expectations of telephone counselling in the Kajo Project.		
Degree Programme Health Promotion Specialization: Multiprofessional Management and Development of Social and Health Services		
Tutor(s) Pirjo Tiikkainen, Senior Teacher, Gerontological nursing Sirpa Tuomi, Lecturer		
Assigned by Commissioned by Municipality of Kangasniemi and the Project for building a regional centre of excellence for dementia work		
<p>Abstract The purpose of the Project for Building a Regional Centre of Excellence for Dementia Work KaJo Project (Listen, assess, be flexible and advise) is to develop regional dementia work at Kangasniemi and in the area of the Joint Municipal Authority for Health Care in the Joutsa Region and to concentrate expertise in the future centre of excellence for dementia work. Study is part of the KaJo Project and its aim was to describe the experiences of telephone services of family caregivers of demented people and their expectations of the future dementia telephone service. Participants in the study were family caregivers of people suffering from dementia, who lived at Kangasniemi or in the area of the Joint Municipal Authority for Health Care in the Joutsa Region.</p> <p>The theoretical framework of the study consisted of family care, social support and telephone service. The study combined quantitative and qualitative research. The qualitative material was analysed by using the method of theory guided analysis. The triangulation method was employed and the research material was collected by using both inquiries and theme interviews. The results of the study were compared with those of a study carried out at Kangasniemi in 2005.</p> <p>The results of the study show that the majority of family caregivers had not used a telephone service earlier. Home care professionals act as support persons for family caregivers and, when necessary, provide them with information and help. All the family caregivers needed social support from the telephone service. Family caregivers were poorly informed of social security benefits and unaware of recreational possibilities and dementia associations. The study laid down recommendations for telephone counselling. It would be important to inform family caregivers of available service, rehabilitation, participation and recreational possibilities. Professional know-how and continuous education are essential for the personnel of dementia telephone services. The results of the study can be used when developing a model of action for telephone counselling.</p>		
Keywords Social support, telephone service, family caregiver, family care		
Miscellaneous		

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	6
2 OMAISHOITAJUUS.....	9
2. 1 Dementoivaa sairautta sairastava ja omainen	10
2.2 Omaishoitajana toimiminen	10
2.2.1 Hoitamisen henkinen ja fyysinen vaativuus.....	11
2.2.2 Hoitamisen sitovuus.....	12
3 OMAISHOITAJUUS JA SOSIAALINEN TUKI	13
3.1 Aineellinen tuki ja palvelut	13
3.2 Tiedollinen tuki.....	14
3. 3 Henkinen tuki.....	15
4 PUHELINPALVELUT OMAISHOITAJAN TUKENA.....	16
4.1 Puhelinpalvelutoiminnan muodot.....	16
4.2 Puhelinpalvelutoimintaan liittyvä lainsäädäntö	17
4.3 Puhelinpalvelutoimintaan liittyviä tutkimuksia	19
4.3.1 Puhelinneuvonta asiakkaan näkökulmasta	19
4.3.1.1 Asiakkaiden tyytyväisyys puhelinpalveluun.....	20
4. 3.1.2 Puhelinneuvonnan hyödyt ja ongelmat	21
4.3.2 Puhelinneuvonta neuvojan näkökulmasta	21
5 SELVITYKSEN TARKOITUS.....	23
6 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN	23
6.1 Kohderyhmä.....	23
6. 2 Menetelmät.....	26
6.2.1 Kysely.....	26
6. 2. 2 Teemahaastattelu.....	27
7 KYSELYN TULOKSET	29
7.1 Omaishoitajien ja hoidettavien taustatiedot	29
7. 2 Odotukset koskien tulevaa puhelinpalvelua	30
8. TEEMAHAASTATTELUN TULOKSET	33
8.1 Kokemukset puhelinpalvelun käyttämisestä.....	33
8.2 Odotukset tulevaa puhelinpalvelua kohtaan.....	35

	5
8.2.1 Odotukset puhelinpalvelun antamaan tietoon.....	35
8.2.2 Odotukset puhelinpalvelun antamaan henkiseen tukeen.....	37
8.2.3 Muut odotukset puhelinpalvelua kohtaan.....	38
9 POHDINTA	39
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	39
9.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	41
9.3 Tutkimuksen eettisyys	43
9.4 Suositukset tulosten hyödyntämiseksi	44
LÄHTEET	49
Liite 1. Kyselylomake omaishoitajille	55
Liite 2. Kyselyn saatekirje	59
Liite 3 Haastatteluun osallistumispyyntö.....	60
Liite 4. Suostumus haastatteluun.....	61
Liite 5. Palautuspyyntö haastattelu	62
Liite 6. Kyselyn palautuspyyntö.....	63
Liite 7. Yhteistyösopimus.....	64

1 JOHDANTO

Elämme 2000 - luvulla muutoksen aikakautta. Suomessa keskeisiä muutoksen aiheuttajia ovat väestön ikääntyminen sekä tietotekninen kehitys. Ikääntyvien lukumäärän kasvaessa myös dementiaan sairastavien määrän ennakoidaan lisääntyvän huomattavasti. Noin 8 % yli 65-vuotiasta on vähintään keskivaikeasti dementoituneita. Heistä arviolta puolet eli 40 000 on kotihoidossa. Vähintään keskivaikeasti dementoituneiden ihmisten määrän arvioidaan nousevan lähivuosisikymmeninä jopa yli 100 000 henkilöön. (Virnes 2004, 28.)

STM:n ikäihmisten palveluja koskevassa laatusuosituksessa kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano kytketään kunnan talousarvioon ja taloussuunnitelmaan. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveystalvveluja sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Laatusuosituksessa on määritelty ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. STM:n suosituksen mukaan erilaisten palvelujen valikoimaa tulee monipuolistaa neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla. Terveyden tukemisen huomioiminen on ensiarvoisen tärkeää kaikissa palveluissa. (STM 2008, 15, 20, 23, 25.)

Terveys 2015 ohjelman yksi tavoite on suomalaisten tyytyväisyys terveystalvveluiden saatavuuteen ja toimivuuteen sekä siihen, että koettu oma terveydentila säilyvät vähintään nykyisellä tasolla (STM 2006a, 42). Ohjelman tärkeyden merkitys painottuu erityisesti omaishoitajille, joilla omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen ovat edellytyksiä kotihoidon onnistumiselle. Ohjelmassa on painotettu myös alueellisen ja paikallisen yhteistyön merkitystä yli hallintosektoreiden, mikä nykyisin on tullut esille erilaisten organisaatioiden toiminnan kehittämisessä. (Parjanne 2004a, 24, 26.)

Suomen erityispiirteenä ovat kuntien laajat tehtävät ja vastuu. Dementoivat sairaudet ovat haasteellisia yhteiskunnan järjestelmälle, koska ne vaikuttavat palveluiden tarpeeseen sekä sairastuneille itselleen että heidän omaishoitajilleen (Virnes 2004, 28). Väestön ikäännyessä ja hoitomahdollisuuksien kehittyessä resurssien rajallisuus saattaa vaikeuttaa kuntien mahdollisuuksia vastata asiakkaiden odotuksiin (Liukko & Luukkonen 2004, 36).

Vuoteen 2010 mennessä vaikeasti dementoituneiden hoidon kustannusten on arvioitu nousevan yli 2 miljardiin euroon. Palveluista johtuvia kustannuksia voidaan pienentää lisäämällä alueellista yhteistyötä sekä hyödyntämällä hoito ja tietoteknologiaa. (Parjanne 2004b, 104, 105.)

Kehittynyt tekniikka on mahdollistanut aikaan ja paikkaan sitoutumattomien terveydenhuollon palvelujen syntymisen sekä perinteisen puhelimen että tietokonetekniikan välityksellä. Tietoteknisestä kehityksestä huolimatta perinteinen puhelin on säilyttänyt keskeisen aseman yhteydenpitovälineiden joukossa. (Hyryn Kangas-Järvenpää, 2000a, 8.)

Terveydenhuollossa on tällä hetkellä monenlaista eri tavoin järjestettyä puhelin- ja palvelutoimintaa. Call centeriksi kutsutaan puhelinpalvelukeskusta, jossa käsitellään nimenomaan puheluita. Contact center on taas yhteyskeskus, joka hallitsee puhelimen lisäksi myös muita yhteyskanavia. Puhelinneuvontaa määrittävät sen sisältö ja toiminnan järjestämistapa. Sisällön osalta toiminta voidaan jaotella *palveluneuvontaan, terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan sekä palveluun ohjaukseen*. Puhelinneuvontaa voidaan harjoittaa useilla eri nimillä, kuten esim. yhteyskeskus, puhelinpalvelutoiminta ja ensineuvonta. Tavoitteena on palvelumuoto, johon asiakas voi soittaa saadakseen tietoa terveyteen liittyvistä asioista yhdestä puhelinnumerosta. (Tynkkynen 2005, 1.)

Omaisten tekemä hoivatyö lisääntyi merkittävästi 1990-luvulla, koska laitoshoidon vähenettiin ja vastaavasti avopalveluja lisättiin. Puolet vähintään keskivaikeaa dementiaa sairastavista on kotihoidossa (Heimonen & Tervonen 2004, 63). Omaishoitajien määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 1994 lähtien ja tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan 300 000 omaishoitajaa, joista kunnallisen omaishoidon tuen piirissä on noin 10 %. (STM 2006b, 15.)

Kotihoidon onnistuminen edellyttää, että omaisen saa ammattilaisilta tarvitsemaansa apua ja sosiaalista tukea, johon luetaan tiedottaminen ja ohjaus (Aro 2001, 14). Sosiaalista tukea ja hoidon arviointia voidaan antaa myös puhelinneuvonnan kautta. Sosiaalisella tuella on sekä suoria vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin että epäsuoria vaikutuksia vaikeista elämäntilanteista selviytymiseen (Kumpusalo 1991, 17).

Puhelinpalveluiden kehittäminen on alkanut Kangasniemellä Seudullisen dementia-työn osaamiskeskushankkeen kautta. Hanke liittyy vanhuspalveluiden kehittämiseen ja tulevaisuuden haasteisiin. Seudullisuus on eräs visio ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa voidaan vastata tulevaisuudessa palveluiden tarpeeseen.

Seudullisen dementia-työn osaamiskeskushankkeen merkitys ja tarve johtuu kuntien väestörakenteen muutoksesta sekä dementia- tai muistihäiriösairauksien kasvavasta määrästä Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Seudullisen dementia-työn osaamiskeskushankkeen, KaJo (kuuntele, arvioi, jousta ja opasta) tarkoituksena on perustaa Kangasniemelle seudullinen dementia-työn osaamiskeskus, johon tulee ryhmäkoti dementiaa sairastaville. Hankkeen tarkoituksena on kehittää seudullista dementia-työn osaamista Kangasniemelle ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän kuntiin ja keskittää asiantuntijuus osaamiskeskukseen. Hanke kokonaisuudessaan jakautuu kolmeen osaan: muistipoliklinikan perustaminen, yhteisöllisen ja kuntouttavan toimintamallin kehittäminen ja dementia-kodin puhelinneuvontapalvelun kehittäminen.

KaJo - hankkeen tavoitteena on

- Palveluiden järjestäminen seudullisena yhteistyönä yli kunta- ja läänirajojen dementiaa sairastaville ja heidän omaisilleen
- Dementia-työn osaamisen lisääminen; muistihoitajien, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutus, omaishoitajien ja ystäväpalvelun vapaaehtoistyöntekijöiden koulutus
- Muistipoliklinikan toiminnan myötä dementia-työn varhaisdiagnostiikan tehostaminen, kotihoidon jatkuminen mahdollisimman pitkään ja kustannusten säästäminen
- Dementia-työn uuden toimintamallin luominen ja mallintaminen eteenpäin; yhteisöllinen ja kuntouttava toimintamalli

- Puhelinneuvonnan järjestäminen hankealueella yli kuntarajojen dementiaa sairastaville ja heidän omaisilleen.

Tämä selvitys on osa KaJo - hanketta, selvitys liittyy ryhmäkotiin perustettavaan puhelinneuvontapalvelun kehittämiseen. Selvityksen tarkoitus on kuvata omaishoitajien kokemuksia käyttämistään puhelinpalveluista ja odotuksista tulevaa dementiapuhelinneuvontaa kohtaan. Ryhmäkodissa tulee toimimaan 24 tuntia vuorokaudessa avoinna oleva puhelinpalvelu. Puhelinneuvontapalvelu on tarkoitettu omaishoitajille, dementiaa sairastaville, muistihäiriöistä kärsiville, muille omaisille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle Kangasniemellä, Joutsassa, Leivonmäellä ja Luhangassa. Omaishoitajalle tuo turvallisuutta saada ammattilaisen neuvoa milloin tahansa, kun hän tai hänen läheisensä tarvitsee apua tai tukea hoitamiseen liittyvissä asioissa. Omaishoitajien tarve turvaverkostoon on merkittävä tekijä kotona asumisen tukemiseksi. Puhelinneuvonnan tavoitteena on tukea omaishoitajaa ja hänen jaksamistaan, tällöin muistihäiriöitä sairastava läheinen voi asua kotona mahdollisimman pitkään ja välttää pitkäaikaishoitopaikan.

2 OMAISHOITAJUUS

Omaisella tarkoitetaan yleensä lähisukulaista tai saman perheen jäsentä. Laaja-alaisesti ajateltuna omaisella voidaan tarkoittaa oman perheen jäseniä, sukulaisia, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista sekä heidän puolisoitaan tai hyvin läheisiä ystäviään. (Gothoni 1991,14.)

Sosiaalilainsäädännössä on otettu huomioon se, että läheinen henkilö voi olla myös muu kuin biologinen sukulainen tai puoliso. Käytännössä hoito- ja auttamistyössä asiakas voi itse, jos hän siihen kykenee määritellä läheisen perhe- ja omaissuhteensa. (Gothoni 1991,14.)

Omaishoidon tuesta annetun lain (L 2.12.2005/937) mukaan omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla.

Omaishoito ei eroa ammattihoidosta siinä, mitä palveluja annetaan. Ero on suhteessa, joka on auttajalla ja autettavalla on keskenään sekä tavassa, jolla hoitaminen on organisoitu. Omaishoitosuhteessa on kyse ihmissuhteesta, jossa työjärjestelyjen ja viestinnän tavat, muodot ja määrä voi vaihdella. Myös toimintamallisuudet ja niiden ehdot saattavat poiketa toisistaan. (Gothoni 1991, 18, 19)

2.1 Dementoivaa sairautta sairastava ja omainen

Dementiaksi kutsutaan oireyhtymää, joka aiheutuu aivojen kuorikerroksen useita kehittyneitä toimintoja häiritsevistä yleensä pitkäaikaisesta tai etenevästä aivosairaudesta. Älyllisten toimintojen heikkenemiseen liittyy ja toisinaan niitä edeltää tunne-elämän hallinnan, sosiaalisen käyttäytymisen tai motivaation heikkeneminen. Dementia aiheuttaa älyllisten toimintojen huomattavaa alenemista. Henkilökohtaiset arkiset toiminnot kuten peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, hygienia saattavat myös häiriintyä. Tason laskun ilmenemismuoto riippuu paljon potilaan sosiaalisesta ympäristöstä ja kulttuurista. (Tautiluokitus ICD-10 1995, 176.) Yleisimmät dementoivat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale tauti ja frontotemporaaliset degeneraatiot (Viramo & Sulkava 2006, 25). Dementoivalla sairaudella on huomattavia seurauksia sairastuneen ja omaisen elämään. Läheisen toimintakyvyn huonontuessa ja dementoivan sairauden edetessä läheinen tarvitsee kotona asumiseen jatkuvaa apua. Dementiaan sairastuneen ihmisen kotona asuminen onnistuu, jos kotona tai lähellä asuvat omaiset, puoliso tai aikuiset lapset auttavat sairastunutta läheistä tarpeeksi. (Pietilä 2005, 12.)

2.2 Omaishoitajana toimiminen

Tutkimuksessa on havaittu, että vastuu puolisoa kohtaan on motiivina omaishoitajaksi ryhtymisessä (Siivonen 2002, 22). Omaishoitajista suurin osa on naisia; miehiä on vain noin kolmannes. Perryn (2002, 307 - 316) mukaan vaimot näkevät itsensä ja aviopuolisonsa perheenä. Miesomaishoitajat hoitavat läheistään joko vapaaehtoisesti tai välttämättömyyden edessä (Huttunen 2004, 110). Omaishoitajina toimivat puoliset hoitavat yleensä sairastunutta läheistään kotona. Tutkimusten mukaan he haluavat hoitaa läheistään kotona mahdollisimman pitkään, koska kotona hoitamista pidetään ihanteena (Aro 2001, 51; Saarenheimo & Pietilä 2005, 104). Usein omaishoitajille puolison hoitaminen

on luonnollista ja he ovat sitoutuneet siihen (Kirsi 2004, 66; Lahnuskari 2001, 70; Matilainen 2002, 48; Pyykkö, Hentinen & Backman 2001, 266 - 276; Saarenheimo 2005, 51). Omaishoitajan terveys ja jaksaminen ovat perusedellytyksiä sille, että läheisen kotona hoitaminen onnistuu (Kirsi 2004, 61; Huttunen 2004, 110; Häiväläinen 1999, 49).

Tutkimuksissa on havaittu, että omaishoitajat ahdistuvat läheisen sairastamisen alkuvaiheessa uudesta tilanteesta ja he tuntevat huolta läheisestään (Aro 2001, 50; Viramo 1994, 142). Dementiasairauden alkuvaiheessa oireiden epämääräisyys voi tuoda ahdistusta ja epätietoisuutta sekä omaisille että terveydenhuollon henkilöstölle. Diagnoosin viivästyminen sairauden alkuvaiheessa voi myös lisätä omaisen ja läheisen ahdistusta. (Viramo 1994, 142.) Myös Sandersin ja McFarlandin (2002, 61 - 76) mukaan miesomaishoitajat huolestuivat huomattavasti vanhempien muistin huonontumisen ja olivat huolissaan annettavasta muistisairauden diagnoosista.

Hoidettavan dementiaan sairastumisen alkuvaihetta ei usein huomioida riittävästi, vaikka silloin omaishoitajat tarvitsevat tukea ja ohjausta. Omaishoitajat eivät saa riittävästi tukea läheisiltään, myöskään terveydenhuollon lääkärit eivät aina ymmärrä omaishoitajan ja sairastuneen tilannetta. (Aro 2001, 50.) Viramon (1994, 141) mukaan naisomaishoitajat hoitavat läheistään erityisesti silloin, kun dementiasairaus on vaikea tai kun erilaisia ongelmia ilmenee paljon. Pyykön ja muiden (2001, 266 - 276) mukaan omaishoitajan saama tieto läheisen sairaudesta auttaa häntä ymmärtämään paremmin läheisen käyttäytymistä. Kotihoidon palvelut ovat ensiarvoisen tärkeitä, koska ne tukevat sekä omaishoitajan jaksamista että hoidettavan hyvinvointia (Lahnuskari 2001, 55; Pyykkö ym. 2001, 266 - 276). Huttunen (2004, 110) totesi tutkimuksessaan, että miesomaishoitajan jaksamisessa oli keskeistä uskomisen, luottaminen omiin voimiin sekä ulkopuoliseen tukeen. Myös läheisyys ja hellyys olivat miesomaishoitajilla keskeisenä voimavarana ja menetelmänä hoitaessaan läheistään (Kirsi 2004, 65).

2.2.1 Hoitamisen henkinen ja fyysinen vaativuus

Omaishoitajat kokevat muistihäiriötä sairastavan läheisen hoitamisen fyysisesti ja henkisesti raskaaksi. Hoitamisen raskautta suurentaa hoitamisen sitovuus, omaishoitajan pitkäaikainen unenpuute ja dementiaa sairastavan läheisen häiriökäyttäytyminen (Kröger 2001,

13 - 14, 44, 52 – 53). Kirsi (2004, 59) totesi tutkimuksessaan, että miesomaishoitajat pitivät hoitamista aluksi haasteellisena ja palkitsevana työnä. Kun läheisen hoitaminen muuttui vaativammaksi ja hoidollisuus lisääntyi, hoitamisen haasteellisuus väheni. Viramon (1994, 99, 141 – 144) mukaan omaishoitajat kokevat rasittavana läheisen rauhattomuuden, unettomuuden, vainoharhaisuuden ja kivuliaisuuden. Runsaasti käytöshäiriöisen ja kaatuilevan vaikeasti dementoituneen läheisen hoitaminen on omaishoitajalle raskainta. Hoitamisen seurausvaikutukset ovat merkittävät niille omaishoitajille, jotka hoitavat yksin ilman ulkopuolista apua. Krögerin (2001, 43) mukaan jotkut omaishoitajat hoitavat läheistään oman jaksamisen ääri rajoille saakka, jolloin he saattavat joutua luopumaan läheisen hoitamisesta oman fyysisen terveydentilan vuoksi.

2.2.2 Hoitamisen sitovuus

Omaishoitajan työ ei ole sidottu tiettyyn kellonaikaan, vaan se on ympärivuorokautista. Monissa tutkimuksissa on havaittu, että hoitamisen sitovuudella on vaikutusta omaishoitajien elämään (Gothoni 1991, 46; Kröger 2001, 52; Lahnuskari 2001, 70; Pyykkö 1999, 32 - 33). Lähes kaikki omaishoitajat myös miespuoliset luopuvat omasta vapaa-ajastaan ja harrastuksistaan läheisen hoitamisen vuoksi (Kröger 2001, 44). Dementoituvan henkilön riippuvuus omaishoitajasta on hoitamisen yksi rasittavista tekijöistä (Pyykkö 1999, 65). Hoitamisen sitovuutta omaishoitajalle lisää se, että sairastunut läheinen ei halua lähteä tilapäishoittoon ja omaishoitajat kokevat vaikeaksi viedä läheisen väkisin hoitoon (Kröger 2001, 41). Sairastuneen läheisen hoitaminen edellyttää omaishoitajan lähes jatkuvaa läsnäoloa ja valvontaa. Läheisen demensiasairauden edetessä omaishoitajan hoitovastuu suurenee, lisäksi omaishoitajan huolena ovat kodinhoidolliset tehtävät. (Kröger 2001, 40 – 41; Pyykkö 1999, 32 - 33.) Sanders ja McFarland (2002, 61 - 76) totesivat tutkimuksessaan, että miesomaishoitajat hoitaessaan läheistään oppivat uusia rooleja. He huolehtivat kodinhoidollisista töistä ja hoitamisesta, mutta he kokivat myös ristiriitoja henkilökohtaisesti ja ammatillisesti. Ristiriitoja syntyi hoitamisen vastuun, aikataulujen ja tehtävien jakamisen välillä perheessä. Miesomaishoitajat taistelivat roolien, sitoutumisen ja lasten hoidon, hoitamisen ja ammatillisuuden välillä.

3 OMAISHOITAJUUS JA SOSIAALINEN TUKEA

Nykysuomen Sanakirjan mukaan sosiaalinen tuki sanana tarkoittaa yhteisöä ja yhteiskuntaa koskevaa, toimintana lähinnä yhteiskunnassa heikommassa asemassa olevien jäsenten elinehtojen parantamista. Websterin uusi sanakirja määrittelee tuen (support) toimeksi tai toiminnaksi, joka helpottaa, auttaa tai ylläpitää toista. (Kumpusaloin 1991, 13.). Gothoni (1990,12) on tutkinut vanhusten sosiaalisia verkostoja ja sosiaalista tukea. Gothoni käytti tutkimuksessaan Norbeckin (1985) määrittelyä. Norbeckin (1985) mukaan sosiaalinen tuki erotellaan henkinen eli emotionaalinen tuki ja konkreettinen eli instrumentaalinen tuki. Henkinen tuki sisältää palautteen antamista, rohkaisua ja kunnioittamista, konkreettinen tuki voi olla rahaa, välineitä ja erilaista konkreettista apua. Kumpusaloin (1991,14) määritelmän mukaan sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa he antavat ja saavat henkistä, emotionaalista, tiedollista, toiminnallista ja aineellista tukea. Sosiaalinen tuki voi olla suoraa henkilöltä toiselle tai epäsuoraa järjestelmän kautta annettua tukea. Sosiaalista tukea voi antaa myös puhelimitse ja sähköpostin välityksellä. Tässä selvityksessä käytetään Kumpusaloin määrittelemää sosiaalisen tuen teoriaa.

3.1 Aineellinen tuki ja palvelut

Omaishoitajat tarvitsevat taloudellista tukea yhteiskunnalta ja perheeltä. Omaishoitajat kertovat kuitenkin vähemmän aineellisen tuen puutteesta kuin tiedon ja henkisen tuen puutteesta (Jylhä, Salonen, Mäki & Hervonen 1996, 85). Omaishoitajien riittävä tukeminen on tärkeää, koska läheiselle koti on paras hoitopaikka (Häiväläinen 1999, 49). Omaishoitajalle on tärkeää, että hoitamiseen saa apua ja tukea. Sopivat tukipalvelut auttavat kotihoidon jatkuvuutta ja ehkäisevät sairastuneen laitoshoidon (Aro 2001, 15; Pyykkö ym. 2001, 266 - 276; Viramo 1994, 145). On myös tärkeää, että tuki soveltuu perheen tarpeeseen ja että palvelujen vaihtoehtoja on tarpeeksi saatavissa (Matilainen 2002, 50).

Monissa tutkimuksissa on tullut esille, että omaishoitajat käyttävät yleensä palveluita vähän tarpeesta huolimatta (Aro 2001, 51; Häiväläinen 1999, 46; Saarenheimo & Pietilä 2005, 103). Jopa yli puolet omaishoitajista suoriutuu hoivatyöstä ilman säännöllistä apua (Lahnuskari 2001, 69). Hoitamisen sitovuus, omaishoitajan terveys ja asumismuoto vaikuttavat avun tarpeeseen (Eskola & Saarenheimo 2005, 65). Sairastuneen läheisen toimin-

takyvyn heikkeneminen ja sairauden eteneminen vaikuttavat myös avun saamiseen (Kröger 2001, 53). Erilaiset järjestöt ja yhdistykset toimivat virallisten palveluiden täydentäjinä. Tutkimuksessa on tullut esille, että yli kolmannes omaishoitajista voi tarvita muita palveluita tukemaan kotona hoitamista. Omaishoitajat toivovat tietoa, tukea, apuvälineitä hoitamiseen ja sijaishoitajaa kotiin, jota ei aina ole saatavissa. (Häiväläinen 1999, 47, 49.) Omaishoitajat kokevat palveluissa myös puutteita, koska palvelut eivät kohtaa heidän tarpeitaan. Alan ammattilaiset eivät aina tiedä kodissa vallitsevat tilanteesta eikä heillä ole tarpeeksi tietoa sairaudesta. (Sanders & McFarland 2002, 61 - 76.) Omaiset kokevat eniten puutteita konkreettisen avun saamisessa ja kannustuksessa. Omaisista noin puolet toivoo hoitamiseen apua, lähes puolet (40 %) toivoo enemmän tietoa. Tyytyväisyys tai tyytymättömyys konkreettiseen tukeen ovat verrannollisia hoidettavan kuntoon. (Gothoni 1991, 63.)

Kirsi (2004, 65) totesi tutkimuksessaan, että osa miesomaishoitajista kieltäytyi tarjotusta kotiavusta, koska he halusivat hyvittää puolisolle aikaisemmasta huolenpidosta. Miesomaishoitajat hakevat ulkopuolista tukea, kun eivät enää yksin voi hoitaa puolisoaan. He kokevat virallisen tuen varmempana kuin epävirallisen tuen. Osa omaishoitajista ei kuitenkaan osaa tai tiedä, miten ulkopuolista tukea haetaan. Miesomaishoitajat odottavat ulkopuoliselta tuelta konkreettista apua kotitöihin, hoitamiseen sekä vapaapäiviä. Vaippojen käyttäminen ja ihon hoitaminen saattavat olla miesomaishoitajille tuntemattomia asioita, mihin he tarvitsevat tukea hoitaessaan läheistään. (Huttunen 2004, 110, 111.) Miesomaishoitajat hakevat apua myös omaishoidon ristiriitatilanteissa, palvelujen käyttäminen tukee miesomaishoitajien jaksamista hoitaessaan sairastunutta läheistään kotona (Sanders & McFarland 2002, 61 - 76).

3.2 Tiedollinen tuki

Omaishoitajat tarvitsevat tietoa, mistä he voivat saada apua hoitamiseen liittyvissä kysymyksissä ja ongelmissa. Omaishoitajille tiedot sairaudesta, hoidosta ja kuntoutuksesta ovat merkittäviä sosiaalisen tuen välittäjiä (Gothoni 1991, 59). Tiedottaminen ja ohjaus kuuluvat sosiaaliseen tukeen. Ohjauksessa on tärkeää, että alan ammattilaiset arvioivat omaisen tiedon tarpeen oikein. (Aro 2001, 14.) Ammattilaisen on joskus vaikeaa tietää, kuinka paljon omaishoitajat tarvitsevat tukea. Tiedon vaikutus omaishoitajan elämään

riippuu siitä, missä vaiheessa ja millaisessa muodossa hän saa tiedon. (Jylhä ym. 1996, 82.) Siivonen (2002, 29) totesi tutkimuksessaan, että omaishoitajat saivat tiedollista tukea suhteellisen hyvin, mutta palveluista he eivät saaneet tarpeeksi tietoa. Omaishoitajat halusivat tietoa ja tukea dementoivasta sairaudesta, lyhytaikaisjaksoista sekä tukipalveluista. Omaishoitajien ryhmästä omaiset saavat toisiltaan neuvoja ja tukea (Pyykkö 1999, 65; Pyykkö ym. 2001, 266 - 276). Saarenheimon ja Pietilän (2005, 104) mukaan alan ammattilaisten tulee huomioida omaishoitoperheitä tukiessa kodin yksityisyys, hoidettavan ja omaishoitajan yksilölliset ja yhteiset tarpeet.

3. 3 Henkinen tuki

Omaishoitajan sosiaalista vuorovaikutusta, ystävyyssuhteita ja naapuruussuhteita rajoittaa vastuu läheisen hoitamisesta. Omaishoitajan sosiaalinen tukeminen on tärkeää, koska sosiaalista eristäytymistä voidaan pitää hoitamisen vaikeana seurauksena (Viramo 1994, 141). Sosiaalisten suhteiden merkitykset korostuvat erityisesti naisomaishoitajien kohdalla (Pyykkö 1999, 64 - 65). Omaishoitajalle terveyden ulottuvuuksia ovat mahdollisuus liikkua, vapaus hoitamisen sitovuudesta sekä sosiaalisuus ja aktiivisuus (Matilainen 2002, 49).

Omaishoitajat tarvitsevat sairastunutta läheistä hoitaessaan henkistä tukea sekä apua asiantuntijoilta, sukulaisilta ja ystäviltä (Aro 2001, 8). Sukulaiset, tuttavat ja ystävät ovat tärkeimpiä emotionaalisen tuen antajia (Gothoni 1991, 59). Miesomaishoitajilla epävirallisen tuen merkitys korostuu emotionaalisena tukena (Lahnuskari 2001, 69 - 70). Monissa tutkimuksissa on tullut esille, että omaishoitajat haluavat keskustella ja jakaa kokemuksia ystävien ja tuttavien kanssa (Aro 2001, 51; Pyykkö 1999, 65). Omaishoitajien ryhmässä omaiset voivat kertoa vapaasti tunteistaan ja kokemuksistaan (Gothoni 1991, 59; Saarenheimo & Pietilä 2005, 103).

Omaishoitajat kaipaavat henkistä tukea, keskustelua ulkopuolisen kanssa, jolloin omaa ahdistustaan voi purkaa. He myös odottavat alan ammattilaisilta taitoa keskustella syvällisesti. (Siivonen 2002, 29.) Alan ammattilaisilta saatu henkinen tuki, kokemus myötäelämisestä ja kuuntelemisesta auttavat omaishoitajaa jaksamaan (Jylhä ym. 1996, 84). Omaishoitajat kokevat ammattilaisten antaman tuen tärkeänä vastuun jakamisessa. Hen-

kinen tuki ilmenee vastuun jakamisena vaikeissa päätöksentekotilanteissa. Huolimatta perheenjäsenen tai ammattilaisten tuesta monet omaishoitajat kokevat kuitenkin yksinäisyyttä sosiaalisesti ja psykologisesti (Eskola & Saarenheimo 2005, 65). Omaishoitajan sosiaalinen kanssakäyminen vähenee, koska ystävät vähentävät vierailuja. Sosiaalisen kanssakäymisen esteiksi muodostuvat kaikki kodissa olevat ”sairauden merkit” kuten hoitotarvikkeet ja -kalusteet. Sosiaalista vuorovaikutusta koskevat kulttuuriset säännöt eristävät täten omaishoitoperheitä sekä ystävistä että sukulaisista. (Saarenheimo 2005, 46, 47, 51.)

4 PUHELINPALVELUT OMAISHOITAJAN TUKENA

Puhelinpalvelu voidaan eritellä sen toiminnan sisällön sekä toiminnan järjestämistavan mukaan. Sisällön osalta toiminta voidaan jaotella *palveluneuvontaan, terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan sekä palveluun ohjaukseen.* (STM 2004, 135.)

4.1 Puhelinpalvelutoiminnan muodot

Palveluneuvonta on yleistä palveluista tiedottavaa neuvontaa, kuten terveystietopalvelujen toimipisteiden ja apteekkien sijainnista ja aukioloajoista tiedottamista. Tällöin neuvonta ei täytä lainsäädännön terveyden- ja sairaanhoidon määritelmää, eikä siihen sovelleta terveydenhuollon lainsäädäntöä. Palveluneuvojan ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Toiminnassa ei käsitellä potilasasiakirjoja eikä soittajan henkilöllisyyttä tarvitse varmentaa. (STM 2004, 135.)

Palveluneuvonta sisältää sekä yleistä että yksilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Yleisessä neuvonnassa asiakas voi saada tietoa sairauksista, niiden oireista sekä hoito-ohjeista. Asiakas saa tietoa myös käytetyistä tutkimusmenetelmistä, lääkkeiden käytöstä ja niiden sivuvaikutuksista. Yleisessä neuvonnassa ei oteta kantaa asiakkaan yksilölliseen hoitoon. Yleistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa antavan henkilön ei tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö, mikäli tämä ilmoitetaan selvästi neuvonnan antamisen yhteydessä. Neuvonta muuttuu yksilölliseksi terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnaksi silloin, kun otetaan kantaa henkilön terveydentilaan tai annetaan hänelle yk-

silöllisiä hoito-ohjeita. Puhelimessa tapahtuva neuvonta on potilaslain tarkoittamaa terveyden- ja sairaanhoitoa, kun kotona olevalle potilaalle annetaan ohjeet, millaista lääkettä hänen pitäisi ottaa tai miten hänen pitäisi muutoin toimia. (STM 2004, 135, 136.)

Palveluun ohjauksessa asiakas ohjataan terveyspalvelujärjestelmän piiriin, esimerkiksi ohjataan potilasta menemään päivystykseen. Toiminta voidaan jakaa terveydenhuollon yksikön omaan tai ulkoistettuun toimintaan. Tärkeää toiminnan sisällön kannalta on, antaaako terveydenhuollon ammattihenkilö yksilöllistä terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa. Palveluun ohjauksessa terveyden- ja sairaanhoidon lainsäädännön noudattaminen on joskus ongelmallista. Perinteisesti puhelimitse annettua palveluun ohjausta ovat tehneet myös muut kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt eikä palveluun ohjauksesta ole tehty potilasasiakirjamerkintöjä. (STM 2004, 134, 137, 138.)

4.2 Puhelinpalvelutoimintaan liittyvä lainsäädäntö

Terveydenhuollon palveluja ohjaa lainsäädäntö. Puhelinneuvontatoiminnan valvonta kuuluu sille viranomaisille, joka valvoo terveydenhuollon ammattikunnan työtä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain mukaan Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja lääninhallitukset valvovat terveydenhuollon ammattihenkilöitä (L 28.06.1994/559). Valtioneuvoston asetuksen mukaan hoidon tarpeen arviointia voidaan tehdä myös puhelinpalveluna (A 25.11.2004/1019).

Henkilötietojen käsittelyt perustuvat henkilötietolakiin ja henkilötietojen käsittelyä koskevien erityislakien säädöksiin. Lain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Asiakkaalla on tarkastusoikeus ja myös tiedonsaantioikeus, millaisia häntä koskevia tietoja on henkilörekisteriin talletettu. (L 22.04.1999/523.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä sovelletaan tätä lakia. Potilaslaissa säädetään potilaan tiedonsaantioikeudesta ja potilasasiakirjoihin merkitsemisestä. Asiakkaalla on tiedonsaantioikeus, hänelle tulee antaa selvitys hänen

terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Asiakkaalla on myös oikeus saada tietää muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitamiseensa. Terveys- ja hoitoalan ammattihenkilön tulee antaa selvitys asiakkaalle siten, että asiakas ymmärtää sen sisällön. Terveys- ja hoitoalan ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (L 17.08.1992/785.)

Muita puhelinpalvelutoimintaan liittyviä lakeja ovat asetus potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (A 19.01.2001/99). Lakia sosiaali- ja terveys- ja hoitoalan ammattihenkilön sähköisestä käsittelystä (L 9.2.2007/159) sovelletaan julkisten ja yksityisten sosiaali- ja terveys- ja hoitoalan palvelujen antajiin, jotka toteuttavat sosiaali- tai terveys- ja hoitoalan palveluita. Lain (9.2.2007/159) 15 § mukaan julkisen terveys- ja hoitoalan palvelujen antajan tulee liittyä 14 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. Yksityisen terveys- ja hoitoalan palvelujen antajan tulee liittyä näiden tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, jos sen potilasasiakirjojen pitkäaikaissäilytys toteutetaan sähköisesti. Kaikki liittymisen jälkeen valmistuneiden valmiiden potilasasiakirjojen alkuperäiset kappaleet tulee tallentaa valtakunnalliseen arkistointipalveluun. Näihin potilasasiakirjoihin liittyvät suostumusasiakirjat tallennetaan vastaavasti suostumuksenhallintapalveluun. Ennen liittymistä valmistuneet potilasasiakirjat sekä niitä koskevat suostumusasiakirjat voidaan tallentaa valtakunnalliseen arkistointipalveluun. Lain (9.2.2007/159) muutoksen 29.06.2007/733 mukaan, jos palvelun tarjoaja on liittynyt 1.2.2007 jälkeen tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, on terveys- ja sosiaalihuollon palvelujen tarjoajan noudatettava potilastietojen sähköistä käsittelyä koskevia säädöksiä kolmen vuoden ja yhdeksän kuukauden kuluessa lain voimaantulosta eli 1.7.2007 lähtien.

Laissa viranomaisten toiminnan julkisuudesta asiakkaalla on oikeus saada tieto itsestään asiakirjaan sisältyvistä tiedoista. Julkisuuslain mukaan potilasasiakirjoihin tulee myös merkitä tietojen lähde, jos tiedonanto ei perustu potilaan suoraan antamaan informaatioon. Velvoitteet koskevat kaikkia potilasasiakirjoihin merkintöjä tekeviä sekä niitä käyttäviä ja luovuttavia. (L 21.05.1999/621.)

4.3 Puhelinpalvelutoimintaan liittyviä tutkimuksia

Ulkomailla on tehty runsaasti tutkimuksia sekä lääkäreiden että hoitajien puhelinneuvonnan järjestämisestä, vaikuttavuudesta ja asiakastyytyvyydestä. Suomessa tutkimuksia puhelinneuvonnasta on saatavilla vielä vähän. Suomessa tehdyt tutkimukset liittyvät lääkärin antamaan puhelinneuvontaan, asiakkaiden tyytyväisyyteen terveystieteiden puhelinvaihteen toimintaan, asiakkaiden tyytyväisyyteen terveydenhoitajan antamaan puhelinneuvontaan. Puhelinneuvonnan kehittämishankkeita on käynnissä useita, mutta tällä hetkellä niistä tutkimustuloksia on saatavilla on vähän.

4.3.1 Puhelinneuvonta asiakkaan näkökulmasta

Monissa tutkimuksissa on tullut esille, että enemmistö (61 % - 81 %) on naisia, jotka soittavat puhelinpalveluun (Homan-Helenius, Henriksson, Knaapi, Ruusu, Laine, Leino-Kilpi 2000, 1; Hyrynkangas-Järvenpää 2000a, 1; Marklund & Bengtsson 1989, 42 - 46). Suomessa on tehty vähän tutkimuksia puhelinneuvonnasta, monien tutkimusten kohteina ovat olleet terveystieteiden puhelinvaihteet tai terveystieteiden puhelinneuvonta.

Hyrynkangas-Järvenpään (2000a, 1) mukaan Neuvovan Puhelinlääkärin puhelinneuvontaan soittavat nuoret aikuiset ja keski-ikäiset (81 %). Soittajan sukupuoli ja ikä vaikuttavat soittojen syihin. Tavallisia soittamisen syitä ovat lääkitysongelmat, hengityselinten, ruuansulatuselinten, ihon ja tuki- ja liikuntaelinten vaivat.

TYKS:n lastentautien poliklinikan päivystysvastaanotolle asiakkaat soittavat eniten kello 18 - 21 välisenä aikana eli sairaanhoitajien ilta- ja yövuorojen aikana. Lähes yhtä paljon asiakkaat soittavat puhelinneuvontaan kello 21 - 24 ja kello 15 - 18 välisinä aikoina, puhelujen keskimääräinen kesto on neljä minuuttia. Lasten äitien lisäksi myös lasten isät soittavat. Myös aikuispotilaat, terveydenhuollon ammattiryhmät ja vapaaehtoisjärjestöjen työntekijät soittavat päivystyspoliklinikalle. Yleisempiä soittamisen syitä lasten terveysongelmissa ovat kuume, hengitystietulehdus, oksentelu ja ripuli. Aikuispotilaat soittavat terveysongelmissa myös perinteisten lastentautien vuoksi, koska ovat itse sairastuneet johonkin lastentautiin. (Homan-Helenius ym. 2000, 1, 47, 48.)

Ruotsissa Wahlberg ja Wredling (1999, 164 - 170) totesivat Medical Call Centren puhelinneuvonnan tutkimuksessaan, että suurin osa, kenestä soitettiin olivat alle 10 - vuotiaat lapset ja toiseksi suurin ryhmä olivat 20 - 40 vuotiaat aikuiset. Yleisimpiä soittamisen syitä terveysongelmissa olivat tulehduksen oireet ja äkillinen kipu. Myös Marklundin ja Bengtssonin (1989, 42 - 46) mukaan asiakkaat ottavat yhteyttä terveyskeskusten puhelinneuvontaan kivun ja siihen liittyvien tulehdusoireiden vuoksi.

Porin terveyskeskuksen ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinpalveluun asiakkaat soittavat hyvin tavallisista asioista, puolet on kiireellisiä soittoja. Tavallisia soittamisen syitä ovat kuume, yleiskunnon heikkous, allergia yms. sekä ihoon ja lääkitykseen liittyvät ongelmat. Puhelinneuvonnan puheluista lasten ja nuorten terveysongelmat muodostavat kolmanneksen ja ikäihmisten terveysongelmat muodostavat neljänneksen. (Hyrynkangas-Järvenpää 2005b, 28 – 32.) Myös Harjun (2006, 60) mukaan puhelinneuvonnassa kysytävät terveysongelmat ovat pääosin akuutteja vaivoja, joihin asiakkaat haluavat vastauksen nopeasti.

4.3.1.1 Asiakkaiden tyytyväisyys puhelinpalveluun

Monissa tutkimuksissa on tullut esille, että suurin osa asiakkaista on tyytyväisiä saamansa puhelinneuvontaan. Neuvovan Puhelinlääkäriin puhelinpalveluun soittavat asiakkaat saavat tarpeeksi neuvoja, ohjeita ja apua lääkäriltä. Asiakkaat ovat tyytyväisiä käymäänsä puhelinkeskusteluun lääkärin kanssa. Tyytyväisempiä ovat asiakkaat, jotka soittavat keski-ikäisten ja ikääntyneiden terveysongelmista. (Hyrynkangas-Järvenpää 2000a, 128.) Myös Wahlbergin ja Wredlingin (1999, 164 - 170) mukaan 95 % vastaajista on tyytyväisiä saamansa neuvontaan ja apuun. Sairaanhoitajat, joilla on pitkä työkokemus, antavat kuitenkin parempaa puhelinneuvontaa ja ohjausta kuin vähemmän työkokemusta omaavat.

Työterveyshoitajan antamassa puhelinneuvonnassa asiakkaat arvostavat terveydenhoitajan antamaa kiireetöntä puhelinpalvelua ja heidän ongelmansa huomioimista. Asiakkaat luottavat terveydenhoitajan antamaan apuun ja ohjeisiin. Asiakkaat ovat tyytyväisiä siihen, että terveydenhoitajat puhuvat ymmärrettävästi eivätkä käytä vaikeaa ammattisanastoa. (Galenius-Laine, Järvenpää & Sartokoski 2006, 18.) Mäkisen ja Veistolan (2006, 47) mu-

kaan asiakkaat antoivat Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän puhelinneuvonnalle kouluarvosanoin kuvattuna arvosanan 8,33 asiakaspalveluominaisuuksista. Asiakkaat toivoivat kuitenkin asiakaspalvelua kehitettävän niin, että liiketalouden asiakaspalvelusta otetaan mallia.

4.3.1.2 Puhelinneuvonnan hyödyt ja ongelmat

Puhelinneuvonta voi tukea omaishoitajaa ja perhettä kokonaisvaltaisesti, jotta kotona hoitaminen voi jatkua mahdollisimman pitkään. Puhelinneuvonta voi parantaa myös omaishoitajien ja perheiden elämän laatua. (Pietilä 2005, 12.) Puhelinneuvonta voi olla turvallinen ja joustava palvelu dementiaa sairastavien ja omaishoitajien muuttuviin tarpeisiin. Käytännössä se tarkoittaa dementiaa sairastavan ja omaisten näkökulmasta kokonaisuutta, joka koostuu annetusta tiedosta, tuesta, ohjauksesta sekä tarkoituksenmukaisesta hoidosta ja palvelusta sairauden eri vaiheissa. (Martikainen, Vähämaa-Mäkinen & Lehtonen-Pulli 2006, 15.)

Häiväläinen (1999, 47 - 48) totesi tutkimuksessaan, että omaishoitajat kokivat puhelinneuvonnan hyödyllisenä. Omaishoitajat saivat tukea sairastuneen läheisen ongelmaan ja omaan jaksamiseen. Omaishoitajista yli puolet sai tukea läheisen ongelmaan, lähes neljäsosa ei osannut sanoa, loput eivät hyötyneet avusta. Saatuun tukeen ongelmatilanteissa ei sukupuolella ollut vaikutusta. Omaan jaksamiseen sai apua yli kolmannes omaishoitajista, toinen kolmasosa ei osannut sanoa ja neljäsosa ei saanut apua. Melkein puolet nais-omaishoitajista ja vain neljännes miesomaishoitajista sai apua omaan jaksamiseen. Yli kolmannes omaishoitajista toivoi tukea käytännön järjestelyissä, yhteyksissä Kelaan sekä sosiaalityöntekijään, toinen kolmasosa ei tarvinnut apua ja loput eivät osanneet kertoa avun tarpeesta.

4.3.2 Puhelinneuvonta neuvojan näkökulmasta

Puhelinpalvelu asettaa tiettyjä erityisvaatimuksia puhelinneuvonnalle. Se edellyttää puhelinneuvojalta systemaattisuutta puhelinhaastattelun teossa sekä hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. (Potilasohjauksen haasteet 2006, 78.) Wahlbergin ja Wredlingin (1999, 164 - 170) mukaan puhelinneuvojilla tulee olla ammatillinen osaami-

nen, he antavat tietoa soittajille sekä huomioivat asiakkaiden tarpeet. Puhelinohjaus vaatii neuvojalta kokemusta, harjoittelua sekä jatkuvaa koulutusta. Ammatilainen arvioi asiakkaan oireiden kiireellisyyden ja tekee päätöksen haastattelun ja kuuntelemisen perusteella.

Puhelinyhteys pohjautuu sanalliseen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus puhelinneuvonnassa vaatii tietoisuutta ammatilaiselta omasta kielenkäytöstä ja äänensävyistä. Ääni on puhelinneuvojan tärkein ja keskeinen työväline puhelinneuvonnassa, koska non-verbaalisen viestinnän piirteet korostuvat puhelinohjauksessa. Ammatilaiselta vaaditaan puhelimessa taitoa valita ja esittää oikeita kysymyksiä oikealla tavalla, koska kysymysten tekeminen on osa asiakkaan kuuntelemista. (Häkkinen & Uski 2006, 17.)

Hyrynkangas-Järvenpään (2000a, 43 – 44) mukaan puhelinneuvonnan laadussa voi olla selviä puutteita. Neuvonnan laatua arvioidaan koepotilassoittojen avulla sekä mitataan soittajien tyytyväisyyttä palautetutkimuksilla. Koesoittoja analysoineet tutkijat eivät suhtaudu kielteisesti puhelinneuvontaan, vaan korostavat koulutuksen tärkeyttä puhelinneuvojien työssä. Tärkeää on se, että puhelinneuvontaa antavat vain sellaiset henkilöt, joilla on riittävä ammattipätevyys.

Puhelinneuvonnassa saattaa esiintyä myös ongelmia. Harju (2006, 51, 52) totesi tutkimuksessaan, että puhelinneuvojat kokivat suurimpana puhelinpalvelun ongelmana ajoittaisena resurssipulan ja pitkät jonotusajat. Puhelinpalvelua aloitettaessa ilmeni myös teknisiä vaikeuksia. Asiakkailta ei ollut tarpeeksi tietoa palvelun käytöstä ja heillä oli luottamuksen puute puhelinneuvontaan. Puhelinneuvonnan työntekijät kokivat ongelmana sen, että asiakkaat kiusaantuivat hoidon tarpeen arviointiin liittyvien kysymysten vuoksi. Ruotsissa puhelinneuvojina työskentelevien hoitajien uransa aikana kokemat suurimmat vaikeudet liittyvät puhelimitse tapahtuvaan päätöksentekoon sekä vuorovaikutukseen. Hoitajat kokevat puhelinpalvelutyössään ongelmalliseksi näköyhteyden puuttumisen asiakkaaseen. (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, 37 – 45.)

5 SELVITYKSEN TARKOITUS

Tämän selvityksen tarkoituksena on kuvata omaishoitajien kokemuksia aikaisemmin käyttämästään puhelinneuvonnasta ja odotuksia tulevaa dementia puhelinneuvontaa kohtaan. Tämä opinnäytetyö kuuluu Seudulliseen dementia työn osaamiskeskus KaJo (kuuntele, arvio, jousta, opasta) hankkeeseen.

Tämä selvitys liittyy dementia kodin puhelinneuvontapalvelun kehittämiseen. Puhelinneuvontapalvelu on tarkoitettu omaishoitajille, muille omaisille, dementiaa ja muistihäiriötä sairastaville ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Ryhmäkodissa toimivan puhelinneuvontapalvelu on avoinna 24 tuntia vuorokaudessa.

Puhelinneuvonnan tavoitteena on omaishoitajien tukeminen, mikä auttaa kotihoidon jatkuvuutta. Samalla muistihäiriötä sairastava läheinen voi asua kotona mahdollisimman pitkään. Saadut opinnäytetyön tulokset, omaishoitajien kokemukset käyttämästään puhelinpalveluista sekä odotukset tulevaa dementia puhelinpalvelua kohtaan hyödynnetään tulevaa puhelinohjaustoimintamallia rakennettaessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuvata omaishoitajien kokemuksia aikaisemmin käyttämästään puhelinpalvelusta.
2. Kuvata omaishoitajien odotuksia tulevaa dementia puhelinpalvelua kohtaan.

6 SELVITYKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Kohderyhmä

Tämä opinnäytetyö kuuluu Seudullisen dementia työn osaamiskeskus KaJo (kuuntele, arvio, jousta ja opasta) hankkeeseen. Hankkeen tavoitteena on puhelinneuvonnan järjestäminen Kangasniemen, Joutsan, Leivonmäen ja Luhangan alueella dementiaa sairastaville,

omaishoitajille, muistihäiriöistä kärsiville ja muille omaisille ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle.

Hankkeen tarkoituksena on perustaa seudullinen dementia-työn osaamiskeskus Kangasniemelle. Osaamiskeskukseen tulee ryhmäkoti, jossa 18 paikkaa sekä kaksi kriisipaikkaa dementiaa sairastaville. Ryhmäkotiin kehitetään yhteisöllinen ja kuntouttava toimintamalli, mikä tukee dementiaa sairastavan voimavaroja ja toimintakykyä. Osaamiskeskukseen perustetaan perusterveydenhuollon muistipoliklinikka, missä toimii geriatriin erikoistunut lääkäri. Poliklinikan tarkoituksena on muistihäiriöiden varhaisdiagnostiikan toteuttaminen, dementia-potilaiden neuvonta, seuranta ja konsultointi. KaJo - hanke kokonaisuudessaan jakautuu kolmeen osaan: muistipoliklinikan perustaminen, yhteisöllisen ja kuntouttavan toimintamallin kehittäminen ryhmäkotiin ja ryhmäkodin puhelinneuvontapalvelun kehittäminen.

Tässä selvityksessä oli kohderyhmänä omaishoitajat, jotka asuvat Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Tähän selvitykseen liittyi myös Kangasniemellä vuonna 2005 tehty tutkimus, jossa olivat mukana muistihäiriöisten omaishoitajat. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa käytettiin ryhmäteemahaastattelua, johon osallistui kaksi eri omaishoitajien ryhmää. Tutkimukseen osallistuvat omaishoitajien haastatteluryhmä saatiin omaishoitajien vertaistukiryhmästä. Toinen omaishoitajien ryhmä saatiin yhteistyötahon Meijän Tukija ry:n kanssa pidetyssä tutkimuksen tiedotustilaisuudessa. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin, miten omaishoitajiksi oli tultu, omaishoitajien kokemuksia läheisen hoitamisesta sekä omaishoitajuuden vaikutuksia omaishoitajien elämään. Tähän aikaisempaan tutkimukseen osallistui kuusi omaishoitajaa, jotka olivat Etelä-Savosta. Omaishoitajista viisi oli naisia ja yksi mies. Omaishoitajat olivat iältään 45 - 75 vuotta, hoidettavien ikä vaihteli 67 - 88 vuoteen. Kangasniemellä vuonna 2005 tehtyyn tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista viisi oli sukulaista läheiselleen, aviopuolisoita oli kaksi ja lapsia kolme. Yksi omaishoitaja ei ollut sukulainen hoidettavalleen. Kangasniemellä vuonna 2005 tutkimuksen haastatteluun osallistuneilta omaisilta edellytettiin, että heillä oli kokemusta muistihäiriöisen omaishoitajana olemisesta. Omaishoitajien ei tarvinnut saada omaishoidon tukea eikä hoidettavan sairauden diagnosointia tarvinnut olla. (Kohvakka 2005, 14, 15.)

Kangasniemen vuonna 2005 tutkimuksessa oli kaksi ryhmää, joissa kummassakin oli kolme haastateltavaa. Tiedonkeruumenetelmänä tutkimuksessa oli käytetty ryhmäteema-haastattelua. Teemahaastattelu oli puolistrukturoitu, koska haastattelun aihepiiri oli kaikille haastateltaville sama. Tutkimukseen osallistuneet haastatteluryhmät olivat saaneet tutustua teemoihin ennen haastattelua, heille oli lähetetty postitse samat teemakysymykset ja haastattelut käytiin niiden pohjalta. (Kohvakka 2005, 17.)

Tässä selvityksessä käytettyyn lomakekyselyyn (liite 1) osallistui kohderyhmä, jonka muodostivat 18 Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella olevaa omaishoitajaa, jotka hoitavat dementoitunutta läheistään kotona. KaJon projektisihteeri lähetti omaishoitajille kyselyn yhteydessä saatekirjeen. (liite 2) Kyselyyn vastanneita omaishoitajia oli kaikkiaan 11 henkilöä eli 61 % kohderyhmästä. Omaishoitajista naisia oli kahdeksan ja miehiä kolme, omaishoitajien ikä vaihteli 60 - 79 vuoden välillä. Kyselyyn osallistuneilta omaishoitajilta edellytettiin, että he saivat kunnan maksama omaishoidon tukea ja he hoitivat dementoitunutta tai muistihäiriötä sairastavaa läheistään kotona. Sen sijaan hoidettavan sairauden diagnosointia ei tarvinnut olla.

Kohderyhmästä teemahaastatteluun osallistui kolme omaishoitajaa, jotka asuivat kuntien taajama-alueella ja suostuivat haastatteluun (liitteet 3, 4, 5). Omaishoitajat olivat aikaisemmin saaneet tähän selvitykseen kuuluvan kyselylomakkeen. Hankkeen projektisihteeri oli lähettänyt tutkijalle haastatteluun suostuneiden yhteystiedot. Teemahaastatteluun osallistuneiden omaishoitajien nimet ovat ainoastaan minun ja projektisihteerin tiedossa, omaishoitajien antamia tietoja käytetään vain tähän selvitykseen. Haastatteluun osallistuneet omaishoitajat asuvat Kangasniemellä ja Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Haastatteluun osallistuneista omaishoitajista kaksi oli naisia ja yksi mies.

Tämän selvityksen tuloksia verrattiin Kangasniemellä vuonna 2005 tehtyyn tutkimukseen ottaen huomioon eroavuudet ja samankaltaisuudet eri teema-alueiden kuten lääkityksen, vuorohoidon ja dementiatiedon osalta.

6.2 Menetelmät

Tässä selvityksessä käytettiin sekä määrällistä että laadullista tutkimusmenetelmiä. Selvityksessä oli aineisto- ja menetelmätriangulaatio käytössä. *Triangulaatio* tarkoittaa erilisten aineistojen, teorioiden, tutkimusmenetelmien yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Tuloksia voidaan pitää luotettavina, koska käytössä on monia eri menetelmiä tulkita aineistoa. Triangulaatiota käytetään siksi, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä ei saada kattavaa kuvaa tutkimuskohteesta. Lisäksi useammalla menetelmällä saadaan tutkimukseen lisää luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 1998, 68.) Triangulaatiossa erotetaan aineisto- ja menetelmätriangulaatio. Aineistotriangulaatiossa käytetään erilaisia aineistoja (haastattelut, tilastot) tai tiedon eri kohteita (potilaat, omaiset) yhdessä tutkimuksessa. Menetelmätriangulaatiossa käytetään useita tiedon hankintamenetelmiä kuten haastattelut, kyselyt yhdessä tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 1998, 69, 70.)

6.2.1 Kysely

Selvityksessä yhtenä tiedonhankintamenetelmänä oli kysely (liite 1). Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta sisältäen sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeessa on 27 kysymystä. Kysymykset sisältävät omaishoitajien ja hoidettavien taustatietoja, omaishoitajien aikaisempia kokemuksia puhelinpalveluiden käyttämisestä sekä omaisten odotuksia tulevaa dementia - puhelinpalvelua kohtaan. Kyselylomake tehtiin yhteistyössä hankkeen toimijoiden kanssa. Kyselyn tekeminen perustui KaJon hankesuunnitelmaan, kyselylomaketta käsiteltiin hankkeen ohjausryhmässä. Kyselyn tekeminen perustui alan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon. Kyselyn laatimista ohjasivat myös tutkimuskysymykset sekä alan aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyt kyselyt.

Kyselylomake testattiin ennen varsinaista selvitystä neljällä omaishoitajalla selvyiden ja luotettavuuden tarkistamiseksi. KaJo-hankkeen projektisihteeri lähetti kyselylomakkeen postitse omaishoitajille elokuussa 2007, kyselyt pyydettiin palauttamaan projektisihteerille. Projektisihteeri lähetti muistutuskirjeen (liite 6) kyselystä kaikille selvitykseen osallistuneille omaishoitajille, koska kyselylomakkeita palautettiin ensimmäisen palautusajan jälkeen yhdeksän kappaletta. Muistutuskirjeen jälkeen yhteensä 11 eli 61 % selvitykseen

osallistuneista omaishoitajista palautti kyselylomakkeen.

Tässä selvityksessä kyselyn vastaukset käsiteltiin määrällistä menetelmää käyttäen, osa kyselyn vastauksista ristiintaulukointiin. Kyselyn avoimet vastaukset käsiteltiin laadullista menetelmää käyttäen haastattelun analysoinnin yhteydessä.

6. 2. 2 Teemahaastattelu

Tämän selvityksen teemahaastattelun osuudessa painottui laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Teemahaastattelulla haluttiin tarkentaa ja syventää kyselylomakkeessa kysytyjä asioita, odotuksia puhelinpalvelua kohtaan ja omaishoitajien kokemuksia puhelinneuvonnasta.

Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla. Tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta häntä kiinnostavat asiat tai ainakin ne, jotka kuuluvat tutkimuksen aihepiiriin. (Eskola & Vastamäki 2001, 24.) Kvalitatiivinen tutkimus, johon teemahaastattelu kuuluu, on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto kootaan luonnollisissa todellisissa tilanteissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 165).

Haastatteluun valituille lähetettiin osallistumispyyntö. Haastatteluluvan saamisen jälkeen haastateltaviin otettiin yhteyttä puhelimitse ja sovittiin haastattelu-aika. Kaikki haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina ja omaishoitajien kotona. Tavoitteena oli koota tutkimusaineisto syksyllä 2007. Haastattelin henkilökohtaisesti kolme omaishoitajaa, jotka hoitavat dementiaa sairastavaa läheistään kotona.

Haastattelun teema-alueet pohjautuivat aikaisemmin lähetettyyn kyselyyn ja ne olivat seuraavat:

1. Omaishoitajan aikaisemmat kokemukset puhelinpalvelun käyttämisestä:
 - Millaista apua ja millaisissa tilanteissa omaishoitaja on aikaisemmin ottanut yhteyttä omaishoitajuuteen liittyvissä asioissa ?

2. Omaishoitajan odotukset tulevaa dementia-puhelinpalvelua kohtaan:

- Millaista tietoa omaishoitaja odottaa tulevalta dementia-puhelinpalvelulta
- Miten dementiapuhelinpalvelu antaisi henkistä tukea omaishoitajalle ?
- Miten dementiapuhelinpalvelu auttaisi omaishoitajaa läheisen hoitamisessa?
- Millaista ammattihenkilöä omaishoitaja odottaa puhelinpalveluun ?
- Muut omaishoitajan odotukset puhelinpalvelua kohtaan ?

Haastattelua varten laadittiin teema-alueet ja niihin liittyvät kysymysaiheet. Yksi koe-haastattelu tehtiin ennen varsinaista haastattelua. Haastateltaville kerrottiin käynnin tarkoitus ja varmistettiin, että omaishoitaja hyväksyi haastattelun, joka nauhoitettiin. Haastateltaville kerrottiin, että heidän henkilöllisyytensä ei paljastu opinnäytetyössä. Jokaista haastattelua varten varattiin oma kasetti. Nauhoitettu haastattelu kesti tilanteesta riippuen puolesta tunnista reiluun tuntiin.

Analyysin tavoitteena voidaan pitää aineiston tiivistämistä luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 94). Kun haastatteluaineisto oli tallennettu, aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sanasta sanaan eli aineisto litteroitiin (ks. Hirsjärvi & Hurme 2001, 138). Litteroitu teksti luettiin moneen kertaan. Varsinaisessa analyysissä ensimmäisenä tehtävänä on järjestää aineisto teemoittain. Aineiston luokittelu on olennainen osa analyysia. Se on pohjana sille, että aineistoa voidaan tulkita, tiivistää sekä vertailla aineiston eri osia toisiinsa. Luokittelussa tutkimusväline tai menetelmä voi toimia luokittelun pohjana. Teemahaastattelun teemat olivat karkeita alustavia luokkia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 147, 149). Aineistossa käytettiin teoriaohjaavaa analyysia, koska teemahaastattelurunko toimi aineiston koodauksen apuvälineenä. Teoriaohjaava analyysissä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina esiin, ilmiöstä jo tiedettynä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.)

Eri henkilöiden haastattelujen vastaukset sekä kyselyn avointen kysymysten vastaukset yhdistettiin samaan teema-alueeseen, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Samoin Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen tulokset yhdistettiin samaan teema-alueeseen tämän selvityksen tuloksien kanssa, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Tämän jälkeen aineisto koodattiin niin, että haastateltavat nimettiin alkuperäiseen aineistoon palaamiseen

helpottamiseksi. Koodaamisen tarkoituksena on toimia muistiinpanoina, tekstin kuvailun ja aineiston jäsennyksen apuvälineinä sekä niiden avulla voidaan etsiä ja tarkistaa tekstin eri kohtia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93).

Teemoittelussa aineisto ryhmitellään teemoittain ja nostetaan tutkimusongelmaa valaisevista teemoista esiin mielenkiintoisia ilmaisuja tulkittavaksi (Eskola 2001, 146). Aineistoa luettiin teema-alueittain ja haastatteluaineistoa pelkistettiin niin, että aineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen osa pois. Aineistosta poimittiin tärkeimmät kohdat tutkimuskysymysten kannalta alleviivaamalla ne. Sen jälkeen aineistosta samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin samaan teema-alueeseen, jotka kuuluivat yhteen.

Laadullisessa tutkimuksessa tulkintaa tehdään koko prosessin ajan. Kangasniemen vuoden 2005 tutkimuksen tuloksia verrattiin tämän selvityksen tuloksiin. Tämän selvityksen analyysiin liitettiin mukaan teoriaa ja aikaisempia tutkimuksia tukemaan tehtyjä havaintoja ja tulkintoja aineistosta (ks. Eskola 2001, 150). Tuloksissa esitetään suoria lainauksia haastatteluteksteistä, joilla pyritään välittämään mahdollisimman elävä kuva omaishoitajien kokemuksista ja vahvistamaan tutkijan argumentointia. (ks. Hirsjärvi & Hurme 2001, 194.) Lainaukset on erotettu tekstistä kursivoidulla tekstillä omilla riveillään. Haastattelun anonymiteetin varmistamiseksi lainauksissa ei ole esitetty nimiä eikä paikkakuntia.

7 KYSELYN TULOKSET

7.1 Omaishoitajien ja hoidettavien taustatiedot

Suurin osa omaishoitajista eli yhdeksän oli naisia, miehiä oli kaksi. Tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat iältään keskimäärin 70,3 vuotta, heidän ikänsä vaihteli 60 - 79 vuoden välillä. Heistä viisi oli 60 - 69 vuotiaita, kuusi oli 70 - 79 vuotiaita. Kaikki omaishoitajat olivat sukulaisia hoidettavalleen. Avo- tai aviopuolisoita hoidettavalleen oli seitsemän, lapsia joko tyttäriä tai poikia oli kolme. Yksi omaishoitaja oli muu sukulainen. Kyselyyn osallistuneista omaishoitajista oli yhdeksän eläkkeellä, kaksi vastausta oli puutteellisia. Omaishoitajat olivat hoitaneet läheistään useimpia vuosia, alle kahdesta vuodesta yli seitsemään vuoteen. Kaikki omaishoitajat asuivat hoidettavan kanssa samassa ta-

loudessa.

Puhelinpalvelun käyttämiseen tarvitaan omaa puhelinta. Kaikilla omaishoitajilla oli käytössään jonkinlainen puhelin. Neljällä omaishoitajalla oli sekä matkapuhelin että lankapuhelin, kuudella omaisella oli matkapuhelin ja yhdellä omaisella oli lankapuhelin.

Hoidettavista naisia oli neljä, miehiä oli kuusi, yksi omaishoitaja ei ollut vastannut tähän kohtaan. Hoidettavat olivat iältään keskimäärin 81,1 vuotta. Heistä viisi oli iältään 70 - 79 vuotiaita, viisi oli iältään 80 - 95 vuotiaita. Viidellä läheisellä oli diagnosoitu Alzheimerin tauti, muita diagnooseja olivat vaikea-asteinen dementia ja aivovammasta johtuva sairaus. Neljällä hoidettavalla ei ollut sairauden diagnoosia.

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin selvitykseen osallistuneilta, ovatko he käyttäneet puhelinpalvelua omaishoitajuuteen liittyvissä asioissa. Suurin osa eli seitsemän omaista ei ollut käyttänyt puhelinpalvelua; ainoastaan neljä oli aikaisemmin käyttänyt palvelua. Puhelinpalvelua käyttäneet neljä omaishoitajaa kokivat, että olivat saaneet apua puhelinneuvonnasta.

7. 2 Odotukset koskien tulevaa puhelinpalvelua

Kysymyslomakkeen kysymyksissä 15 - 20 omaishoitajat arvioivat odotuksia puhelinpalvelusta saatavaan tietoon ja tukeen. Suurin osa omaishoitajista odotti saavansa tietoa ja tukea puhelinpalvelusta. Kahdeksan omaishoitajaa yhdestätoista odotti tietoa hoitoon liittyvistä asioista, kuten dementia, lääkehoito ja käytöshäiriöt. Kaksi omaista ei osannut kertoa odotuksiaan, yksi omaisen ei vastannut tähän kysymykseen.(ks. taulukko 1). Lähes kaikki eli kymmenen vastaajaa tarvitsi tietoa kunnan perusterveydenhuollon palveluista hoidettavaa varten kuten kotihoidon palvelut, vuorohoito ja pitkäaikaishoito. Yksi osallistuja ei osannut sanoa mielipidettään. Seitsemän omaishoitajaa odotti saavansa tietoa läheisen sosiaaliturvaetuksista koskien kuntoutusta, sopeutumisvalmennuskursseja, eläkkeensaajan hoitotukea. Kaksi omaishoitajaa ei osannut kertoa mielipidettään, kaksi omaishoitajaa jätti vastaamatta tähän kohtaan. Kuusi omaista odotti tietoa sosiaaliturvaetuksista itseään varten, kuten omaishoidon tuki, kuntoutuskurssit, sopeutumisvalmennus. Kolme omaishoitajaa ei osannut kertoa mielipidettään, yksi omaisen ei tarvinnut tie-

toa sosiaaliturvaetuksista, yksi omaishoitaja ei vastannut tähän kysymykseen. Seitsemän vastaajaa yhdestätoista odotti tietoa virkistys- ja yhdistystoiminnasta itselleen, kuten ryhmätoiminta, virkistystilaisuudet ja dementiayhdistykset. Yksi omaishoitaja ei katsonut tarvitsevänsä tietoa, kaksi omaista ei osannut sanoa mielipidettään. Neljä omaishoitajaa odotti henkistä tukea, keskusteluapua ja kuuntelemista, kaksi omaista ei katsonut tarvitsevänsä henkistä tukea. Neljä omaista ei osannut sanoa kantaansa tähän kysymykseen. Omaishoitajien vastaukset odotuksista puhelinpalvelusta saatavaan tietoon ja tukeen (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1. Odotukset puhelinpalvelusta.

Tieto ja tuki	Odotukset			
	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	Yhteensä
	f	f	f	f
Läheisen hoitoon liittyvä tieto	8		2	10
Kunnan perusterveydenhuollon palvelut	10		1	11
Sosiaaliturvaetudet läheiselle	7		2	9
Sosiaaliturvaetudet omaiselle	6	1	3	10
Virkistys- ja yhdistystoiminta omaiselle	7	1	2	10
Henkinen tuki, keskusteluapu, kuunteleminen	4	2	4	10

Omaisilta kysyttiin, käyttäisivätkö he tulevaa puhelinpalvelua. Lähes kaikki eli yhdeksän omaishoitajaa yhdestätoista tulisi käyttämään puhelinpalvelua; kaksi omaista ei käyttäisi palvelua. Syitä, miksi omaishoitajat eivät tulisi käyttämään palvelua olivat, ettei puhelinpalvelusta olisi hyötyä omaishoitajalle ja omaishoitajana on toimittu vasta vähän aikaa.

Omaishoitajilla oli erilaiset tarpeet käyttää puhelinpalvelua eri vuorokauden aikoina.

Viisi omaishoitajaa käyttäisi puhelinpalvelua aamulla tai aamupäivällä, kaksi käyttäisi iltapäivällä ja kaksi omaista käyttäisi yöllä. Yhdellä omaisella olisi tarvetta käyttää kaikkina vuorokauden aikoina.

Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista viisi arvioi, että puhelinpalvelusta olisi apua läheisen hoitamisessa, viisi omaishoitajaa ei osannut sanoa kantaansa. Yksi omaisen ei

vastannut tähän kysymykseen. Viisi vastaajaa yhdestätoista arvioi, että keskustelu puhelimitse auttaisi heitä jaksamaan paremmin omaishoitajana. Kaksi omaishoitajaa arvioi, ettei keskustelu auttaisi heitä ja neljä osallistujaa ei osannut sanoa kantaansa.

Tutkimuksessa kysyttiin omaishoitajilta myös lääkärin puhelinneuvonnan käyttöä. Suurin osa eli seitsemän omaishoitajaa yhdestätoista käyttäisi lääkärin puhelinneuvontaa, kolme omaista ei osannut sanoa mielipidettään. Tähän kysymykseen yksi omaishoitaja ei vastannut.

Omaishoitajat olivat hoitaneet läheistään eripituisia aikoja. Omaishoitajan toimimisaajan, ja tulevan puhelinpalvelun käyttämisen suhdetta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla (ks. taulukko 2).

TAULUKKO 2. Omaishoitajan ja tulevan puhelinpalvelun käyttäminen.

Omaishoitaja hoitanut läheistään	Tulevan dementia-puhelinpalvelun käyttäminen	
	Kyllä	Ei
	f	f
Alle 2 vuotta	2	1
2 – 4 vuotta	2	
5 – 7 vuotta	3	1
Yli 7 vuotta	1	1
Yhteensä	8	3

Kahdeksan omaishoitajaa arvio käyttävänsä puhelinpalvelua. Dementia- puhelinpalvelua omaishoitajat arvioivat käyttävänsä eri vuorokauden aikoina. Sukulaisuussuhteen ja puhelinpalvelun käyttämisaajan välistä suhdetta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla (ks. taulukko 3).

TAULUKKO 3. Sukulaisuussuhde ja puhelinpalveluun soittamisen ajankohta

Sukulaisuussuhde hoidettavaan läheiseen	Puhelinpalveluun soittamisen ajankohta vuorokauden eri aikoina			
	Aamu f	Iltapäivä f	Iltana f	Yö f
Avo/Aviopuoliso	3	2	1	3
Tytär/Poika	2	1		
Muu	1			
Yhteensä	6	3	1	3

Omaishoitajista kaikki olivat sukulaisia, mutta muista kuin puolisoista eli neljä omaishoitajaa arvioi, että eivät tulisi käyttämään puhelinpalvelua iltaisin ja öisin.

8. TEEMAHAASTATTELUN TULOKSET

8.1 Kokemukset puhelinpalvelun käyttämisestä.

Haastatelluista omaishoitajista naisia oli kaksi ja miehiä yksi. Omaishoitajat olivat sukulaisia hoidettavalleen ja he asuivat hoidettavan kanssa samassa taloudessa. Avoimissa kysymyksissä ja haastattelussa kysyttiin omaishoitajilta, mihin he olivat ottaneet yhteyttä omaishoitajuuteen liittyvissä asioissa, kun olivat tarvinneet apua, millaista apua sekä millaisissa tilanteissa he olivat sitä tarvinneet. Apua tarvitessaan omaishoitajat olivat ottaneet yhteyttä oman kunnan terveyskeskukseen, terveyskeskuksen ensiapuun, päivystykseen tai hätäkeskukseen tilataksaan ambulanssin. Omaishoitajat olivat ottaneet yhteyttä myös kotihoitoon, kotisairaanhoidon, kotipalveluohjaajaan, kodinhoitajiin sekä vanhainkotiin ja sukulaisiin. Läheisen terveydentilan muuttuessa omaishoitajat turvautuivat lääkärin apuun, kun hoidettavalla oli tulehduksia, kipuja tai sairauden oireet olivat muuttuneet.

No ei meillä mitään paniikitilanteita ole. Tää on nyt sitten kun lääkäri tullut, kun sille on tullut noita äkkinäisiä kipuja.

Omaishoitajat tarvitsivat tietoa ja tukea hoidettavan sairastuessa. Läheisen sairastuessa omaishoitaja oli kysynyt neuvoja terveyskeskuksesta, milloin läheisen voi tuoda lääkärin vastaanotolle. Omaishoitaja oli tarvinnut terveydenhuollon neuvontaa, kun läheinen oli

sairastunut. Haastatteluun osallistunut omaishoitaja oli joutunut myös tilanteeseen, ettei tilattu ambulanssi saapunut ja omainen oli uudelleen joutunut soittamaan hätäkeskukseen saadakseen ajantasaista tietoa ambulanssin tulemisesta.

Mä tuota mä otin yhteyttä tuonne terveystakeskukseen, että oiskohan joku yskänlääke semmoinen, joka niin kuin auttaisi tai joku lääke semmoinen, että kun on tommoista vai pitääkö tuoa.

Kerran soitin terveystakeskukseen ja ne sano tota mihin aikaan sitten vois sitten tulla ja soitin tonne hätäkeskukseen ambulanssi. Sieltä ne lupas lähettää, ei sitä tullutkaan. Se rupes olla se aika jo täynnä, en mä tiennyt että nää sopii keskenään.

Läheistään hoitaessaan omaishoitajat joutuivat monenlaisiin tilanteisiin, joita ei voinut ennakoida. Omaishoitaja oli joutunut tilanteisiin, joissa hän oli tarvinnut hätäkeskuksen apua sairaanhoitoon sekä apua läheisen nostamiseen, koska hoidettava oli yllättäen kaatunut ulkona. Näissä yllättävissä tapahtumissa omaishoitaja ei aina ollut tavoittanut naapureita saadakseen heiltä apua. Yllättävissä tilanteissa omaishoitaja oli tarvinnut myös tukea sukulaisilta, koska hoidettava oli saanut äkillisen sairaskohtauksen eikä omainen tiennyt, mitä tekisi.

Sitten se meni nurin. Tuolla on semmoista sepeliä, tuli haava tuonne. No sitten mä etsin tästä, jos ois joku mies, joka ois auttanut mua kanssa rullatuoliin ja tuonne sänkyyn, mutta ei missään ollut ketään kotona, kun oli juhannusaatto. Sitten minä soitin sinne¹¹².

Omaishoitajalle läheisen hoitamiseen liittyvän tiedon ja avun tarve oli tärkeää, jotta omainen saattoi hoitaa läheistään kotona ja pystyi huolehtimaan sekä virallisista että muista asioista. Haastatteluun osallistuneet ja kyselyn avoimiin kysymyksiin vastanneet omaishoitajat ottivat yhteyttä kotipalveluun, kun heillä oli omia tai muita virallisia asioita huolehdittavana ja hoidettavaa läheistä ei voinut jättää yksin kotiin. Kotipalvelun tuki tarvittaessa auttoi täten omaishoitajaa hoitamaan läheistään kotona. Haastatteluun osallistuville omaishoitajille kotiavun lisäksi kotisairaanhoidon tuki oli tärkeää, koska kotisairaanhoidosta omainen sai tarvittavan tiedon tarvikkeiden ostamiseen. Kotisairaanhoidosta annettujen tietojen avulla omainen pystyi täten hoitamaan läheistään kotona. Kotisairaanhoidon apu ja tieto auttoi myös omaishoitajaa, kun läheinen tarvitsi terveydenhuollon lisätutkimuksia.

Että mä pystyin sen hoitamaan, niin sitä piti aina kysyä kaikkea tarvikkeita. Mistä mä saan, ostanko mä sieltä.

Omaishoitajat joutuivat monenlaisiin tilanteisiin läheistään hoitaessaan. Eräs omaishoitaja oli joutunut soittamaan kotihoitoon saadakseen tietää, milloin kotihoidon työntekijä tulee, koska kotiavustaja ei ollut tullut sovittuun aikaan.

Meillä käy tuo kotiavustaja. Kerrankin oli ei kuulunutkaan tänne ja minä soitin siten siihen autoon, se kotiavustajien auto pyörii sinne.

Omaishoitajalle tieto läheisen sairaudesta oli tärkeää voidakseen hoitaa läheistään hyvin. Jotkut haastatelluista omaishoitajista ja kyselyn avoimiin kysymyksiin vastanneet omaishoitajat olivat tarvinneet läheisen sairauteen liittyviä neuvoja kotisairaanhoidosta sekä apua liittyen läheisen hoitoihin. Osa omaisista oli myös tarvinnut apua ja tietoa, kun jostain oli tapahtunut tai heillä ei ollut tietoa, mihin voisi ottaa yhteyttä liittyen läheisen sairauteen.

8.2 Odotukset tulevaa puhelinpalvelua kohtaan

8.2.1 Odotukset puhelinpalvelun antamaan tietoon

Omaishoitajien odotukset puhelinneuvonnan antamaan tietoon lääkkeistä vaihtelivat. Omaishoitaja arvioi tarvitsevänsä tietoa lääkkeistä tai omaishoitaja ei tällä hetkellä tarvinnut sitä, koska läheisellä ei ollut paljon lääkkeitä käytössä. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa osa omaishoitajista koki lääkityksen muuttamisen ja siitä tiedottamisen tärkeänä asiana (Kohvakka 2005, 27).

Omaishoitajien odotukset demensiatiedosta olivat erilaisia. Omaishoitajalla ei ollut demensiaan liittyvää tietoa tai demensiaan liittyvä asia ei ollut ajankohtainen. Kangasniemen vuonna 2005 tutkimuksessa ilmeni taas, että osa omaisista ei ollut saanut lääkäriltä tarvittavaa demensiatietoa (Kohvakka 2005, 26).

Omaishoitajat odottivat puhelinpalvelun antavan tietoa palveluista, toisaalta palvelujen

tarvetta oli vaikea arvioida. Omaishoitaja on sidottu hoitamiseen 24 tuntia vuorokaudessa, mutta omaishoitaja tarvitsee myös lomaa jaksakseen hoitaa läheistään. Haastatteluun osallistuneet omaishoitajat tiesivät vuorohoidon mahdollisuudesta, kuitenkin vain yksi omaishoitaja oli voinut käyttää vuorohoitoa. Omaishoitajat eivät voineet hyödyntää vuorohoitoa, koska hoidettavat halusivat olla kotona. Eräs omaishoitaja arvioi tarvitsevansa tietoa laitoshoidosta, koska hänellä ei ollut siitä tietoa. Kangasniemellä vuonna 2005 tutkimuksessa omaishoitajat tiesivät vuorohoidon mahdollisuuksista ja joillakin oli myös kokemusta vuorohoidosta (Kohvakka 2005, 23).

Kyllä minä ne tiedän, mutta ei täällä voi kuitenkaan mihinkään lähteä.

Ollut siellä kolme kertaa viikon. Vähän niin kuin sellaista lomaa sitten pitänyt.

Haastatteluun osallistuneilla omaishoitajilla oli vähän tietoa sosiaaliturvaetuksista läheiselle. Omaishoitajilla ei ollut mitään tietoa kuntoutuksesta ja sopeutumisvalmennuksesta läheiselle tai he eivät osanneet sanoa. Eräs omaishoitaja toivoi, että kotisairaanhoido hankkisi niistä tietoa.

No niistä nyt minä en osaa sanoa, omaishoitaja, se tulee mulle.

Mä en niin kuin mä en ole saanut mitään tietoja suurempia, suurempia nyt mitään niistä.

Omaishoitajilla oli myös vähän tietoa sosiaaliturvaetuksista koskien heitä itseään. Omaishoitajilla ei ollut mitään tietoa kuntoutuksesta ja sopeutumisvalmennuksesta heille itselleen ja omaishoitajat odottivat tietoa niistä. Erään omaishoitajan oli vaikea sanoa mielipidettään, koska ei ollut perehtynyt kuntoutusasioihin.

En osaa sanoa, kun en ole tutustunut mihinkään.

Kyllä, kaikki tiedot niistä haluaisin.

En tiedä, ei siitä ole mitään tietoa.

Omaishoitajat halusivat tietoa virkistysmahdollisuuksista ja dementiayhdistyksistä, koska heillä ei ollut mitään tietoa niistä.

8.2.2 Odotukset puhelinpalvelun antamaan henkiseen tukeen

Omaishoitajien oli vaikea sanoa, millaista henkistä tukea he odottivat puhelinpalvelulta. Omaishoitajat eivät voineet kertoa mielipidettään, koska omaishoitajan ja hoidettavan elämän tilanteet saattoivat muuttua nopeasti.

Haastatteluun osallistuneilta omaishoitajilta kysyttiin, miten puhelinpalvelu voisi auttaa läheisen hoitamisessa. Muutamat omaishoitajat eivät osanneet sanoa, koska puhelinpalveluun liittyvää kokemusta ei vielä ollut tai läheisellä ei ollut vielä dementiaan liittyvää sairautta. Eräs omaisen arvioi, että puhelinpalvelu auttaisi omaishoitajaa läheisen hoitamisessa antamalla neuvoja ja tietoja. Eräs omaishoitaja arvioi, että hän soittaisi puhelinpalveluun liittyen läheisen hoitamiseen.

Ei tahdo äkkiä tulla, kun tähän ei ole yhtään vielä tottunut.

Kyllähän se varmasti auttaa paljonkin, jos on sillä lailla. että tarvetta, ettei tiedä nyt, mitä mä teen. Toinen antaa neuvoja. Antavat sitten tietoja, järjestävät tietysti sitten, se riippuu tietysti, minkälaisia asioita tulee eteen.

Voishan se auttaa, jos olisi kyse dementiapotilaista. Mutta se ei ole ainakaan tällä kertaa meille mitenkään ajankohtainen asia, kun ei ole tietoa dementiasta.

Haastattelussa kysyttiin, miten puhelinpalvelu voisi antaa tukea jaksamaan omaishoitajana. Muutaman omaishoitajan oli hankala sanoa, koska puhelinpalveluun liittyvää kokemusta ei vielä ollut tai omaishoitaja ei tällä hetkellä tarvinnut puhelinpalvelun tukea. Eräs omaishoitaja arvioi, että puhelinpalvelun antama tieto auttaisi jaksamaan omaishoitajana.

Teemahaastattelussa kysyttiin omaishoitajilta, millaista henkilöä he odottivat puhelinpalveluun. Omaishoitajat odottivat puhelinpalveluun sellaista henkilöä, joka olisi pätevä, osaisi neuvoa eikä myöskään hermostuisi helposti. Muita ominaisuuksia omaishoitajien odotuksissa oli, että puhelinneuvonnassa oleva henkilö antaisi tiedot niin selkeästi, että asiakas ymmärtää annetut neuvot.

Sellainen pitäisi olla, että siltä saisi selvää, mikä se homma on.

Sellainen tavallinen ihminen, joka nyt tuota osaa sen asiansa siellä, osaa neuvoa.

No semmoinen tietysti, joka ei hermostu niihin kysymyksiin, mitä tulee.

8.2.3 Muut odotukset puhelinpalvelua kohtaan

Teemahaastattelussa kysyttiin omaishoitajilta myös, mitä muita odotuksia heillä oli puhelinpalvelua kohtaan. Omaishoitajien oli vaikea sanoa mielipidettään, koska puhelinpalvelu ei ollut vielä ajankohtainen tai siitä ei ollut kokemusta.

Eräs omainen, joka oli vastannut kyselyn avoimiin kysymyksiin, oli ollut vasta vähän aikaa omaishoitajana, joten hänellä ei ollut vielä kokonaiskuvaa omaishoitajuuteen liittyvistä asioista. Muutamat omaishoitajat odottivat, että yhdestä puhelinpalvelun numerosta saisi tietoa palveluista ja etuuksista, tietoa muistihäiriöistä ja dementiasta. Haastatteluun osallistuneet muutamat omaiset toivoivat, että puhelinpalvelu osaisi neuvoa sekä ohjata asiakkaan asiaa hoitavan ammattilaisen luokse. Myös omaishoitajien odotukset tulevaa puhelinpalvelua kohtaan olivat myönteisiä.

Olisi hyvä, että yhdestä puhelinnumerosta saisi tietoa palveluista ja etuuksista.

Tietopaketti muistihäiriöistä ja dementiasta, kaikki samasta paikasta.

Haastatteluun osallistui omaishoitajat saivat tukea ja tietoa kunnan ammattilaisilta, kotipalvelun ohjaajilta sekä kotisairaanhoidosta. Kotihoidon ammattilaiset olivat omaishoitajille kuin tukihenkilöitä, joihin omaishoitajat luottivat. Kotihoidon virkailijat olivat avustaneet osaa omaisista myös etuuksien hakemisessa. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa osa omaishoitajista toivoi omaishoitajärjestelmän tulevan vastaan kunnallisella tasolla, koska omaishoitajilla ei riittänyt tietoa eikä voimavaroja etuuksien hakemiseen. (Kohvakka 2005, 32).

No, minä olen ottanut yhteyttä tähän kotisairaanhoitoon. Se on sitten järjestänyt kaikki, mitä on tarvinnut.

No, tähän mejän ohjaaja, siihen mie on aina turvautunut, silloin kun oon apua tarvinnut.

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän selvityksen tarkoituksena on kartoittaa omaishoitajien kokemuksia aikaisemmin käyttämästään puhelinneuvonnasta ja odotuksia tulevaa dementiapuhelinneuvontaa kohtaan. Vuonna 2005 Kangasniemellä tehtyä omaishoitajien haastattelututkimusta voitiin jossain määrin vertailla tämän selvityksen tuloksiin. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat muistihäiriöisten omaishoitajat (Kohvakka 2005, 15). Tähän tulevaa dementiapuhelinneuvontaa koskevaan selvitykseen osallistui yksitoista kyselyyn vastannutta omaishoitajaa ja lisäksi haastateltiin kolmea omaishoitajaa. Enemmistö omaishoitajista oli naisia (ks. Viramo 1994, 141). Monilla hoidettavista oli diagnosoitu dementiasairaus, yleisimpänä diagnoosina oli Alzheimerin tauti. Selvityksen tuloksissa nousi keskeisesti esille se, että suurin osa omaishoitajista ei ollut aikaisemmin käyttänyt puhelinpalvelua omaishoitajuuteen liittyvissä asioissa. Myös joidenkin omaishoitajien oli vaikea tietää, mitä puhelinpalvelu sanana merkitsi.

Omaishoitajat ottivat yhteyttä terveyskeskukseen, päivystykseen tai hätäkeskukseen, kun tarvitsivat tukea tai tietoa läheisen äkillisesti sairastuessa. Omaishoitajalle läheisen hoitaminen merkitsee jatkuvaa läsnäoloa ja läheisen valvontaa. (ks. Kröger 2001, 40 - 41; Pyykkö 1999, 32 - 22). Tässä selvityksessä kotihoidon ammattilaiset olivat tukihenkilöinä monelle omaishoitajalle, he saivat kotihoidosta tietoa läheisen sairaudesta, apua läheisen hoitamiseen tai tietoa hoitotarvikkeista. Omaisella täytyi kuitenkin olla voimavaroja hankkiakseen tietoa tai apua läheisen hoitamiseen. Myös Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että osa omaishoitajista oli jaksanut hoitaa läheisen asioita omaishoitajärjestelmän moninaisuudesta huolimatta. Tämän selvityksen kaikilla omaisilla ei kuitenkaan riittänyt tietoa tai keinoja hakea heille kuuluvia sosiaaliturvaetuuksia, vaan kotihoidon ammattilaiset olivat auttaneet heitä niiden anomisessa (ks. Huttunen 2004, 110, 111). Myös Kangasniemen vuoden 2005 tutkimuksessa ilmeni, että omaisilla ei riittänyt tietoa eikä voimavaroja hakea etuuksia.

Keskeisinä tuloksina tässä selvityksessä tuli esille, että lähes kaikki omaishoitajat tarvitsivat tietoa ja tukea puhelinpalvelusta. Puhelinneuvonta koostuu annetusta tiedosta, tuesta,

ohjauksesta ja palvelusta. Tämän selvityksen mukaan omaishoitajien kokemuksen puute puhelinpalvelusta vaikeutti odotuksia puhelinpalvelusta annettavaan tietoon.

Suurin osa omaisista tarvitsi tietoa hoitoon liittyvistä asioista kuten dementiaasta, lääkkeistä ja sairauden aiheuttamista käytöshäiriöistä. Omaisten tarvitsema tieto lääkkeistä ja demenciasairaudesta vaihtelivat. Kangasniemellä vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa omaishoitajat kokivat lääkityksestä tiedottamisen tärkeäksi, omaiset tarvitsivat tietoa dementiaasta, koska osa omaisista ei ollut saanut lääkäriltä tarvitsemaansa tietoa (ks. Aro 2001, 50).

Tässä selvityksessä melkein kaikki omaishoitajat odottivat puhelinpalvelulta tietoa kotihoidon palveluista, mutta toisaalta oli vaikea arvioida palvelujen tarvetta (vrt. Siivonen 2002, 29). Palveluiden käyttäminen saattaa auttaa omaishoitajia paremmin selviytymään kotihoidosta. Sopivien palveluiden avulla voidaan tukea omaishoitajia, jotta he voivat hoitaa läheistään kotona mahdollisimman pitkään. Omaishoitajat kertoivat, että he tiesivät vuorohoidosta, mutta mahdollisuudet käyttää sitä olivat rajalliset (ks. Kröger 2001, 41). Myös Kangasniemen tutkimuksessa 2005 omaiset olivat tietoisia vuorohoidon mahdollisuuksista. Tukipalvelut voivat antaa omaiselle tilaisuuden omaan vapaa-aikaan, koska omasta terveydestä huolehtiminen on edellytyksenä omaishoitajana toimimiselle.

Keskeisinä tuloksina tuli esille, että omaisilla oli vähän tietoa sosiaaliturvaetuksista kuten kuntoutus, sopeutumisvalmennus koskien läheistään tai heitä itseään. Omaishoitajilla ei ollut myöskään tietoa virkistysmahdollisuuksista eikä dementia-yhdistyksistä ja omaiset halusivat puhelinpalvelusta niistä tietoa. Puhelinneuvonta voi tukea omaishoitajaa ja perhettä kokonaisvaltaisesti antamalla tietoa ja ohjausta eri palveluista.

Osan omaisista oli vaikea kertoa, millaista henkistä tukea he odottivat, koska elämäntilanteet perheessä saattoivat muuttua nopeasti. Osan omaisista oli myös vaikeaa ilmaista mielipiteitään puhelinpalvelun tuesta omaan jaksamiseen, koska kokemusta palvelusta ei vielä ollut, osa taas arvioi että saatu tuki auttaisi heitä jaksamaan paremmin omaishoitajana. Omaishoitajan saama henkinen tuki alan ammattilaiselta saattaa olla merkittävää omaishoitajan jaksamisen kannalta. On tärkeää, että omaishoitaja tunnistaa oman terveyden merkityksen ja alan ammattilaiset tukevat häntä taloudellisen, tiedollisen, toiminnallisen

ja henkisen tuen avulla.

Tämän selvityksen mukaan omaishoitajat odottivat osaavaa henkilöstöä puhelinpalveluun, joka osaisi kertoa asiat selkeästi. Puhelinneuvonta vaatii henkilökunnalta ammatillista osaamista ja koulutusta (ks. Wahlberg & Wredling 1999, 164 - 170). Ammatilliselta vaaditaan puhelimessa taitoa valita ja esittää oikeita kysymyksiä oikealla tavalla, koska kysymysten tekeminen on osa asiakkaan kuuntelemista (Häkkinen & Uski 2006, 17). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.08.1992/785) velvoittaa antamaan tiedon asiakkaalle niin, että asiakas ymmärtää asian sisällön.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä selvityksessä käytettiin triangulaatiota, laadullista ja määrällistä tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus valittiin siksi, että aihealue oli uusi, vähän tutkittu ja haluttiin kartoittaa omaishoitajien kokemuksia ja odotuksia puhelinpalvelusta.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimustulosten luotettavuutta voidaan selvittää arvioimalla reliaabeliutta ja validiutta. Validius (pätevyys) tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiteetilla tarkoitetaan siis luotettavuutta, ollaanko tutkimassa sitä, mitä on tarkoitus tutkia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216.) Kyselytutkimuksen heikkoutena on, että kirjalliseen postikyselyyn on helppo jättää vastaamatta (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 184). Tässä selvityksessä omaishoitajat eivät kaikki palauttaneet kyselylomaketta ja jotkut omaiset vastasivat kysymyksiin osittain. Suurin osa omaishoitajista oli iäkkäitä ja kysymyksiin vastaaminen saattoi tuottaa heille vaikeuksia. Omaishoitajilla oli vaikeuksia tietää, mitä puhelinpalvelu sanana merkitsi. Tulosten validiteettia saattoi heikentää vastausten osittainen puuttuminen sekä se, että vastaajat saattoivat käsittää joitakin kysymyksiä toisin kuin tutkija oli ajatellut (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 216 - 218).

Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta. Tämän selvityksen luotettavuus on mittareiden luotettavuuden arvoinen. Yleensä sisäisellä validiteetilla viitataan mittarin kykyyn mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. (Metsämuuronen 2005, 57, 59.) Tämän vuoksi kyselyn tekemiseen käytettiin aikaa ja sitä kehitettiin eri tahoilta annettujen

ohjeiden mukaan sekä esitestauksen avulla (ks. Metsämuuronen 2005, 58, 59). Sisäiseen validiteettiin liittyy myös tutkimuksen käsitteellinen tai teoreettinen osa. Tämän selvityksen luotettavuutta lisättiin tarkalla teoriaosan kuvaamisella sekä käsitteiden määritelmillä kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten pohjalta. (ks. Metsämuuronen 2005, 65.)

Reliaabelius eli mittaustulosten toistettavuus kuvaa mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämän selvityksen kyselyn tulosten toistettavuudessa ja ei - sattumanvaraisuudessa saattoi olla satunnaisvirheestä johtuvia puutteita. Vastaaja on voinut muistaa jonkin asian väärin tai ymmärtää kysymyksen toisin kuin tutkija on ajatellut. (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 216 - 218.)

Tässä selvityksessä omaishoitajien haastattelu oli teemahaastattelu, joka suoritettiin yksilöhaastatteluna. Tieteellisen tutkimuksen tulee pyrkiä siihen, että se kertoo tutkittavien käsityksistä ja heidän maailmastaan mahdollisimman todenperäisesti. Haastattelu on kuitenkin konteksti- ja tilannesidonnainen, tutkittavat voivat puhua haastattelutilanteessa toisin kuin toisessa tilanteessa. (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 195, 196.) Tämän selvityksen luotettavuutta saattoi heikentää se, että jonkun haastateltavan oli vaikeaa kertoa hänelle aroista asioista. Haastateltavilla ei ollut paljoa kokemusta puhelinpalvelusta, mikä vaikutti haastateltavien antamiin joihinkin vastauksiin (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 184 - 185). Esihaastatteluja tehtiin yksi selvityksen luotettavuuden lisäämiseksi.

Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoisella validiteetilla viitataan tulosten yleistettävyyteen, jolloin merkittäviä ovat tutkimusasetelma sekä otanta. (Metsämuuronen 2005, 57.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliaabelius ja validius ovat saaneet erilaisia tulkintoja. Eskolan ja Suorannan (2000, 211, 212) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tulosten siirrettävyys on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka ihmistieteissä yleistyksiset eivät ole mahdollisia. Kuitenkin tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee jollain tavoin arvioida (Hirsjärvi ym. 2004, 217). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen voidaan lopettaa, kun uudet tapaukset eivät tuo enää uusia piirteitä (ks. Mäkelä 1990, 52). Tämän vuoksi selvityksen otanta oli sopiva huolimatta suhteellisen pienestä kokonaisuutannasta. Toisaalta tämän selvityksen yleistettävyys ei voi olla kovin laaja, koska kyseessä on uusi toimintamuoto, jolloin yleistyksiä ei voi tehdä.

Haastattelun tulos on seurausta tutkijan ja haasteltavan yhteistoiminnasta (Eskola & Suoranta 2000, 85). Haastattelijana kehittyi ajan myötä ja monia haastatteluja tehtyään tutkija pystyy syventämään teemahaastattelua. Haastatellessani omaishoitajia koin vaarana lisäkysymysten tekemisessä sen, että voisin johdatella haasteltavaa vastaamaan tietyllä tavalla. Kaikkiin lisäkysymyksiin en voinut ennakolta varautua enkä myöskään niiden muotoiluun. Tämän selvitysaineiston laatua paransi se, että litteroin haastattelut nopeasti sekä kirjoitin itse ne puhtaaksi. Toisaalta ihmistieteisiin liittyvät tutkimukset ovat ainutlaatuisia, siksi perinteiset luotettavuuden ja pätevyuden arvioinnit eivät tule kyseeseen. (Hirsjärvi ym. 2004, 216 - 218.) Tämän selvityksen haastattelussa toinen tutkija saattaisi saada erilaisia tuloksia liittyen haastattelun tilannesidonnaisuuteen.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvosteluperuste on tutkija, joten luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola ja Suoranta 2000, 208). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa myös tarkkuus, mikä koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tämän selvityksen luotettavuutta lisäsi se, että tutkimusmenetelmä, aineistonkeruu kuin analyysivaihe selitettiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jolloin lukija voi arvioida sen perusteella selvityksen luotettavuutta. Samoin tuloksiin liitettiin mukaan suoria lainauksia haastatteluista, jolloin lukija pystyy seuraamaan tutkijan tekemiä päätelmiä. (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 216 - 218.) Selvityksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkijan tekemät tulkinnat saivat tukea aikaisemmista tutkimuksista (ks. Eskola ja Suoranta 2000, 212).

9.3 Tutkimuksen eettisyys

Ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa eettiset kysymykset tulevat esille tutkimuksen eri vaiheissa. Tuomen ja Sarajärven (2002, 128) mukaan osa tutkimusetiikkaa ja tutkittavien suojaa on, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ymmärrettävästi. Selvityksessä haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja selvitykseen osallistuvilta henkilöiltä sain kirjallisen suostumuksen haastatteluun osallistumisesta. Tutkittaville korostin tietojen luottamuksellisuutta haastattelun yhteydessä sekä haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Haastattelu oli mahdollista keskeyttää, jos tutkittava niin halusi. Kerätyn aineiston analysoinnissa sekä raportoinnissa huolehdin siitä, että haastateltavien henkilöllisyyttä ei voi tuloksista tunnistaa eikä se

muutenkaan paljastu. Yleisenä periaatteena oli kuitenkin se, että tutkijana voin avoimesti ja totuudenmukaisesti raportoida tulokset.

9.4 Suositukset tulosten hyödyntämiseksi

Puhelinpalveluiden järjestäminen on viime aikoina noussut monen kunnan alueella ajankohtaiseksi kysymykseksi. Puhelinpalveluiden kehittäminen on ajankohtainen myös Kangasniemellä. Joutsan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän alueella asuvat dementiaa sairastavien omaishoitajat otettiin mukaan dementia puhelinpalvelua kehitettäessä.

Puhelinneuvontaan liittyviä tutkimuksia on tehty vähän. Useimmat tutkimukset liittyvät terveyskeskusten puhelinvaihteen toimintaan. Tämän selvityksen tarkoituksena on kartoittaa omaishoitajien kokemuksia aikaisemmin käyttämästään puhelinneuvonnasta ja odotuksista tulevaa dementia puhelinpalvelua kohtaan. Nyt tehdyllä kartoituksella saatiin tietoa, minkä tyyppistä neuvontaa ja ohjausta omaishoitajat saivat aikaisemmin puhelinpalveluista sekä millaista neuvontaa ja ohjausta omaiset tarvitsevat tulevalta puhelinneuvonnalta.

Suurin osa omaishoitajista ei ollut käyttänyt puhelinpalvelua aikaisemmin, eivätkä kaikki omaiset myöskään tiensivät, mitä puhelinpalvelu sanana täsmällisesti tarkoitti. Omaiset eivät olleet käyttäneet aikaisemmin puhelinpalveluja, mikä vaikeutti omaisten odotuksia tulevaa puhelinpalvelua kohtaan. Tämän selvityksen mukaan omaisilla ei ollut tarpeeksi tietoa puhelinpalvelun käyttämisestä. Kunnan tai muun toimijan tulisi tiedottaa puhelinpalvelusta omaisille riittävästi; palvelun tavoite, tarkoitus ja hyöty omaiselle ennen puhelinpalvelun aloittamista ja toiminnan aloittamisen jälkeen. Omaisille tulisi tiedottaa riittävästi, miten puhelinpalvelu toimii käytännössä, ketkä kuntalaiset sinne voivat soittaa sekä tiedottaa puhelinpalvelun suunnitellusta toiminnasta.

Kaikilla omaisilla ei ollut tietoa eikä voimavaroja ottaa selville omaishoitoon liittyvistä asioista. Tulevan puhelinpalvelun tulisi ottaa huomioon erityisesti kaukana Kangasniemeltä asuvat omaiset. Uhkana saattaa olla, että he eivät tiedä uudesta palvelusta tarpeeksi ja voivat siksi jäädä ilman puhelinpalvelun tukea.

Omaishoitajat odottivat puhelinneuvonnasta tietoa kotihoidon palveluista, vaikka omaisten oli vaikea arvioida palvelujen tarvetta, koska tilanteet saattoivat muuttua nopeasti. Puhelinneuvojan tulisi neuvoa omaisia kotihoidon tukipalveluissa, koska sopivat tukipalvelut auttavat omaista hoitamaan läheistään kotona ja samalla ehkäisevät läheisen laitoshoidon. Neuvojan tulisi tuntea oman kunnan palveluiden lisäksi lähikuntien palvelut.

Tämän selvityksen omaishoitajat eivät tienneet riittävästi sosiaaliturvaetuksista läheiselleen tai itselleen. Omaishoitajat eivät myöskään tienneet mitään virkistysmahdollisuuksista itseään varten eikä dementiayhdistyksistä. Omaiset tarvitsevat tukea elämän hallintaan, toisten omaisten kohtaamista, omaa vapaa-aikaa, mikä auttaa omaisia jaksamaan. Omaishoitoyhdistykset voivat tarjota palveluja, joita omaiset tarvitsevat jaksamisen tueksi. Puhelinpalvelun tulisi tiedottaa palvelutarjonnasta ja virkistys- ja yhdistystoimintamahdollisuuksista, koska moni omaishoitaja ei tiedä niistä tarpeeksi. Puhelinneuvojan tulisi neuvoa sosiaaliturvaetuuksiin liittyvissä asioissa tai neuvoa omaishoitajaa oikealle viranomaiselle, jolta omainen saisi tarvitsemansa tiedon.

Omaiset tarvitsevat läheistä hoitaessaan henkistä tukea sekä apua sekä sukulaisilta että asiantuntijoilta. Tämän selvityksen mukaan osa omaishoitajista tarvitsi henkistä tukea puhelinpalvelusta. Osa omaisista ei osannut sanoa, millaista henkistä tukea he tarvitsivat, koska heillä ei ollut kokemusta puhelinpalvelusta tai perhetilanteet saattoivat muuttua nopeasti. Puhelinpalvelun ammattilaisen tulisi kuunnella omaishoitajaa, keskustella hänen kanssaan, tuntea empaattisuutta sekä huomioida omaisen ja perheen tarpeet.

Tässä selvityksessä melkein kaikki omaishoitajat tarvitsivat puhelinpalvelusta tietoa ja tukea. Tiedollisen tuen lähtökohtana ovat omaisen aikaisemmat tiedot, kyky vastaanottaa tietoa, tulkita ja suhteuttaa sitä uuteen tilanteeseen. Omaishoitajat odottivat puhelinneuvonnasta saavansa tietoa läheisen hoitoon liittyvistä asioista; läheisen demensiasairaudesta, lääkkeistä ja läheisen käytöshäiriöistä. Eri tutkimuksissa on havaittu, että omaiset erityisesti demensiasairauden alkuvaiheessa eivät saa tarpeeksi tietoa läheisen sairaudesta. Puhelinpalvelun ammattilaisen tulee huomioida neuvontaa antaessaan, onko hoitoon liittyvä ohjaus yksilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa vai onko se yleistä neuvontaa.

Puhelinpalvelun ammattilaiselta edellytetään systemaattisuutta haastattelussa sekä hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa, koska puhelinneuvoja tekee suullisen haastattelun pohjalta arvioinnin soittajan tai läheisen terveydentilasta. Ammattilainen tarvitsee ohjauksen sekä hoidon tarpeen arvioinnissa myös selkeät vertailuperusteet. Puhelinpalvelun työntekijällä tulisi olla käytössään päätöksenteon tukena laajat tietokannat kuten Käypä hoito -suositukset, hoito-ohjeet, Sairaanhoitajan ja Lääkärin tietokannat sekä Duodecim-tietokannat. Puhelinneuvojalla tulisi olla kaikki tarvittavat tiedot helposti saatavilla, myös eri viranomaisten yhteystiedot kuten sosiaalitoimi, vakuutus, Kela. Yksi tärkeitä tehtäviä puhelinpalvelun hoitajalla tulee olemaan potilasohjeiden ajan tasalla pitäminen. Puhelinpalvelun ammattilaisen tulisi huomioida hoidon arvioinnissa myös potilaan ikä, sukupuoli, perussairaudet, potilaan itsehoitokyky, etäisyys hoitopaikasta ja hoidon saatavuus.

Hoidon arvioinnissa puhelinneuvojan tekee päätöksiä soittajan oireiden kiireellisyyden, haastattelun sekä kuuntelemisen perusteella. Hänen tulee arvioida, selviytyykö potilas kotona saamansa puhelinohjauksen avulla. Puhelun lopuksi puhelinneuvojan tulisi varmistua, että soittaja on ymmärtänyt annetut ohjeet ja on tyytyväinen saamaansa ohjaukseen. Ammattilaisen tulisi muistaa myös neuvoa soittajaa ottamaan tarvittaessa uudelleen yhteyttä. Puhelun päätyttyä hoitajan tulee kirjata henkilökohtaiseen hoidon arviointiin liittyvät potilasasiakirjamerkinnot.

Puhelinneuvonnassa korostuvat asiantuntemus sekä non-verbaalisen viestinnän piirteet. Tässä tutkimuksessa omaiset odottivat, että ammattilaiset neuvovat selkeästi omaista ja ammattilaisilla on koulutusta sekä ammatillista osaamista. Puhelinpalvelutyö edellyttää neuvojalta hienotunteisuutta, ystävällisyyttä ja luotettavuutta. Puhelinpalvelussa neuvojilla tulisi olla riittävän hyvä ja laaja-alainen koulutus. Vaikka työntekijät olisivat sosiaali- ja terveydenhuollossa pitkään toimineita, saattaisi haastattelu- ja keskustelukäytännöistä olevasta koulutuksesta ja harjoittelusta olla hyötyä.

Puhelinneuvojilla tulee olla hyvät valmiudet hyödyntää tietotekniikkaa. Puhelinpalvelun ammattilaisilla tulisi olla käytössään hyvät tietotekniset laitteet sekä muut välineet. Puhelinpalvelua aloitettaessa tulisi huomioida, että puhelinpalvelussa saattaa ilmetä teknisiä vaikeuksia. Puhelinpalvelun fyysisen tilan tulisi olla rauhallinen, siinä ei saisi olla häiriö-

ääniä, myös sekä intymiteetti- sekä tietosuojan säilyttäminen tulee huomioida puhelinpalvelun tilassa.

Puhelinneuvontapalvelulle asetettavat suositukset

- Omaisille tulisi tiedottaa puhelinpalvelun käytännön toiminnasta; erityishuomio kaukana muussa kunnassa asuvat omaiset
 - Omaisille tulisi tiedottaa palvelutarjonnasta ja virkistys- sekä yhdistystoimintamahdollisuuksista
 - Ohjauksen ja neuvonnan arviointi perustuu asiakkaan haastatteluun
 - Puhelinneuvoja tarvitsee neuvonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin tukena selkeät vertailuperusteet
 - Puhelinneuvojan tulee huomioida tilanteen kokonaisuus; potilaan ikä, sukupuoli, perussairaudet, potilaan itsehoitokyky, etäisyys hoitopaikasta ja hoidon saatavuus
 - Puhelinneuvojan tulee kuunnella asiakkaan non-verbaalista ja verbaalista viestintää.
 - Puhelinneuvojan tulee varmistua, että asiakas on ymmärtänyt annetut ohjeet ja on tyytyväinen saamaansa neuvontaan
 - Asiakasta tulee neuvoa ottamaan uudelleen yhteyttä tarvittaessa
 - Neuvonnan kirjaus yksikön tavan mukaan
 - Puhelinneuvojan laaja-alainen ja jatkuva koulutus
 - Ammattiin liittyvä viestintä ja puhelinneuvonnan harjoittelu, vuorovaikutuskoulutus, asiakaspalvelu
 - Puhelinneuvojalla tietoa eri tukipalveluista oman kunnan sekä lähikuntien alueelta
 - Asiakkaan neuvonta oikealle viranomaiselle tiedon saantia varten
 - Neuvojan tulee huomioida, onko hoitoon liittyvä neuvonta yleistä neuvontaa vai yksilöllistä terveyden ja sairaanhoidon neuvontaa
 - Puhelinneuvojalla hyvät valmiudet hyödyntää tietotekniikkaa
 - Puhelinneuvojan ammatillinen vastuu
 - Puhelinneuvojalla hyvät vuorovaikutustaidot
- kuunteleminen, haastattelutaito, empaattisuus, tietoisuus oman äänen käytöstä
- Neuvonnan fyysinen tila rauhallinen; ei häiriöääniä, intymiteetti ja tietosuojan säilyttäminen

- Hyvät tietotekniset laitteet, muut välineet käytössä; tietokantojen käyttöoikeus, Käypä hoito suositukset, hoito-ohjeet, Sairaanhoitajan ja Lääkärin tietokannat
- Kaikki tarvittavat tiedot helposti saatavilla; eri viranomaisten yhteystiedot ja puhelinnumerot (Kela, sosiaalitoimi ym.), potilastiedot.

LÄHTEET

- A 19.01.2001/99. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, sähköinen säädöskokoelma.
- A 25.11.2004/1019. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, sähköinen säädöskokoelma.
- Aro, P. 2001. Omaishoitajien kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeesta. Tutkimus dementoinutta läheistään hoitavista omaisista. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Eskola, J. 2001. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, Toim. J. Aaltola & R. Valli. Jyväskylä: PS-kustannus, 146.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. p. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki J. 2001. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Toim. J. Aaltola & R. Valli. Jyväskylä: PS-kustannus, 24.
- Eskola, P. & Saarenheimo, M. 2005. Omaishoitoperheen sosiaalinen verkosto. Teoksessa Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Toim. M. Saarenheimo & M. Pietilä. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto 65, Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6.
- Galenius-Laine, T., Järvenpää, K. & Sartokoski, L. 2007. Työterveyshoitajan puhelinpalvelu asiakkaiden kokemana. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 29.01.2008. <http://www.stadia.fi/palvelut/kirjasto/elmeri/hoitotyö>.
- Gothoni, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki – tutkimus kallio-laisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtion painatuskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriö suunnitteluosasto julkaisuja 1990:2.
- Gothoni, R. 1991. Omaiset - loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtion painatuskeskus. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:4.

Harju, P. 2006. Sähköinen asiointi terveydenhuollon haasteena. Työntekijöiden kokemuksia puhelin- ja nettineuvonnasta. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja talouden laitos.

Heimonen, S. & Tervonen, S. 2004. Arvokas arki omassa kodissa – hyvän kotihoidon lähtökohdat. Teoksessa Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Toim. S. Heimonen & S. Tervonen. Helsinki: Edita Publishing, 63.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 1. - 2. p. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 p. Helsinki: Tammi.

Homan-Helenius, P., Henriksson, T., Knaapi, K., Ruusu, P., Laine A-M. & Leino-Kilpi, H. 2000. Puhelinneuvonta ja -ohjaus hoitotyössä lastentautien poliklinikan päivystysvastuutaanotolla. Turun Yliopistollinen Keskussairaala, lastentautien tulostyöryhmä. Hoitotyön julkaisusarja A:30/2000.

Huttunen, T. 2004. ”Kun pystyy ja on halu hoitaa”. Iäkkään miespuolisohoitajan jaksaminen. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja talouden laitos, terveystieteiden tiedekunta.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2000a. Lääkärin puhelinneuvonta. Tutkimus Neuvovalle Puhelinlääkärille tulleista soitoista. 2. p. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteiden laitos. Acta Universitatis Tampensis 733.

Hyrynkangas-Järvenpää, P. 2005b. Porin kaupungin terveystieteiden pääterveysaseman ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinneuvonta. Kunnallislääkäri 20, 8, 28 - 32.

Häiväläinen, M. 1999. Dementiaa sairastavien henkilöiden omaishoitajien näkemykset kotihoidon tuen riittävydestä Vantaalla. Päättötyö. Helsingin Diakoniaopisto, sairaanhoitajakoulutus.

Häkkinen, M. & Uski, A. 2006. Ratkaiseva yhteys - osaaminen yhteystieteiden menestystekijänä. Helsinki: Tammi.

Jylhä, M., Salonen, P., Mäki, O. & Hervonen, A. 1996. 25 tunnin vuorokausi. Omaisten kokemuksia elämästä dementiapotilaan kanssa. Helsinki: Stakes, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry. Stakes raportteja 196.

Kirsi, T. 2004. Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Akateeminen väitöskirja. Tampere yliopisto, Terveystieteiden laitos. Acta Universitatis Tampensis 1051.

Kohvakka, N. 2005. ”Yhtenevien Astioiden Laki.” Tutkimus kokemuksista muistihäiriöisen omaishoitajana. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu, Nuoriso-, kulttuuri- ja

sosiaalialan koulutusyksikkö, sosiaalialan koulutusohjelma.

Kröger, T. 2001. Dementoituvaa kotonaan hoitavan omaishoitajan kokema elämänlaatu. Tutkielma. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, terveystieteiden opettajankoulutus.

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, Valtion Painatuskeskus. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 8/1991.

L 22.04.1999/523. Henkilötietolaki. Laki valtion säädöstietopankki Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 17.08.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laki valtion säädöstietopankki Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.06.1994/559 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laki valtion säädöstietopankki Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 28.06.1994/559 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laki valtion säädöstietopankki Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 21.05.1999/621. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Laki valtion säädöstietopankki Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö

L 02.12.2005/937. Laki omaishoidon tuesta. Laki valtion säädöstietopankki. Viitattu Finlexin sivustolta. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

L 09.02.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä Viitattu Finlexin sivustolta <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lahnuskari, N. 2001. Hoivatyö ja maskuliinisuus - aviomiesten kokemuksia puolisoiden omaishoitajina. Pro Gradu tutkielma. Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos. Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto ry:n julkaisuja 2/2001.

Liukko, M. & Luukkonen A-M. 2004. Kunnan vastuu terveystieteiden järjestäjänä. Teoksessa Terveystieteiden suunnittelu. Toim. T. Mäntyranta, O. Elonheimo, J. Mattila & J. Viitala. Helsinki: Duodecim, 36.

Marklund, B. & Bengtsson C. 1989. Medical Advice by Telephone at Swedish Health Centres: Who Calls and What Are the Problems. Family Practice, 6, 1, 42-46.

Martikainen, E., Turunen A. & Äijälä O. 2006. Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus. Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, projektiyksikkö. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 1/2007.

- Martikainen, M., Vähämaa-Mäkinen, K. & Lehtonen-Pulli K. 2006. Dementoituneen kotihoidon kehittäminen Hyvinkäällä. *Dementiauutiset* 1, 15.
- Matilainen, I. 2002. Dementoitunutta läheistään hoitavan ikääntyneen omaishoitajan kokemus terveydestään ja sen tukemisesta. Pro gradu - tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteen laitos. Viitattu 10.02.2008.
<http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/h/irmemati.pdf>
<http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/h/irmemati.pdf>
- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Helsinki: International Methelp.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Toim. K. Mäkelä. Helsinki: Gaudeamus, 52.
- Mäkinen, S. & Veistola, P. 2006. Asiakkaiden kokemus puhelinneuvonnan laadusta. Opinnäytetyö. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö. <http://www.jamk.fi/> kirjasto/ opinnäytetyöt, elektroniset opinnäytetyöt, sosiaali- ja terveysala.
- Parjanne, M-L 2004a. Väestön ikärakenteen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Edita Prima. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18.
- Parjanne, M-L. 2004b. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Toim. S. Heimonen & S. Tervonen. Helsinki: Edita Publishing, 104, 105.
- Perry JoAnn. 2002. Wives Giving Care to Husbands with Alzheimer's Disease: A Process of Interpretive Caring. *Nursing and Health* 25, 307 - 316.
- Pietilä, M. 2005. Omaishoito yhteistyönä - perheiden ja ammattilaisten näkökulmien yhteensovittaminen. *Dementiauutiset* 4, 12.
- Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. 2006. Toim. K. Lipponen, H. Kyngäs & M. Kääriäinen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006.
- Pyykkö R. 1999. Puoliso dementoituu - miten omaishoitaja selviytyy? Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Pyykkö, R., Hentinen, M. & Backman, K. 2001. Dementoituneiden henkilöiden puoliso-omaishoitajien kokemuksia kotihoidon tilanteista ja niistä selviytymisestä. *Hoitotiede* 13, 5, 266 - 276.
- Saarenheimo, M. 2005. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Teoksessa Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Toim. M. Saa-

renheimo & M. Pietilä. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 51. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6.

Saarenheimo, M. & Pietilä M. 2005. Johtopäätöksiä ja suosituksia. Teoksessa Kaksin koton. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Toim. M. Saarenheimo & M. Pietilä. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 103, 104. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 6.

Sanders S. & McFarland P. 2002. Perceptions of Caregiving Role by Son's Caring for a Parent with Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 37, 2, 61 - 76.

Siivonen M. 2002. Omaishoitajan jaksaminen dementoituneen puolison hoitajana. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu, Porin yksikkö, diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Edita Prima. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:13.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a. Terveystieteiden edistämisen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Yliopistopaino. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006b. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Yliopistopaino. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:30.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Tautiluokitus ICD-10. Systemaattinen osa. 1999. 2. p. Stakes, Turengin Tekstipalvelu/RO-Offset. Stakes Ohjeita ja luokituksia 1999:2.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. - 2. p. Helsinki: Tammi.

Tynkkynen, P. 2005. Terveystieteiden puhelinpalvelut Etelä-Karjalassa. Working Papers 20. Lappeenranta University of Technology, Technology Business Research Center Lappeenranta. Viitattu 29.01.2008. http://www.tprs.fi/publications/working_papers.

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

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. T. Erkinjuntti, K. Alhainen, J. Rinne & H. Soininen. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 25.

Virnes, E. 2004. Ratkaisuja strategioilla – muistihäiriö- ja dementiatyö kuntien vanhus-työn strategioissa. Teoksessa Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Toim. S. Heimonen & S. Tervonen. Helsinki: Edita Publishing, 28.

Wahlberg, A. & Wredling R. 1999. Telephone nursing: Calls and caller satisfaction. International Journal Of Nursing Practice 5, 164 - 170.

Wahlberg, A., Cedersund, E. & Wredling, R. 2003. Telephone nurse's experience of problems with telephone advice in Sweden. Journal of Clinical Nursing. 12, 37 - 45.

Liite 1. Kyselylomake omaishoitajille

KYSELYLOMAKE OMAISHOITAJALLE

Olkaa hyvä ja vastatkaa kaikkiin kysymyksiin ympäröimällä Teitä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalla oleva numero ja/tai kirjoittamalla vastauksenne sille varattuun kohtaan.

OMAISHOITAJAA KOSKEVAT TAUSTATIEDOT

- | | |
|--|--|
| 1. Sukupuoli | 1. Nainen
2. Mies |
| 2. Syntymävuosi
..... | |
| 3. Sukulaisuussuhde hoidettavaan läheiseen
..... | 1. Avo-/Aviopuoliso
2. Tytär/Poika
3. Sisko/Veli
4. Lapsenlapsi
5. Muu kuka |
| 4. Työssäolotilanne
ulkopuolella

kokuolella
..... | 1. Kokopäivätyö kodin

2. Osapäivätyö kodin ul-

3. Työtön
4. Eläkkeellä
5. Muu mikä |
| 5. Onko Teillä
Lankapuhelin

Matkapuhelin | 1. Kyllä
2. Ei

1. Kyllä
2. Ei |
| 6. Kuinka kauan olette hoitanut omaistanne kotona? | 1. Alle 2 vuotta
2. 2-4 vuotta
3. 5-7 vuotta
4. Yli 7 vuotta |
| 7. Asutteko yhdessä hoidettavanne kanssa samassa taloudessa? | 1. Kyllä
2. Ei |

DEMENTIAA/MUISTIHÄIRIÖSAIRAUTTA SAIRASTAVAN TAUSTATIEDOT

8. Sukupuoli 1. Nainen
2. Mies
9. Syntymävuosi
10. Onko dementiasairaus tai muistihäiriö diagnosoitu? 1. Kyllä
2. Ei

Mikä diagnoosi

.....
.....

PUHELINPALVELUN KÄYTTÄMINEN

11. Oletteko käyttäneet puhelinpalvelua omais-
hoitajuuteen liittyvissä asioissa? 1. Kyllä
2. Ei

12. Jos vastasitte kyllä, millaista puhelinpalvelua olette käyttäneet avun hakemiseen?

.....
.....

.....
.....

13. Millaisissa asioissa olette käyttäneet puhelinpalvelua?

.....
.....

.....
.....

14. Koitteko, että puhelinpalvelusta oli Teille hyötyä? 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

ODOTUKSET KOSKIEN TULEVAA DEMENTIA-PUHELINPALVELUA**Odotan puhelinpalvelulta**

15. Tietoa läheiseni hoitoon liittyvistä asioista 1. Kyllä

- (esim. dementiasta, lääkehoidosta, käytöshäiriöistä) 2. Ei
3. En osaa sanoa
16. Tietoa kunnan perusterveydenhuollon palveluista läheistäni varten (esim. kotihoidon palveluista, vuorohoidosta, pitkäaikaishoidosta) 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
17. Tietoa sosiaaliturvaetuuksista läheiselleni (kuntoutuksesta, sopeutumisvalmennuskursseista, eläkkeensaajan hoitotuesta) 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
18. Tietoa sosiaaliturvaetuuksista omaishoitajalle (esim. omaishoidontuesta, kuntoutuskurssista, sopeutumisvalmennuskurssista) 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
19. Tietoa virkistys- ja yhdistystoiminnasta omaishoitajalle (esim. omaishoitajien ryhmätoiminnasta, virkistystilaisuuksista, dementiayhdistyksistä) 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
20. Henkistä tukea, keskusteluapua ja kuuntelemista 1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
21. Mitä muuta tietoa tai apua odotatte dementia-puhelinneuvontapalvelulta?
.....
.....
.....
.....
22. Tulisitteko käyttämään dementia-puhelinneuvontapalvelua, joka palvelee 24 tuntia vuorokaudessa vuoden jokaisena päivänä? 1. Kyllä
2. Ei
23. Jos vastasitte edellisen kysymyksen ei, miksi ette käyttäisi puhelinpalvelua?
.....
.....
.....
24. Mihin aikaan mieluiten soittaisitte puhelinpalveluun? 1. Aamulla/aamupäivällä
2. Iltapäivällä
3. Illalla
4. Yöllä
25. Luuletteko, että puhelinpalvelusta olisi Teille apua läheisenne hoitamisessa? 1. Kyllä
2. Ei

3. En osaa sanoa
26. Luuletteko, että keskustelu puhelimitse auttaisi Teitä paremmin jaksamaan omaishoitajana?
1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa
27. Tulisitteko käyttämään lääkärin puhelinneuvontaa puhelinpalvelussa?
1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

PALJON KIITOKSIA VASTAUKSISTANNE

Liite 2. Kyselyn saatekirje

1/1

HYVÄ OMAISHOITAJA

Kangasniemen kunta rakentaa vanhainkodin yhteyteen dementia työn osaamiskeskukseen. Rakentaminen alkaa syksyllä 2007. Osaamiskeskukseen tulee Ryhmäkoti Männikkö, 18+2 paikkainen dementiaa sairastavien ryhmäkoti. Kaksi lisäpaikkaa on tarkoitettu ns. kriisipaikoiksi, johon omaishoitaja voi tuoda hoidettavansa kriisitilanteessa.

Seudullinen dementia työn osaamiskeskus-hankeeseen luodaan osaamiskeskukseen yhteisöllinen toimintamalli ja perustetaan muistipoliiklinikka. Osaamiskeskukseen tulee 24h/vrk toimiva neuvonta- ja kriisipuhelinpalvelu omaishoitajille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnalle Kangasniemellä ja Joutsan seudulla.

Hankkeeseen liittyen tekee sosionomiksi (ylempi ammattikorkeakoulututkinto) Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa opiskeleva Marjatta Hämäläinen-Talukder opinnäytetyön dementia kodin puhelinpalvelun kehittämisestä. Tämä kysely liittyy hänen opinnäytetyöhönsä. Kysely on osoitettu dementiaa sairastavaa läheistään hoitaville omaishoitajille Kangasniemellä ja Joutsan seudulla.

Tämän kyselyn tuottamaa tietoa käytetään puhelinneuvontapalvelumallin tekemisessä. Toivomme Teidän osallistuvan kyselyyn, koska on erittäin tärkeää saada tietää mitä odotatte puhelinneuvonnalta ja miten se parhaiten tukisi Teitä omaishoitajana.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimuksen voi halutessaan koska tahansa keskeyttää. Kyselyn tulokset julkaistaan opinnäytetyössä, josta ei voi tunnistaa Teidän eikä hoidettavan läheisenne henkilöllisyyttä tai mielipiteitä. Antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia ja ne tulevat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käyttöön ja tietoja käytetään vain tässä tutkimuksessa.

Toivon, että täytätte oheisen kyselylomakkeen ja palautatte sen postitse oheisessa vastauskuoressa 12.9.2007 mennessä. Postimaksu on maksettu etukäteen.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai tarvitsette apua lomakkeen täyttämiseksi, kotihoidon henkilökunta on käytettävissä. Lisätietoja antaa Seudullinen dementia työn osaamiskeskus-hankkeen projektityöntekijä Marjo Kemppainen. Puh. 0400 399 153, sähköposti: marjo.kemppainen@kangasniemi.fi

Yhteistyöstänne etukäteen kiittäen



Niina Kaukonen
johtava hoitaja, Kangasniemi



Marjo Kemppainen
projektityöntekijä

Liite 3 Haastatteluun osallistumispyyntö

HAASTATTELUUN OSALLISTUMISPYYNTÖ

ARVOISA OMAISHOITAJA

Opiskelen sosionomiksi, ylempi ammattikorkeakoulututkinto Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyön dementiakodin puhelinpalvelun kehittämistä liittyen Seudulliseen dementia-työn osaamiskeskus - hankkeeseen.

Tämä haastattelu liittyy aikaisemmin saamaanne kyselyyn puhelinpalvelun kehittämistä. Haastattelussa halutaan tietää Teidän toiveitanne puhelinneuvontapalvelulta. Tämän haastattelun tuottamaa tietoa käytetään puhelinneuvontapalvelumallin tekemisessä. Toivon Teidän osallistuvan haastatteluun, koska on erittäin tärkeää saada tietää, miten puhelinneuvonta parhaiten tukisi Teitä omaishoitajana.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan haastatteluun. Haastattelin Teitä yhdessä sopimanamme ajankohtana. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelun voi halutessaan koska tahansa keskeyttää. Haastattelua varten antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia.

Jos haluatte tulla mukaan haastatteluun, pyydän Teitä täyttämään oheisen kaavakkeen.

Lisätietoja antaa Seudullinen dementia-työn osaamiskeskus-hankkeen projektityöntekijä Marjo Kempainen. Puh 0400 399 153, sähköposti: marjo.kempainen@kangasniemi.fi

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Helsingissä 18.09.2007


Marjatta Hämäläinen-Talukder
Teuvo Pakkalan tie 5 A 75
00400 Helsinki
Puhelin 046-896 1350

Liite 4. Suostumus haastatteluun

1/1

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Haluan tulla mukaan haastatteluun

Nimi

.....

Osoite

.....

.....

Puhelinnumero

.....

Joutsassa, päiväys

.....

Allekirjoitus

.....

Voitte palauttaa tämän suostumuksenne oheisessa kirjekuoressa joko postitse tai kotihoidon työntekijän välityksellä 27.09.2007 mennessä.
Postimaksu on maksettu. Otan Teihin yhteyttä sopiaksemme ajan haastattelulle.

Kiitos.

Liite 5. Palautuspyyntö haastattelu

1/1

Kangasniemellä 2.10.2007

Hei;

olen laittanut teille aikaisemmin haastatteluun osallistumispyynnön liittyen puhelinneuvonnan kehittämiseen tulevaan dementiaotiin Kangasniemelle. Toivoisin Teidän suostuvan haastatteluun. Se auttaisi meitä kehittämään puhelinneuvontaa siten, että siitä olisi mahdollisimman paljon apua dementiaa ja muistihäiriöitä sairastaville, heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle Kangasniemellä ja Joutsan seudulla. Laitan ohessa uuden haastatteluun osallistumispyynnön ja toivon Teidän palauttavan sen keskiviikkoon 10.10.2007 mennessä. Postimaksu on maksettu valmiiksi.

Marjo Kemppainen

Marjo Kemppainen
projektityöntekijä
Seudullinen dementia-työn osaamiskeskus-hanke
Kangasniemen kunta
p. 0400-399 153
marjo.kemppainen@kangasniemi.fi

Liite 6. Kyselyn palautuspyyntö

1/1

Kangasniemellä 17.9.2007

Hei;

olen laittanut teille aikaisemmin kyselyn liittyen puhelinneuvonnan kehittämisestä tulevaan dementiaan Kangasniemelle. Vastauksia on tullut melko vähän, joten pyytäisin Teitä vastaamaan kyselyyn, jos se on jäänyt Teiltä tekemättä. Vastauksenne olisi erittäin tärkeä saadaksemme kehitettyä puhelinneuvontaa siten, että siitä olisi mahdollisimman paljon apua dementiaa ja muistihäiriöitä sairastaville, heidän omaisilleen ja hoitohenkilökunnalle Kangasniemellä ja Joutsan seudulla. Laitan ohessa uudet kyselylomakkeet ja toivon Teidän palauttavan ne perjantaihin 21.9.2007 mennessä. Postimaksu on maksettu valmiiksi. Jos olette jo vastanneet kyselyyn on tämä kirje aiheeton.

vastauksestanne kiittäen

Marjo Kemppainen
Marjo Kemppainen
projektityöntekijä
Seudullinen dementiaan osaamiskeskus-hanke
Kangasniemen kunta
p. 0400-399 153
marjo.kemppainen@kangasniemi.fi

Liite 7. Yhteistyösopimus

1/3



OPINNÄYTETYÖN YHTEISTYÖSOPIMUS / LUPA-ANOMUS

Olen / olemme Jyväskylän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ylemmän AMK - tutkinnon opiskelija/ opiskelijoita. Pyydän/ pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyön yhteisössänne.

Opinnäytetyön aihe/nimi

Dementia - puhelinneuvontapalvelun toimintamalli
seudullinen dementia-työn osaamiskeskus

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Seudullisen osaamiskeskushankkeen tarkoituksena on dementia-työn järjestäminen seutukuntien Kangasniemen, Joutsan, Leivonmäen ja Luhangan kanssa dementiaa sairastaville ja heidän omaisilleen sekä seudullisen yhteistyön kehittäminen.

Hankkeen tarkoituksena on perustaa seudullinen dementia-työn osaamiskeskus. Kangasniemen kunta rakentaa dementia-työn osaamiskeskuksen nykyisen vanhainkodin yhteyteen. Rakentaminen alkaa keväällä 2007.

Hanke kokonaisuudessaan jakautuu kolmeen osaan: muistipoliklinikan perustaminen, yhteisöllisen ja kuntouttavan toimintamallin kehittäminen ja dementia-työn puhelinneuvontapalvelun kehittäminen.

Oma tutkimustyöni kohdistuu dementia-työn puhelinneuvontapalvelun kehittämiseen.

Tutkimukseni tarkoitus on tehdä ryhmäkotiin perustettavan dementiaan erikoistuneen puhelinneuvontapalvelun toimintamalli ottamalla huomioon omaishoitajien odotukset puhelinpalvelulta. Puhelinneuvontapalvelu, joka on tarkoitettu dementiaa sairastavien omaishoitajille ja dementiaa sairastaville sekä sosiaali- ja terveyden huollon henkilöstölle Kangasniemellä, Joutsassa, Luhangassa ja Leivonmäellä. Puhelinneuvontapalvelu on tarkoitus toimia ympärivuorokautisesti.

Tutkimukseni tavoitteena on omaishoitajien tukeminen, mikä auttaa kotihoidon jatkuvuutta. Samalla dementia-työn potilas voi asua kotona mahdollisimman pitkään ja välttää laitoshoitopaikkaa.

Osaamiskeskukseen tulee ryhmäkoti, jossa 18 paikkaa sekä 2 kriisipaikkaa dementiaa sairastaville. Ryhmäkotiin kehitetään yhteisöllinen ja kuntouttava toimintamalli, mikä tukee dementiaa sairastavan voimavaroja ja toimintakykyä.



Yliempi ammattikorkeakoulututkinto

Lukuvuosi 2006-2007

Osaamiskeskukseen perustetaan perusterveydenhuollon muistipoliklinikka, missä toimii geriatriin erikoistunut lääkäri. Poliklinikan tarkoituksena on muistihäiriöiden varhaisdiagnostiikan toteuttaminen, dementia potilaiden neuvonta, seuranta ja konsultointi.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Vuonna 2008.

Opinnäytetyön tekijä sitoutuu

Dementai -puhelinneuvontapalvelumallin tekeminen

Opinnäytetyön aihe suunnitelma on hyväksytty

Aihesuunnitelma on hyväksytty

Ohjaavat opettajat

Pirjo Tiirikainen, Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Niina Kaukonen, Kangasniemen kunta

Opinnäytetyön yhteistyötaho

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen yhteisössämme ja sitoudumme
(esim. ohjaamaan opinnäytetyön tekijää, avustamaan materiaalikuluissa)

Hanke osallistuu käytännössä lomakekyselyn kustannuksiin, postitus- sekä kopiointikuluihin. Hanke osallistuu matkakuluihin, jotka liittyvät hankkeen matkoinin Kangasniemelle tai hankkeen koulutuksiin. Kotihoidon työntekijät auttavat omaishoitajia kysymyksiin vastaamisessa.

Opinnäytetyön tekijät veloitetaan (esim. raportoimaan yhteistyötaholle)
Opinnäytetyön esittäminen

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä yhteisössämme, miksi

Tarvitaanko muita lupa-anomuksia ei kyllä, mitä



Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Lukuvuosi 2006-2007

Paikka ja aika KANGASNIEMI 27.3.2007

Minna Kaula
Yhteistyötahon edustaja (työyhteisö) _____ Ohjaava opettaja
Minna Kaula
Satun Niemi

Yhteistyötahon edustaja (projekti)

Paikka ja aika Helsinki 22 / 03 . 2007

Marjatta Hämäläinen-Talukder
Opinnäytetyön tekijä Marjatta Hämäläinen-Talukder

Yhteystiedot
puh. 040-5082009
sähköposti: marjatta.hamalainen-talukder.yst@jamk.fi