



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jonna Suhonen & Lotta Tähtilä

OMAISHOITAJIEN KOKEMUKSIA IN- TERVALLIHOIDOSTA VAASASSA

Sosiaali- ja terveysala
2019

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

| | |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| Tekijä | Jonna Suhonen ja Lotta Tähtilä |
| Opinnäytetyön nimi | Omaishoitajien kokemuksia intervallihoidosta Vaasassa |
| Vuosi | 2019 |
| Kieli | suomi |
| Sivumäärä | 65+5 liitettä |
| Ohjaaja | Johanna Latvala |

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta sekä kartoittaa omaishoitajien ajatuksia siitä, kuinka intervallihoidoa voitaisiin kehittää. Tutkimuksen tavoitteena oli saada omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta. Myös ammatillisen osaamisen kehittäminen oli tekijöiden tavoitteena. Kyselylomakkeilla saatujen tietojen pohjalta intervallihoidoa voisi kehittää yhä enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

Tutkimuksessa käytettiin triangulaatiota, eli yhdistettiin laadullinen ja määrällinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupungille intervallihoidon. Keräsimme aineiston paperisella kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Tutkimukseen vastasi 10 omaishoitajaa. Tulosten analysointi tapahtui syöttämällä määrällisen osion vastaukset SPSS-ohjelmaan, joka antoi tulokset frekvensseinä ja prosentteina. Avoimet kysymykset analysoitiin käyttämällä induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia.

Tutkimustuloksista ilmeni, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä hoidettavan intervallihoidon, ja he kokivat, että hoidettavat ovat saaneet ammattitaitoista intervallihoidoa. Ammattitaitoiseen intervallihoidon sisältyy helppous hakeutua hoitoon, ammattitaitoinen henkilökunta, turvallinen hoitoympäristö ja omaishoitajien informointi siitä, kuinka hoitajakso on sujunut. Myös omaishoitajat toivat kehittämisideoita esiin, joita olivat: kuntoutuksen tukeminen, parempi informointi hoitajien ja omaishoitajien välillä ja kodinomaisempi hoitoympäristö.

Asiasanat Omaishoito, omaishoidettava, omaishoitaja, intervallihoido, ikääntyneen toimintakyky, hoitoympäristö

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

| | |
|--------------------|--------------------------------------------------|
| Author | Jonna Suhonen and Lotta Tähtilä |
| Title | Caregivers` Experiences of Respite Care in Vaasa |
| Year | 2019 |
| Language | Finnish |
| Pages | 65+5 Appendices |
| Name of Supervisor | Johanna Latvala |

The purpose of this study was to describe the caregivers´ experiences about the clients´ respite care and survey the caregivers´ thoughts about how respite care could be developed. The aim of this study was to get the caregivers´ experiences about the respite care of clients. Professional development was also an aim of this study. Based on the information obtained from the questionnaire, respite care could be further developed to meet the needs of clients.

The study used triangulation ie, a combination of qualitative and quantitative research. The study was implemented for the respite care unit in the city of Vaasa. The material was collected with a questionnaire in paper form. The questionnaire contained multiple-choice questions and open-ended questions. The questionnaire was answered by 10 caregivers. The results were analyzed by entering the quantitative section responses into the SPSS program which gave the results in frequencies and percentages. The open-ended questions were analyzed by using inductive ie. data-driven analysis method.

The results of the study showed that most of the respondents were satisfied with the respite care and they felt that clients had received professional respite care. Professional respite care includes easy access to respite care, professional staff, a safe care environment and informing caregivers how the treatment has gone. The caregivers also raised development ideas that included: support for rehabilitation, better information between the nurses and the caregivers, and more homely care environment.

Keywords Respite care, clients, caregiver, dependent care, an elderly person`s ability to function, care environment

SISÄLLYS

| | | |
|---|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 8 |
| 2 | OMAISHOITO..... | 9 |
| | 2.1 Omaishoitaja..... | 10 |
| | 2.2 Omaishoidettava..... | 11 |
| | 2.3 Omaishoidon tuki..... | 12 |
| | 2.4 Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma..... | 13 |
| 3 | INTERVALLIHOITO JA SAS-TOIMINTA..... | 14 |
| | 3.1 Intervallihoidon tarkoitus..... | 14 |
| | 3.2 Intervallihoidon sisältö..... | 15 |
| | 3.3 SAS –toiminta..... | 16 |
| 4 | IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY..... | 18 |
| | 4.1 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky..... | 18 |
| | 4.2 Ikääntyneen kognitiivinen toimintakyky..... | 19 |
| | 4.3 Ikääntyneen psyykkinen toimintakyky..... | 20 |
| | 4.4 Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky..... | 20 |
| 5 | HOITOYMPÄRISTÖ..... | 22 |
| | 5.1 Fyysinen hoitoympäristö..... | 22 |
| | 5.2 Symbolinen hoitoympäristö..... | 23 |
| | 5.3 Sosiaalinen hoitoympäristö..... | 24 |
| | 5.4 Virikkeellinen hoitoympäristö..... | 24 |
| 6 | VASTAANOTTO- JA KOTIUTUSTILANNE..... | 26 |
| 7 | TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET..... | 27 |
| | 7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet..... | 27 |
| | 7.2 Tutkimuskysymykset..... | 27 |
| 8 | TUTKIMUKSEN TOTEUTUS..... | 29 |
| | 8.1 Tutkimusmenetelmät..... | 29 |
| | 8.1.1 Laadullinen tutkimus..... | 30 |
| | 8.1.2 Määrällinen tutkimus..... | 30 |
| | 8.2 Aineiston keruu ja kohdejoukko..... | 31 |

| | | |
|-------|---------------------------------------------------------------|----|
| 8.3 | Aineisto analysointi | 32 |
| 9 | TUTKIMUSTULOKSET | 33 |
| 9.1 | Kohderyhmän taustatiedot | 33 |
| 9.2 | Intervallihoitoon hakeutuminen | 36 |
| 9.2.1 | Tieto intervallihoidosta | 36 |
| 9.2.2 | Kokemukset hakulomakkeesta | 37 |
| 9.2.3 | Intervallihoidon jonotusaika | 38 |
| 9.2.4 | Yhteistyö SAS-toimiston kanssa | 39 |
| 9.3 | Kokemukset hoidettavan intervallihoidosta | 39 |
| 9.3.1 | Vastaanottotilanne | 40 |
| 9.3.2 | Turvallisuus ja luottamus hoitajakson aikana | 40 |
| 9.3.3 | Vastaanottotilanteen kiireetön tunnelma | 41 |
| 9.3.4 | Virikkeellinen ja viihtyisä hoitoympäristö | 42 |
| 9.3.5 | Fyysisen toimintakyvyn ylläpito hoitajakson aikana | 42 |
| 9.3.6 | Kotiutustilanne | 43 |
| 9.3.7 | Ajatuksia ja kehittämisideoita intervallihoidosta | 44 |
| 9.4 | Intervallihoidon kehittäminen | 46 |
| 10 | TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 49 |
| 10.1 | Eettisyys | 49 |
| 10.2 | Luotettavuus | 50 |
| 11 | POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET | 52 |
| 11.1 | Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen | 52 |
| 11.2 | Johtopäätökset | 54 |
| 11.3 | Jatkotutkimusaiheet | 55 |
| 11.4 | Opinnäytetyö oppimisprosessina | 56 |
| | LÄHTEET | 57 |

KUVIO-JA TAULUKKOLUETTELO

KUVIO 1. Omaishoitajien ikä

KUVIO 2. Omaishoitajuuden kesto

KUVIO 3. Omaishoitajan ja hoidettavan suhde

KUVIO 4. Intervallihoidon kesto vuosina

KUVIO 5. Intervallihoitajaksojen rytmitys

KUVIO 6. Hoitajaksojen rytmitys

KUVIO 7. Jonotusaika intervallihoitoon

KUVIO 8. Vastaanottotilanne

KUVIO 9. Turvallisuus ja luottamus hoitajakson aikana

KUVIO 10. Vastaanottotilanteen kiireetön tunnelma

KUVIO 11. Virikkeellinen ja viihtyisä hoitoympäristö

KUVIO 12. Fyysisen toimintakyvyn ylläpito hoitajakson aikana

KUVIO 13. Kotiutustilanne

TAULUKKO 1. Tiedonhakutaulukko

TAULUKKO 2. Tieto intervallihoidosta

TAULUKKO 3. Hakulomakkeen täyttäminen

TAULUKKO 4. Muita kokemuksia/ajatuksia intervallihoidosta

TAULUKKO 5. Kuinka intervallihoitoa voisi kehittää

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Kyselylomake

LIITE 3. Följebrev

LIITE 4. Frågeformulär

LIITE 5. Vaasan kaupungin hakemus intervallihoitoon

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on “Omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta.” Opinnäytetyöhön osallistuvat Vaasan omaishoitajat, joiden omaishoidettava käy intervallihoidossa. Tässä tutkimuksessa omaishoidettavat ovat ikääntyneitä eli yli 65-vuotiaita.

Tutkimuksen tekijät olivat kiinnostuneita saamaan tietoa omaishoitajien kokemuksista hoidettavan intervallihoidosta sekä siitä, miten intervallihoidoa voitaisiin kehittää. Tekijät ovat työskennelleet osastoilla, joissa on ollut hoidossa intervallipotilaita. Suomessa on arviolta 350 000 omaishoitotilannetta (Tokola 2016, 9). Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveta vastaavan lain (L28.12.2012/980) mukaan:

“Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä.”

Omaishoidolla tarkoitetaan hoidon ja huolenpidon järjestämistä hoitoa tarvitsevalle, jonka hoitajana toimii perheenjäsen tai muu läheinen (Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 236).

SAS-lyhenne tulee sanoista selvitä-arvioi-sijoita. SAS-työryhmän tarkoituksena on arvioida asiakkaan sijoittaminen paikkaan, joka vastaa hänen toimintakykyään ja avuntarvettaan siinä vaiheessa, kun kotona asuminen ei enää ole mahdollista. (Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017, 11.)

Tämän opinnäytetyön tilaajana toimivat Vaasan ikäkeskus ja palveluasuminen. Tilaajalla on tarvetta saada tietoa omaishoitajien kokemuksista intervallihoidosta ja intervallihoidon pääsystä sekä siitä, miten intervallihoidoa voitaisiin kehittää.

2 OMAISHOITO

Omaishoito tarkoittaa hoidon ja huolenpidon järjestämistä hoitoa tarvitsevalle, jonka hoitajana toimii perheenjäsen tai muu läheinen (Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011,236.) Omaishoitolain (L2.12.2005/937) mukaan:

“Tarkoituksena on edistää hoidettavan edun mukaisen omaishoidon toteuttamista turvaamalla riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä hoidon jatkuvuus ja omaishoitajan työn tukeminen”

Purhosen ym. (2011, 12) mukaan omaishoito koskettaa monia perheitä ja on olennainen osa perheiden elämää. THL:n (2019 a) tekemän kyselyn mukaan omaishoidettavan muistisairaus on yleisin syy omaishoitoon. Omaishoitajaa tarvitaan myös fyysisen sairauden, vamman tai kehitysvammaisuuden johdosta (THL 2019 a; Purhonen ym. 2011,12). Yhdysvalloissa omaishoitajien tukitoiminnan uranuurtajana toiminut Rosalyn Carter on todennut, että maailmassa on neljänlaisia ihmisiä: ihmisiä, jotka ovat olleet omaishoitajia, ihmisiä, jotka ovat omaishoitajia, ihmisiä, joista tulee omaishoitajia ja ihmisiä, jotka tarvitsevat omaishoitajia.

Suomessa omaisilla oli hoitovelvoite vuoteen 1970 saakka. Suomi oli Euroopan ensimmäisiä maita, jotka alkoivat tukea omaishoitajia myös taloudellisesti. Syitä tähän olivat ikärakenteen nopea muuttuminen, joka painottui ikääntyvään väestöön sekä lama. (Vuotilainen, Kattainen & Heinola 2007.) Tikkanen (2016, 14) toteaa tutkimuksessaan, että vuonna 1980 Suomessa alettiin painottaa hoidettavien hoitamista kotona ja laitoshoidon välttämistä. Lisäksi 1980-luvun alussa tuli voimaan sosiaalihuoltolaki, jonka myötä vanhuspalveluiden järjestäminen tuli kuntien tehtäväksi (Purhonen & Tuomi 2015, 3). Sosiaalihuoltolain tullessa voimaan, on korostettu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelussa kotona selviytymistä tukevia palveluita (L17.9.1982/710). Mikkolan (2009, 35) mukaan vasta vuonna 1993 omaishoidon käsite tuli voimaan sosiaalihuoltolakiin. Lisäksi vuonna 1993 lakiin säädettiin erillinen asetus omaishoidontuesta. Vuonna 2006 tuli voimaan laki omaishoidon tuesta (Omaishoitajaliitto 2019 a).

Omaishoitoa tulee tulevaisuudessa kehittää yhteistyönä kunnan, järjestöjen ja muiden toimijoiden johdosta pitkäjänteisesti ja johdonmukaisesti. Sekä tehdä omaishoitoa näkyvämmäksi ikääntymis- ja vammaoliittisissa sekä muissa strategioissa. Lisäksi tulee tunnistaa omaishoitotilanteet. Varsinkin vanhemmissa ikäluokissa omaishoitotilanteiden tunnistaminen on vaikeaa, ja tieto palveluista on puutteellista. Myös työelämän tulisi jatkossa joustaa enemmän omaishoitoa tukevilla ratkaisuilla esimerkiksi liukuvalla lyhennetyllä työajalla, koska työssäkäyvät joutuvat yhä enemmän sovittamaan yhteen työelämän ja omaishoidon esimerkiksi liukuvalla työajalla sekä lyhennetyllä työajalla. (Salanko-Vuorela 2011, 223-225; Omaishoitajaliitto 2019 b.) Salanko-Vuorela (2011, 224) toteaa, että on tärkeää ottaa huomioon myös erilaisten omaishoitajien esimerkiksi maahanmuuttajaomaishoitajien, yksinhuoltajaomaishoitajien sekä harvinaisia sairauksia hoitavien omaishoitajien tarpeet. Kuntien tulisi tulevaisuudessa järjestää enemmän päivätoimintaa hoidettaville, jolloin myös omaishoitaja saisi omaa aikaa enemmän. Sekä omaishoitajien jaksamista, tuen tarpeita ja terveydentilaa tulisi jatkossa tutkia enemmän esimerkiksi laaja-alaisilla terveystarkastuksilla.

2.1 Omaishoitaja

Vasta 1990-luvulla kielenkäyttöömme on tullut omaishoitaja -käsite, vaikka omaishoitoa on ollut aina (Purhonen ym. 2011, 13). Lain omaishoidon tuesta (L2.12.2005/937) mukaan omaishoitaja määritellään seuraavasti:

“Hoidettavan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen”

Muistiliiton (2017) mukaan Suomessa tällä hetkellä toimivia omaishoitajia on tällä hetkellä 350 000. Vuonna 2017 omaishoitajista 80% teki lähes ympärivuorokautisesti sitovaa omaishoitotyötä (THL 2019 a). Iäkkäitä omaishoitajia eli yli 65-vuotiaita oli 58% omaishoitajista vuonna 2017. Nykyään kotona hoidettavat ovat huomattavasti huonompikuntoisia kuin aiemmin, minkä vuoksi hoidettavat tarvitsevat

enemmän hoitamisen taitoja sekä ongelmanratkaisukykyä omaishoitajilta. (Salin 2008, 18-19.)

Riekkola-Carabanten, Rutbergin, Liljan & Isakssonin (2017, 1) mukaan omaishoitajien arki on usein raskasta, sillä heidän aikansa menee puolison päivittäisistä tarpeista huolehtimiseen, mikä lisää omaishoitajien taakkaa. Tämän vuoksi omaishoitajille muodostuu usein fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia. Omaishoito-suhde voi kehittyä hitaasti hoidettavan avuntarpeen lisääntymisen myötä tai äkillisesti esimerkiksi sairaskohtauksen tai onnettomuuden myötä. Omaishoitajana toimiminen on vaativaa, sitovaa ja raskasta niin henkisesti kuin fyysisesti. Omaishoitajille järjestetään valmennusta, koulutusta ja hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tarpeen mukaan kunnan toimesta (THL 2019 a).

Lethinin, Hallbergin, Karlssonin & Janlövin (2015, 526-534) mukaan omaishoitajat tarvitsevat tukea erityisesti siinä vaiheessa, kun omaishoidettava saa sairausdiagnoosin esimerkiksi jonkin muistisairauden. Omaishoitajat tarvitsevat tukea myös siinä vaiheessa, kun omaishoidettavan kunto huononee, ja omaishoitaja tarvitsee apua hoidettavan hoitamiseen kuten kotihoidon palveluja. Kun hoidettava saa sairausdiagnoosin kaipaavat omaishoitajat ohjeita ja neuvoja, miten he voivat hakeutua palvelujen piiriin sekä tietoa etuuksista, joihin heillä on oikeus ja mistä niitä voi hakea. Kun hoidettava käy hoitajaksoilla, omaiset kaipaavat hoitohenkilökunnan arvostusta omaishoitajien asiantuntijuuttaan kohtaan sekä olisivat kiinnostuneita hoidettavan elämänhistoriasta sekä hoidosta. Tämä on onnistuneen luottamussuhteen syntymisen edellytys.

2.2 Omaishoidettava

Omaishoidettava on henkilö, joka on omaishoitajan läheinen. Hoidettava ei selviydy arjestaan omatoimisesti jonkun sairauden, vammaisuuden tai muun hoivan tarpeen vuoksi. Hoidettavalla ei tarkoiteta ainoastaan henkilöitä, jotka ovat laitos-

hoidon tarpeessa tai täysin toimintakyvyttöitä ihmistä. (Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 235.) Vuonna 2017 omaishoidettavia oli eniten 75-84-vuotiaiden ikäluokassa (THL 2019 a).

THL:n (2019 a) mukaan omaishoidettavien pääasiallisena hoidon tarpeen syynä ovat muistisairaudet. Hoidettavien muistisairauden eteneminen lisää hoidontarvetta asteittain. Sairauden alkuvaiheessa muistisairaat tarvitsevat enemmän henkistä tukea, josta siirrytään sairauden edetessä fyysiseen avun tarpeeseen. (Eloniemi-Sulkava & Pitkälä 2006, 18.) Muistisairailta saattaa ilmetä vaikeita käytösoireita, jotka voivat johtaa omaishoitajan uupumiseen. Hoito-ongelmina voi esiintyä esimerkiksi muistisairaana vaeltelua paikasta toiseen, tavaroiden piilottelua sekä ulosteen- ja virtsanpidätyskyvyttömyyttä. (Kan & Pohjola 2013, 215-216.)

2.3 Omaishoidon tuki

Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela (2011, 26) määrittelevät omaishoidon tuen kokonaisuudeksi, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, vapaa sekä omaishoitoa tukevat palvelut. Vuonna 2006 tuli voimaan laki omaishoidon tuesta (Purhonen ym. 2011, 12). Tuki kuuluu Sosiaali- ja terveystieteiden kokonaisuuteen. Tuen myöntämisestä vastaa kunta, joka päättää tuen suuruudesta sekä laajuudesta. Taloudellisen avun lisäksi omaishoidon tuki kattaa omaishoitajille vakuutuksen omaishoitotilanteessa sattuneen tapaturman varalta. (Purhonen ym. 2011, 26.)

Omaishoitolain (L2.12.2005/937) mukaan:

“Omaishoidon tuesta on laadittava yhdessä hoidettavan ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelmaan tulee liittää tiedot tämän lain mukaisista hoidettavan ja hoitajan oikeuksista koskevista säännöksistä ja niiden soveltamisesta.”

Omaishoitajilla on oikeus kuukaudessa vähintään kahteen vapaavuorokauteen. Noin puolet omaishoitajista käyttää heille myönnettyjä vapaita (THL 2019 a). Omaishoitajan vapaan aikainen hoito järjestetään yleisimmin hoidon toimintayksiköissä, esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa. Omaishoitajille myönnetään

yleisimmin minimisuuruinen palkkio, jonka laki on määrittänyt. Joka kuudes omaishoitaja Suomessa on tehnyt omaishoidon tuki-sopimuksen eli noin 47 000 omaishoitajaa.

2.4 Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma julkaistiin keväällä 2014. Ohjelma toteutetaan vuosina 2014-2020. Tässä kehittämisohjelmassa linjataan omaishoidon lainsäädännölliset sekä muut kehittämistarpeet. Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma on suunnattu valtion, kuntien, työelämän sekä järjestöjen päätöksentekijöille. Ohjelman tavoitteena on kiinnittää huomiota omaishoitajien aseman vahvistamiseen, yhdenvertaisuuteen asuinpaikasta riippumatta sekä omaishoitajien jaksamisen tukemiseen. (Sosiaali -ja terveysministeriö 2014, 11-14.)

Kansallisen omaishoidon kehittämisohjelman visiona vuodelle 2020 on saada omaishoidosta sopimushoitona tai muuna omaishoitona toimijoiden yhteistyönä toteutettu arvostettu hoitomuoto. Omaishoidon tulee mahdollistaa omalta osaltaan kotona asuminen kaikenikäisille hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville toimintakyvyttään heikentyneille, sairaille tai vammaisille henkilöille. Tarkoituksena on tukea riittävästi omaishoitajia, mikä edistää sekä omaishoitajien että hoidettavien hyvinvointia. (Sosiaali -ja terveysministeriö 2014, 37.)

3 INTERVALLIHOITO JA SAS-TOIMINTA

Ylirinne (2010, 8) määrittelee tutkielmassaan intervallihoidon ennalta suunnitelluksi, vuorotellen kotona ja hoitolaitoksessa tapahtuvaksi hoidoksi. Hoitajaksot voidaan sopia hoidettavan ja hoitajan tarpeiden mukaan tai hoitoon saavutaan säännöllisin väliajoin. Intervallihoidon toteutuksen kulmakiviä ovat asiakas- ja voimavara- lähtöisyys, sekä asiakkaiden itsenäistä selviytymistä tukeva toimintakyky ja kuntoutumista edistävä työote (Vaasan sosiaali- ja terveystoimi 2016, 4). Laki omaishoidon tuesta (L 2.12.2005/937) määrittelee omaishoitajan vapaat seuraavasti:

“Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Omaishoitajalla on oikeus pitää vapaata vähintään kolme vuorokautta kalenterikuukautta kohti, jos hän on yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin sidottu hoitoon ympärivuorokautisesti tai jatkuvasti päivittäin. Sidonnaisuus katsotaan ympärivuorokautiseksi siitä huolimatta, että hoidettava viettää säännöllisesti vähäisen osan vuorokaudesta käyttäen kotinsa ulkopuolella järjestettyjä sosiaali- tai terveystalvveluja taikka saaden kuntoutusta tai opetusta.”

Hoidettavan valmistelu intervallijaksolle voi olla raskasta omaishoitajalle. Mahdolliset vuorokausirytmimuutokset voivat aiheuttaa hoidettavalle sekavuutta varsinkin, jos hoidettavalla on muistisairaus. Edellä mainittujen lisäksi intervallijaksot voivat jäädä hyödyntämättä, jos omaishoitaja kokee, ettei ole saanut tarpeeksi lepoa jakson aikana. (Neville, Beattie, Fielding, MacAndrew 2015, 55.) Omaishoitajat kokevat myös syyllisyyden tunnetta lähettäessään hoidettavaa intervallijaksolle, vaikka he tarvitsivatkin lepoa. Syyllisyyttä koetaan eniten tilanteissa, joissa hoidettava ei haluaisi lähteä intervallijaksolle. (Tikkanen 2016, 91; Salin 2008, 75-77.)

3.1 Intervallihoidon tarkoitus

Intervallihoidon tarkoituksena on tukea kotihoitoa ja kotona asumista, edistää henkilön itsenäistä selviytymistä, ja sen toivotaan pitkittävän laitoshoidon pysyvästi siirtymistä myöhemmäksi (Salin 2008, 21). Toisaalta hoitajakson tarkoituksena on

antaa omaishoitajille mahdollisuus lepoon hoidettavan ollessa ympärivuorokautisessa hoitolaitoksessa (Muurinen 2003, 49). Hoitajaksoista käytetään eri nimityksiä, kuten intervallijakso, lyhytaikaisjakso, tilapäishoito tai vuorohoitajakso (Kairolainen ym. 2011, 178).

Sosiaalihuoltolain (L30.12.2014/1301) mukaan:

“Sosiaalihuollon laitospalveluilla tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste.

Laitospalveluja toteutettaessa henkilölle on järjestettävä hänen yksilöllisten tarpeidensa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä.”

3.2 Intervallihoidon sisältö

Intervallihoidon sisältö perustuu yksilöllisesti tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan ja se tehdään yhdessä asiakkaan, omaisen, hoitohenkilökunnan sekä tarvittaessa muiden tahojen kanssa (Vaasan sosiaali- ja terveystoimi 2016). Salin (2008, 51) jakaa väitöstutkimuksessaan intervallihoidon sisällön viiteen eri luokkaan, joita ovat: perusasioista huolehtiminen, kotona asumisen edistäminen, hoitovastuusta vapauttaminen, luopumiseen totuttaminen sekä pysäkillä oleminen. Perusasioista huolehtimiseen kuuluvat hygieniasta huolehtiminen, ravitseminen sekä erilaisten palveluiden saatavuus, kuten jalkahoitajan palvelu. Kotona asumista edistäviä toimintoja ovat tavoitteellinen kuntoutus, myös fysioterapian avulla, sekä omatoimisuuteen kannustaminen. (Salin 2008, 52-53.)

Hoitovastuusta vapauttamisella Salin (2008, 52) tarkoittaa omaishoitajien luottamusta hoitoon. Intervallijaksolla omaishoitaja pidetään ajan tasalla hoidettavan asioista ja hoidettavan tahtoa kunnioitetaan. On ensisijaisen tärkeää luoda luottamuksellinen suhde omaisen ja hoitoyksikön välillä, sillä omaishoitajan saattaa olla vaikeaa luottaa perheenjäsenensä hoitoon ja toimenpiteisiin lyhyelläkin hoitajaksolla (Kotiranta 2011, 179-180).

Luopumiseen totuttamisella hoitajaksot auttavat sopeutumaan tulevaan elämäntuokseen, eli siihen että hoidettava siirtyy pysyvästi laitoshiitoon. Pysäkillä oleminen kuvaa hoidettavan unohtunutta hoitoa, jouten oloa sekä yksin selviytymistä hoitajaksolla. Tässä tilanteessa hoidon tavoitteista ei ole keskusteltu hoitohenkilökunnan kanssa. (Salin 2008, 52-53.) Kotirannan (2011, 188-189) mukaan on tärkeää tehdä hoitosuunnitelma yhdessä hoidettavan, ammattihenkilöstön ja omaisen yhteisen pohdinnan pohjalta.

Intervallihoidon henkilökunnalla on suuri merkitys siihen, kuinka omaishoitajat kokevat intervallihoidon. Omaishoitajat kaipaavat keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa sekä hoitajakson selkeää aikataulutusta, jotta myös omaishoitajat voivat suunnitella muuta elämäänsä. Omaishoitajat pitävät tärkeinä hoitajaksojen yksilöllisyyttä sekä tavoitteellisuutta. Jokaisen hoitajakson jälkeen omaishoitajat haluaisivat tietää, kuinka hoitajakso on hoidettavalla mennyt, ja mitä hoitajakso on sisältänyt. Omaishoitajat pitävät myös tärkeänä, että hoitajaksoilla olisi tuttu ja pysyvä henkilökunta, mikä helpottaisi myös omaishoitajien huolta jaksojen onnistumisesta. (Neville ym. 2015, 57-58; Suhonen, Röberg, Hupli, Koskenniemi, Stolt & Leino-Kilpi 2015, 267.)

3.3 SAS –toiminta

SAS -lyhenne tulee sanoista selvitä-arvioi-sijoita. SAS-työryhmän tarkoituksena on arvioida asiakkaan sijoittaminen paikkaan, joka vastaa hänen toimintakykyään ja avuntarvettaan siinä vaiheessa, kun kotona asuminen ei enää ole mahdollista. (Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017, 11.) Vaasassa intervallipaikkaa haetaan lomakkeella (LIITE 5), joka löytyy Vaasan kaupun-

gin internet –sivuilta. Hoitoa voidaan järjestää joko tilapäisenä hoitona tai säännöllisesti tapahtuvana hoitona. Vaasan SAS –työryhmä valitsee asukkaat palvelutaloihin. (Vaasan kaupunki 2019 b.)

SAS –toiminta käynnistyy, kun hakulomake laaditaan tai kun lomake saapuu työryhmälle. Lähetteen saapumisen jälkeen SAS –toiminnassa laaditaan palvelutarpeen arvio. Arvio tehdään joko asiakkaan kotona tai pelkästään saapuneen hakemuksen sekä tietojärjestelmästä löytyvien aikaisempien tietojen avulla, jos tietojärjestelmään on laadittu tietoa esimerkiksi kotihoidon asiakkaasta. (Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset 2017, 12.)

Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset (2017, 12) –toimintaoppaan mukaan SAS -työryhmä laatii päätöksen siitä, myönnetäänkö asiakkaalle paikka palveluasumisessa. Myös kielteinen päätös voi olla mahdollinen. Päätöksen mukana tulee aina saatekirjeisuus, jossa mainitaan lakeihin viitattut päätökset.

4 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY

THL:n (2019 b) mukaan toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä, joiden avulla ihminen selviytyy merkityksellisistä ja välttämättömistä elämän toiminnoista kuten työstä, vapaa-ajasta, harrastuksista, sekä itsestä ja toisista huolehtimisesta siinä ympäristössä jossa hän elää. Hyvät fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukevat ympäristöt auttavat ihmisiä voimaan hyvin. Kelo, Launiemi, Takaluoma ja Tiittanen (2015, 31) toteavat, että fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky vaikuttavat merkittävästi ikääntyneen päivittäisissä toiminnoissa.

Toimintakyky voidaan luokitella neljään osa-alueeseen, joita ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen sekä sosiaalinen toimintakyky. Yleisen toimintakyvyn arvioinnissa keskeisiä asioita ovat päivittäisten perustoimintojen suorittaminen, kuten syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-toiminnot ja liikkuminen (Voutilainen 2010, 124). Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski (2013, 14) toteavat, ettei toimintakyky ole pysyvä tila, vaan se voi muuttua esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin vuoksi. Asiakkaan toimintakyvyn arviointi on tärkeää, sillä sitä voidaan pitää toimintakykyä edistävän hoidon perustana. (Voutilainen 2010, 124-125.)

4.1 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön fyysisiä edellytyksiä, joiden avulla selviydytään arjessa tärkeistä tehtävistä (THL 2019 b). Sillä voidaan tarkoittaa fyysisiä ponnisteluja edellyttävien tehtävien selviytymiskykyä tai kehon elinten ja elinjärjestelmien toimintaa. Keskeisiä asioita fyysisen toimintakyvyn toteutumiseksi on hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistielinten toimintakyky. (Voutilainen 2010, 125.)

Kelon, Launiemen, Takaluoman ja Tiittasen (2015, 12) mukaan fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavat havaintomotorisissa toiminnoissa ja tasapainossa ilmenevät muutokset. Strandbergin ja Tilviksen (2016) artikkelin mukaan ikääntyneitä tulisi

rohkaista liikkumaan myös silloin, kun huimaus, väsymys, hengenhadistus ja katkokävely tuntuvat vaikeuttavan liikkumista. Olisi tärkeää harrastaa sellaisia toimintoja, joiden heikentyminen voi nopeasti johtaa ulkopuolisen avun tarpeeseen.

Fyysinen toimintakyky ja itsenäinen selviytyminen alkavat heiketä 85-vuotta täytäneillä ihmisillä, mutta näissä voi olla yksilöllisiä suuria eroja. (Räsänen 2018, 25.) Sipilän, Rantasen & Tiaisen (2013, 141-148) mukaan lihaksiston toimintakyky heikkene merkittävästi, kun ihminen ikääntyy. Tämä näkyy ikääntyneillä tasapainon ja alaraajojen voimien heikkenemisessä. Muut merkittävät ikääntyessä ilmenevät muutokset ovat: sydämen maksimisykkeen pieneminen, sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkeneminen, sekä hengityselinten voiman heikkeneminen. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 12-15.)

4.2 Ikääntyneen kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa älyllistä toimintakykyä, johon kuuluvat muisti, oppiminen, havaitseminen sekä kielellinen toiminta. Tämä mahdollistaa arjen vaatimuksista suoriutumisen. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 25; THL 2015.) Lisäksi kognitiivisiin toiminta-alueisiin kuuluvat puheen ymmärtäminen, motoristen toimintojen nopeus ja näppäryys sekä päättelykyky (Voutilainen 2010, 126). Hoitajalla on suuri merkitys kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen tunnistamisessa. Mittarit antavat vahvistusta asiakkaan kognitiivisesta toimintakyvystä. Yksi näistä mittareista on MMSE eli Minimental, joka on laajasti Suomessa perusterveydenhuollossa käytetty mittari, jolla mitataan muistitoimintoja sekä asiakkaan tiedonkäsittelyä. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 25-26.)

Ihmisen ikääntyessä aivoissa tapahtuvat muutokset johtavat kognitiivisten toimintojen muutoksiin. Näitä muutoksia ovat muistin heikentyminen ikääntyessä ja uusien asioiden oppimisen vaikeutuminen. Yli 75-vuotiailla verbaalisen lahjakkuu-

den tason lasku näyttää kiihtyvän. Esimerkiksi verbaalinen ymmärtäminen, avaruudellinen hahmotus, laskutoimitusten nopeus, järkeily sekä havainnointinopeus heikkenevät myöhäisessä iässä. (Tilvis & Viitanen 2016, 27-30.)

4.3 Ikääntyneen psyykkinen toimintakyky

Karin, Niskasen, Lehtosen & Arslanoskin (2013, 14) mukaan psyykkinen toimintakyky on kokonaisuus, johon sisältyy yksilön henkiset voimavarat, tunteet ja mieliala ja käsitys todellisuudesta, aktiivisuus sekä yksilön minäkuva. Lisäksi psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat yksilön elämänhallinta, yksilön tyytyväisyys elämään, mielenterveys sekä psyykkinen hyvinvointi (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006; THL 2015). Psyykkistä toimintakykyä arvioivat psykologit sekä psykiatrit, mutta myös hoitajat voivat arvioida päivittäin asiakkaiden psyykkistä toimintakykyä (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 14). Kartoittaessa psyykkistä toimintakykyä hoitohenkilökunta arvioi asiakkaan orientaatiota, voimavaroja, asioiden hahmottamista sekä mielialaa.

Yli 80-vuotiaassa väestössä yleistyvät muun muassa seuraavat psykososiaaliset piirteet: muistin heikentyminen, reaktionopeuden hidastuminen, yksinäisyys ja eristäytyminen sekä mieleenpainamiskyvyn huonontuminen (Tilvis & Viitanen 2016, 28). Elämänrytmi hidastuu ikääntyessä ja psyykkinen hyvinvointi koostuukin/keskittyykin omaan elämänhallintaan ja tyytyväisyyteen (Räsänen 2018, 29).

4.4 Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on yksi toimintakyvyn osa-alue (Seppänen 2014). Tiikkainen & Heikkinen (2011) toteaa sosiaalisen toimintakyvyn olevan käsite, jota voi tarkastella monesta eri näkökulmasta. THL:n (2017) mukaan sosiaalisen toimintakyvyn tavoitteena on löytää asiakkaan vahvuudet ja vastata asiakkaan tarpeisiin nopealla aikataululla. Sosiaalisen toimintakyvyn johdosta osataan toimia ja selviytyä arjen sosiaalisissa tilanteissa, sekä ylläpitää ja kehittää sosiaalisia suhteita toisiin

ihmisiin (Seppänen 2014). Tiikkainen ja Heikkinen (2011) toteavat sosiaalisen toimintakyvyn olevan yhteydessä ympäristöön sekä yksilön ominaisuuksiin. Myös harrastukset kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle (Voutilainen 2010, 126).

Tiikkaisen (2013, 286) mukaan sosiaalisissa tilanteissa toimiminen saattaa vaikeutua ikääntymiseen liittyvien muutosten vuoksi. Esimerkiksi kuulon ja näön heikkenemisen vuoksi ihmisten välinen viestintä vaikeutuu. Ilmeet ja puhekyky saattavat muuttua sairauksista johtuen, jolloin vuorovaikutustilanteissa tulkitaan ikäihmisen sanoma väärin. Sosiaalinen eristäytyminen voi johtua ihmissuhteiden menetyksistä, sairauksista ja aistiongelmista. Erilaiset stressitekijät, kuten masentuneisuus ja yksinäisyys voivat heikentää myös sosiaalisia taitoja.

Ikääntyessä tapahtuu usein ihmisten menetysten vuoksi muutoksia, sillä oman ikäpolven sukulaisia ja ystäviä menetetään. Tämän tilalle ikääntynyt löytää usein korvaavia suhteita, kuten esimerkiksi nuoremmat perheenjäsenet ja tuttavat. (Tiikkainen 2013, 287.)

5 HOITOYMPÄRISTÖ

Florence Nightingale oli yksi ensimmäisistä sairaanhoitajista, joka ymmärsi kuinka ympäristö vaikuttaa potilaisiin. Hoitajien ohella ympäristön värit, melu ja valaistus vaikuttivat terveyteen. Myös ilma, puhtaus ja ilmanvaihto myötävaikuttivat terveyden edistämiseen. (Zborowsky 2014, 20-21.) Kim (2010, 220) määrittelee hoitoympäristön kolmeen luokkaan, joita ovat fyysinen, sosiaalinen ja symbolinen hoitoympäristö.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (L 28.12.2012/980) mukaan:

“Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito.”

“Palveluntuottajan on huolehdittava siitä, että iäkkäiden henkilöiden käytössä olevat palveluntuottajan toimitilat ovat riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat sekä muutenkin olosuhteiltaan sopivat heidän tarpeisiinsa nähden.”

Hoitotyössä ympäristöä on pitkään ymmärretty kokonaisvaltaisesti, vaikka tutkimuksissa ympäristöä on tarkasteltu lähinnä ihmistä ympäröivän ja välittömän ympäristön näkökulmasta, jolloin painopisteet ovat käsittäneet hoitoyksiköiden fyysiset ominaisuudet. Ympäristö-käsitteen määrittely on kuitenkin laajentunut, sillä ympäristö vaikuttaa yksilöön moniulotteisemmin. (Elo 2010, 93.)

5.1 Fyysinen hoitoympäristö

Fyysinen ympäristö on ikääntyneiden toiminnan elämänpiiri, ja se määrittyy fyysisen tilan ja konkreettisten rakenteiden kautta. Ihmisen hyvinvoinnin kannalta on keskeistä, että fyysiset rakenteet takaavat ihmisen mahdollisuuden aktiivisuuteen. Hoitoyksikössä asuvan elämänpiiri saattaa toimintakyvyn mukaan rajoittua omaan huoneeseen, yhteisiin tiloihin sekä piha-alueisiin. (Elo 2010, 94.) Piha on tärkeä

paikka elämyksiin, joita ulkoilu tuottaa. Monipuolinen tila houkuttelee asukkaita ulos sisätiloista, ja esimerkiksi muistisairaille piha saattaa olla ainoa paikka turvalliseen ulkoiluun. (Rappe, Kotilainen, Rajaniemi & Topo 2018, 6)

Ikääntyneen ihmisen aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot heikentyvät, ja silloin myös päivittäisistä toiminnoista turvallisesti selviytyminen vaarantuu. Arkielämää voivat rajoittaa pitkäaikaissairaudet. Myös näön ja liikuntakyvyn heikkeneminen ja erilaisten lääkkeiden käyttäminen altistavat kaatumisille. Turvallinen fyysinen hoitoympäristö on keskeistä arjen toimintojen suorittamiseksi. (Elo 2010, 94.)

Helminen (2010) tutkimustulosten mukaan palvelutalojen tilojen tulee olla kodinomaisia, valoisia ja avaria. Sairaalamainen vaikutelma vältettiin käyttämällä murettuja ja pehmeitä sävyjä sekä seinillä että sisustuksessa. Oman huoneen tulee olla mahdollisimman esteetön ja päivittäiset tarvikkeet tulee olla helposti saatavilla. Jokaisessa laitoksessa ei ole tarjota omaa huonetta, mutta on tärkeää järjestää mahdollisimman yksilöllinen ympäristö, joka voidaan luoda esimerkiksi tilanjakajilla. (Kan & Pohjola 2012, 44.)

5.2 Symbolinen hoitoympäristö

Symbolinen hoitoympäristö muodostuu kulttuurisista arvoista, sosiaalisista normeista, tieteellisistä tiedoista ja rooleista (Kim 2010, 235). Ikääntyneiden hyvinvoinnin näkökulmasta keskeisiä symbolisia asioita ovat hengellisyys, hyvinvoinnin normatiiviset ja ideaaliset ominaisuudet sekä historiallisuus (Elo 2010, 100).

Meriläisen (2012, 57) tutkimuksen mukaan sairaalamaailmassa symbolinen hoitoympäristö näyttäytyy hoidossa toistuvien rutiinien mukana. Esimerkiksi aamu- ja iltapesut, työntekijöiden työajat, laboratorionäytteiden ja röntgenkuvien ottaminen olivat päivien rutiinitapahtumia. Karppisen (2015, 27) mukaan symbolinen hoitoympäristö toteutuu hoitopaikassa hengellisyyttä mahdollistavana tekijänä, esimerkiksi pyhäpäivien huomioimisella sekä kulttuuritaustan huomioimisella.

5.3 Sosiaalinen hoitoympäristö

Kimin (2010, 231) mukaan sosiaalinen ympäristö on tärkeä tekijä ihmisen terveyden kannalta, sillä sosiaalisen elämän laatu määräytyy sosiaalisen ympäristön ominaispiirteiden ja sosiaalisen ympäristön hoidon perusteella. Sosiaalinen ympäristö muodostuu ihmisistä, sekä erikokoisista ja erilaisista yhteisöistä. Sosiaalisen ympäristön yhteyttä yksilön hyvinvointiin voidaan tarkastella sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen avulla. (Elo 2010, 97.) Sosiaaliseen verkostoon kuuluvat jo olemassa olevat ihmissuhteet (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70). Sosiaalinen tuki on vuorovaikutusprosessi, jossa yksilön sosiaaliseen, psyykkiseen tai somaattiseen terveyteen ja hyvinvointiin voidaan vaikuttaa tietyillä toiminnoilla tai käyttäytymisellä (Tiilikainen & Lyyra 2007, 72).

Ympäri vuorokautinen hoito ja palveluasuminen ovat yhteisöasumista. Yksityisyyden ja yhteisöllisyyden yhteensovittaminen ovat edellytyksiä hoitopaikassa. Myös sosiaalinen toimintakyky muiden kanssa toimeen tullessa korostuu. (Räsänen 2018, 54; Karppinen 2015, 32.) Hoitoyhteisöissä tarvitaan mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen yksityisyyden lisäksi (Tiikkainen 2007, 158). Karppisen (2015, 31) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan merkitys ilmapiiriin syntymisessä on suuri. Myönteinen ilmapiiri syntyy hoitohenkilökunnan, hoitohenkilökunnan ja asukkaiden välisistä sekä asukkaiden kesken syntyneistä hyvistä sosiaalisista suhteista.

5.4 Virikkeellinen hoitoympäristö

Kähärin, Wiikin & Rantasen (2007, 150) mukaan viriketoiminnalla tarkoitetaan toimintaa, joka aktivoi ihmistä ja tuottaa tälle sisältöä elämään. Viriketoiminnan tavoitteena on kuntouttaa, virkistää mieltä ja tuoda tekemistä potilaan arkeen (Routasalo 2004.) Viriketoimintaa voidaan toteuttaa erilaisilla toimintamuodoilla, keskustelupohjaisella toiminnalla, aivovoimistelulla, liikunnallisella toiminnalla, hengellisellä toiminnalla sekä muulla toiminnalla, josta yksilö nauttii (Airila 2000, 7.) Lähtökohtana viriketoiminnalle tulisi olla yksilön toimintakyky sekä voimavarat. Lisäksi yksilön mieltymykset sekä taustatiedot tulee ottaa huomioon järjestettäessä viriketoimintaa.

Mannisen (2003, 44) mukaan viriketoimintaa voidaan käyttää hoitotyössä ylläpitämään asiakkaiden toimintakykyä sekä tukemaan heitä mielekkääseen elämään. Riekkola Carabanten ym. (2017, 7) tutkimuksessa omaishoitaja sai luottamusta yhteistyöstä, kun omaishoidettava osallistui mielekkäisiin aktiviteetteihin intervallihoidossa.

Viriketoiminnan järjestäminen ja ohjaaminen ovat palvelutalossa tai laitoksessa hoitajan ja muun henkilökunnan työtä, ja toiminta voi olla joko luovaa tai toiminnallista. (Kari, Niskanen, Lehtonen & Arslanoski 2013, 223.) Kanin & Pohjolan (2012, 78) mukaan viriketoiminta tulisi suunnitella yksilöllisten toiveiden pohjalta, sillä jokaisen ihmisen tarve osallistumiseen on erilainen.

Luova toiminta voidaan toteuttaa yksilötyöskentelynä sekä ryhmässä. Eri taiteenmuotojen avulla voidaan saada aikaan ainutlaatuisia kokemuksia, ja samalla taide mahdollistaa omien kokemusten ja tunteiden käsittelemisen. Esimerkiksi musiikki on yksi tärkein muoto, jonka avulla voidaan saada ihminen vuorovaikutukseen, vaikka kielelliset kyvyt olisivat heikentyneet. Eri laulut voivat tuoda mieleen muistoja, ja ne voivat kuvastaa sellaista aikaa, jolloin iäkäs pystyi vielä itse hallitsemaan elämäänsä. (Kan & Pohjola.) Kuvien tekeminen tapahtuu yleisimmin maalaamalla, piirtämällä ja muovaillemalla, ja niitä voi tehdä itsekseen tai ryhmässä. Luovassa työssä kuvan tekeminen on lopputulosta tärkeämpää, ja omaksi tai muiden iloksi tehty kuva ei edellytä aikaisempaa osaamista. (Mönkäre & Semi 2014, 126.)

6 VASTAANOTTO- JA KOTIUTUSTILANNE

Salinin (2008, 56) tutkimuksessa kävi ilmi, että yhteistyösuhteen pohja hoitohenkilökunnan kanssa muodostuu jo vastaanottotilanteessa. Odotetut asiakkaat kokivat vastaanoton suunnitelluksi, ja heillä oli mahdollisuus kertoa hoitajaksolle tarkoitetut tavoitteet, toiveet ja kuulumiset vastaanottotilanteessa. Tässä yhteistyösuhteessa oli tarkoitus saada koti- ja hoitajaksojen hioutuminen yhdeksi kokonaisuudeksi. Omaishoitajan ja hoidettavan tuli tuntea itsensä tervetulleiksi osastolle, ja tärkeää oli, että omahoitaja olisi heitä vastassa tulotilanteessa. (Salin 2008, 66).

Hankamäen (2009,194) mukaan kotiuttamisella tarkoitetaan potilaan kotiin lähtemistä. Kotiutuksen tavoitteena on, että potilas sopeutuu ja vakiintuu uusiin olosuhteisiin. Kotiutuminen hoitajaksolta on yhteistyötä hoidettavan, omaishoitajan sekä ammattihenkilöiden kesken (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 442).

Hyvän ja onnistuneen kotiutuksen edellytyksiä ovat: yhteiset hoitoperiaatteet, hyvä tiedonkulku sekä toimiva yhteistyö (Hammar & Perälä, 2007.) Epäonnistunut kotiutuminen johtuu huonosta kotiutuksen valmistelusta, puutteellisesta yhteistyöstä sekä huonosta tiedonvaihdosta hoitajien ja omaisten kesken. Tässä tutkimuksessa kotiuttamisella tarkoitetaan kotiin palaamista intervallihoitajaksolta.

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tässä kappaleessa esitellään tämän tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä tutkimuskysymykset.

7.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksella selvitetään, mitä tutkimuksessa aiotaan kuvata, kokeilla tai tuottaa ja miksi. Tutkimuksen tarkoitus luonnehditaan neljän piirteen avulla. Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137-139.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta sekä kartoittaa omaishoitajien ajatuksia siitä, kuinka intervallihoitoa voitaisiin kehittää.

Tutkimuksen tavoitteella ilmaistaan, mitä hyötyä tutkimuksesta on toimeksiantajalle, ja miten ja kenelle tietoa voidaan hyödyntää (Kylmä & Juvakka 2007, 54). Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää ammatillista osaamista. Saatujen tietojen pohjalta Vaasan intervallihoitoa voidaan kehittää yhä enemmän asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

7.2 Tutkimuskysymykset

Jokaisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma. Tutkimusongelma esitetään kysymyksellä tai väittämällä, johon tutkimuksella haetaan vastauksia. Tutkimusongelmalla kuvataan tiettyä ilmiötä, jonka lisäksi tarkastellaan tutkittavien taustatietojen yhteyttä selitettävään tutkimusilmiöön. Tämä on yleistä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 75.) Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia kokemuksia omaishoitajilla oli yhteistyöstä SAS-toimiston kanssa?

2. Millaisia kokemuksia omaishoitajilla oli omaishoidettavan interval-
lihoidosta?
3. Miten intervallihoitoa voitaisiin kehittää omaishoitajien mielestä?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin tammikuussa 2019 aiheen valinnalla sekä rajauksella. Opinnäytetyön tekijät keksivät ajankohtaisen aiheen, joka kiinnosti tekijöitä. Aihetta ehdotettiin Vaasan kaupungille, jonka kautta tilaajaksi muodostui Vaasan ikäkeskus sekä palveluasuminen. Tilaajien varmistuttua tekijät kirjoittivat tutkimussuunnitelman. Opinnäytetyön ohjaava opettaja hyväksyi valmiin tutkimussuunnitelman, jonka jälkeen tutkimuslupaa haettiin Vaasan kaupungilta. Tutkimusluvan myönsi Vaasan koti- ja laitoshoidon johtaja Leif Holmlund maaliskuussa 2019. Tutkimus toteutettiin Vaasan intervalliyksiköissä huhti-toukokuussa 2019.

8.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan tutkimuksen aineiston hankinta- ja analyysivälineitä (Koppa 2015 a). Tässä tutkimuksessa tutkijat yhdistivät laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän. Kun tutkimuksessa yhdistetään kaksi lähestymistapaa, kutsutaan sitä metodiseksi triangulaatioksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58.) Triangulaatio mahdollistaa tutkimuksen monipuolisemman tulokinnan sekä parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 a).

Tämä tutkimus on luonteeltaan poikittaistutkimus, mikä tarkoittaa, että tutkimuksen aineisto kerätään vain yhden kerran eikä olla kiinnostuneita muutoksesta vaan tilanteesta tiettyä ajankohtana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009,42; Koppa 2015 b.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia omaishoitajilla on hoidettavan intervallihoidosta.

Tutkijat valitsivat tämän menetelmän, koska halusivat tutkia aihetta monesta eri näkökulmasta sekä saada syvällisemmän ymmärryksen tutkimuskohteen ymmärryksestä. Tutkijat halusivat käyttää tutkimustulosten analysoimisessa niin tilastollisia kuin aineistolähtöisiä menetelmiä.

8.1.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimus, jossa halutaan ymmärtää kohteen laatua, ominaisuuksia sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti (Koppa 2015 c). Kankkusen & Vehviläisen (2009, 49) mukaan laadullista lähestymistapaa käytetään silloin, jos aiheesta on vain vähän aiempaa tutkimustietoa tai halutaan uusi näkökulma johonkin jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on saada syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 60.) Laadullinen tutkimusmenetelmä vastaa kysymyksiin miksi, millainen ja miten (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006 b). Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat: läheinen suhde tutkijan ja tutkittavan välillä, teorian luominen, kokonaisvaltaisuus sekä ilmiön ymmärtäminen.

Tutkimusmenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa käytetään teemahaastattelua tai avoimia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta. Lisäksi laadullisessa tutkimuksessa vastaajien määrä on pieni, koska tarkoitus laadullisessa tutkimuksessa on saada mahdollisimman laadukas aineisto. Suuri vastaajamäärä laadullisessa tutkimuksessa voi vaikeuttaa aineiston analysointia sekä oleellisen tiedon löytämistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16-20.)

8.1.2 Määrällinen tutkimus

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus antaa yleisen kuvan tutkimuksen muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Määrällisellä lähestymistavalla vastataan kysymyksiin mikä, kuinka paljon tai missä. Määrällinen tutkimus antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista sekä eroista. (Vilka 2007, 13, 14.) Tilastokeskuksen mukaan muuttujalla tarkoitetaan mitattavan kohteen ominaisuutta esimerkiksi tutkimukseen osallistuvan ikää, sukupuolta tai ammattiasemaa. Vilkan (2007, 14-17) mukaan määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti, joka tarkoittaa tutkittavien asioiden kuvaamista numeerisesti. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2004, 131) toteavat, että määrällisessä tutkimuksessa tärkeää on, että aineisto tau-

lukoidaan sekä tilastoidaan. Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat: numeerinen mittaaminen, yleispätevyyden saavuttaminen, tilastollisten menetelmien käyttö sekä tutkimuksen luonne teoriaa vahvistava (Heikkilä 2014, 8).

Heikkilän (2014, 8) mukaan aineistonkeruumenetelmänä määrällisessä tutkimuksessa käytetään useimmiten strukturoitua kyselylomaketta. Strukturoidulla kyselylomakkeella tarkoitetaan, että kysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja voi valita kuvaavimman. Määrällinen tutkimus edellyttää suurta sekä edustavaa otosta.

8.2 Aineiston keruu ja kohdejoukko

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä toimi Vaasassa asuvat omaishoitajat, joiden hoidettava osallistuu intervallihoitajaksoihin. Tutkimuksen aineisto kerättiin Vaasan intervalliyksiköissä.

Opinnäytetyön tekijät perehtyivät aiheeseen kirjallisuuden, verkkolähteiden, ajankohtaisten artikkelien sekä aiemmin tehtyjen tutkimusten kautta, joiden pohjalta tekijät laativat teoreettisen viitekehyksen tutkimukselleen. Lisäksi tutkimukset tekijät tekivät tiedonhakuja seuraavissa tietokannoissa PubMed, Cinahl & Medic. Tiedonhauista laadittiin taulukko. (TAULUKKO 1).

Tutkimuksen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi 12 strukturoitua monivalintakysymystä ja seitsemän avointa kysymystä. Kysely tehtiin sekä suomen että ruotsin kielellä. (LIITE 2 & LIITE 4). Kysymykset laadittiin tutkimuksen teorian pohjalta sekä vastaamaan tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Kyselylomake lähetettiin tilaajille arvioitavaksi. Tilajat halusivat, että kyselylomakkeeseen lisätään kysymyksiä SAS-toiminnasta. Lisäyksien jälkeen kyselylomake esiteltiin kahdella henkilöllä, jotka eivät kuuluneet tutkimusjoukkoon. Esiteltäessä ilmene pieniä kielioppivirheitä, jotka korjattiin varsinaiseen kyselylomakkeeseen. Opinnäytetyön ohjaaja hyväksyi valmiin kyselylomakkeen. Hyväksytty kyselylomake toimitettiin ruotsin kielentarkastuksesta vastaavalle opettajalle. Ruotsin kielentarkastuksesta vastaava opettaja hyväksyi korjausten jälkeen ruotsinkielisen kyselylomakkeen. Opinnäytetyön tekijät veivät kyselylomakkeet

Vaasan intervalliosastoille 8.4.2019. Opinnäytetyön tekijät veivät kyselylomakkeita intervalliyksiköihin yhteensä 80 kappaletta. Kyselylomakkeet olivat osastoilla 8 viikkoa. Hoitajat antoivat kyselyt sekä kirjekuoret omaishoitajille. Täytetyille kyselylomakkeille tekijät veivät vastauslaatikon, johon omaishoitajat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa.

8.3 Aineisto analysointi

Kyselyn tulokset käsiteltiin, kun tutkimukseen osallistujat olivat palauttaneet täytetyt kyselylomakkeet. Tutkimuksen tulosten käsittelyssä oli kolme vaihetta. Vaiheita olivat lomakkeiden tarkistus, aineiston muuttaminen muotoon sekä tallennetun aineiston tarkistaminen. Täytetyt lomakkeet tarkastettiin ja arvioitiin tulosten laatu sekä poistettiin heti asiattomasti täytetyt lomakkeet sekä puutteellisesti täytetyt lomakkeet. Tarkistuksen jälkeen arvioitiin tutkimuksen kato, jolla tarkoitetaan puuttuvien tietojen määrä tutkimuksessa. Tutkimuksessa saadut tiedot syötettiin SPSS-ohjelmaan, ohjelma antoi tulokset frekvensseinä ja prosentteina. Kyselyn vastausvaihtoehdollisten kysymysten vastaukset raportoitiin numeroina sekä prosentteina. Opinnäytetyössä tutkitaan yhtä muuttujaa, joten tulosten analysoimisessa käytetään sijaintilukuja. Tavallisimmin käytettyjä sijaintilukuja ovat moodi ja keskiarvo. (Vilka 2007, 105-119.)

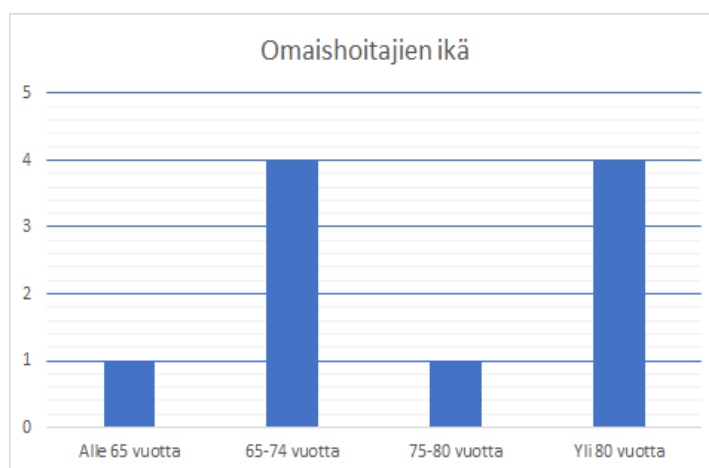
Avointen kysymysten analysoimiseen käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä analyysia. Aineistosta etsittiin samankaltaisia ja erilaisia ilmauksia, jotka ryhmiteltiin sisällön mukaan. Tämän jälkeen ilmaukset ryhmiteltiin sisällön alakategorioksi. Myöhemmin yläkategoriat muodostettiin alakategorioiden pohjalta. Lopputuloksena tuli pääkategoriat, jotka syntyvät yläkategorioista, jotka koottiin taulukoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-169.)

9 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastasi 10 Vaasan seudulla asuvaa omaishoitajaa, joiden omaishoidettava käy säännöllisesti intervallihoidossa. Tutkimuksen tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, koska vastauksia oli liian vähän. Kyselylomakkeen (LIITE 2) monivalintakysymyksien ja avoimien kysymyksien vastaukset analysoitiin erikseen. Tutkimuksen tekijät muodostivat diagrammit monivalintakysymyksien vastauksien havainnollistamiseksi. Avoimien kysymyksien vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

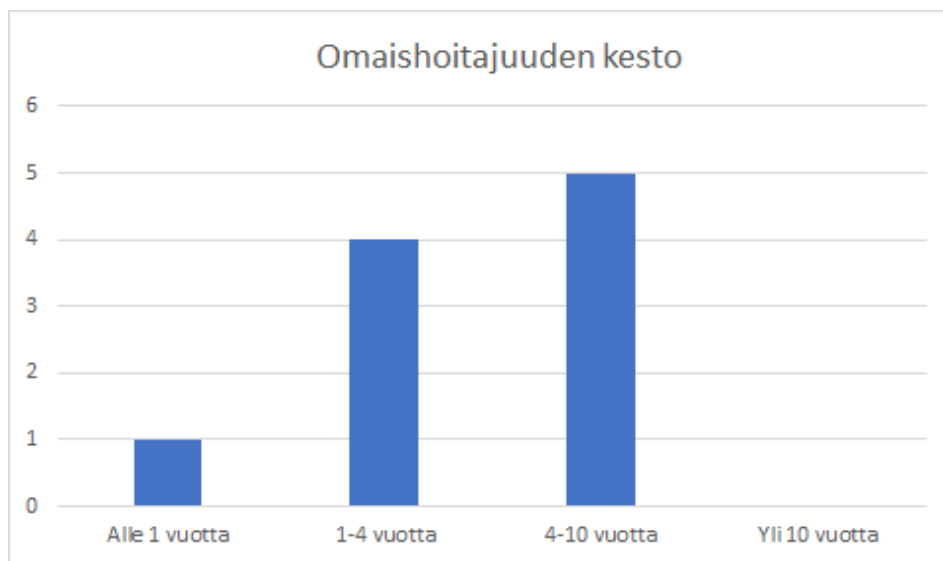
9.1 Kohderyhmän taustatiedot

Kyselyyn vastanneista omaishoitajista seitsemän oli miehiä ja kolme naisia. Kyselyyn vastanneista yksi oli alle 60 vuotta, neljä oli 64-75 vuotta, yksi oli 75-80 vuotta ja neljä kyselyyn vastanneista oli yli 80 vuotta.

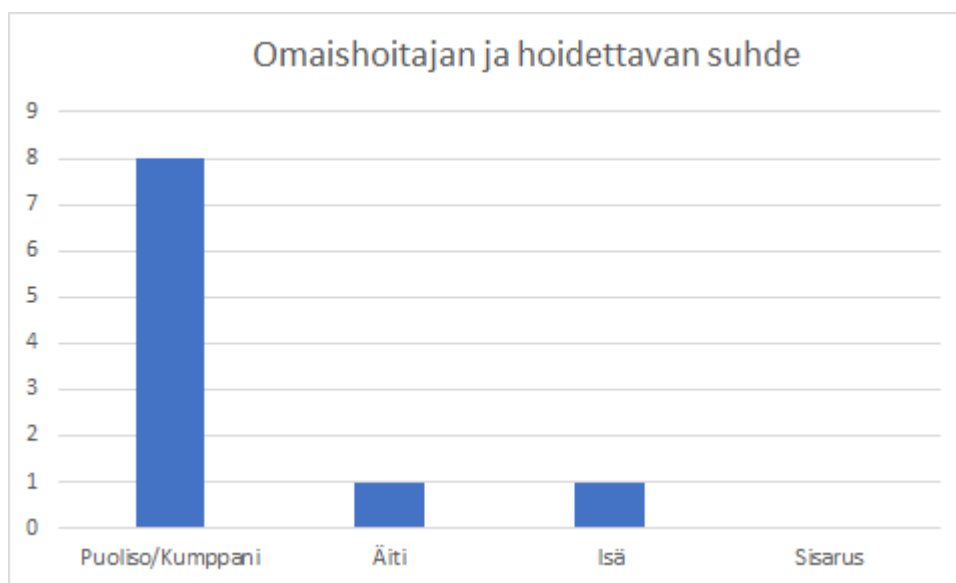


Kuvio 1. Omaishoitajien ikä

Vastanneista omaishoitajista yksi on toiminut omaishoitajana alle vuoden, neljä on toiminut 1-4 vuotta ja 5-10 vuotta on toiminut viisi vastanneista omaishoitajista. Vastanneista kahdeksan toimii omaishoitajan puolisolleen/kumppanilleen, yksi äidilleen ja yksi isälleen.

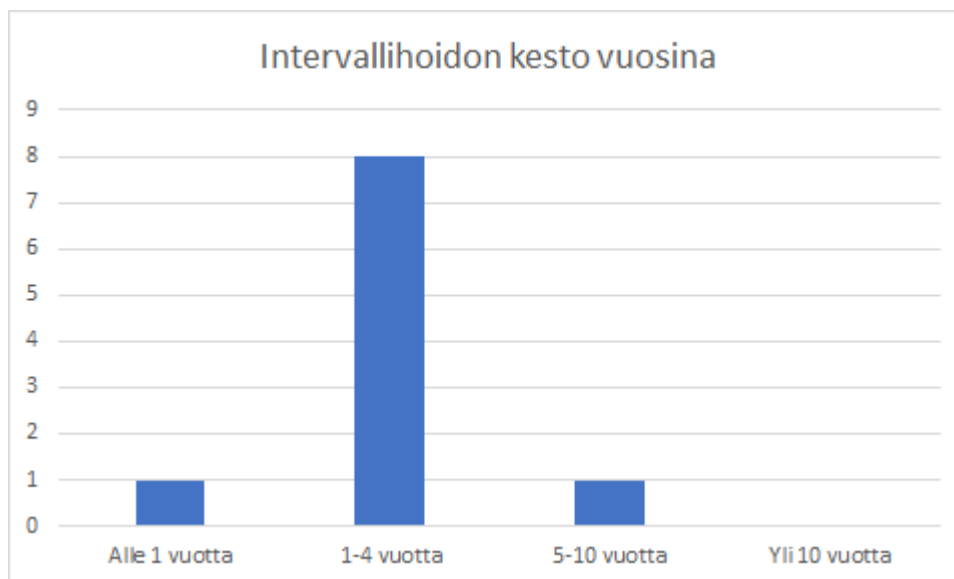


Kuvio 2. Omaishoitajuuden kesto



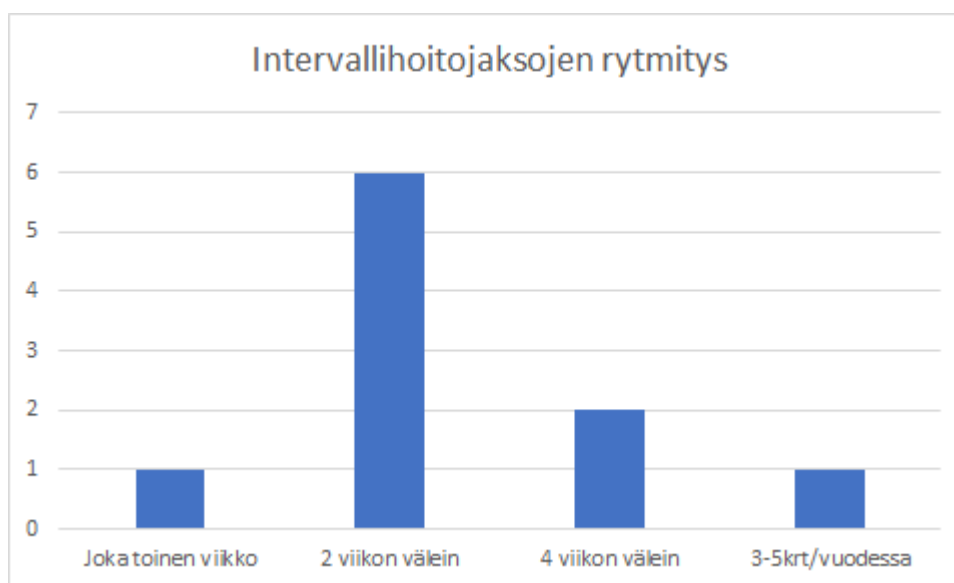
Kuvio 3. Omaishoitajan ja hoidettavan suhde

Yksi omaishoidettava on käynyt intervallihoidossa säännöllisesti alle vuoden, kahdeksan omaishoidettavaa on käynyt säännöllisesti intervallihoidossa 1-4 vuotta ja yksi omaishoidettava on käynyt intervallihoidossa säännöllisesti 5-10 vuotta.



Kuvio 4. Intervallihoidon kesto vuosina

Opinnäytetyön tekijät halusivat selvittää, kuinka usein omaishoitajien omaishoidettava käy intervallihoidossa. Yksi omaishoidettava käy intervallihoidossa, joka toinen viikko, kuusi omaishoidettavaa käy kahden viikon välein, kaksi käy neljän viikon välein ja yksi 3-5 kertaa vuodessa. Yhden hoitojakson pituus viidellä omaishoidettavalla on yksi viikko, neljällä omaishoidettavalla kaksi viikkoa ja yhdellä 5-7 päivää.



Kuvio 5. Intervallihoitojaksojen rytmitys



Kuvio 6. Hoitojaksojen rytmitys

9.2 Intervallihoitoon hakeutuminen

Näillä kysymyksillä haettiin vastauksia intervallihoitoon hakeutumisesta, kuinka vastaajat olivat saaneet tietoa intervallihoidosta, minkälainen hakuprosessi oli ja kuinka yhteistyö sas-toimiston kanssa on sujunut.

9.2.1 Tieto intervallihoidosta

Tämän avoimen kysymyksen tarkoituksena oli kartoittaa, mistä omaishoitajat ja omaishoidettavat olivat saaneet tietoa intervallihoidosta. Vastaukset on jaettu neljään yläluokkaan, joita ovat sairaala ja terveyskeskus, kotipalvelut, hoitajat sekä sas-toimisto. Nämä tulokset esitellään taulukossa 2.

Taulukko 2. Tieto intervallihoidosta.

| Pelkistetyt ilmaukset/koodit | Alaluokat | Yläluokat |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Folkhälsan ja Vaasan kaupunginsairaala Kaupunginsairaala | Kaupunginsairaala | Sairaala ja terveyskeskus |
| Sairaala | Sairaala | |
| Kotipalvelu | Kotipalvelu | Kotipalvelut |
| Kotisairaanhoidajat | Sairaanhoidajat | Hoitajat |
| Muistikoordinaattori Muistihoitaja | Muistihoidajat | |
| Hoitohenkilökunta | Hoitohenkilökunta | |
| Sosiaalityöntekijä | Sosiaalityöntekijä | |
| SAS-toimisto | SAS-toimisto | SAS-toimisto |

9.2.2 Kokemukset hakulomakkeesta

Tällä avoimella kysymyksellä haettiin vastausta siihen, minkälaisena intervallihoitopaikan hakulomake koettiin. Seitsemästä vastauksesta kävi ilmi, että hakulomakkeeseen on oltu tyytyväisiä. Hakulomake on koettu selkeäksi täyttää.

Taulukko 3. Hakulomakkeen täyttäminen.

| Pelkistetyt ilmaukset/koodit | Alaluokat | Yläluokat |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| ”Suht. ok” ”den var väl bra” ”selkeä ja hyvä” ”asiallinen” ”haimme lomakkeella, oli helppo täyttää” ”ei tuottanut vaikeuksia” ”ei ongelmia” | Hakulomake koettu suhteellisen hyväksi Hakulomake koettu selkeäksi Hakulomake koettu asialliseksi Hakulomake koettu helppotäyttöiseksi Hakulomakkeessa ei moitittavaa | Tyytyväisyys hakulomakkeeseen |
| ”kaupunginsairaalaista hoidettiin anomus” ”tytär auttanut hakulomakkeen täytössä” | Hakulomakkeen täyttämässä tarvittu apua | Hakulomakkeen täyttämässä vaikeuksia |

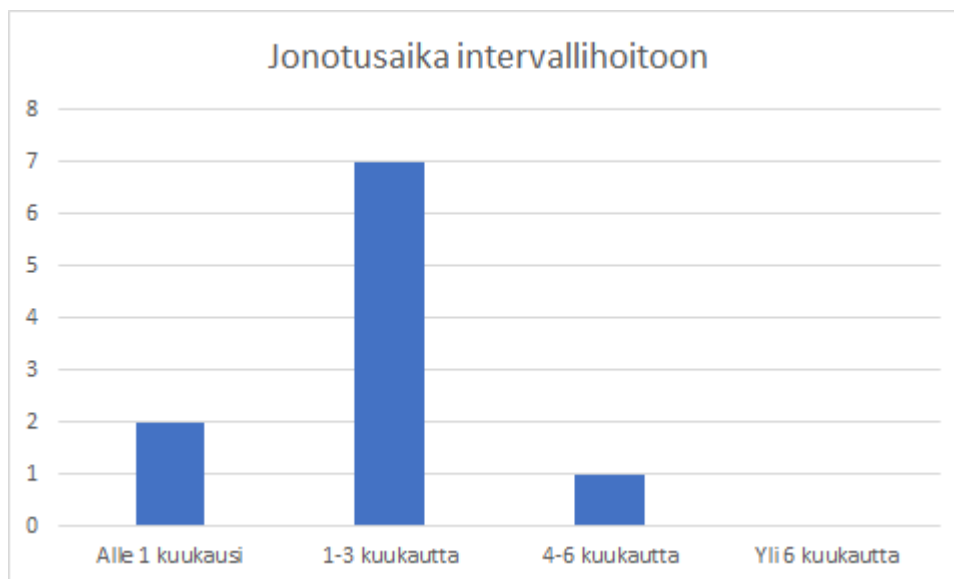
“Haimme lomakkeella, oli helppo täyttää”

Yksi vastaajista on tarvinnut apua hakulomakkeen täyttämässä:

“Tytär auttanut hakulomakkeen täytössä”

9.2.3 Intervallihoidon jonotusaika

Kaksi vastaajista on jonottanut paikkaa intervallihoidon alle kuukauden, seitsemän vastaajista 1-3 kuukautta, ja yksi vastaaja on jonottanut paikkaa 4-6 kuukautta.



Kuvio 7. Jonotusaika intervallihoitoon

9.2.4 Yhteistyö SAS-toimiston kanssa

Vastaukset kysymykseen yhteistyöstä SAS-toimiston (tar kanssa on jaettu kuuteen alaluokkaan, joita ovat: Yhteistyö koettu toimivana, tyytyväisyys yhteistyöhön, sujuva yhteistyö, kysymyksiin on saatu vastaukset, yhteistyö koettu hyvänä sekä yhteistyö koettu helpoksi ja joustavaksi. Näistä on muodostettu yksi yläluokka: Hyvä yhteistyö.

Seuraavassa lainaus yhdestä vastauksesta:

“Yhteistyö on ollut sujuvaa. Olen saanut kaiken avun mitä olen osannut pyytää”

9.3 Kokemukset hoidettavan intervallihoidosta

Seuraavilla kysymyksillä haettiin vastauksia kokemuksista hoidettavan intervallihoidosta. Osiossa oli kuusi suljettua kysymystä. Vastaaja sai valita sopivimman vaihtoehdon viidestä vastausvaihtoehdosta, jotka olivat: eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin samaa mieltä ja samaa mieltä.

9.3.1 Vastaanottotilanne

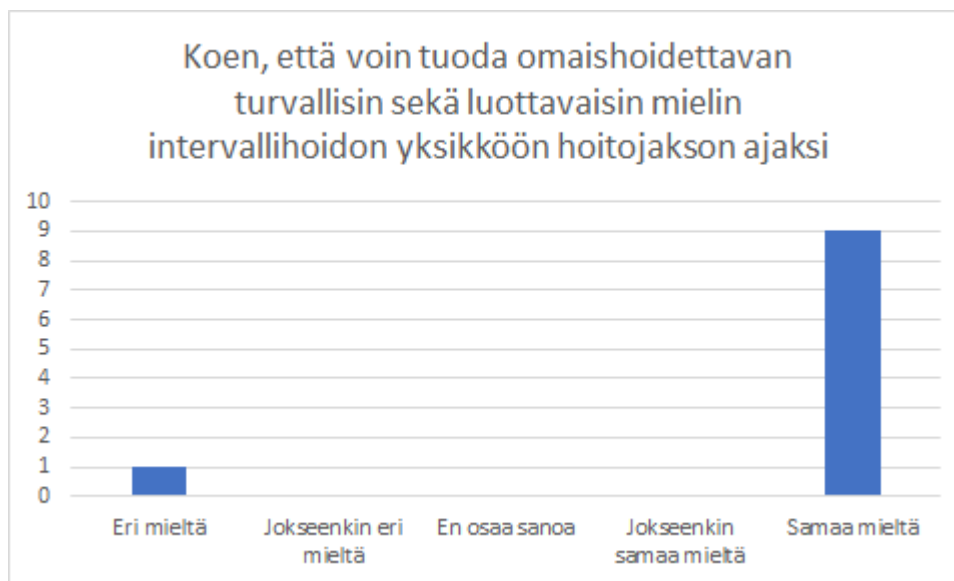
Omaishoitajista kuusi koki, että vastaanottotilanteessa omaishoidettavan ja omaishoitajan tarpeita ja toiveita kuunneltiin. Yksi vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä. Kaksi vastaajista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että vastaanottotilanteessa tarpeita ja toiveita kuunneltiin. Yksi vastaajista ei osannut sanoa.



Kuvio 8. Vastaanottotilanne

9.3.2 Turvallisuus ja luottamus hoitajakson aikana

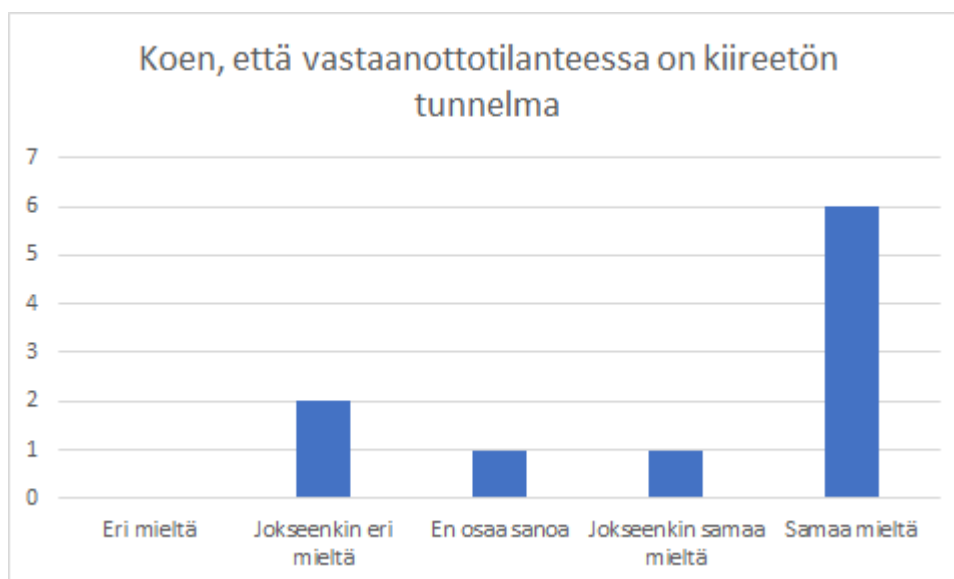
Vastaajista suurin osa eli yhdeksän kokee intervallihoitopaikat turvallisiksi sekä luotettaviksi. Yksi vastaajista kokee, ettei voi jättää hoidettavaansa turvallisiksi eikä luottavaisin mielin intervallihoitopaikkaan.



Kuvio 9. Turvallisuus ja luottamus hoitojakson aikana

9.3.3 Vastaanottotilanteen kiireetön tunnelma

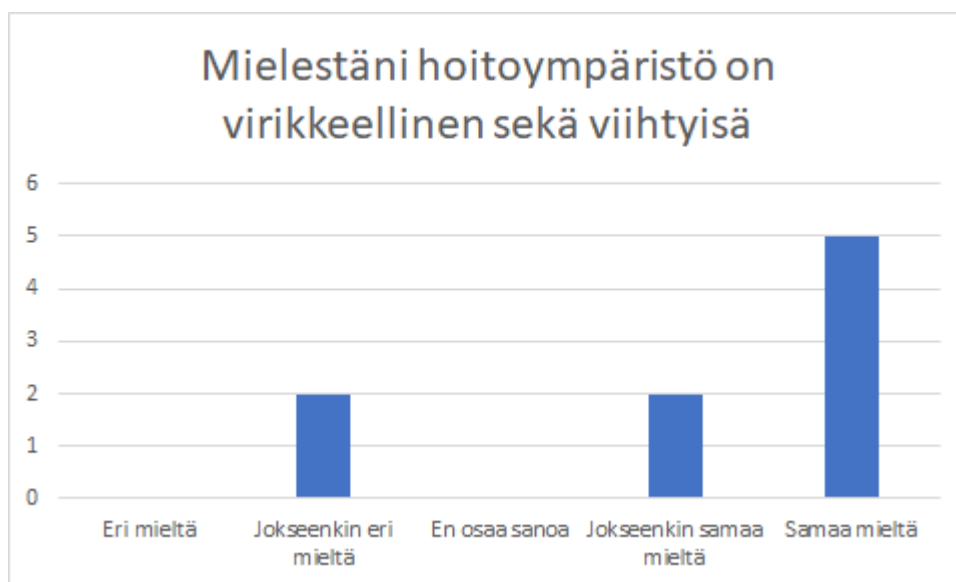
Vastaanottotilanteen kiireettömäksi onkokenut kuusi vastannutta omaishoitajaa. Yksi omaishoitaja on jokseenkin samaa mieltä vastaanottotilanteen kiireettömästä tunnelmasta. Kaksi vastaajaa on jokseenkin eri mieltä siitä, että vastaanottotilanne olisi kiireetön. Yksi omaishoitaja ei osaa sanoa mielipidettä asiasta.



Kuvio 10. Vastaanottotilanteen kiireetön tunnelma

9.3.4 Virikkeellinen ja viihtyisä hoitoympäristö

Hoitoympäristön kokee virikkeelliseksi ja viihtyisäksi viisi vastaajaa ja kaksi vastaajista on jokseenkin samaa mieltä. Jokseenkin eri mieltä hoitoympäristön virikkeellisyydestä ja viihtyisyydestä on kaksi vastannutta omaishoitajaa.



Kuvio 11. Virikkeellinen ja viihtyisä hoitoympäristö

9.3.5 Fyysisen toimintakyvyn ylläpito hoitojakson aikana

Vastaajista kuusi omaishoitajaa oli samaa mieltä siitä, että omaishoidettavan fyysistä toimintakykyä on ylläpidetty hoitojakson aikana. Yksi omaishoitaja oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista yksi oli eri mieltä siitä, että omaishoidettavan fyysistä toimintakykyä olisi ylläpidetty hoitojakson aikana. Kaksi omaishoitajaa ei osannut sanoa.



Kuvio 12. Fyysisen toimintakyvyn ylläpito hoitojakson aikana

9.3.6 Kotiutustilanne

Kuusi omaishoitajaa oli samaa mieltä siitä, että kotiutustilanteessa saa riittävästi tietoa siitä, kuinka omaisen hoitojakso on sujunut. Yksi omaishoitajista oli eri mieltä ja kaksi vastaajista jokseenkin eri mieltä siitä, että saivat riittävästi tietoa omaisen hoitojakson sujumisesta. Yksi omaishoitajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.



Kuvio 13. Kotiutustilanne

9.3.7 Ajatuksia ja kehittämisideoita intervallihoidosta

Tässä avoimessa kysymyksessä haettiin omaishoitajien kokemuksia ja ajatuksia intervallihoidosta, eli mitä he haluaisivat tuoda esille suljettujen kysymysten ohella. Vastaukset on jaettu analysoinnin tuloksena neljään yläluokkaan, joita ovat: kuntoutuksen tukeminen, tiedonkulku osaston ja omaisen välillä, hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus sekä toive kodinomaisesta hoitoympäristöstä. Nämä yläluokat jakautuivat seitsemään alaluokkaan, jotka esitellään taulukossa 4.

Taulukko 4. Muita kokemuksia/ajatuksia intervallihoidosta

| Pelkistetyt ilmaukset/koodit | Alaluokat | Yläluokat |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------|
| ”Osa potilaista/asiakkaista ovat osittain huonokuntoisia – omat mahdollisuudet askarrella tms. ovat heikot, voisi olla vaikkapa hyvää nähtävää ja pelaamista, kirjastonpalveluja ym.” | Aktiveetti | Kuntoutuksen tukeminen |
| ”Önskar att de skulle få vistas ute mera åtminstone sommardid. Nu är det ingen utevistelse alls.” ”Toivoisin että omainen nostettaisiin aamupalalle syömään pöytään, ei sängyssä ja muutenkin ylös sängystä välillä” ”Asentohoito tärkeää niille jotka eivät pysty itse kääntymään (tyynyjä)” | Ulkoilu | |
| ”Tiedon kulku intervallihoidon ja kodin välillä. Reissuvihkoon kirjaaminen – info toimisi molempiin suuntiin” | Tiedonkulku | Tiedonkulku osaston ja omaisen välillä |

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| <p>"Näen: Lääkärit ja hoitajat tyhönä ammattitaidolla paneutuneita, etten sainoisi sydämellään. Hienoja tarpeellisia ihmisiä. Auliita meitä pieniä auttamaan, kiitos heille"</p> <p>"Oleellista on hoitajien asenne, mikä tuntuu olevan kunnossa"</p> | Osaava hoitohenkilökunta | Hoitohenkilökunnan ammattitaitoisuus |
| "Juotavaa tarpeeksi" | Nesteytys | |
| "Ei ole kaikki on toiminut moitteettomasti" | Moitteeton toiminta | |
| "Hoitoympäristö on ehkä liian steriili. Voisi olla kodinomaisempi. Toisaalta annetut määräykset rajoittavat" | Laitosmaisuus | Toive kodinomaisesta hoitoympäristöstä |

Kuntoutuksen tukemisen toive näkyi vastauksissa:

"Osa potilaista/asiakkaista ovat osittain huonokuntoisia – omat mahdollisuudet askarrella tms. ovat heikot, voisi olla vaikkapa hyvää nähtävää ja pelaamista, kirjastonpalveluita ym."

9.4 Intervallihoidon kehittäminen

Tässä avoimessa kysymyksessä haettiin omaishoitajien ajatuksia siitä, miten intervallihoidoa voisi kehittää. Analysoinnin tuloksena vastaukset on jaettu kuuteen yläluokkaan, joita ovat: Hoitohenkilökunnan ammattitaito, kuntoutuksen tukeminen, asian tarkastelu valtakunnallisella tasolla, hoitoon tyytyväisyys, osastot sekä kotiutustilanne. Yläluokat jakautuivat vastausten perusteella 11 alaluokkaan, jotka esitellään taulukossa 5.

Taulukko 5. Kuinka intervallihoitoa voisi kehittää

| Pelkistetyt ilmaukset/koodit | Alaluokat | Yläluokat |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| "Hoitajille riittäisi hoitotyö. Apua keittiöön ruuanjakeluun ja syöttämiseen 5x/vrk" | Henkilökunnan työnjako | Hoitohenkilökunnan ammattitaito |
| "Kanske de finns arbetslösa ungdomar och studerande till närvårdare och sjukskötare som behöver praktik" | Henkilökunnan tarve | |
| "Muistisairas lepää mieluummin jos häneltä kysytään. Hoitajalla täytyy olla ammattitaitoa arvioida levon tarpeen." | Hoitohenkilökunnan ammattitaito | |
| "Kunde gå ut med åldringarna några gånger på sommaren" | Ulkoilu | Kuntoutuksen tukeminen |
| "Fysioterapian tarpeellisuus osastoilla erittäin tärkeä. Yleensä toipilaille erityisesti vanhuksille ja vammaisille" | Fysioterapia | |
| "Sängyssä yksin ei voi muuten nukkua. Jotakin toimintaa vaikka vain vähän aikaa, ettei intervalli aika olisi vain säilytyspaikka" | Aktiviteetti | |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| "Ne joilla on mahdollisuus voitaisiin laittaa eri toimintoihin. Tämä olisi vapaaehtoista ja tarvitsevat ohjaajan, se on jo taloudellinen haaste sen vuoksi ehkä vaikeaa" | | |
| "Asiaa pohdittaneen valtakunnan tasolla osin tulleitten epäkohtien johdosta" | Valtakunnallisuus | Asian tarkastelu valtakunnallisella tasolla |
| "Olen erittäin tyytyväinen hoidettavan hoitoon ja ylläpitoon" | Tyytyväisyys hoitoon ja ylläpitoon | Hoitoon tyytyväisyys |
| "Mahdollisuuksien mukaan oma osasto muistisairaille" | Omat osastot | Osastot |
| "Kotiutustilanteessa, kertominen muustakin kuin koska omainen tulee kotiin. Klo aika kuinka on voinut, onko jotain tapahtunut, vatsantoiminta" | Kotiutustilanteessa tiedonanto | Kotiutustilanne |
| "Kassit jotka lähetetään, tulisi vähän samalla tavalla takaisin, esim. hoitotarvikkeet omassa laukussa eikä sikiin sokin heitettyinä" | Kotiutustilanteessa tavaroiden valmiiksi pakkaaminen | |

Seuraavassa muutamia lainauksia omaishoitajien vastauksista:

"Mahdollisuuksien mukaan oma osasto muistisairaille"

"Hoitajille riittäisi hoitotyö. Apua keittiöön ruuanjakeluun ja syöttämiseen 5x/vrk"

"Fysioterapian tarpeellisuus osastoilla erittäin tärkeä. Yleensä toipilaille erityisesti vanhuksille ja vammaisille"

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012,6) mukaan tutkimus voi olla luotettava sekä eettisesti hyväksyttävä, jos tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tällöin tutkimuksessa tulee noudattaa seuraavia toimintatapoja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus.

10.1 Eettisyys

Tutkimusetiikka on keskeinen aihe niin hoitotieteellisissä tutkimuksissa kuin muidenkin tieteenalojen tutkimuksissa (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 211). Vilkan (2007, 90) mukaan hyvä käytäntö kaikissa tutkimuksissa on, etteivät tutkimuksen tavoitteet, aineiston kerääminen, tulosten esittäminen eikä saadun aineiston säilyttäminen loukkaa tutkimuksen kohderyhmää. Lisäksi tutkimuksen tulee olla hyödyllinen, ja sen on tuotettava jotain uutta ja käyttökelpoista tietoa (Heikkilä 2008, 32).

Tässä tutkimuksessa tekijät pyrkivät noudattamaan tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tekijät käyttivät asianmukaisia sekä ajankohtaisia lähdeviitteitä. Raportointivaiheessa tutkijat käsitelivät tutkimustuloksia puolueettomasti sekä luottamuksella. Tutkimuksen tekijät eivät vääristelleet tai muuttaneet saatuja vastauksia. Tutkimusprosessin loputtua täytetyt kyselylomakkeet tuhottiin kirjekuorineen asianmukaisesti.

Kankkunen & Julkunen-Vehviläisen (2013, 219) mukaan tutkimukseen osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista, ja tutkimuksesta voi kieltäytyä. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja tutkimuksen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti tulee säilyttää. Anonymiteetillä tarkoitetaan sitä, että tutkimustyön tietoja ei luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuolella olevalle henkilölle. Aineiston ollessa pieni, voidaan anonymiteettia turvata kuvaamalla taustatiedot keskiarvoina. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 221.) Kyselylomakkeissa ei kysytty omaishoitajien eikä hoidettavien henkilötie-

toja. Osastoille laitettiin vastauslaatikot, johon omaiset saivat viedä täytetyt kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa. Näin hoitohenkilökuntakaan ei nähnyt, mitä omaishoitajat olivat vastanneet.

Lisäksi tekijöiden sitoutuneisuus ja tunnollisuus työn tekemiseen vaikuttavat tutkimuksen eettisyyteen (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2013, 211). Kumpikin tutkimuksen tekemiseen osallistunut oli alusta asti sitoutunut työstämään tutkimusta tunnollisesti, ja molemmat tekijät olivat aidosti innostuneita aiheesta sekä halusivat löytää uutta tietoa aiheeseen liittyen.

10.2 Luotettavuus

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013,189) tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla arvioidaan, onko tehdyllä tutkimuksella pystytty mittamaan sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tärkeänä osana myös se, että otos on edustava sekä tarpeeksi suuri ja vastausprosentti mahdollisimman korkea (Heikkilä 2008, 188). Tässä tutkimuksessa otos oli kattava, koska tutkimus toteutettiin kaikissa Vaasan intervalliyksiköissä, mutta tutkimuksen luotettavuutta laski alhaiseksi jäänyt vastausprosentti, joka oli noin 13 prosenttia.

Tutkimuksen tekijät vaikuttivat tutkimuksen validiteettiin suunnittelemalla kyselylomakkeen tarkasti ja huolellisesti. Kyselylomakkeen suunnittelu ja lomakkeen esitestaus ovat tärkeimpiä vaiheita, sillä virheitä kyselylomakkeessa ei voi korjata enää tutkimuksen toteuttamisen jälkeen. (Vilka 2007, 78.) Tämän tutkimuksen kyselylomake oli tiivis, selkeä ja kysymykset yksiselitteisiä sekä helposti ymmärrettäviä. Tutkijat eivät käyttäneet valmista mittaria tutkimuksessa, joten tutkijat esitestasivat kyselyn suunnitteluvaiheessa muutamalla henkilöllä, jotka eivät kuuluneet tutkimuksen perusjoukkoon. Tällä varmistettiin lomakkeen toimivuus. Esitestaajilta saadun palautteen perusteella tutkijat tekivät muutamia muutoksia varsinaiseen kyselylomakkeeseen.

Tutkimuksen tekijät toimittivat Vaasan intervallyyksiköihin kyselylomakkeet paperisina kirjekuorissa. Intervallyyksiköiden hoitajat antoivat omaishoitajille kyselylomakkeen, eli tekijät eivät tavanneet henkilökohtaisesti vastaajia, eivätkä näin voineet vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Hoitajat pitivät listaa siitä, kenelle kyselylomakkeet on annettu, joten yksi omaishoitaja pystyi vastaamaan vain yhteen kyselylomakkeeseen.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat lähteiden laatu sekä lähteiden oikeaoppinen merkitseminen (Vilkka 2007, 34; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012,6). Tässä tutkimuksessa on monipuolisesti erilaisia ajankohtaisia lähteitä. Tutkimuksen tekijät suhtautuivat kriittisesti lähteisiin.

Lähdemerkintöihin tekijät ovat panostaneet tarkastamalla ne useasti ja huolehtimalla niiden oikeasta merkitsemistavasta Vaasan ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeiden mukaan. Tekijät eivät ole plagioineet tekstiä ja tekstin alkuperää on kunnioitettu oikeaoppisilla lähdemerkinnöillä.

Lisäksi tämän tutkimuksen luotettavuutta lisäsi kahden tutkijan käyttö. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2004, 218) mukaan kahden tutkijan käytöllä pienennetään virheiden mahdollisuutta aineistonkeräysvaiheessa sekä analysointivaiheessa. Koska tutkimuksen tekijät olivat kokemattomia, se lisäsi virheiden mahdollisuutta.

11 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutumista, johtopäätöksiä, jatkotutkimusaiheita, sekä opinnäytetyötä oppimisprosessina.

11.1 Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden toteutuminen

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata omaishoitajien kokemuksia intervallihoidosta sekä miten intervallihoidoa voisi kehittää. Opinnäytetyön tarkoitus toteutui, sillä kyselylomakkeet jaettiin Vaasan intervalliyksiköihin ja omaishoitajat, joiden omaishoidettava käy intervallihoidossa saivat vastata kyselyyn. Kymmenen omaishoitajaa vastasi kyselyyn, he kuvasivat kokemuksia intervallihoidosta ja sen kehittämisestä kyselylomakkeen kysymysten pohjalta.

Tavoitteena tällä tutkimuksella oli saada omaishoitajien kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta. Tämä tavoite toteutui. Opinnäytetyön tekijät saivat kymmeneltä omaishoitajalta heidän kokemuksiansa intervallihoidosta. Lisäksi tavoitteena oli kehittää ammatillista osaamista. Tekijät kokevat, että opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt heidän ammatillista osaamistansa, sekä että he ovat saaneet lisää tietoa omaishoitajista, omaishoidettavista, intervallihoidosta sekä SAS-toiminnasta.

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Seuraavassa käsittelemme opinnäytetyön tutkimuskysymysten toteutumista yksi kysymys kerrallaan:

1. Millaisia kokemuksia omaishoitajilla on yhteistyöstä SAS-toimiston kanssa

Tulosten perusteella omaishoitajat kokivat yhteistyön hyväksi SAS-toimiston kanssa. SAS-toimiston kanssa työskentely oli ollut helppoa ja toimivaa vastanneiden omaishoitajien mielestä. Omaishoitajat olivat saaneet vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin SAS-toimistosta.

2. Millaisia kokemuksia omaishoitajilla on omaishoidettavan intervallihoidosta?

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että suurimmalla osalla vastanneistaa omaishoitajistaa oli positiivisia kokemuksia hoidettavan intervallihoidosta. Tutkimuskyselyssä oli kuusi kysymystä liittyen omaishoitajien kokemuksiin intervallihoidosta. Seuraavassa käymme läpi kysymys kerrallaan omaishoitajien kokemuksia:

Vastaajista seitsemän kokivat, että aina intervallihoitoon mennessä heidän toiveitaan ja tarpeitaan kuunneltiin. Kaksi omaishoitajaa kokivat, ettei heidän tarpeitaan ja toiveita kuunneltu. Lisäksi seitsemän vastaajista kokivat, että vastaanottotilanteessa oli kiireetön tunnelma. Kaksi omaishoitajaa kokivat vastaanottotilanteen kiireelliseksi.

Suurin osa omaishoitajista kokivat, että intervallihoitopaikat olivat turvallisia ja luotettavia. Yhdeksän vastaajista kokivat, että voivat tuoda omaishoidettavan turvallisin ja luottavaisin mielin hoitajaksolle. Yksi omaishoitaja koki, ettei voi jättää hoidettavaansa turvallisin eikä luottavaisin mielin hoitopaikkaan.

Hoitoympäristön virikkeelliseksi ja viihtyisäksi kokivat seitsemän vastannutta omaishoitajaa. Kaksi omaishoitajista kokivat, ettei hoitoympäristö ole virikkeellinen eikä viihtyisä.

Seitsemän omaishoitajaa kokivat, että omaishoidettavan fyysistä toimintakykyä ylläpidettiin hoitajakson aikana. Yksi koki, ettei omaishoidettavan fyysistä toimintakykyä ylläpidetty hoitajakson aikana.

Kotiutustilanteessa kuusi vastannut omaishoitajaa kokivat saavansa riittävästi tietoa, kuinka omaishoidettavan hoitajakso on sujunut. Kolme omaishoitajista kokivat, ettei saanut tarpeeksi tietoa siitä, kuinka omaishoidettavan hoitajakso on sujunut.

3. Miten intervallihoitoa voitaisiin kehittää omaishoitajien mielestä?

Tutkimuksen perusteella omaishoitajilla oli intervallihoitoon kehittämideoita. Vastanneet omaishoitajat ehdottivat, että intervallihoitopaikoissa tulisi tukea enemmän omaishoidettavan kuntoutusta esimerkiksi lisäämällä fysioterapiaa hoitajakson aikana. Omaishoitajat halusivat, että hoitohenkilökunta saisi keskittyä ainoastaan

hoitotyöhön sekä henkilökuntaa voisi olla enemmän hoitopaikoissa. Kotiutustilanteessa olisi tärkeää hyvä tiedonanto hoitojaksosta.

11.2 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, koska vastauksia oli liian vähän. Tutkimuksen vastausprosentti (noin 13%) oli alhainen, vaikka aihe on ajankohtainen. Vastausprosentin alhaisuuteen saattoi vaikuttaa, ettei omaishoitajat ole saaneet kyselylomakkeita, joka saattoi johtua hoitajien kiireestä, hoitajien muistamattomuus kyselylomakkeista ja tiedonkulun katkeamisesta. Omaishoitajat saattoivat unohtaa myös palauttaa täytetyt kyselylomakkeet vastauslaatikkoon. Myös omaishoitajien kiire on voinut vaikuttaa siihen, etteivät he ole jaksaneet/ehineet täyttää kyselylomaketta.

Tähän tutkimukseen osallistuneet omaishoitajat olivat valtaosaksi miehiä, kun useissa kansallisessa ja kansainvälissä tutkimuksissa omaishoitajat ovat olleet suurimmaksi osaksi naisia (Pöysti, Laakkonen, Strandberg, Savikko, Tilvis, Eloniemi-Sulkava & Pitkälä 2012, 2; Välimäki 2012, 31; Potier, Degryse, Bihin, Debacq-Chainiaux, Charlet-Renard, Martens & Saint-Hubert 2018, 3). Tämän tutkimuksen tekijät eivät osaa nimetä tiettyä syytä tähän, saattoi olla vain sattumaa, että mies-omaishoitajat vastasivat kyselyyn, tai jos Vaasassa toimii enemmän miehiä omaishoitajina kuin naisia. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet omaishoidettavat olivat hoidettavalleen kumppani/puoliso, eli omaishoitajuus painottui puoliso-omaishoittoon.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että omaishoitajuus on sitovaa ja vaativaa. Tähän tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista yksi on toiminut alle yhden vuoden omaishoitajana, kahdeksan on toiminut omaishoitajana 5-10 vuotta ja yksi yli 10 vuotta.

Vaikka vastausmäärä oli pieni, positiivista on se, että omaishoitajat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä intervallihoidopaikkoihin sekä hoito koettiin ammattitai-

toiseksi. Myös intervallihoitoon hakeutuminen koettiin yksinkertaiseksi. Omaishoitajat halusivat kehittää intervallihoitopaikkoja enemmän kodinomaisemmiksi, mutta kokevat että hoitoympäristö on sekä virikkeellinen että turvallinen.

Tutkimuksen tekijöiden mielestä omaishoitajuudesta sekä intervallihoidosta tulisi puhua enemmän. Vain pieni osa omaishoidettavista käy intervallihoidossa säännöllisesti, vaikka omaishoitajilla olisi oikeus vapaisiin. Omaishoitajat tarvitsevat vapaa-aikaa, ja intervallihoito mahdollistaa tämän. Siksi onkin tärkeää, että omaishoitajat pystyvät luottamaan intervallihoitopaikkaan, ja omaishoitajat voisivat jättää omaishoidettavan turvallisista mielin. Tämän tutkimuksen perusteella Vaasan intervallihoitopaikat koettiin luotettavina ja turvallisina.

Tutkimuksen vastausten perusteella Vaasan intervallihoitopaikkoja tulisi kehittää vielä enemmän omaishoidettavien tarpeita vastaaviksi. Tämän tutkimuksen vastausten perusteella tulisi kiinnittää enemmän huomiota omaishoidettavan fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon esimerkiksi lisäämällä fysioterapiaa.

Myös omaishoitajien jaksamiseen tulisi kiinnittää huomiota, koska hoitopaikoissa omaishoidettavat ovat hoidon keskiössä, ja omaishoitaja jää usein ulkopuolelle, eikä hänen jaksamiseensa kiinnitetä niin paljoa huomiota. Opinnäytetyön tekijöiden arvostus omaishoitajia kohtaan on noussut ja myös heidän tekemä työ on avautunut enemmän tutkimuksen tekijöille. Tekijät kokevat, että omaishoito on ajankohtainen aihe, sekä sen nykytilanne herätti tutkijoiden mielenkiinnon tutkia aihetta enemmän.

11.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheiksi tutkijat ehdottavat seuraavia aiheita:

-Tutkimusta, joka tutkii omaishoitajien kokemuksia kuntoutuksen tukemisesta intervallihoito-osastolla

-Tutkimusta, joka tutkii hoitajien kokemuksia intervallihoidon toimivuudesta

- Tutkimus, joka keskittyisi SAS-toimiston toimivuuteen
- Tämän tutkimuksen toistaminen, koska vastaajamäärä tässä tutkimuksessa oli pieni
- Omaishoidettaville suunnattu tutkimus heidän kokemuksistaan intervallihoidosta sekä -paikoista
- Opas intervallihoitopaikoista ja miten intervallihoitoon hakeudutaan
- Infopäivä omaishoitajille intervallihoidosta ja intervallihoitopaikoista

11.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi, mutta hyvin opettavainen. Opinnäytetyön tekijöillä ei ollut aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä, mikä toi haasteita tutkimuksen tekemiseen.

Ajankäytön suunnittelu oli haastavaa, kun tekijöitä oli kaksi, mutta myös opettavasta. Koska teimme työn parityönä, opimme jakamaan vastuuta ja tekemään yhteisiä päätöksiä ottamalla molempien mielipiteet huomioon. Tutkijoille vahvistui, että päätös tehdä tutkimus kahdestaan oli onnistunut. Parityöskentelyn johdosta saimme toisesta tarvitsemaamme tukea sekä painetta tehdä työtä eteenpäin. Tarkoituksena oli saada opinnäytetyö valmiiksi joulukuuhun 2019 mennessä, ja tämä toteutui.

Tutkijat oppivat opinnäytetyö prosessin aikana kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen perusteista sekä miten tutkimus tehdään ja toteutetaan. Prosessin aikana tutkijat oppivat myös yhteistyötaitoja, koska yhteistyötä tuli tehtyä useamman tahon kanssa, kuten opinnäytetilaja -yksikön kanssa, intervalliyksiköiden sekä ohjaavan opettajan kanssa.

LÄHTEET

- Airila, A. 2000. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Viitattu 21.3.2019. <https://docplayer.fi/15975497-Viriketoiminnan-vaikutus-vaikeasti-dementoituneen-kaytosoireisiin.html>
- Elo, S. 2010. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 92-108. Toim. Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOY pro Oy.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Pitkälä, K. 2006. Dementia inhimillisenä ja yhteiskunnallisena haasteena. Teoksessa Omaishoito yhteistyönä, 15-26. Toim. Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko N. & Pitkälä, K. Vanhustyön keskuspalveluliitto. Viitattu 20.11.2019. http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efaf1/Omaishoito_yhteistyona_Iakkaiden_dementiaperheiden_tutkimallin.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Ikäihmisten kotihoidon toimintamalli ja kirjaamisen edellytykset. 2017 Ikihanke, Toimintaopas. https://thl.fi/documents/920442/3225039/iki_toimintaopas.pdf/d63cc653-fcbf-4dac-88e1-d1316beb7d03
- Hammar, M-L & Perälä, T. 2007. Kotiutumiskäytännön prototyypin kehittäminen. Palko osatutkimus 3. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.3.2019. <http://info.stakes.fi/palko/FI/prototyyppi/index.htm>.
- Hankamäki, J. 2009. Sensuurin Suomi. Helsinki. Books on Demand GmbH.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi
- Helminen, S. 2010. Hoidon laatuun vaikuttavat tekijät ja hoidon laadunhallinta pienissä, yksityisissä vanhainkodeissa –esimiesten näkökulma. Pro gradu tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.
- Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen M., & Salanko-Vuorela M. 2011. Omaishoito- tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma 2014. Työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 18.1.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kari, O., Niskanen, T., Lehtonen H. & Arslanoski V. 2013. Kuntoutumisen tukeminen. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Kelo S., Launiemi H., Takaluoma M. & Tiittanen H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kim, H. 2010. Nature of Theoretical Thinking in Nursing: Third Edition. Viitattu 20.3.2019. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/vamklibrary-ebooks/detail.action?docID=547304> (Maksullinen tietokanta).

Kotiranta, T. 2011. Lyhytaikaiset hoitajaksot omaishoitoa täydentämässä. Teoksessa Omaishoito-tietoa ja tukea yhteistyöhön, 178-180. Toim. Kaivolainen M., Kotiranta T., Mäkinen E., Purhonen M. & Salanko-Vuorela M. Helsinki. Duodecim.

Kotiranta, T. 2011. Perhelähtöisyyden vahvistaminen hoito- ja palvelukodeissa. Teoksessa Omaishoito-tietoa ja tukea yhteistyöhön, 188-191. Toim. Kaivolainen M., Kotiranta T., Mäkinen E., Purhonen M. & Salanko-Vuorela M. Helsinki. Duodecim.

Koppa 2015 a. Tutkimusmenetelmät ja-aineistot. Tutkimusstrategiat. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.4.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/kirjastotuutori/aihehaku-tutkimusprosessissa/menetelmatietoa-ja-palveluja>

Koppa 2015 b. Poikittaistutkimus. Tutkimusstrategiat. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.4.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/poikittaistutkimus>

Koppa 2015 c. Laadullinen tutkimus. Tutkimusstrategiat. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.4.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

L 2.12.2005/937. Omaishoidon tuki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 18.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

L 11.6.1999/731. Perustuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 23.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.1.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

L17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 14.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1982/19820710>

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 19.1.2019. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980>

Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson S. & Janlöv, A-C. 2016. Family caregiver`s experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Cinahl* 6.7.2016. Viitattu 26.3.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12275> (Maksullinen tietokanta).

Meriläinen, M. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö – psyykinen elämänlaatu ja toimipinen. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Mikkola T. 2009. Sinusta kiinni- tutkimus puoliso hoivan arjen toimijuuksista. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Muurinen, S. 2002. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Muistiliitto 2017. Omaishoitajuus. Muistisairaudet. Viitattu 18.1.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/koko-perheen-sairaus/omaishoitajuus>

Mönkäre, R & Semi, T. 2014. Kuvallinen ilmaisu, kuvataide ja valokuvataide muistisairaahan toimintakyvyn tukena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 126-127. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Neville, C., Beattie, E., Fielding E. & MacAndrew, M. 2014. Literature review: Use of respite by carers of people with dementia. *Cinahl* 1.11.2013. Viitattu 26.3.2019. <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=30ef8893-128d-4854-ba05-52e687bc7807%40sdc-v-sessmgr02> (Maksullinen tietokanta).

Omaishoitajaliitto 2019 a. Omaishoidon tuki. Omaishoidon tietopaketti. Viitattu 14.3.2019. <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/omaishoidon-tuki/>

Omaishoitajaliitto 2019 b. Ansiotyö ja omaishoito. Omaishoidon tietopaketti. Viitattu 13.3.2019. <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/ansiotyo-ja-omaishoito/>

Potier, F., Degryse, J.-M., Bihin, B., Debaq-Chainiaux, F., Charlet-Renard, C., Martens, H. & Saint-Hubert., M. 2018. Health and frailty among older spousal caregivers: an observational cohort study in Belgium. *BMJ Geriatrics* 18, 291, 1-9.

Purhonen, M., Nissi-Onnela S. & Malmi M. 2011. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Omaishoito-tietoa ja tukea yhteistyöhön, 12-17. Toim. Kaivolainen M., Kotiranta T., Mäkinen E., Purhonen M. & Salanko-Vuorela M. Helsinki. Duodecim.

Purhonen, M. & Tuomi M. 2015. Omaishoitoa ennen ja nyt, kehittämisenäkymiä. Teoksessa Lähellä ja tukena, 3-5. Toim. Purhonen M. & Nummela I. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. Viitattu 14.2.2019. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/50D07624412D3C9DC22577EC00417FAB/\\$FILE/Omaishoitajien%20kirkkopyh%E4materiaali%202015.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/50D07624412D3C9DC22577EC00417FAB/$FILE/Omaishoitajien%20kirkkopyh%E4materiaali%202015.pdf)

Purhonen, M., Mattila, Y. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon tuki ja omaishoitosopimus. Teoksessa Omaishoito-tietoa ja tukea yhteistyöhön, 26-28. Toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. Helsinki. Duodecim.

Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Strandberg, T., Savikko, N., Tilvis, R., Eloniemi-Sulkava, U. & Pitkälä, K. 2012. Gender Differences in Dementia Spousal Caregiving. *International Journal of Alzheimer's Disease*. Viitattu 20.11.2019. <http://downloads.hindawi.com/journals/ijad/2012/162960.pdf> (Maksullinen tietokanta).

Rappe, E., Kotilainen, J., Rajaniemi, J. & Topo, P. 2018. Muisti- ja ikäystävällisyyttä asuinympäristöihin. Opas. Ikäinstituutti. Trinket Oy. Viitattu 25.3.2019 https://www.tts.fi/files/566/Terveystta_edistavien_ja_kuntouttavien_ymparistojen_suunnittelu_TTS_jakoon.pdf

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Riekkola Carabante, J., Rutberg, S., Lilja, M. & Isaksson, G. 2017. Spousal caregivers' experiences of participation in everyday life when living in shifting contexts. *Cinahl*. 26.5.2017. Viitattu 26.3.2019. https://www.researchgate.net/profile/Margareta_Lilja/publication/317499709_Spousal_caregivers%27_experiences_of_participation_in_everyday_life_when_living_in_shifting_contexts/links/5bab44b792851ca9ed25f66c/Spousal-caregivers-experiences-of-participation-in-everyday-life-when-living-in-shifting-contexts.pdf (Maksullinen tietokanta).

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, 12-21. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen P. Helsinki. Tammi.

Räsänen, R. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. 2018. Keuruu. Printek.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 a. Triangulaatio. Menetelmäopas. Tampere. Viitattu 9.4.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 b. Tutkimusongelmat. Menetelmäopetus. Tampere. Viitattu 9.4.2019. https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_1.html

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Salanko-Vuorela, M. 2011. Omaishoidon näkymiä. Teoksessa Omaishoito-tietoa ja tukea yhteistyöhön, 220-228. Toim. Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. Helsinki. Duodecim.

Seppänen, M. 2014. Sosiaalinen toimintakyky. Lapin yliopisto. Viitattu 25.3.2019. http://www.sosiaalikollega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/16-12-marjaana-seppanen

Sipilä, S., Rantanen, T. & Tiainen, K. 2013. Lihaskoivu. Teoksessa Gerontologia 141-152. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Duodecim. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Perhe- ja sosiaaliosasto. Viitattu 25.3.2019. <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmisten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma, työryhmän loppuraportti. Viitattu 23.1.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70270/URN_ISBN_978-952-00-3483-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Kuntainfo: Omaishoidon tuen hoitopalkkiot vuonna 2018. Ajankohtaista. Viitattu 23.1.2019. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-omaishoidon-tuen-hoitopalkkiot-vuonna-2018

Strandberg, T & Tilvis, R. 2016. Vanhuksen toimintakyvyn ylläpito ja pitkäaikaisen laitoshoidon ehkäisy. Teoksessa Geriatria, 444-445. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskeniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Hoitotiede, 27,4, 259-273.

THL 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 25.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

THL 2017. Käsitteitä sosiaalisesta toimintakyvystä. Tutkimus ja kehittäminen. Viitattu 25.3.2019. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sosku/sosiaalinen-kuntoutus/kuntakysely/sosiaalinen-toimintakyky>

THL 2019 a. Omaishoidon tuen ja palvelujen kehitys. Tutkimus ja kehittäminen. Viitattu 13.3.2019. <https://www.slideshare.net/THLfi/omaishoidon-tuen-ja-palvelujen-kehitys>

THL 2019 b. Mitä toimintakyky on. Viitattu 20.3.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Tilastokeskus. Käsitteet. Tietoa tilastoista. Viitattu 9.4.2019. <https://www.stat.fi/meta/kas/muuttuja.html>

Tikkanen, U. 2016. Omaishoidon arki. Helsingin yliopisto.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Suositus. Viitattu 25.3.2019. <https://docplayer.fi/7972158-Sosiaalisen-toimintakyvyn-arviointi-ja-mittaaminen-vaestotutkimuksissa-kirjoittajat-pirjo-tiikkainen-riitta-liisa-heikkinen.html>

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Vanheneminen ja terveys, 146-168. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Gerontologia, 284-290. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Tilvis, R & Viitanen, M. 2016. Hermoston ja aivojen vanheneminen. Teoksessa Geriatria, 27. Toim. Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Tokola, E. 2016. Apua ja huolenpitoa -opas avustajille. BoD – Books on Demand. Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukka-sepäilyjen käsitleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 30.10.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaasan kaupunki 2019 a. Omaishoidon tuki. Palveluopas. Viitattu 23.1.2019. <https://www.vaasa.fi/palvelut/omaishoidon-tuki>

Vaasan kaupunki 2019 c. Ikäihmisten hoitopaikat. Palveluopas. Viitattu 18.1.2019. <https://www.vaasa.fi/palvelut/ikaihminen-hoitopaikat>

Vaasan sosiaali- ja terveystoimi. Ikäihmisten päiväkeskustoiminnan ja tilapäisen lyhytaikaishoidon ja intervallihoidon myöntämisen perusteet ja palvelukuvaus 2016. Viitattu 6.2.2019.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Voutilainen, P. 2010. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö, 124-144. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro Oy.

Vuotilainen P., Kattainen E. & Heinola R. 2007. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisut. Viitattu 14.3.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71611/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224762.pdf?sequence=1>

Välimäki, T. Family caregivers of persons with Alzheimer's disease: Focusing on the Sense of Coherence and Adaptation to Caregiving. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Pro gradu –tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Zborowsky, T. 2014. The Legacy of Florence Nightingale's Environmental Theory: Nursing Research Focusing on the Impact of Healthcare Environments. Cinahl. 1.7.2014. Viitattu 26.3.2019. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=a84c97f1-3d45-4f71-b41d-29608770da67%40pdc-v-sessmgr03> (Maksullinen tietokanta).

TAULUKKO 1.

TIETOKANTAHAKUJEN KUVAUS

| Tietokanta Pvm | Hakusanat | Rajaukset | Osumien määrä | Käytettyjen julkaisujen määrä |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| PubMed 26.3.2019 | ("Respite care"[Majr]) | 10 years English | 230 | 1 |
| PubMed 20.11.2019 | ("Caregivers" [Majr] "aged" [Majr]) | 5 years Free full text | 20 | 1 |
| Cinahl 26.3.2019 | MM "Carers" AND MM "Respite" | 2014-2019 English Finnish | 153 | 1 |
| Cinahl 26.3.2019 | MM "Florence Nightingales environmental theory" | 2014-2019 English Finnish | 4 | 1 |
| Cinahl 26.3.2019 | MM "Family caregivers" AND MM "Experience" AND MM "Formal care" | 2015-2019 English Finnish | 17 | 1 |
| Cinahl 26.3.2019 | MM "Social environment" AND MM "nursing home" | 2014-2019 English Finnish | 65 | 1 |
| Cinahl 26.3.2019 | MM "Respite care" | 2009-2019 English Finnish | 230 | 1 |

LIITE 1

SAATEKIRJE**Vaasa 6.2.2019**

Arvoisa vastaaja,

Olemme Vaasan ammattikorkeakoulusta sairaanhoitajaopiskelijat Jonna Suhonen ja Lotta Tähtilä. Teemme opinnäytetyötä omaishoitajien kokemuksista hoidettavan intervallihoidosta Vaasassa. Olemme kiinnostuneita kuulemaan Teidän kokemuksistanne hoidettavan intervallihoidosta sekä yhteistyöstä SAS-toimiston kanssa. SAS-toiminnalla tarkoitamme SAS-toimiston työryhmää, mikä arvioi ja sijoittaa asiakkaan intervallipaikkaan.

Tämän saatekirjeen liitteenä on kyselylomake, joka on suunnattu omaishoitajille. Toivomme teidän vastaavan kyselyymme. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 15-20 minuuttia. Kyselylomake on sekä suomen että ruotsinkielellä, voitte vastata haluamallanne kielellä. Henkilöllisyytenne ei tule tutkimuksessa esille, eikä tietojanne anneta ulkopuolisten käyttöön. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Vaasan ammattikorkeakoulun lehtori Johanna Latvala puh. +358 207 663 422 ja sähköposti johanna.latvala@vamk.fi

Täytetyn kyselylomakkeen voitte jättää osastolle kirjekuudessa, viimeistään 9.6.2019

Mikäli teillä ilmenee jotain mietteitä tai kysymyksiä tutkimukseemme liittyen, ottakaa yhteyttä meihin. Kiitos osallistumisestanne!

Ystävällisin terveisin,

Jonna Suhonen
Sairaanhoitajaopiskelija
e1700072@vamk.edu.fi

Lotta Tähtilä
Sairaanhoitajaopiskelija
e1700079@edu.vamk.fi

LIITE 2

**KYSELY****OMAISHOITAJIEN KOKEMUKSIA HOIDETTAVAN INTERVALLIHOIDOSTA VAASASSA**

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa oleviin kysymyksiin. Kysely sisältää 15 kysymystä ja vastaaminen vie aikaa noin 15-20 minuuttia. Kysely täytetään nimettömänä.

TAUSTATIEDOT**1. Sukupuoli**

- Nainen
- Mies
- Muu

2. Omaishoitajan ikä

- Alle 65 vuotta
- 65-74 vuotta
- 75-80 vuotta
- yli 80 vuotta

3. Kuinka kauan olette olleet omaishoitajana?

- Alle 1 vuotta
- 1-4 vuotta
- 4-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

4. Hoidettava on minulle

- Puoliso/Kumppani
- Äiti
- Isä
- Sisarus
- Muu: Kuka? _____

5. Kuinka kauan omaishoidettavanne on käynyt intervallihoidossa?

- Alle 1 vuotta
- 1-4 vuotta
- 5-10 vuotta
- yli 10 vuotta

6. Kuinka usein omaishoidettavanne käy intervallihoidossa?

7. Kuinka kauan yksi hoitajakso kestää?

INTERVALLIHOITOON HAKEUTUMINEN

8. Miten saitte tietoa intervallihoidosta?

9. Kun haitte intervallihoitopaikkaa, minkälaisena koitte hakulomakkeen?

10. Kuinka kauan jouduitte jonottamaan paikkaa intervallihoitoon?

- Alle 1 kuukautta
- 1-3 kuukautta
- 4-6 kuukautta
- Yli 6 kuukautta

11. Miten olette kokeneet yhteistyön SAS-toimiston kanssa?

KOKEMUKSET HOIDETTAVAN INTERVALLIHOIDOSTA

Rastittakaa vaihtoehto, joka vastaa teidän henkilökohtaista mielipidettä

12. Koen että vastaanottotilanteessa omaishoidettavan ja minun tarpeita ja toiveita kuunnellaan

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

13. Koen että voin tuoda omaishoidettavan turvallisin sekä luottavaisin mielin intervallihoidon yksikköön hoitojakson ajaksi

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

14. Koen että vastaanottotilanteessa on kiireetön tunnelma

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

15. Mielestäni hoitoympäristö on virikkeellinen sekä viihtyisä

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

16. Mielestäni omaishoidettavan fyysistä toimintakykyä on ylläpidetty hoitojakson aikana

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

17. Kotiutustilanteessa saan riittävästi tietoa siitä, kuinka omaisen hoitojakso on sujunut

- Eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Samaa mieltä

18. Onko teillä muita kokemuksia/ajatuksia intervallihoidosta, mitä haluaisitte tuoda esille?

19. Miten intervallihoitoa voisi kehittää?

Kiitos vaivannäöstänne ja ajastanne!

LIITE 3

FÖLJEBREV**Vasa 6.2.2019**

Bästa svarare,

Vi är två sjukskötarestudenterna, Jonna Suhonen och Lotta Tähtilä, från Vasa yrkeshögskola VAMK. Vi skriver vårt examensarbete som handlar om närståendevårdarens erfarenheter av klientens/patientens intervallvård i Vasa. Vi är intresserade av att höra om era erfarenheter av intervallvården och av samarbetet med SAS-team. Med SAS-team menar vi SAS-teams arbetslag, som bedömer och placerar klienten till en intervallvårdsplats.

Bifogat med följebrevet finns ett frågeformulär för närståendevårdarna. Vi hoppas att ni deltar i vår undersökning. Att svara på frågeformuläret är frivilligt och ni kan när som helst avbryta ert deltagande. Att svara på frågeformuläret tar 15–20 minuter. Frågeformuläret finns både på finska och på svenska och ni kan välja på vilket språk ni vill svara. Er identitet kommer inte fram i något skede av undersökningen och inga uppgifter om er ges till utomstående. Efter att examensarbetet har blivit färdigt, kommer frågeformulären att förstöras. Lärdomsprovet handleds av lektor Johanna Latvala från Vasa yrkeshögskola. tel. +358 207 663 422 och e-post johanna.latvala@vamk.fi.

Ni kan lämna det ifyllda frågeformuläret i kuvertet till avdelningen, senast 9.6.2019

Om ni har frågor om undersökningen, vänligen ta kontakt till oss. Tack för era svar!

Med vänliga hälsningar,

Jonna Suhonen
Sjukskötarestudenterna
e1700072@edu.vamk.fi

Lotta Tähtilä
Sjukskötarestudenterna
e1700079@edu.vamk.fi

LIITE 4

**FRÅGEFORMULÄRET****Närståendevårdarens erfarenheter av klientens intervallvård i Vasa**

Vi ber er vänligen att svara på frågorna nedan. Undersökningen innehåller 15 frågor och att svara tar cirka 15-20 minuter. Det är anonymt att delta i undersökningen.

BAKGRUNDSUPPGIFTER**1. Kön**

- Kvinna
- Man
- Annat

2. Närståendevårdarens ålder

- Under 65 år
- 65-74 år
- 75-80 år
- över 80 år

3. Hur länge har ni varit närståendevårdare?

- Under 1 år
- 1-4 år
- 4-10 år
- Över 10 år

4. Klienten som vårdas hemma är min

- Make/Maka
- Mor
- Far
- Syskon
- Annan: Vem? _____

5. Hur länge har er anhörig varit en intervallvårdsklient?

- Under 1 år
- 1-4 år
- 5-10 år
- Över 10 år

6. Hur ofta går er anhörig på en intervallvårdsperiod?

7. Hur lång är en intervallvårdsperiod?

ATT SÖKA SIG TILL INTERVALLVÅRDEN**8. Hur fick ni information om intervallvården?**

9. När ni sökte en intervallvårdsplats, vad tyckte ni om ansökningsblanketten?

10. Hur länge fick ni vänta på en intervallvårdsplats?

- Under 1 månad
- 1-3 månader
- 4-6 månader
- Över 6 månader

11. Hur har ni upplevt samarbetet med SAS-team?

ERFARENHETER KRING KLIENTENS INTERVALLVÅRD

Kryssa för det alternativ som motsvarar er personliga åsikt

12. Jag upplever att mina och klientens behov och önskemål tas i beaktande i en mottagningsituation

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

13. Jag känner att jag kan känna mig trygg och litar på att min anhörig får bra vård under intervallvårdsperioden i enheten.

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

14. Jag känner att mottagningsituationen är lugn och ingen har bråttom.

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

15. Jag tycker att vårdomgivningen är stimulerande och trivsamt

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

16. Jag anser att klientens fysiska funktionsförmåga har upprätthållits under vårdperioden.

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

17. I hemförlovningsituationen får jag tillräckligt med information om hur klientens vårdperiod har gått

- Helt av annan åsikt
- Delvis av annan åsikt
- Varken av samma eller annan åsikt
- Delvis av samma åsikt
- Helt av samma åsikt

18. Har ni andra erfarenheter/tankar om intervallvården som ni vill berätta om?

19. Hur skulle man kunna utveckla intervallvården?

Tack för ert besvär och er tid!

LIITE 5

V A A S A .

HAKEMUS

Päivätoimintaan Lyhytaikaiseen hoitoon Omaishoitajan lakisäteiset vapaapäivät

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------|-----------------|
| Nimi (sukunimi ja etunimi) | | Henkilötunnus | |
| Osoite | | Postinumero | Puhelinnumero |
| Äidinkieli | Ovisummeri/koodi | Syntymäpaikka | Entinen ammatti |
| Asuminen <input type="checkbox"/> Asuu yksin <input type="checkbox"/> Asuu toisen kanssa | | Asuinkumppanin nimi ja suhde asiakkaaseen | |
| Lähiomainen tai yhteyshenkilö (nimi ja osoite) | | | Puhelin |
| Henkilö, johon ollaan yhteydessä palvelusta sovittaessa <input type="checkbox"/> asiakas <input type="checkbox"/> lähiomainen tai yhteyshenkilö <input type="checkbox"/> muu, kuka? _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> kotihoito käytössä: <input type="checkbox"/> kaupungin <input type="checkbox"/> yksityinen | | Käyntimäärä: ____/päivä tai ____/viikko | |
| <input type="checkbox"/> ei kotihoitoa | | puhelinnumero kotihoitoon: _____ | |
| Päivätoimintapaikkaa haetaan <input type="checkbox"/> kokopäiväryhmään (6h/päivä) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, aamupäivä (3h/päivä) <input type="checkbox"/> puolipäiväryhmään, iltapäivä (3h/päivä) | | | |
| Odotukset päivätoiminnalta. Voit rastittaa yhden tai useamman vaihtoehdon <input type="checkbox"/> Yhdessäolo ja keskustelu <input type="checkbox"/> Liikunnallinen toiminta <input type="checkbox"/> Aivojumppa <input type="checkbox"/> Käden taidot <input type="checkbox"/> Musiikki <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ | | | |
| Lyhytaikaishoito <input type="checkbox"/> tilapäinen, toivottu aika _____ <input type="checkbox"/> säännöllinen vuoroahoito (intervallahoito) | | | |
| KIINNOSTUKSEN KOHTEET | | | |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SAIRAUDET | |
| PSYKKINEN TILA | <p><u>Muisti</u></p> <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> heikentynyt <input type="checkbox"/> muistamaton MMSE pisteet ___ / 30 |
| | <p><u>Henkinen tila</u></p> <input type="checkbox"/> asiallinen <input type="checkbox"/> alakuloinen <input type="checkbox"/> yksinäinen <input type="checkbox"/> masentunut <input type="checkbox"/> harhainen <input type="checkbox"/> levoton <input type="checkbox"/> päihdeongelmainen |
| | <input type="checkbox"/> muuta, mitä? |
| LIIKKUMISKYKY | <input type="checkbox"/> hyvä <input type="checkbox"/> rajoittunut, mutta liikkuu yksin <input type="checkbox"/> liikkuu avustettuna <input type="checkbox"/> pyörätuoli <input type="checkbox"/> rollaattori <input type="checkbox"/> muuta, mitä? |
| KUULO, NÄKÖ JA PUHEKYKY | <input type="checkbox"/> hyvä kuulo <input type="checkbox"/> alentunut kuulo <input type="checkbox"/> kuulolaite <input type="checkbox"/> kuuro <input type="checkbox"/> hyvä näkö <input type="checkbox"/> alentunut näkö <input type="checkbox"/> sokea <input type="checkbox"/> afasia (puheen tuottamisen/ymmärtämisen vaikeus) |
| RUOKAILU | <input type="checkbox"/> itsenäinen <input type="checkbox"/> tarvitsee ruokailussa apua <input type="checkbox"/> syötettävä |
| ERITYISRUOKAVALIO | |
| LÄÄKKEIDEN OTTO | <input type="checkbox"/> hoitaa itsenäisesti <input type="checkbox"/> lääkkeiden ottoa valvottava/muistutettava |
| WC-TOIMINNOT | <input type="checkbox"/> itsenäinen <input type="checkbox"/> tarvitsee apua wc:ssä <input type="checkbox"/> käyttää vaippoja |
| <input type="checkbox"/> Annan luvan tietojeni siirtämiseen sosiaali- ja terveystoimen välillä. <input type="checkbox"/> Tietojani saa luovuttaa muille hoitoon osallistuville sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille ja asiakasrekistereihin, jotka osallistuvat hoitooni (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812; 16§ Suostumus tietojen antamiseen; 17§ Salassa pidettävien tietojen antaminen asiakkaan hoidon ja huollon turvaamiseksi; 20§ Velvollisuus antaa sosiaalihuollon viranomaiselle salassa pidettäviä tietoja) | |
| Hakemuksen täyttämässä avustaneen henkilön allekirjoitus, nimike ja puhelinnumero | |
| Paikka ja pvm | Asiakkaan allekirjoitus |

Hakemuksen palautusosoite:
Ikäkeskus | SAS
Tammikaivontie 4, 65100 Vaasa
Lisätietoja: 040-715 5521, 040-868 4602

KÄÄNNÄ