

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Fysioterapian koulutusohjelma

Kirsi Holopainen  
Maarit Vataja

IKÄÄNTYVIEN OMAISHOITOPERHEIDEN KUNTOUTTAVAN TOIMINNAN  
KEHITTÄMINEN JOENSUUHUN

Opinnäytetyö  
Tammikuu 2014



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Tammikuu 2014**  
**Fysioterapian koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**  
Kirsi Holopainen, Maarit Vataja

**Nimeke**  
Ikääntyvien omaishoitoperheiden kuntouttavan toiminnan kehittäminen Joensuuhun

**Toimeksiantaja**  
Karelia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan keskus

**Tiivistelmä**

Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000 omaishoitotilannetta ja määrän odotetaan kasvavan väestön ikääntyessä. Omaishoitajien työ on raskasta, ja sen on todettu vaikuttavan heikentävästi sekä fyysiseen että psyykkiseen hyvinvointiin. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Joensuuhun kuntouttavan toiminnan malli ikääntyville omaishoitoperheille. Toiminnan tarkoituksena on tukea omaishoitajien jaksamista.

Opinnäytetyö koostui Joensuun seudulla asuvien omaishoitajien ja -hoidettavien palveluntarpeiden kartoittamisesta, kuntouttavan toiminnan sisältöjen suunnittelusta ja toiminnan pilotoinnin toteutuksesta ja arvioinnista. Toimeksiantajana toimi Karelia-ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan keskus. Kehitetty toimintamalli tulee osaksi oppilaitoksen oppimis- ja palveluympäristö Voimalan toimintaa. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Joensuun kaupungin ja Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kanssa.

Kehitetty toiminnan malli, jossa yhdistetään ryhmämuotoinen kuntoutus ja kotiin tarjottava sijaistoiminta, todettiin pilottijakson avulla toimivaksi. Ryhmätoiminta koostui liikunnallisesta ja vertaistuellisesta sisällöstä. Mallia voisi hyödyntää muissakin kaupungeissa ja sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa, mutta käyttäminen vaatii oppilaitoksen, kunnan tai kaupungin ja kolmannen sektorin välisen yhteistyöverkoston rakentamista. Jatkokehittämisen aiheena voisi olla toiminnan suunnittelu alle 65-vuotiaille omaishoitajille.

**Kieli**  
suomi

Sivuja 67  
Liitteet 10  
Liitesivumäärä 23

**Asiasanat**  
omaishoito, vertaistuki, ikääntyneet, kuntoutus, kehittäminen



**THESIS**  
**January 2014**  
**Degree Programme in Physiotherapy**  
Tikkarinne 9  
FI 80200 JOENSUU  
FINLAND  
p. 050 405 4816

**Authors**

Kirsi Holopainen, Maarit Vataja

**Title**

Development of Rehabilitative Activities for Older Caregiver Families in Joensuu

**Commissioned by**

Karelia University of Applied Sciences, Center of Social Services and Health Care

**Abstract**

There are approximately 300 000 caregiver situations in Finland, and the number is expected to increase because the population is aging. Caregiving is hard work and it has been to have a negative effect on physical and mental health. The goal of this practice-based study was to develop a type of rehabilitative activities for older caregiver families in Joensuu. The main purpose of these actions is to support the coping of caregivers.

The study consisted of surveying caregiver families' need for services in Joensuu area, planning the contents of rehabilitative activities and implementation and evaluating pilot of the activities. The study was commissioned by Karelia University of Applied Sciences, Center of Social Services and Health Care. The developed type of rehabilitative activities will be a part of the University's learning and service environment Voimala. The study was carried out in cooperation with the City of Joensuu and the local caregiver organisation Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry.

The developed type of rehabilitative activities combines group rehabilitation for caregivers and care recipients in separated groups and activities for care recipients organised at home. These activities were found workable with help of the pilot. Group rehabilitation consisted of physical activity and peer support. The developed type of rehabilitative activities could also be used in other cities and universities, but the use requires cooperation between the city, the university and the local organisations. A topic for further research could be developing rehabilitative activities for caregivers under the age of 65.

**Language**  
Finnish

Pages 67  
Appendices 10  
Pages of Appendices 23

**Keywords**

caregiver, peer support, older people, rehabilitation, development

## Sisältö

Tiivistelmä	
Abstract	
1 Johdanto .....	6
2 Omaishoitajärjestelmä Suomessa.....	7
2.1 Kuka on omaishoitaja?.....	7
2.2 Omaishoidon tukitoimet .....	8
2.3 Tukitoimien merkitys omaishoitajalle.....	10
2.4 Omaishoitajuuteen liittyvän lainsäädännön kehitys.....	11
3 Omaishoitajana toimiminen.....	12
3.1 Omaishoitajan identiteetin rakentuminen .....	12
3.2 Omaishoitajana toimimisen haasteet .....	13
3.3 Omaishoitajuuden myönteisiä merkityksiä .....	14
4 Vertaistuki omaishoitajatoiminnassa .....	15
4.1 Vertaistuen merkitys omaishoitajalle.....	15
4.2 Vertaisryhmän muotoutuminen .....	17
4.3 Ohjaajan toiminta vertaisryhmässä .....	18
5 Ikääntyneiden liikunta ja sen merkitys iäkkään hyvinvointiin .....	20
5.1 Fyysinen hyvinvointi.....	20
5.2 Liikunnan muodot ja määrä ikääntyneellä.....	22
5.3 Psykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi .....	23
6 Kuntouttavan toiminnan malleja omaishoidossa .....	25
6.1 Kansallinen omaishoitajien tukiohjelma .....	25
6.2 SUFACARE-hanke .....	26
6.3 Päiväkuntoutusmalli dementoituvan omaishoitajalle.....	28
7 Kehittämistyö .....	31
7.1 Käsitteitä .....	31
7.2 Kehittämistyön vaiheet.....	32
7.3 Kehittämistyön eettisiä näkökulmia .....	34
8 Opinnäytetyön lähtökohdat ja tarkoitus .....	35
9 Kyselyn toteuttaminen ikääntyneille omaishoitoperheille .....	36
9.1 Kyselyn suunnitteluvaihe .....	36
9.2 Kyselyn sisältö .....	36
9.3 Aineiston koodaus.....	37
10 Kyselyn tulokset.....	39
11 OMAISKUNTO-toiminnan kehittäminen.....	43
11.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe .....	43
11.2 Suunnitteluvaihe .....	44
11.3 Käynnistys- ja toteutusvaihe .....	46
11.4 Päätämismalli ja pilottitoiminnan arviointi.....	49
11.5 Tulosten käyttöönotto ja seuranta .....	53
12 OMAISKUNTO-toiminnan malli.....	54
13 Pohdinta.....	56
13.1 OMAISKUNTO-toimintamallin tarkastelu .....	56
13.2 Yhteistyön merkitys opinnäytetyössä .....	58
13.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	59
13.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys.....	61
13.5 Jatkokehittämisideat .....	61
Lähteet.....	63

Liitteet

- Liite 1 Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 2 Kysely ikääntyneiden omaishoitoperheiden palveluntarpeesta
- Liite 3 Opinnäytetyöprosessi
- Liite 4 OMAISKUNTO-toiminnan pilottijakson infokirje
- Liite 5 Omaishoitajien ryhmän ohjelma syksy 2013
- Liite6 Omaishoidettavien ryhmän ohjelma syksy 2013
- Liite 7 Omaishoitajien ryhmän aloituskysely
- Liite 8 OMAISKUNTO-toimintaan osallistuneiden opiskelijoiden arviointi-lomake
- Liite 9 Omaishoitajien ryhmän palautekysely
- Liite 10 Yhteistyökumppaneiden palautelomake

## 1 Johdanto

Omaishoitajien tukitoiminnan uranuurtaja Rosalynn Carter (1997) on todennut: ”Maailmassa on vain neljänlaisia ihmisiä: heitä, jotka ovat olleet omaishoitajia, ovat omaishoitajia, joista tulee omaishoitajia tai jotka tarvitsevat omaishoitajia.” Suomessa arvioidaan olevan jopa 300 000 omaishoitotilannetta. Omaishoidon tuen piirissä oli vuonna 2012 noin 40 400 omaishoitajaa, ja määrän odotetaan kasvavan tulevaisuudessa. (Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry 2012.) Omaishoitajien tukeminen on kuitenkin usein lähtenyt palvelujärjestelmän näkökulmasta, joten omaisten erilaiset ongelmat, tarpeet ja toiveet ovat jääneet huomioimatta (Hyvärinen, Saarenheimo, Pitkälä & Tilvis 2003, 1953). Tarve tälle opinnäytetyölle on alun perin lähtöisin omaishoitajista itsestään, sillä yksi kehittämissyhteistyön alullepanijoista on Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Omaishoitajien työ on sekä fyysisesti että psyykkisesti raskasta. Juntusen, Eran ja Salmisen (2013, 4–7) mukaan jopa 90 prosenttia tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista kertoi omaishoitajuuden vaikuttavan joskus tai usein negatiivisesti omaan fyysiseen terveydentilaan. Lisäksi yli 65-vuotiaat omaishoitajat ovat yli puolet ajasta väsyneitä (Aatola 2003, Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 105 mukaan). Omaishoitajien jaksamisen lisäämiseksi heille tarjottavaa kuntoutusta tulee vahvistaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tukea omaishoitajien jaksamista kuntouttavan toiminnan avulla. Toiminta päätettiin kohdistaa yli 65-vuotiaisiin, koska Pohjois-Karjalassa väestö ikääntyy nopeammin kuin muualla Suomessa tai Euroopassa. Pohjois-Karjalan maakuntaliiton hyvinvointiohjelma 2015 korostaa hyvinvoinnin ja toimintakyvyn turvaamista eri elämänvaiheissa. Ikääntyvien terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistetään uusien palvelumallien ja ratkaisujen avulla. (Nuutinen & Jämsén 2011, 15.) Tarve opinnäytetyölle syntyi siitä, että Joensuussa ei ollut jatkuvaa omaishoitajien kuntouttavaa vertaistointia, jota eri toimijat toteuttaisivat yhdessä. Lisäksi Joensuun alueella asuville yli 65-vuotiaille omaishoitajille tekemässämme kyselyssä todettiin, että omaishoitajat tarvitsevat erityisesti liikunnallista kuntoutusta.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Joensuuhun kuntouttavan toiminnan malli ikääntyville omaishoitoperheille. Opinnäytetyö on toiminnallinen, ja se koostuu Joensuun seudulla asuvien omaishoitajien ja -hoidettavien palveluntarpeiden kartoittamisesta, kuntouttavan toiminnan sisältöjen suunnittelusta ja toiminnan pilotoinnin toteutuksesta ja arvioinnista. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan keskuksen Voimala oppimis- ja palveluympäristö. Voimalan tarkoituksena on kehittää oppilaitoksen palvelutoimintaa moniammatillisesti eri koulutusalojen kesken ja yhteistyössä asiakkaiden ja työelämäkumppaneiden kanssa. Tässä opinnäytetyössä yhteistyökumppaneina toimivat Joensuun kaupunki ja Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry.

## **2 Omaishoitajärjestelmä Suomessa**

### **2.1 Kuka on omaishoitaja?**

Omaishoitaja voidaan määritellä henkilöksi, joka huolehtii perheenjäsenestään tai läheisestään, joka sairauden, vammaisuuden tai muun syyn takia ei selviydy arjestaan omatoimisesti (Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salankovuorela 2011, 5). Omaishoitajuutta on ollut aina, mutta omaishoitaja-käsite on syntynyt vasta 1990-luvulla, jolloin omaishoitoon liittyviä kysymyksiä ryhdyttiin tarkastelemaan tarkemmin. Omaishoitotilanteita on erilaisia, mutta tyypillisimpiä omaishoitajia ovat puolisoaan hoitavat, ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivat sekä vammaisen lapsen vanhemmat. Omaishoitotilanne voi joko syntyä äkillisesti onnettomuuden, sairastumisen tai lapsen syntymän seurauksena tai kehittyä hitaammin hoidettavan avuntarpeen kasvaessa esimerkiksi ikääntymisen tai etenevän sairauden takia. Oman ryhmänsä muodostavat niin sanotut etäomaishoitajat, jotka hoitavat säännöllisesti muualla asuvan läheisensä asioita ja huolehtivat tämän hyvinvoinnista. Heidän tehtävänä on usein myös huolehtia, että läheinen saa tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet omalla kotipaikkakunnallaan (Purhonen, Nissi-Onnela & Malmi 2011a, 12–13, 15.)

Omaishoitajuudelle on tyypillistä, että sitä ei usein itse tiedosteta. Lainsäädännössä omaishoitajalla tarkoitetaan hoidettavalle läheistä ihmistä, joka on tehnyt omaishoitosopimuksen hoidettavan henkilön kotikunnan kanssa, mutta todellisuudessa valtaosa omaishoitosuhteista on näiden sopimusten ulkopuolella. (Purhonen ym. 2011a, 13–14.) Omaishoidon tuen piirissä oli vuonna 2012 noin 40 400 omaishoitajaa. Suomessa on kuitenkin jopa 60 000 omaishoitajaa, jotka tekevät sitovaa ja vaativaa omaishoitotyötä ympärivuorokautisesti. Kokonaisuudessaan omaishoitotilanteita arvioidaan olevan jopa 300 000. (Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry 2012.) Pro gradu-tutkimuksen mukaan virallisen omaishoitosopimuksen tehneiden eli omaishoidon tuen piirissä olevien ja tuen ulkopuolella elävien omaishoitajien tilanteet eivät suuresti eronneet toisistaan. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että noin 70 prosenttia hoidettavista tarvitsee apua joko jatkuvasti ja melko paljon tai ympärivuorokautisesti ja runsaasti. (Aatola 2003, Kaivolainen ym. 2011, 105–106 mukaan).

## **2.2 Omaishoidon tukitoimet**

Sitovaa ja vaativaa hoitoa tarvitsevaa läheistään hoitavilla omaisilla on mahdollisuus saada omaishoidon tukea, joka on kunnan järjestämä lakisääteinen sosiaalipalvelu. Tukea voi hakea hoidettavan henkilön kunnan sosiaalitoimistosta, mutta tuen myöntäminen perustuu kunnan omaan harkintaan. Kuntien tavat ja kriteerit myöntää omaishoidon tukea vaihtelevat nykyisin huomattavasti. Omaishoidon tuki on kokonaisuus, johon kuuluvat hoitopalkkio (pitkäaikaisessa hoitosuhteessa vähintään 353,62 euroa kuukaudessa), tarvittavat palvelut hoitajalle ja hoidettavalle (esimerkiksi kotipalvelu tai -sairaanhoito, päivätoiminta), lakisääteiset vapaapäivät sekä vakuutus. Työikäisellä henkilöllä omaishoidon tuki kerryttää myös työeläkettä. (Purhonen, Mattila & Salanko-Vuorela 2011b, 26.)

Omaishoidon tukea haettaessa sosiaalitoimi tekee tukea hakevaan perheeseen kotikäynnin, jossa arvioidaan haastattelun, havainnoinnin ja toimintakyvyn mittauksen perusteella tuen myöntämisedellytykset ja laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Päätös tuen myöntämisestä tehdään arvioinnin sekä hoito- ja pal-



velusuunnitelman teon jälkeen. Myönteisen päätöksen jälkeen kunta tekee omaishoitajan kanssa omaishoitotosopimuksen. Tähän sopimukseen kirjataan kaikki omaishoidon tuen kokonaisuuteen kuuluvat tekijät. (Purhonen ym. 2011b, 26–28.)

Omaishoitajalla on mahdollisuus päästä Kelan kuntoutuskurssille, jos hänellä on uupumusoireita tai sairauksia, jotka ovat uhkana jaksamiselle ja siten omaishoidon jatkumiselle. Kuntoutuskurssille hakeudutaan alueellisesti, ja omaishoitaja tekee itse hakemuksen, johon tulee liittää lääkärin B-lausunto. Lausuntoon kirjoitetaan kuntoutuksen tarpeen aiheuttava sairaus tai vamma sekä perustelut suositellulle kuntoutukselle. Kuntoutuspäätöksen tekee Kela omien kriteereidensä mukaan. Kuntoutusjaksolle pääseminen on kuitenkin usein ollut omaishoitajalle haastavaa, koska avustettavalle ei aina pystytä järjestämään sijaishoitoa. Tätä ongelmaa pyritään ratkaisemaan vuoden 2013 alusta voimaan tulleilla Kelan uusilla asetuksilla, joissa kuntoutuskurssin laitosjakso muuttuu kaksiosaisesta kolmiosaiseksi. Lisäksi aloitetaan parikurssit, joihin omaishoitaja ja hoidettava voivat osallistua yhdessä. (Juntunen ym. 2013, 3, 10.)

Kunnan ja Kelan tarjoamien tukipalveluiden lisäksi järjestötoiminnalla on suuri merkitys omaishoitajien tukemisessa. Järjestöt ovat tärkeässä asemassa tiedonjakajina ja asiantuntijoina, ja ne toimivat myös omaishoitajien ja -hoidettavien puolestapuhujina. Yksi järjestöjen tavoitteista on vaikuttaa eri puolilla Suomea asuvien omaishoitajien eriarvoisuuteen tuen saannissa. Useat järjestöt myös tuottavat palveluita, jotka on luotu käyttäjien tarpeita ja toiveita kuunnel- len. (Purhonen, Malmi & Kotiranta 2011c, 210.)

Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto ry on valtakunnallisesti toimiva tuki- ja vaikut- tamisjärjestö, jonka tavoitteena on parantaa omaishoitajien asemaa. Liittoon kuuluu 70 paikallisyhdistystä, joissa on yhteensä lähes kymmentuhatta jäsen- tä. Jäseniksi hyväksytään omaishoitajat, muut läheiset sekä yleisesti omaishoi- tajien asemasta kiinnostuneet. Järjestön toimintamuotoja ovat ohjaus ja neu- vonta, yhteistyö eri tahojen kanssa omaishoitajien tukemiseksi, kehittämishank- keet, koulutus, omaishoitajalomien ja kuntoutuskurssien järjestäminen sekä alueellinen vaikuttaminen paikallisyhdistysten kautta. Liitto myös julkaisee eri-

laisia oppaita ja kirjoja sekä neljästi vuodessa ilmestyvää Lähellä-lehteä. Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto ry pyrkii vaikuttamaan valtakunnallisesti osallistumalla suunnitteluun ja päätöksentekoon omaishoitajuuteen liittyvissä kysymyksissä sekä tekemällä lakialoitteita ja lausuntoja. (Purhonen 2011, 214–215.)

Joensuun alueella Omaishoitajat ja Läheiset - Liitto ry:n paikallisjärjestö on nimitään Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Sen toimintamuotoja ovat vertaistuen, virkistystoiminnan ja koulutuksen järjestäminen ja omaishoitoa koskevan tiedon välittäminen, ja se auttaa myös omaishoitotilanteiden tunnistamisessa ja toimii jäsentensä edunvalvojana. Yhdistyksen toiminta-alueita ovat Joensuun ja Outokummun kaupunkien sekä Liperin, Kontiolahden, Ilomantsin ja Polvijärven kuntien alueet. Yhdistyksellä on noin 300 jäsentä. (Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2013.)

### **2.3 Tukitoimien merkitys omaishoitajalle**

Omaishoitajien tukemista on tutkittu paljon, mutta saadut tulokset ovat ristiriitaisia. Tukitoimet ovat lievittäneet omaisiin kohdistuvaa kuormitusta, mutta niillä ei ole ollut niin suurta vaikutusta laitoshoidon lykkääntymiseen, mikä on omaishoidon merkittävin tavoite yhteiskunnan kannalta. Syitä tulosten vähäisyyteen ja vaihtelevuuteen on monia. Monet omaishoidon tukitoimia käsittelevät tutkimukset ovat olleet pieniä ja vaikutuksiltaan vaatimattomia. Omaishoitajat ja -hoidettavat ovat olleet hyvin erilaisia ja käytetyt mittarit vaihtelevia ja heikosti vertailtavia. Mukana olevat perheet ovat olleet vapaaehtoisia, ja omaiset useasti jo valmiiksi melko hyväkuntoisia. (Hyvärinen ym. 2003, 1953.)

Omaishoitajat ovat usein vastahakoisia hakemaan apua. Sairasta omaista ei haluta antaa muiden hoitoon, koska pelätään hoidettavan kunnan heikkenemistä vieraan hoidossa. Hoidettava voi myös olla haluton suostumaan muiden kuin omaisen hoidettavaksi. Monet lisäksi kokevat häpeää palvelujärjestelmään liittyvistä tuloihin, omaisuuteen tai hoidettavan kuntoon liittyvistä kyselyistä. Omaishoitajat saattavat olla haluttomia puhumaan omista ongelmistaan tai jaksamisestaan, ja hakevat aina ensin apua hoidettavalleen. Monen mielestä on

hyväksyttävämpää puhua hoidettavan hoitamiseen liittyvistä ongelmista ja omasta selviytymisestä kuin uupumuksesta tai perheen sisällä olevista ristiriidoista. (Hyvärinen ym. 2003, 1953.)

Monet omaishoitajat ovat myös haluttomia käyttämään tarjottuja hoitoja tai palveluja ja jäävät pois tutkimuksista. Syynä tähän on, että interventio koetaan liian raskaana tai huonosti suunnattuna. Omaishoitajien tukeminen on usein lähtenyt palvelujärjestelmän näkökulmasta, joten omaisten erilaiset ongelmat, tarpeet ja toiveet ovat usein jääneet huomioimatta. Jos omaishoitajan omaa näkemystä tuen laadusta ei huomioida, kysyntä ja tarjonta eli omaishoitajat ja tukitoimet eivät kohta toisiaan. Lisäksi eri toimijat tarjoavat niin paljon erilaisia palveluja, että omaishoitajan on vaikeaa saada niistä selvää. (Hyvärinen ym. 2003, 1953.)

Oikein kohdennetuilla tukitoimilla voidaan lisätä omaisten tyytyväisyyttä, vähentää masentuneisuutta sekä jakaa tietoa hoitamisesta ja hoidettavasta. Tukitoimien tulisi lähteä omaishoitajien tarpeista ja olla joustavia ja monipuolisia. Palveluita ja tukitoimia koordinoivan henkilön olisi hyvä olla sekä omaishoitajalle että -hoidettavalle tuttu. Akuuteissa ongelmatilanteissa omaishoitajan pitäisi saada tukea ja apua nopeasti. Moniammatillinen yhteistyö on tärkeää palveluiden joustavan ja nopean tarjoamisen mahdollistajana. (Hyvärinen ym. 2003, 1953.)

## **2.4 Omaishoitajuuteen liittyvän lainsäädännön kehitys**

Lainsäädännössä omaishoidon tukea edelsi kotihoidon tuki, jonka ajatuksena oli se, että vanhusten, vammaisten tai pitkäaikaissairaiden hoitamisesta kotona sai hoitopalkkion, ja omainen teki sellaiset työtehtävät, jotka normaalisti olisivat kuuluneet kodinhoitajalle tai kotiavustajalle. Hoidettavalta perittiin palvelumaksu vastineeksi hoidosta. Kotihoidon tuen ongelmaksi osoittautuivat sen synnyttämät kahdet rinnakkaiset työmarkkinat, kun kotihoidon tuen ja perhehoitolain nojalla hoitajiksi voitiin palkata muitakin kuin omaisia. Ensimmäinen asetus omaishoidon tuesta säädettiin vuonna 1993 ja olennaista siinä oli se, että kotona tapahtuvaa hoitoa voitiin rahakorvauksen ohessa tai sen tilalla tukea myös erilai-

silla palveluilla, jotka määriteltiin hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Palveluista ja myös itse omaishoidon tuesta voitiin periä palvelumaksu, mikä johti helposti vain rahan siirtymiseen perheen sisällä. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011d, 40–41.)

Omaishoitajan oikeudet olivat vielä 90-luvun alussa varsin vaatimattomat. Omaishoitajien oikeuksiin tuli kunnolla parannusta vasta vuonna 2001, kun omaishoitajat saivat oikeuden kahteen lakisääteiseen vapaapäivään ja pääsivät tapaturmavakuutuksen piiriin. Vuoden 2006 alusta voimaan tuli omaishoitolaki, joka takaa riittävät palvelut sekä hoidon jatkuvuuden, ja tukee omaishoitajan työtä. Laki ei kuitenkaan tuonut yhdenmukaisuutta tuen myöntämiseen vaan se on edelleen harkinnanvaraista kunnissa. Vuonna 2009 ehdotettiin, että omaishoidon tuki siirtyisi Kelan maksettavaksi ja hoidettavan vammaisetuudet ja omaishoidon tuki yhdistettäisiin. Tällöin kunnat arvioisivat tuen tarpeen yhtenäisillä kriteereillä, mikä lisäisi tasa-arvoa valtakunnallisesti. (Purhonen & Salanko-Vuorela 2011d, 42.) Tämä ehdotus ei ole kuitenkaan vielä mennyt läpi lainsäädännössä, joten esimerkiksi järjestöjen vaikuttamis- ja kehittämistyötä tarvitaan edelleen sekä valtakunnallisesti että kunnallisesti (Purhonen ym. 2011c, 210).

### **3 Omaishoitajana toimiminen**

#### **3.1 Omaishoitajan identiteetin rakentuminen**

Omaishoitajan identiteetti eli käsitys itsestä omaishoitajana rakentuu sekä vuorovaikutuksessa että suhteessa omaan minään. Suhde hoidettavaan ja muihin läheisiin, yhteistyö viranomaisten kanssa sekä yleiset asenteet ja omaishoidosta käytävä julkinen keskustelu ovat merkittäviä tekijöitä omaishoitajuuden muotoutumisen kannalta. Yksi tärkeimmistä asioista on omaishoitajaksi tunnustautuminen, mutta on hyvä muistaa, ettei läheisen avuntarpeeseen vastaaminen vielä tuo omaishoitajuutta osaksi ihmisen minäkuva. Vaatii runsaasti aikaa ja asioiden työstämistä sekä omaishoitajalta itseltään että koko perheeltä, hyväksyä auttajan ja hoivan antajan rooli osaksi vanhaa puolison, lapsen tai van-

hemman roolia. Lisäksi omaishoitajaidentiteetti rakentuu eri tavoin vähitellen alkaneissa (esimerkiksi läheisen etenevä sairaus, ikääntyminen) ja yllättäen kohdalle tulleissa omaishoitotilanteissa, kuten vammaisen lapsen syntymän tai sairaskohtauksen jälkeen. Äkillisesti alkaneissa omaishoitotilanteissa aika sopeutua elämänmuutokseen on usein liian lyhyt, ja omaishoitaja voi tuntea kadotaneensa itsensä ja oman elämänsä. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 53–54.)

Omaishoitajaidentiteetin rakentumiseen vaikuttavat siis ihmisen omien ajatusten ja ominaisuuksien lisäksi yhteiskunnallinen tilanne ja hänen ympärillään olevat ihmiset. Tämän vuoksi myös vertaistuki on tärkeä tekijä omaishoitajaidentiteetin muodostumisessa. Toisten omaishoitajien kanssa käydyt keskustelut tuovat esiin erilaisia omaishoitajuuteen liittyviä käsityksiä ja tapoja, joita uusi omaishoitaja voi muokata omiin ajatuksiinsa ja elämäntilanteeseensa sopiviksi. Ilman vertaistukea omaishoitajaidentiteetti joudutaan helposti muokkaamaan stereotyyppien varaan, jolloin siitä saattaa muodostua liian vaativa ja elämää rajoittava. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 57–58.)

### **3.2 Omaishoitajana toimimisen haasteet**

Omaishoitajana olemiseen liittyy monenlaisia haasteita ja ristiriitoja, joista monet liittyvät omaishoitajan rooliin ja siihen liittyviin odotuksiin. Yksi haasteista on aikaisempien roolien peittyminen omaishoitajan roolin alle. Esimerkiksi puolisoitten välillä hoitajan ja hoidettavan rooleihin juuttuminen saattaa aiheuttaa parisuhteen muuttumisen pelkäksi hoitosuhteeksi, jossa kumpikin osapuoli menettää mahdollisuuden toteuttaa aikaisempia roolejaan. Tästä voi seurata aiemmin koetun kumppanuuden katoaminen ja puolisoitten välisen epätasa-arvon lisääntyminen, vaikka he haluaisivatkin pitää yllä tasa-arvoista parisuhdetta. Parisuhteessa, joka on myös hoitosuhde, ongelmaksi voi muodostua myös seksuaalisuus ja sen toteuttaminen. Vaikeuksista seksuaalisuuden alueella on usein hankala puhua, eivätkä ne omaishoitotilanteissa ole päällimmäisenä mielessä. Yleensä tiedon saanti helpottaa ongelmien käsittelyä ja ratkaisemista. On tärkeää kertoa sekä omaishoitajille että hoidettaville, että useimmilla ihmisillä on

ongelmia seksuaalisuuden kanssa jossain elämänvaiheessa, ja että he eivät ole tilanteessa yksin. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 58–62.)

Juntunen ym. (2013, 4–7) tutkivat Kelan kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien koettua elämänlaatua ja myös omaishoitajuuden kielteisiä vaikutuksia. Omaishoitajien kertomista kielteisistä vaikutuksista tavallisimpia olivat vaikeus ylläpitää omia ystävyysuhteita sekä ansassa olemisen tunne. Omaishoidon sitovuus sekä siihen käytetty aika todettiin olevan yhteydessä koettuihin kielteisiin vaikutuksiin. Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista neljäsosa kertoi käyttävänsä 24 tuntia vuorokaudesta läheisensä hoitamiseen. Myös hoidettavan huono toimintakyky koetaan haastavana, sillä liikuntakyvyttömiä tai täysin avustettavien henkilöiden omaishoitajat kokivat eniten kielteisiä vaikutuksia. Huomattavaa on, että jopa 90 prosenttia tutkimukseen osallistuneista kertoi omaishoitajuuden vaikuttavan joskus tai usein negatiivisesti omaan fyysiseen terveydentilaansa. Tunne-elämään liittyvistä ongelmista ilmoitti kärsivänsä silloin tällöin puolet vastaajista.

Aatolan (2003, Kaivolainen ym. 2011, 105–106 mukaan) tekemässä tutkimuksessa omaishoitajien vireyttä ja energian tasoa eli tarmokkuutta tutkittaessa on todettu, että yli 65-vuotiaat omaishoitajat ovat yli puolet ajasta väsyneitä. Tätä tulosta selittää osaltaan se, että runsaasti apua tarvitsevan ihmisen hoitajan omalle virkistäytymiselle jää liian vähän aikaa ja yöuni jää helposti liian vähäiseksi. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että lähes 80 prosenttia vastaajista piti henkistä raskautta omaishoitajuuden kuormittavimpana asiana. Omaishoidon haasteina pidettiin myös omaa sairautta ja ikääntymistä sekä hoidon sitovuutta ja vastuullisuutta. Tutkimuksessa tulivat esille myös omaishoitajien kokema tulevaisuuden pelko.

### **3.3 Omaishoitajuuden myönteisiä merkityksiä**

Omaishoitajuuteen liittyy runsaasti voimavaroja, joita on suositeltavaa hyödyntää ja tukea. Yksi tärkeimmistä voimavaroista on hoitajan ja hoidettavan läheinen suhde. Erityisesti tilanteissa, joissa omaishoitajana toimii puoliso, yhteiset

muistot, elämäkokemukset, sitoutuminen ja rakkaus vahvistavat halua huolehtia läheisistä. Yhdessä eletty elämä tekee omaishoidosuhteesta erilaisen ammattilaisen antamaan hoitoon nähden. Iäkkäille pariskunnille omaishoito voi olla itsestään selvä valinta, ja heidän läheinen suhteensa ja riippuvuutensa toisistaan saattaa jopa vaikeuttaa avun hakemista ja vastaanottamista. Usein omaishoidon motiivina tällaisissa tilanteissa on yhteinen tavoite elämän jatkumisesta yhdessä kotona. (Nissi-Onnela & Kaivolainen 2011, 60.) Juntusen ym. (2013, 7) mukaan yli puolella omaishoitajista oli aina hyvä suhde avustettavaansa, ja lähes 80 prosenttia tutkimukseen osallistuneista koki omaishoidon usein tai aina vaivan arvoiseksi.

Omaishoitajien työstään saama tunnustus ja tuki voivat parhaimmillaan olla suuri voimavara. Juntusen ym. (2013, 6) mukaan vajaa 70 prosenttia vastaajista kokee, että muut ihmiset arvostavat heitä omaishoitajina. Samassa tutkimuksessa yli 90 prosenttia vastaajista ilmoitti saavansa edes joskus hyvin tukea työhönsä omaishoitajana. Eniten tukea saatiin perheeltä sekä erilaisilta julkisilta organisaatioilta. Kaivolaisen (2011, 110, 115) mukaan oma lähipiiri sekä ammattihenkilöt, jotka ovat olleet apuna omaisen hoitamisessa, koetaan tärkeiksi tyytyväisyyden ja ilon aiheiksi. Myös sosiaaliturva voi toimiessaan olla voimavara, sillä palvelujen ja omaishoidon tuen myöntäminen on monelle omaishoitajalle merkki siitä, että hänen työtään arvostetaan.

## **4 Vertaistuki omaishoitajatoiminnassa**

### **4.1 Vertaistuen merkitys omaishoitajalle**

Vertaistuki voi olla ryhmässä tai yksilöllisesti toteutettua keskustelua tai toimintaa, jossa samantyyppisessä elämäntilanteessa olevat henkilöt voivat muun muassa jakaa kokemuksia, tarkastella omia asenteita, ajatuksia ja tunteita sekä saada tietoa arkeen (Viitanen & Purhonen 2010, 171–173). Ryhmät voivat olla järjestöjen, kuntien tai seurakuntien ylläpitämiä, sisältäen keskustelua, toimintaa tai molempien yhdistelmiä (Kaivolainen 2011, 127). Vertaisryhmästä omaishoi-

taja voi hakea ja saada tietoa mm. omista oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sekä käytännön taitoja ja niksejä. Lisäksi ryhmäläisillä on mahdollisuus antaa henkistä tukea toisilleen. (Viitanen & Purhonen 2010, 171–173.)

Omaishoitaja tuntee usein olevansa elämäntilanteessaan yksin. Elämänpiiri rajoittuu helposti kodin seinien sisäpuolelle, ystäväpiiri kapenee ja oman ajan puute vaikuttaa arjessa jaksamiseen. Vertaistukiryhmään liittyminen voi merkitä omaishoitajan elämässä paljon. (Kaivolainen 2011, 126, 127.) Vertaistuki ja vertaisryhmätoiminta auttavat parhaimmillaan omaishoitajaa jaksamaan, sekä lisäävät hyvää oloa ja yhteisöllisyyden kokemuksia (Kaivolainen 2010, 127). Toisten, samassa elämäntilanteessa olevien kokemusten kuuleminen voi olla hyödyllistä oman roolin hahmottamisessa, ja lisäksi ryhmäläisillä on mahdollisuus antaa henkistä tukea toisilleen. Vertaistuen kautta jaksaminen vahvistuu. Omaishoitajien ryhmässä omaishoitaja voi päästä hoivaajan roolistaan vähäksi aikaa ja saada omaa aikaa itsestä huolehtimiseen. Samoin ryhmässä toisia voidaan kannustaa ja tukea näkemään omaishoitajan omia tarpeita, mikä on tärkeää jaksamisen kannalta. (Viitanen & Purhonen 2010, 171, 173, 175.)

Vaikka ryhmätoiminnalla on monia positiivisia vaikutuksia, kaikki omaishoitajat eivät kuitenkaan koe hyötyvänsä ryhmätoiminnasta. Syitä miksi omaishoitaja ei lähde ryhmätoimintaan mukaan, on monia. Vaikka ryhmällä voi ollakin suuri merkitys voimavarojen tukena, kaikille se ei tunnu luontevimmaksi tai oikeaksi vaihtoehdoksi. Toisille ihmisiä miellyttää toiminnallinen ryhmä, toisia keskusteluryhmä, toiset eivät koe ryhmämuotoista toimintaa ollenkaan omakseen. Ryhmän tarjoamat toimintamallit voivat myös tuntua omaishoitajasta vierailta tai ne eivät luo miellyttävää oloa. (Kaivolainen 2011, 129–130.)

Omaishoitaja saattaa miettiä ryhmästä esimerkiksi, miten siellä pitäisi toimia, mitä häneltä odotetaan ja hyväksytäänkö hänet joukkoon. Arkuus ja epävarmuus saattaa tuntua niin voimakkaalta, että ryhmään ei osallistuta. Usein omaishoitotilanne voi kuitenkin olla sellainen, että omaishoitaja ei pääse osallistumaan ryhmään. Käytännön järjestelyjen vaikeudet ovat usein esteenä ryhmään tulolle; sijaishoidon järjestäminen lyhyeksi aikaa (esimerkiksi ryhmän



ajaksi) voi olla hankalaa, omaishoidettava ei halua omaishoitajan lähtevän tai matka tuottaa haasteita. (Kaivolainen 2011, 130.)

#### **4.2 Vertaisryhmän muotoutuminen**

Omaishoitajaryhmän perustamisen alussa on tärkeää miettiä, kenelle ryhmä kohdennetaan. Omaishoitajia on kaikenikäisiä, kuten työssä käyviä, eläkeläisiä, lastaan hoitavia aikuisia ja puolisoaan hoitava mies. Omaishoitotilanteet ovat usein hyvin erilaisia, samoin hoidon tarpeiden taustalla olevat sairaudet tai vammat. Lisäksi ryhmän toiminnalle lisähaastetta tuo se, että toisilla hoitotilanne on kestänyt vuosikymmeniä, toisilla vasta vähän aikaa. Osalla omaishoitajista puolestaan omaishoidon päättyminen tai siitä luopuminen ovat pian edessä. Omaishoitajien moninaisuus ja erilaisuus asettavat haasteita ryhmän sisältöjen suunnittelussa, mutta erilaisuus on samalla rikastuttava asia. (Kaivolainen 2011, 130–131.)

Vertaistukea antavassa ryhmässä, joka kokoontuu useamman kerran yhteen, syntyy ryhmäprosessi. Ryhmän jäsenet saavat yhdessä keskustellessaan samanlaisista kokemuksista laajempaa kuvaa omasta ongelmastaan tai elämäntilanteestaan. Riippuen ryhmän tavoitteesta, on tärkeää luoda ryhmään luottamuksellinen ja hyväksyvä ilmapiiri. Ohjaaja toimii ryhmässä ryhmäprosessin vetäjänä ja luottamuksellisen ilmapiirin syntymisen mahdollistajana, mutta jokaisen osallistujan panos on myös tärkeässä osassa. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 88–89.)

Omaishoitajaryhmien kooksi suositeltavinta monissa lähteissä on sanottu 10–12 osallistujaa. Ryhmä, jossa on tämän verran osallistujia, antaa enemmän emotionaalista tukea ja lämpöä, päämäärätietoista toimintaa. Ryhmän koko pitää miettiä myös siltä kannalta, että kaikki osallistujat eivät joka kerta pääse paikalle, jos esimerkiksi hoitotilanne kotona on sellainen, ettei omaishoitaja voi lähteä ryhmään. Suljettu ryhmä tarkoittaa sitä, että osallistujat pysyvät koko ryhmän elinkaaren ajan samoina. Ilmapiiri pystyy muovautumaan luottamukselliseksi ja turvalliseksi, minkä avulla keskusteluista on mahdollisuus tulla syvällisempiäkin. (Kaivolainen 2011, 131–132.)

Vertaisryhmässä kokemuksia jaetaan ja niistä keskustellaan yhdessä. Ryhmän tarkoituksena on vertaistuen saaminen ja toisten kokemuksista oppiminen. Ryhmän elinkaarissa on useita vaiheita, ja se muuttaa muotoaan koko ryhmäprosessin ajan. Ryhmäprosessin vaiheiden tuntemus on hyödyksi ohjaajalle, erityisesti tilanteissa, joissa joudutaan ratkomaan konflikteja. (Vänskä ym. 2011, 88–89.) Tuckman ja Jensen (1977) ovat määritelleet ryhmäprosessin vaiheiksi muotoutumisvaiheen, myrskyämisvaiheen, sääntöjen luomisen ja vakauttamisen vaiheen, työskentelyvaiheen ja päätösvaiheen. Konfliktit kuuluvat erityisesti myrskyämisvaiheeseen, jossa ryhmäläiset uskaltavat olla keskenään eri mieltä sekä kyseenalaistaa ryhmän ohjaajan ja koko ryhmän toimintaa. Tämä vaihe on kuitenkin tärkeä ryhmän yhteistoiminnan ja ”me”-hengen kehittymisen kannalta. Kun säännöt on luotu ja konfliktit vähenevät, ryhmä pystyy työskentelemään tehokkaammin. Työskentelyvaiheessa myös ryhmän sitoutuminen on korkeimmillaan. Päätösvaiheessa tyypillisiä tunteita ovat ilo ryhmän saavutuksista sekä haikeus sen päättymisestä.

### **4.3 Ohjaajan toiminta vertaisryhmässä**

Vertaistoiminta perustuu aina ihmisten väliseen vuorovaikutukseen. Ryhmäläisten keskinäinen toimiva vuorovaikutus on ryhmän tärkein voimavara. Toimivaan vuorovaikutukseen tarvitaan toisten arvostamista, avoimuutta, toisten kuuntelemista sekä aitoa läsnäoloa. Ohjaajan aktiivinen rooli on tärkeä ryhmätoiminnan alusta alkaen. Turvallinen ensikohtaaminen, empaattisuus, ystävällisyys ja ryhmäläisten tasa-arvoinen kohtelu mahdollistavat sen, että ryhmäläiset tuntevat olevansa tervetulleita ryhmään. Myös arvostava ja hyväksyvä vuorovaikutus on edellytys tämän onnistumiselle. Jokainen ryhmäkerta on omalla tavallaan merkittävä jokaiselle osallistujalle ja ryhmässä on tärkeää saada olla oma itsensä, kuitenkin toista kunnioittaen. (Holm, Huuskonen, Jyrkämä, Karnell, Laimio, Lehtinen, Myllymaa & Vahtivaara 2010, 51–52.)

Vertaistoiminnassa on usein tarpeen miettiä siihen liittyviä arvoja sekä toimintatapoja, joilla saavutetaan parhaalla mahdollisella tavalla ryhmälle asetetut tavoitteet. Vertaistoiminnassa tunnustetaan yleisesti joitakin eettisiä periaatteita,

esimerkiksi vaitiolovelvollisuus, luottamuksellisuus, toisten ihmisten kunnioitus ja jokaisen itsemääräämisoikeus. Yksittäisen ryhmän yksityiskohtaisemmat säännöt määräytyvät aina jäsenten tarpeiden ja toiminnan luonteen perusteella. Säännöt ja eettiset periaatteet auttavat ryhmää kehittymään turvalliseksi ja toimivaksi yhteisöksi. Joskus kuitenkin ryhmässä ilmenee ei-toivottuja tilanteita tai ilmiöitä, joissa ohjaajalta odotetaan toimia ratkaisun löytämiseksi. Tällaisia ilmiöitä voivat olla esimerkiksi jonkun ryhmäläisen liiallinen puheliaisuus, keskustelun kärjistyminen, riidat, negatiiviset kierteet ja keskustelun jumiutuminen. Ratkaisuja ongelmiin kannattaa etsiä ryhmän sisältä, kuten kysymällä ryhmän suulaimalmalta henkilöltä, miten hiljaisempia osallistujia saataisiin paremmin mukaan. Negatiivisuuden kehiiä synnyttävät negatiivisiin asioihin keskittyminen, tuomitsevat asenteet sekä ryhmän jakautuminen. Ohjaajan on hyvä puuttua nopeasti näihin asioihin, sillä negatiivisuuden kierteet voivat vaarantaa ryhmän positiiviset vaikutukset osallistujaan. Tapaamisten sävyä on hyvä tarkkailla, mutta on hyvä muistaa, ettei negatiivisia tunteita voi peittää näkymättömiin. Yksi vaihtoehto välttää kielteisten ilmiöiden kehittymistä on määrätä tapaamisten keskusteluille teemat. Vaihtelevat aiheet muuttavat myös keskustelijoiden näkökulmia, joten keskustelu säilyy virkeänä. Keskusteluiden teemat voidaan laatia ryhmäläisten toiveiden pohjalta. (Holm ym. 2010, 63–66.)

Jotta vuorovaikutus olisi arvostavaa, ohjaajan on ymmärrettävä ihmisten olevan ainutlaatuisia, omalla tavallaan ajattelevia ja toimivia persoonia. Erilaiset kokemukset, arvot, kasvatus, koulutus, työ ja elämäkokemukset vaikuttavat ihmisten käyttäytymiseen. (Holm ym. 2010, 52.) Voimavaralähtöisen lähestymistavan perusajatuksena on, että jokainen nähdään itsenäisenä toimijana. Sen arvolähtökohtana on kunnioittaa ihmisen omaa asiantuntemusta omasta elämästään ja nähdä, että jokaisella on mahdollisuus kasvaa, oppia ja eheytyä. Asiakas määrittelee itse omat ja lähiyhteisönsä voimavarat, ja omaisten merkitystä ei vähätellä. Ohjaajan on tärkeää työskennellä kokonaisvaltaisesti ja suunnitelmallisesti, ja keskittyä onnistuneisiin hetkiin vaikeiden sijaan. Asiantuntijoiden kanssa käytyjen kohtaamisten ja keskustelujen tulisi tukea asiakkaan identiteettiä. Voimavaralähtöisen lähestymistavan vastakohta on ongelmalähtöinen lähestymistapa, jossa painottuvat asiantuntijan ja diagnoosin merkitys sekä ongelmien poistaminen ja suorituskeskeinen työote. Ongelmalähtöisessä lähestymistavas-

sa asiakas nähdään passiivisena objektina, jolla ei ole tietoa eikä kykyjä vaikuttaa omaan tilanteeseensa. (Suomi 2008, 117–118.)

## **5 Ikääntyneiden liikunta ja sen merkitys iäkkään hyvinvointiin**

### **5.1 Fyysinen hyvinvointi**

Uuden-Seelannin terveystministeriö (Ministry of Health 2013, 9) on julkaissut tammikuussa 2013 ikäihmisten liikuntaa koskevan kirjallisuuskatsauksen. Julkaisussa kerrotaan liikunnalla olevan ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle positiivisia vaikutuksia. Iäkkäillä ihmisillä, jotka ovat harrastaneet säännöllisesti liikuntaa, on todettu hyvinvoinnin ja terveyden parantuneen sekä päivittäisten askareiden tekemisen helpottuneen liikunnan ansiosta. Liikunnan avulla on erinomainen mahdollisuus lisätä sosiaalista vuorovaikutusta, mikä on tärkeä asia ikääntyville. Liikunnan ja sosiaalisen toiminnan avulla on mahdollista vähentää kuolleisuutta esimerkiksi Alzheimerin tautiin, sydän- ja verisuonitauteihin, mäsennukseen, aivohalvaukseen ja tiettyihin syöpiin. Sosiaalinen toiminta voi myös vaikuttaa ikääntyneeseen psykologisesti, minkä vuoksi he ovat aktiivisempia, mikä taas vaikuttaa heidän terveyteensä. Ikääntyneille suositellaan liikunnallista toimintaa, jossa he voivat toimia perheen tai ystävien kanssa, koska tämä auttaa heitä jatkamaan toimintaan osallistumista. Merkittäviä terveyshyötyjä voidaan saavuttaa harrastamalla aerobista liikuntaa, esimerkiksi reipasta kävelyä, vähintään 30 minuuttia päivässä viitenä päivänä viikossa. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ikääntyneiden liikuntaan liittyviä tutkimuksia, joiden tuloksia voi hyödyntää omaishoitajien ja omaishoidettavien kuntouttavan toiminnan suunnittelussa. Koska omaishoitajan työ vaikuttaa tekijäänsä kokonaisvaltaisesti, liikunnan vaikutuksia pyritään tarkastelemaan sekä fyysisestä, psyykkisestä että sosiaalisesta näkökulmasta.

Kirk-Sanchezin ja McGoughin (2013, 51–52) tutkimuksessa todetaan liikunnan vaikuttavan olennaisesti ikääntyvien fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon ja fysiologiseen terveyteen. Lisäksi liikunnan on todettu vähentävän riskiä sairastua de-

mentiaan ja lievään kognitiiviseen heikkenemiseen. Sekä Ministry of Healthin (2013, 9) julkaisussa että Kirk-Sanchezin ja McGoughin (2013, 52) artikkelissa todetaan liikunnan vähentävän riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Näihin lukeutuvat kohonnut verenpaine, metabolinen oireyhtymä, diabetes, dyslipidemia ja hyperinsulinismi. Sydän- ja verisuonitautia sairastavilla on todettu olevan lisääntynyt riski kärsiä myös kognitiivisesta heikkenemisestä. Vähentämällä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja parantamalla fyysistä kuntoa vaikutetaan myös aivojen terveyteen ja kognitiiviseen suoriutumiskykyyn. Epäselvää on kuitenkin, millä mekanismeilla elimistössä vaikutus tapahtuu. Liikunta saattaa vaikuttaa sydän- ja verenkiertoelimistön riskitekijöihin niin, että tämä vaikuttaa kognitioon tai suurempi merkitys voi olla liikunnan vaikutuksilla aivojen plastisuuteen. (Kirk-Sanchez & McGough 2013, 52.)

Forsterin, Lambelyn ja Youngin (2010, 174) katsauksessa todetaan liikunnallisen kuntoutuksen olevan tehokas ja hyödyllinen pitkäaikaishoidossa oleville ikääntyneille. Katsaus perustui 49 eri tutkimukseen. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 3 611 henkilöä, joiden keski-ikä oli 82 vuotta. Intervention pituus oli tyypillisesti 12 viikkoa ja heillä oli kolme 30 minuutin tapaamista viikossa. Interventioissa havaittiin positiivisia tuloksia etenkin liikkuvuuden paranemisessa mutta myös lihasvoimassa, tasapainossa ja lihasten joustavuudessa. Liikunnallisessa kuntoutuksessa vahvistettiin kävelykykyä ja lihaskestävyyttä, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, kuten syömistä, pukeutumista ja portaiden nousua. Lihaskuntoharjoittelun lisäksi kuntoutus sisälsi liikkuvuutta ja tasapainoa parantavia harjoitteita sekä sosiaalista toimintaa.

Helbostadin, Sletvoldin ja Moe-Nilssenin (2004, 498, 500, 505) tutkimuksessa vertailtiin ikääntyneiden pelkästään kotona päivittäin tapahtuvan harjoittelun vaikutuksia malliin, jossa oli mukana myös kodin ulkopuolella tapahtuvaa ryhmäliikuntaa kahdesti viikossa. Tutkimuksessa ilmeni, että koettu fyysinen terveys ja kävelynopeus olivat parantuneet molemmilla ryhmillä, mutta ryhmäliikuntaan osallistuminen kehitti paremmin koettua henkistä terveyttä ja itsenäistä selviytymistä. Tutkimus viestittää, että päivittäin kotona fysioterapeutin johdolla tapahtuva tasapainon ja alaraajojen lihasvoiman harjoittelu voi parantaa sekä fyysisiä että henkisiä tekijöitä, jotka liittyvät koettuun elämänlaatuun. Lisäämällä

tähän harjoittelumuotoon kahdesti viikossa kokoontuva ryhmä, joka sisältää toiminnallisia voima- ja tasapainoharjoitteita, voidaan parantaa myös henkistä terveyttä ja itsenäistä selviytymistä.

## **5.2 Liikunnan muodot ja määrä ikääntyneellä**

Käypähoidon liikuntasuosituksessa (Vuori 2010) 65 vuotta täyttäneille aerobisesta kestävyysliikunnasta suositellaan kohtalaisesti kuormittavaa liikuntaa vähintään 30 minuuttia viitenä päivänä viikoittain tai 20 minuuttia voimakkaasti kuormittavaa liikuntaa kolmena päivänä viikoittain. Kohtalainen liikunta aiheuttaa havaittavan sydämen sykkeen ja hengityksen kiihtymisen. Voimakkaasti kuormittava aiheuttaa suuren sykkeen ja hengityksen kiihtymisen.

Lihaskestävyyttä ja voimaa säilyttävää liikuntaa tulisi olla kahtena päivänä viikossa. Liikunnan kuormituksen tulisi kohdistua vartalon suuriin lihasryhmiin sekä ylä- ja alaraajoihin sisältäen kahdeksasta kymmeneen erilaista liikettä. Jos tarkoituksena on saada aikaan suurin mahdollinen voiman kehittyminen, kuormituksen tulisi olla kohtalaista tai kovaa ja toistoja 10–15. Kohtalainen kuormitus tarkoittaa asteikolla 0–10 arvoa 5–6 ja kova kuormitus arvoa 7–8. Liikuntaa voidaan suorittaa joko tarkoituksenmukaisesti voimaharjoitteluna tai voimisteluna, joka vaatii voimankäyttöä. Näitä edellä mainittuja vähimmäismääriä enemmän liikkuvilla liikunnan terveyshyödyt kasvavat. Jos tavoitteena on kunnan kohottaminen tai sairauksia ehkäisevä vaikutus ja henkilöllä ei ole mitään terveydellisiä esteitä, liikunnan vähimmäismääriä suositellaan suurentamaan. Liikkuvuutta edistäviä venyttelyjä tulee tehdä suurille lihaksille ja niiden jänteille vähintään kahdesti viikoittain, vähintään 10 minuuttia kerralla. Lihaksia tulee venyttää staattisesti 10–30 sekunnin ajan, toistaen venytys 3–4 kertaa. Tasapainoa edistävää liikuntaa suositellaan henkilöille, jotka ovat kaatuilleet tai putoilleet usein tai heillä on liikkumisongelmia. Säännöllinen liikunta auttaa itsessään vähentämään kaatumisia. Säännöllisen liikunnan lisäksi erilliset tasapainoharjoitukset esimerkiksi kolme kertaa viikossa ovat tehokkaita. (Vuori 2010.)

### 5.3 Psykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi

Suurin osa liikunnan terveyshyötyjä tutkivista tutkimuksista on keskittynyt fyysiseen terveyteen, mutta joissakin tutkimuksissa tätä näkökulmaa on pyritty laajentamaan muihinkin terveyden ulottuvuuksiin. Keskittyminen pelkästään fyysiseen terveyteen johtuu siitä, että fyysisiä tekijöitä, kuten lihasvoiman kasvua ja hapenottokyvyn lisääntymistä, on helppo mitata objektiivisesti fysiologiaan perustuvilla mittareilla. Mielialaan ja elämän hallintaan liittyvät tekijät sen sijaan ovat lähinnä subjektiivisesti arvioitavissa. Fyysisen kunnon ja suorituskyvyn paraneminen ovat tärkeitä liikunnan hyötyjä, mutta paljon terveyshyötyjä jää myös hyödyntämättä, jos keskitytään pelkästään liikunnan fyysiseen puoleen. Liikunta tuottaa sosiaalisia ja psyykkisiä terveyshyötyjä, kuten parantaa psyykkistä hyvinvointia ja alentaa riskiä sairastua masennukseen. Liikunnan sosiaalisten ja psyykkisten vaikutusten ajatellaan usein olevan riippuvaisia fyysisen aktiivisuuden määrästä ja laadusta. Osa hyödyistä kuitenkin tulee muista tekijöistä. On liikuntamuotoja (esimerkiksi monet piha- ja seurapelit), jotka eivät täytä terveysliikunnalle asetettuja kriteerejä fyysisen aktiivisuuden osalta, mutta ne voivat silti kohentaa psyykkistä ja sosiaalista terveyttä. Nämä vaikutukset syntyvät kisailun ja yhdessä tekemisen kautta. Erityisesti ikäihmisillä on tärkeää huomioida liikunnan hyödyt kokonaisvaltaisesti. (Leinonen & Havas 2008, 53–54.)

Liikuntatilanteiden sosiaaliset hyödyt liittyvät osallisuuteen ja yhdessä toisten kanssa tekemiseen. Näin ihmisen sosiaalinen verkosto voi vahvistua tai voi syntyä uusia sosiaalisia suhteita. Sosiaalisen terveyden näkökulmasta yksi liikunnan tärkeistä merkityksistä on ikääntyneiden yksinäisyyden vähentäminen. Liikunnan mukana voi syntyä otollinen ympäristö sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Ikääntyessä luonnolliset kontaktit toisiin ihmisiin vähenevät, mutta ryhmään kuulumisen tunne säilyy tärkeänä iästä riippumatta. (Leinonen & Havas 2008, 55.)

Liikunnan psyykkiset vaikutukset syntyvät liikunnan tuottamista elämyksistä, onnistumisen kokemuksista, mielekkyydestä ja ilosta sekä arjesta irti pääsemisestä. Nämä kokemukset kartuttavat psyykkisiä voimavaroja, joiden ajatellaan olevan yhteydessä psyykkiseen terveyteen. Fyysisen kunnon ei tarvitse välttämättä parantua, jotta psyykinen terveys paranisi. Ikäihmisten liikuntatilanteissa

psykkiset tekijät ovat tärkeitä esimerkiksi itsensä hyväksymisen ja vanhenemiseen sopeutumisen näkökulmista. (Leinonen & Havas 2008, 55.) Jopa yksi liikuntakerta voi saada aikaan hyvinvointielämyksiä. Ne voidaan kokea omassa kehossa tai ne voivat olla selkeitä, mutta lyhytkestoisia tunteita eli affekteja. Kokeellisissa tutkimuksissa yhden liikuntakerran on todettu vähentävän ärtymystä, vihaisuutta, alakuloisuutta ja haluttomuutta. Lisäksi on havaittu virkeyden, tarkokkuuden, elinvoimaisuuden ja yleisen mielihyvän voimistumista. Toisin sanoen liikunnan voidaan sanoa lisäävän lievästi ihmisen kokemaa hyvää oloa. (Nupponen 2011, 43–45.)

Erot yksilöiden ja eri liikuntakerroilla koettujen kokemusten välillä ovat kuitenkin suuria. Yhden liikuntakerran vaikutukset mielialaan ja koettuihin elämyksiin ovat riippuvaisia esimerkiksi liikkujan omista odotuksista, iästä, sukupuolesta sekä liikunnan luonteesta ja tarkoituksesta. Positiivisia vaikutuksia tunteisiin on testeissä saatu erityisesti silloin, kun henkilö arvioi liikuntasuorituksensa hieman rasittavaksi eli RPE 12–13 Borgin asteikolla. Hapen kulutuksen tai sykkeen avulla mitatuissa tutkimuksissa kohtalaisen kuormittavan liikunnan vaikutukset mielialaan ovat erityisesti tottumattomammilla liikkujilla olleet raskasta liikuntaa parempia. (Nupponen 2011, 43–45.)

Voimavarat tekevät ikääntyvän elämästä laadukasta. Laajassa brittiläisessä tutkimusohjelmassa elämänlaadun ulottuvuuksiksi on määritelty oleminen, kuuluminen johonkin ja tuleminen joksikin. Olemisella tarkoitetaan elämänlaadun fyysisiä, psyykkisiä ja henkisiä ulottuvuuksia. Kuuluminen johonkin taas käsittää ihmissuhteet ja niiden fyysisen, sosiaalisen ja yhteisöllisen ympäristön. Tuleminen joksikin liittyy henkilökohtaisiin elämäntavoitteisiin, vapaa-ajan tavoitteisiin sekä henkilökohtaiseen kasvuun. Tämän tutkimuksen mukaan voimavarat ymmärretään fyysisinä, psyykkisinä, sosiaalisina ja ympäristöllisinä, eikä näin ollen toimintakyvyn käsittäminen pelkästään fyysisenä tekijänä enää riitä. Paljon käytetty käsitepari ”terveys ja toimintakyky” voi jopa estää näkemästä hyvinvoinnin ja elämänlaadun kokonaisuuksien laajuuden, jos psykososiaalinen osuus jätetään huomioimatta. (Hakonen 2008, 121–122.)



## 6 Kuntouttavan toiminnan malleja omaishoidossa

### 6.1 Kansallinen omaishoitajien tukiohjelma

Kansallinen omaishoitajien tukiohjelma (National Family Caregiver Support Program NFCSP) on Yhdysvaltalainen vuonna 2000 vakiintunut tukiohjelma, joka myöntää apurahoja osavaltioille ja alueille. Tukea myönnetään sen perusteella, kuinka suuri osuus alueen väestöstä on täyttänyt 70 vuotta. Tuilla rahoitetaan erilaisia tukimuotoja, jotka auttavat perheitä ja omaishoitajia hoitamaan läheisensä kotona mahdollisimman pitkään. NFCSP tarjoaa erilaisia palveluita, joilla tuetaan omaishoitajia. Ohjelman mukaan toimivien osavaltioiden on toimitettava kuudentyyppisiä palveluita: tietoa omaishoitajille saatavilla olevista palveluista, apua palveluiden hakemisessa ja sinne pääsemisessä, yksilöllistä ohjausta, tukiryhmien organisointia ja hoitajan koulutusta sekä väliaikaista hoitoa. Lisäksi tulee tarjota rajoitetusti joitain lisäpalveluita. Nämä palvelut toimivat yhdessä muiden valtion tarjoamien ja kunnallisten palveluiden kanssa, jotta tukipalvelut pystytään tarjoamaan koordinoitusti. Tutkimukset ovat osoittaneet, että nämä palvelut voivat vähentää omaishoitajan masennusta, ahdistusta ja stressiä. Näin he voivat tarjota hoitoa pidempään, ja siten välttää tai viivyyttää kallista laitoshoidoa. (Administration on Aging 2012.)

Kongressin tunnustettua omaishoitajien tärkeän roolin pitkäaikaishoidon järjestämisessä vuodesta 2006 alkaen esimerkiksi vammaisia lapsenlapsiaan hoitavat isovanhemmat ja iäkkäitä läheisiään hoitavat aikuiset ovat oikeutettuja palveluihin. Lisäksi palveluiden piiriin tulivat myös kaikki muistisairaiden läheisten omaishoitajat iästä riippumatta. Jokainen omaishoitaja esittää omien yksilöllisten tarpeidensa ja mieltymystensä perusteella pyynnön, minkä tyyppisiä palveluita he haluavat milloinkin saada. Lisäksi käytävissä on ohjelmia ja palveluja, jotka vaihtelevat osavaltioittain ja kunnittain. Myös tietyt kansalliset järjestöt ja ohjelmat antavat tietoa ja tukea Kansallisen omaishoitajien tukiohjelman kehittämiseen ja innovointiin. (Administration on Aging 2012.)

Vuonna 2010 yli 700 000 omaishoitajaa vastaanotti apua Kansallisen omaishoitajien tukiohjelman kautta. Nämä palvelut ovat auttaneet heitä käsittelemään hoitotyöstä aiheutuvaa vastuuta, ja varmistaneet samalla hoidettavan pysymisen kotona niin kauan kuin mahdollista. Tukiohjelmassa on tarjottu yli miljoonat yhteystiedot, jotka auttavat löytämään palveluita vapaaehtoisjärjestöiltä ja yksityisiltä palveluntarjoajilta. Lisäksi on toimitettu neuvonta- ja koulutuspalvelut yli 125 000 hoitajalle ja tilapäishoitopalvelut yli 64 000 hoitajalle. Tilapäishoidon avulla on tarjottu jopa 6 800 000 vapaatuntia omaishoitajille. (Administration on Aging 2012.)

## 6.2 SUFACARE-hanke

SUFACARE (Supporting family caregivers and receivers in Estonia and Finland, ”Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa”) -hankkeen tavoitteena on keventää omaishoitajien työtaakkaa ja edistää sekä heidän että hoidettavien hyvinvointia ja vähentää sosiaalista eriarvoisuutta. Tarkoituksena on myös pidentää omaishoidettavien vanhusten ja vammaisten laadukasta kotona asumista. Hanke pyrkii myös kehittämään Suomen omaishoitajärjestelmää erilaisten tukitoimien avulla. (Surakka 2012, 19.)

Suomessa omaishoidon tukijärjestelmissä ja käytännöissä on aluekohtaisia eroja. SUFACARE-hankkeen tarkoituksena on arvioida omaishoitajärjestelmää Helsingissä, Tallinnassa, Turussa, Salossa ja Rakveressä. Omaishoidon mallin ja tukiverkostojen luomisessa pyritään ottamaan huomioon alue- ja valtiokohtaiset erot sekä erityisesti Suomen ja Viron väestörakenteelliset, kulttuuriset, sosiaaliset ja taloudelliset erot. Hankkeen tuloksilla pyritään vaikuttamaan mahdollisimman nopeasti ja käytännönläheisesti. (Surakka 2012, 19.)

SUFACARE-hanke koostui viidestä vaiheesta, jotka toteutettiin pääsääntöisesti vuosien 2010 ja 2011 aikana. Vaihe I oli postikyselynä toteutettu kartoitus omaishoitajien tilanteesta. Vaiheessa II Suomessa haastateltiin 101 omaishoitajaa ja Virossa 448 omaishoitajaa. Suomessa tehtiin lisäksi 35 koti- ja lähiympä-

ristön ja fyysisen toimintakyvyn kartoitusta. Vaiheessa III toteutettiin Suomessa vuosina kustannustehokkuusanalyysi, joka pohjautui vaiheessa I toteutetun kyselyn tuloksiin sekä olemassa oleviin tilastoihin ja kustannuslaskelmiin. Vaiheessa IV järjestettiin koulutus- ja virkistystapahtumia sekä Suomessa että Virossa. Koulutusten tarkoituksena oli jakaa omaishoitajille tietoa erilaisista palveluista, terveydestä ja sosiaalisesta osallisuudesta. Koulutusten teemat olivat henkinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky ja kunto, elinympäristön esteettömyys ja apuvälineet, sosiaalinen osallisuus ja vertaisryhmätoiminnan edistäminen sekä saatavilla olevat palvelut ja oikeudet. Vaiheessa V kehitettiin uusia malleja ja parannusehdotuksia omaishoitajien aseman kohentamiseksi. (Surakka 2012, 19–20.)

SUFACARE-hankkeen tulosten pohjalta (vaihe V) luotiin uusi käyttäjäkeskeinen malli, jossa omaishoitaja nähdään kokemusasiantuntijana (ks. kuvio 1). Tämä tarkoittaa sitä, että asiantuntijoiden tulee huomioida omaishoitajan kokemustieto, ja tarvittavat tukitoimet tulee suunnitella jokaiselle omaishoitajalle yksilöllisesti. Mallissa on keskeistä hoitotyöstä vapautuminen ja virkistys sekä omaishoitajien tavoittaminen ja tuen tarpeen tunnistaminen. Omaishoitajan olisi hyvä tunnistaa itse oma tuen tarpeensa, ja hänen tulisi voida valita itselleen sopiva virkistys- ja/tai vapautuskeino. Olisi myös tärkeää tavoittaa ne omaishoitajat, jotka eivät ole virallisesti rekisteröityjä, ja siten tukitoimien ulkopuolella. Uudessa mallissa ehdotetut lisäpalvelut nostaisivat omaishoidon hintaa, mutta omaishoito pysyisi kustannustehokkaana vaihtoehtona verrattuna esimerkiksi palveluasumiseen. (Arola, Kokko, Rosengren, Stenbock-Hult & Surakka 2012, 66.)

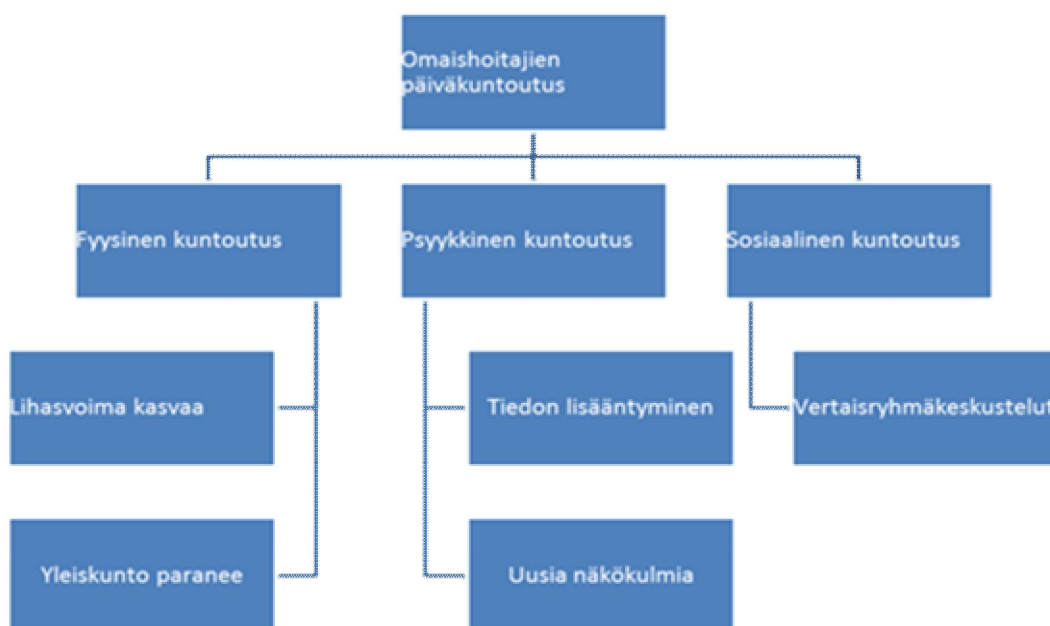
Uuden mallin mukaan tuen tarpeen tulee lähteä omaishoitajasta itsestään, ja lähtökohtana tukipalveluille on omaishoitajan senhetkinen tilanne, tarpeet ja mieltymykset. Omaishoitajan tulee pystyä muokkaamaan tukitoimenpiteitä itselleen sopiviksi yhdessä julkisen sektorin, järjestöjen ja uskonnollisten yhteisöjen edustamien ammattilaisten kanssa. Ammattilaisten suhtautumisen omaishoitajaan pitää olla positiivista, ja hänen kokemustaan ja työpanostaan tulee kunnioittaa ja arvostaa. (Arola ym. 2012, 66.)



Kuvio 1. Käyttäjäkeskeinen malli omaishoidon tukemiseksi (Arola ym. 2012, 66)

### 6.3 Päiväkuntoutusmalli dementoituvan omaishoitajalle

Omaishoitajien päiväkuntoutusmalli on tietyn ajan kestävä interventio, jolla pyritään vaikuttamaan sekä omaishoitajan että -hoidettavan tilanteeseen. Kuntoutusmallin tavoitteena on lisätä omaishoitajan fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja vertaistuen ja fyysisen harjoittelun keinoin (ks. kuvio 2). Ennen kurssin aloittamista olisi hyvä luoda yhteistyöverkosto, jonka kautta kohderyhmään kuuluville henkilöille pystytään välittämään tietoa kuntoutuskursseista. Esimerkiksi sairaalan neurologinen osasto, dementiahoitaja ja sosiaalityöntekijä ovat hyviä yhteistyökumppaneita. (Laine 2006.)



Kuvio 2. Päiväkuntoutusmallin vaikutukset omaishoitajaan (Laine 2006)

Päiväkuntoutusmalli koostuu aloituskurssista ja jatkokurssista. Aloituskurssilla pyritään lisäämään omaishoitajien tietämystä muistisairauksista ja sitä kautta parantamaan omaishoitajien kykyä ymmärtää hoidettavansa käytöstä. Toinen aloituskurssilla tärkeä teema on fyysinen harjoittelu, jolla pyritään lisäämään sekä omaishoitajan lihasvoimaa että psyykkisiä voimavaroja. Omaishoitajien fyysisen kunnan kehittymistä seurataan kurssin ajan toimintakyvyn testillä, joka koostuu 2 minuutin kävelytestistä, tasapainotestistä, 30 sekunnin tuoilta ylösnousutestistä sekä kyynärvarren toistokoukistustestistä. Jatkokurssien tavoitteena on, että omaishoitajat voivat ohjatusti jatkaa omasta kunnostaan huolehtimista ja saada vertaistukea. Fyysisen harjoittelun lisäksi jatkokursseilla on ohjattua keskustelua omaishoitajia kiinnostavista aiheista. (Laine 2006.)

Päiväkuntoutusmalli rakentuu niin, että omaishoitajilla ja hoidettavilla on molemmilla omat ryhmänsä, jotka kokoontuvat samaan aikaan. Ryhmillä on oltava erilliset tilat, ja myös mahdollinen ruokailu olisi hyvä järjestää eri tiloissa, jotta omaishoitaja voi keskittyä täysipainoisesti omaan kuntoutukseensa. Molemmilla ryhmillä on oltava ammattitaitoinen, esimerkiksi sosiaali- tai terveysalan koulutuksen käynyt vetäjä. Molemmissa ryhmissä olisi pyrittävä siihen, että toimintakyvyn erot (fyysiset ja henkiset) olisivat mahdollisimman pienet ryhmäläisten välillä. Tämä mahdollistaa sen, että kaikki pystyvät osallistumaan ja saavat on-

nistumisen kokemuksia. Jos ryhmää ei tunneta entuudestaan, toimintakykytestit on hyvä tehdä heti kuntoutuskurssin alussa. Näin osataan valita tasoltaan oikeanlaiset liikuntamuodot. (Laine 2006.)

Päiväkuntoutusmallin toimivuutta arvioitiin toimintakykytestillä sekä kahdella eri palautelomakkeella. Ensimmäisellä palautelomakkeella pyrittiin saamaan tietoa sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin kehittymisestä kuntoutuksen aikana. Tässä tiedon keruun välineenä käytettiin avoimia kysymyksiä, joissa omaishoitaja sai omin sanoin kertoa kuntoutuksen vaikutuksista. Vastauksista tuli esille, että omaishoitajat kertovat ryhmässä saadun vertaistuen vähentäneen yksinäisyyttä ja keskustelujen avanneen uusia näkökulmia haastavina koettuihin asioihin. Omaishoitajat myös kokivat, että kuntoutus piristi heitä ja innosti liikunnan harrastamiseen. Toista lomaketta käytettiin kehitettäessä päivätoimintamallia. Sen tarkoituksena oli kartoittaa kuntoutukseen osallistuneiden mielipiteitä muun maassa kuntoutuksen sisältöjen mielekkyydestä, ennako-odotusten toteutumisesta, kuntoutusjakson kestosta sekä muista käytännön asioista. Tämän palautteen pohjalta pyrittiin muodostamaan mahdollisimman hyvä runko päivätoimintamallin aloituskurssille. (Laine 2006.)

Toimintakykytestillä arvioitiin kuntoutusjakson vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn. Rasituskestävyys ja lihasvoima paranivat yli puolella testatuista ja tasapaino parantui huomattavasti kolmella henkilöllä yhdestätoista. Neljällä henkilöllä tasapaino säilyi samana. Pienet parannukset kaikilla osa-alueilla saattoivat johtua kerran viikossa toteutetusta harjoittelusta, mutta suurimmat positiiviset muutokset johtuivat siitä, että harjoittelu ryhmässä oli innostanut omaishoitajia kuntoilemaan myös omalla ajallaan. Kaikki henkilöt, joiden tulokset paranivat huomattavasti, kertoivat tekevänsä voima- tai tasapainoharjoitteita myös kotonaan. (Laine 2006.)

## 7 Kehittämistyö

### 7.1 Käsitteitä

Kehittämistyö tarkoittaa toimintaa, jonka tavoitteena on kehittää uusia tai entistä parempia palveluita tutkimustulosten pohjalta. Kehittymistä voi tapahtua myös ilman tutkimusta, mutta ne toimivat parhaiten yhdessä. Tämä siksi, että tutkimuksen avulla voidaan muodostaa perusteita toiminnalle ja näin parantaa toiminnan onnistumisen mahdollisuuksia. Tutkimus voidaan ymmärtää uuden tieteellisen tiedon tavoittelun ohella myös asenteeksi, jossa omaa toimintaa ja ympäröivää maailmaa tarkastellaan ja pohditaan. Tutkimus-käsitteeseen liittyy olennaisesti myös tieteellinen ajattelu. Kehittämisellä tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään saamaan aikaan muutosta parempaan. Tutkivalla kehittämisellä tarkoitetaan näiden kahden käsitteen yhdistämistä. Se voi liittyä joko yleiseen tapaan toimia tai työskentelyyn, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai tiedon tavoittelulla on erityisen tärkeä rooli osana kehittämistä. Tutkivan kehittämisen ajatukselle on myös ominaista, ettei ole olemassa yhtä oikeaa tapaa kehittää. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–23, 25.)

Kehittämistoiminnassa menettelytapojen perustelut sille, millä tavoin toimitaan, eivät ole kovin selventäviä suhteessa siihen, mihin tavoitteeseen pyritään. Tavallisesti kehittämismenetelmissä tietyt keinoja käyttämällä oletetaan, että sillä tavoin saadaan toivottuja ja tavoiteltuja tuloksia. Kehittämistoiminnassa käytetyt menetelmiä, taustaoletuksia ja tavoitteita tulisi selventää ulkopuolisille, jotta he voivat havainnoida sen eri ominaisuuksia. Näin toimimalla menetelmän ja toiminnan hyvyttä voidaan arvioida. Vaikeutena saattaa kuitenkin olla se, että käsitteiden nimitykset, joita toiminnassa käytetään, eivät ole täysin täsmennyneitä. (Seppänen-Järvelä 2007, 21–22.)

Terveystieteiden kehittämisellä pyritään uusien palveluiden, menetelmien tai järjestelmien tuottamiseen tai entisten parantamiseen. Kehittämistoiminnan avulla etsitään keinoja ottaa käyttöön uusia toimintamuotoja tai -tapoja. Kehittäminen kohdistuu yleensä palvelujärjestelmällä tuotettaviin palveluihin, itse or-

ganisaatioon ja sen rakenteisiin, toimintakäytäntöihin tai henkilöstön osaamiseen. Kehittämiseen terveysalalla liittyy usein olennaisesti moniammatillisuus, yhteistoiminnallisuus ja sosiaalinen näkökulma. Moniammatillisessa kehittämisessä pyritään siihen, että kunkin ammattiryhmän edustama osaaminen käytetään parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisen kehittämistyön ansiosta edistystä tapahtuu koko organisaatiossa, jolloin myös käsitykset ja toimintamallit muuttuvat. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

## 7.2 Kehittämistyön vaiheet

Heikkilän ym. (2008, 58) mukaan kehittämistyön elinkaaren vaihteita ovat ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämisvaihe, arviointivaihe sekä käyttöönotto- ja seurantavaihe. Tätä luokittelua käytetään tässä opinnäytetyössä OMAISKUNTO-toiminnan vaiheiden jäsentämisessä. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu tiettyjä tyypillisiä tehtäviä, jotka toimivat pohjana seuraavalle vaiheelle. Todellisuudessa vaiheet eivät kuitenkaan etene suoraviivaisesti tietyssä järjestyksessä, vaan aiempiin vaiheisiin voidaan palata työn edetessä. Lisäksi on tärkeää arvioida tehtyä työtä jokaisen vaiheen jälkeen. Arviointi ei saisi olla pelkkää muodollista hyväksymistä, vaan siihen tulisi panostaa hyvin. Näin kannattaa toimia, koska mahdollisten virheiden korjaaminen myöhemmin on huomattavasti vaikeampaa.

Kehittämistyön jäsentäminen vaiheiden mukaan ja jokaisen vaiheen lopussa tehtävä arviointi varmistavat, että kaikki tiettyyn vaiheeseen kuuluvat tehtävät on tehty ja toiminta etenee kohti päämääräänsä ja lopullista tavoitettaan aikataulun mukaisesti. Periaatteena on, että seuraavaan vaiheeseen ei siirrytä ennen kuin edellinen vaihe on saatettu loppuun. (Heikkilä ym. 2008, 60.) Tilanteissa, jolloin halutaan toteuttaa jokin muutos käsitteillä olevaan asiaan, perustetaan projekti. Projekti on yksi tapa järjestää kehittämistoiminta. Arviointi kuuluu tärkeänä osana projektia, vaikkakin järjestelmällinen arviointi ja arviointitiedon tehokas hyödyntäminen on ollut harvinaista. Tyypillinen arviointi on selvittänyt, toteutuivatko tavoitteet ja prosessin tarkoitus sekä käytettiinkö resurssit tehokkaasti. Kehittämistoiminnan aikaista arviointia, mikä palvelee kehittämistä,



on lähiaikoina erilaisten projektien, pilottien, kokeilujen ja hankkeiden yleistyttyä pitänyt pohtia. Miten saadaan toteutettua itse projektin sisällä arviointia, joka palvelee kehittämistyön tavoitteellista, tietoista ja oppivaa toteuttamista? (Vataja & Seppänen-Järvelä 2007, 217.)

Arviointia, joka on toteutettu vain projektin loppuvaiheessa, tulosten ja tavoitteiden kannalta katsottuna, jättää huomioimatta itse kehittämisen. Tärkeimmät syyt projektin onnistumiseen tai epäonnistumiseen liittyvät kehittämistoiminnan tai intervention toteutukseen. Intervention epäonnistuttua ongelmat ovat usein olleet johtamiseen, vuorovaikutukseen ja viestintään liittyviä. Myös oletamus siitä, millainen toiminta johtaa toivottuun tulokseen, saattaa olla virheellinen. Jotta epäonnistumisilta vältyttäisiin, on käsitys prosessinaikaisen arvioinnin tärkeydestä vahvistunut. Kehittämisprosessin etenemistä on kuitenkin vaikea seurata, arvioida, analysoida ja raportoida niin, että keskeiset muuttujat ja elementit voitaisiin tehdä havaittaviksi. Kehittämisprosessin välillisiä vaikutuksia on vaikea nähdä ja eritellä luotettavasti, koska prosessi etenee hitaasti. Prosessiarvioinnissa onkin tarkoitus selventää usein moniselitteistä ja tilanne-ehtoista kehittämisprosessia systemaattisin menetelmin. Kehittämisprosessin edetessä päätöksiä projektin tavoitteiden eteen tehdään seurantatiedon, palautteen ja reflektion pohjalta. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2007, 217–218.)

Kehittämislle toiminnallisuus ja tilanne-ehtoisuus sekä toiminnan perustuminen intuitiivisiin ratkaisuihin ovat luonteenomaisia. Tämän vuoksi toiminnan jatkuva perustaminen arviointitietoon on suuri muutos. Tällöin kysymys on tehdä hiljainen tieto ja näkymätön päätöksenteko näkyväksi. Ulkopuoliselle tällaisten erilaisten tulkintojen, intuitioiden ja assosiaatioon perustuvien ajatusketjujen avaaminen on erittäin haasteellista. Ulkopuolisen henkilön on esimerkiksi vaikea tulkita loppuraportissa kerrotun prosessiarvioinnin pohjalta, miten käytännössä on toimittu tai millaisia johtopäätöksiä arvioinnin perusteella on tehty. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2007, 218.)

### 7.3 Kehittämistyön eettisiä näkökulmia

Kehittämistyöhön ja tutkivaan kehittämiseen liittyy monia kysymyksiä ihmisen asemasta ja oikeuksista sekä yhteisön ja yhteiskunnan toimintatavoista ja velvollisuuksista. Kysymysten ratkaisemiseksi on laadittu lakeja ja asetuksia, joita täydentävät eettiset suositukset ja ohjeet. Eettiset suositukset muodostavat arvoperustan, jota tutkimus- ja kehittämistoiminnassa on noudatettava. Tämä on erityisen tärkeää terveysalalla toimiville. Jo ennen kehittämistyön aloittamista on mietittävä tarkkaan aiheen valinnan ja kehittämistoiminnan kohdentamisen eettisyys. Kehittämistoiminnalla ei saa loukata ketään eikä eri ihmisiä tai ihmisryhmiä tule väheksyä. Kehittämistyön ensisijainen päämäärä terveysalalla on aina oltava potilaiden tai asiakkaiden etu. (Heikkilä ym. 43–44.)

Tietolähteiden valintaan on hyvä kiinnittää huomiota myös kehittämistoiminnassa. Olennaista on valita lähteet sen perusteella, mihin kysymyksiin tai käytännön ongelmiin haetaan vastauksia. Tutkivan kehittämisen lähtökohtina toimivat aikaisempi tutkimustieto, käytännön kokemukset sekä niin sanottu hiljainen tieto, jota asiantuntijoilla on. Tietolähteiden valinta ohjaa kehittämistoimintaa tiettyyn suuntaan, joten valittujen lähteiden luotettavuuteen ja eettisyyteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Kun tutkimus- ja kehittämistoiminnan kohteena ovat ihmiset, toimintatapojen valinta ja tiedonkeruun toteutus ovat haaste. On tärkeää, että tutkittavia tai kehittämistoiminnassa mukana olevia henkilöitä kohdellaan kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti, ja toiminta perustellaan heille hyvin. Ihmisen tulee itse päättää omasta osallistumisestaan tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Erityistä huomiota tulee kiinnittää heikosti itseään puolustamaan kykenevien ihmisryhmien, kuten lasten ja vanhusten, oikeuksien tukemiseen. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.)

## 8 Opinnäytetyön lähtökohdat ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tukea omaishoitajien jaksamista kuntouttavan toiminnan avulla. Tavoitteena on kehittää ikääntyneille omaishoitajille ja omaishoidettaville kuntouttavan toiminnan malli Joensuuhun. Toiminta on osa Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan keskuksen Voimala-hyvintointipalveluita. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus koostuu omaishoitajien ja -hoidettavien palveluntarpeiden kartoittamisesta, kuntouttavan toiminnan sisältöjen suunnittelusta ja toiminnan pilotoinnin toteutuksesta ja arvioinnista. Kuntouttavasta toiminnasta käytettiin pilotointivaiheen loppuun asti nimeä OMAKUNTO-toiminta. Nimi muutettiin tekijänoikeudellisista syistä muotoon OMAISKUNTO-toiminta, ja tätä termiä käytetään myös tässä opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Karelia-ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan keskuksen Voimala-oppimis- ja palveluympäristö (ks. toimeksiantosopimus liite 1). Oppimis- ja palveluympäristöjen monialaisen ja kansainvälisen toiminnan kehittäminen on yksi Karelia-ammattikorkeakoulun strategian mukaisista keskeisistä kehittämiskohdista. Strategiassa on korostettu myös tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminnan merkitystä ja opiskelijoiden mahdollisuutta osallistua työelämätoimeksiantojen toteutukseen. (Auvinen, Elsinen, Ilvonen, Kukkonen, Moilanen, Neuvonen, Peltonen, Penttinen & Raivo 2013, 26–27.) Voimala on moniammatillinen ikäosaamisen kehittämis- ja palveluympäristö, jossa opiskelijat työskentelevät erilaisissa projekteissa ja piloteissa. Projekteja kehitetään tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa. Yhteistyökumppaneina kuntouttavan toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa ovat Joensuun kaupunki ja Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Opinnäytetyötä varten saatiin rahoitusta sata (100) euroa Voimalan toimintaa rahoittavalta William ja Ester Otsakorven Säätiöltä. Rahat käytettiin OMAISKUNTO-toiminnan ryhmissä järjestettyjen kahvitusten kulujen kattamiseen.

## **9 Kyselyn toteuttaminen ikääntyneille omaishoitoperheille**

### **9.1 Kyselyn suunnitteluvaihe**

Joensuun seudulla asuville omaishoitoperheille suunniteltiin ja postitettiin kysely Joensuunseudun Omaiset ja Läheiset ry:n avustuksella. Kysely on kokonaisuudessaan liitteessä 2. Kyselyllä pyrittiin selvittämään millaisia palveluita pääasiassa yli 65-vuotiaat omaishoitajat ja -hoidettavat tarvitsevat sekä millaisia kokemuksia ja mielipiteitä heillä on kuntouttavasta toiminnasta ja omaishoitajuudesta. Kyselyn tuloksia käytetään apuna OMAISKUNTO-toiminnan suunnittelussa.

Tarve kyselyn tekemiseen ilmeni keskusteluissa yhteistyökumppaneiden kanssa. Kyselyssä hyödynnettiin kahden sosionomiopiskelijan aiemmin samana keväänä Joensuun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n johtokunnan jäsenille tekemää haastattelua. Haastatteluja toteutui kuusi eri tiedonkeruumenetelmällä. Heidän haastattelunsa pyrki kartoittamaan omaishoitajien ja -hoidettavien toiveita ja tarpeita Ikäosaamisen oppimis- ja palveluympäristön (Voimala) toiminnan kehittämistä varten.

### **9.2 Kyselyn sisältö**

Kysely koostui kolmestatoista kysymyksestä sekä vapaa-sana osiosta. Kysymykset jakaantuivat kolmeen osioon A: taustatiedot, B: palveluiden tarve ja C: kokemuksia ja mielipiteitä. Kysymykset olivat sekä suljettuja, avoimia että puoliavoimia. Palveluiden tarve -osiossa kartoitettiin omaishoidon vaikeita tai hankalia asioita sekä erilaisten palveluiden ja kuntouttavan toiminnan tarvetta. Näiden kysymysten avulla pyrittiin selvittämään, millaista kuntouttavaa toimintaa omaishoitajat ja -hoidettavat tarvitsevat, ja mitkä asiat mahdollisesti ovat kuntoutuksen tarpeen taustalla.

Kokemuksia ja mielipiteitä -osio sisältää kuusi kysymystä kokemuksista ja mielipiteistä omaishoidosta, aiemmasta kuntouttavasta toiminnasta sekä tulevasta OMAISKUNTO-toiminnasta. Kysymysten avulla pyrittiin selvittämään, millaisia mielipiteitä omaishoitajilla ja omaishoidettavilla on ollut kuntouttavasta toiminnasta, johon he ovat aiemmin osallistuneet. Tämä auttaa suunnittelemaan sellaista toimintaa, jonka omaishoitoperheet ovat pääosin kokeneet hyödyllisenä. OMAISKUNTO-toimintaan liittyvistä kysymyksistä saatu tieto siirtyy suoraan osaksi toiminnan suunnittelua. Vastaukset auttavat suunnittelemaan toimintaa, joka vastaa omaishoitoperheiden odotuksia ja tarpeita. Jos kiinnostusta ei ole, toiminnan käynnistämisen mielekkyyttä täytyy pohtia uudelleen. Viimeisenä kohtana kyselyssä on vapaa sana -kohta, jossa omaishoitaja voi kirjoittaa ajatuksia omaishoitajuudesta. Tämä kohta antaa konkreettista ja syvempää tietoa omaishoidosta, mikä on toimintaa suunnitteleville ja toteuttaville tärkeää. Tieto, jonka omaishoitaja kertoo, voi olla myös tärkeää kertoa laajemmassa yhteydessä, henkilöllisyyden tulematta kuitenkaan julki.

### **9.3 Aineiston koodaus**

Kyselylomakkeiden palautuksen jälkeen lomakkeet käydään läpi ja joukosta poistetaan tyhjä tai puutteellisesti täytetyt lomakkeet. Hyväksytyjen ja hylättyjen lomakkeiden määrät tulee ottaa ylös, samoin kuin hylkäämisen kriteerit. Hyväksytyihin lomakkeisiin tulee merkitä tunnistenumerointi esimerkiksi etusivun yläreunaan. Tämä numero tallennetaan myöhemmin havaintomatriisiin tunnistemuuttujaksi, jonka avulla havaintoyksiköt voidaan yhdistää lomakkeisiin. Tämä mahdollistaa esimerkiksi virheellisesti syötettyjen tietojen korjaamisen ja erilaisten lisätietojen liittämisen havaintomatriisiin koodauksen jälkeen. Lomakkeiden tarkistuksen ja numeroinnin jälkeen seuraa varsinainen koodausvaihe, ja sen kesto riippuu koodattavien muuttujien määrästä ja laadusta. Työläintä luokittelussa ja koodauksessa on yleensä avointen kysymyksien vastausten muuttamisessa numerokodeiksi. Avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset on mahdollista tallentaa myös tekstimuotoisesti, mutta muun muassa tietosuojan takia avoimet kysymykset koodataan ja tallennetaan usein pelkästään numerokodein. (Borg 2011.)

Avointen kysymysten luokitus voi olla vakioitu, mutta yleensä luokat laaditaan avoimeen kysymykseen saatujen vastausten pohjalta. Tällöin muodostetaan ensin vastauksiin sopiva sisältöluokitus, jonka jälkeen vastaukset koodataan sen mukaan. Käytännössä luokitus tehdään kirjaamalla lomakkeista ensin yksittäisiä vastauksia, joiden pohjalta hahmotellaan vähitellen vastausluokkia. Eritäin pieniä vastausluokkia tulee välttää, ellei niiden käyttö ole sisällöllisistä syistä erityisen perusteltua. Koodauksen helpottamiseksi luokitusrungon viimeisenä vastausluokkana kannattaa käyttää ryhmää ”muu”. Siihen koodattavien vastausten osuuden ei tulisi ylittää 10–20 prosenttia kaikista vastuksista. (Borg 2011.)

Aineiston analysoinnissa päädyttiin käyttämään IBM SPSS Statistics 19.0 -ohjelmaa, koska toinen opinnäytetyön tekijöistä oli käyttänyt ohjelmaa aiemmin kesätyöpaikallaan. Tämän ansiosta kyselystä saadun tiedon muuttaminen määrälliseen muotoon onnistui helposti, eikä vienyt liikaa aikaa muulta prosessilta. Ennen koodauksen aloittamista kyselyt selattiin läpi ja joukosta poistettiin kaksi täysin tyhjää lomaketta. Tämän jälkeen perehdyttiin avoimiin kysymyksiin ja päätettiin ne kysymykset, joiden vastaukset luokitellaan. Kyselylomakkeen pohjalta laadittiin havaintomatriisi, johon kyselyn tulokset syötettiin numeerisessa muodossa. Avointen ja puoliavointen kysymysten vastausten luokittelun jälkeen matriisiin muodostui yhteensä 37 muuttujaa. Suljetut kysymykset koodattiin pääosin siten, että arvo yksi kuvasi vastausta ”kyllä” ja arvo kaksi vastausta ”ei”.

Sisältöluokitus laadittiin avointen kysymyksien vastausten pohjalta. Kuusi avointa tai puoliavointa kysymystä luokiteltiin. Osassa kysymyksistä, esimerkiksi kysymyksessä ”Mitkä asiat ovat omaishoitoon liittyen vaikeita/hankalia?” vastausten luokittelu oli vaikeaa vastausten suuren hajonnan vuoksi. Kyselyn tuloksia analysoitaessa huomattiin, että joidenkin kysymysten vastausten luokittelu oli liian epätarkka. Epätarkkuus näkyi etenkin siinä, että luokan ”muu” vastausprosentti oli liian suuri. Uudelleenkoodauksessa tiettyjä vastausluokkia laajennettiin, jotta saataisiin selkeämpiä luokkia ja kaikki samaan asiaan liittyvät vastaukset olisivat yhden luokituksen sisällä. Osassa kysymyksistä vastaajat mainitsivat useita samaan teemaan liittyviä asioita, jolloin luotiin saman kysymyksen koh-

dalle kolme muuttujaa ja vastaukset jaettiin tärkeimpään, toiseksi tärkeimpään ja kolmanneksi tärkeimpään mainitsemisjärjestyksen perusteella.

## 10 Kyselyn tulokset

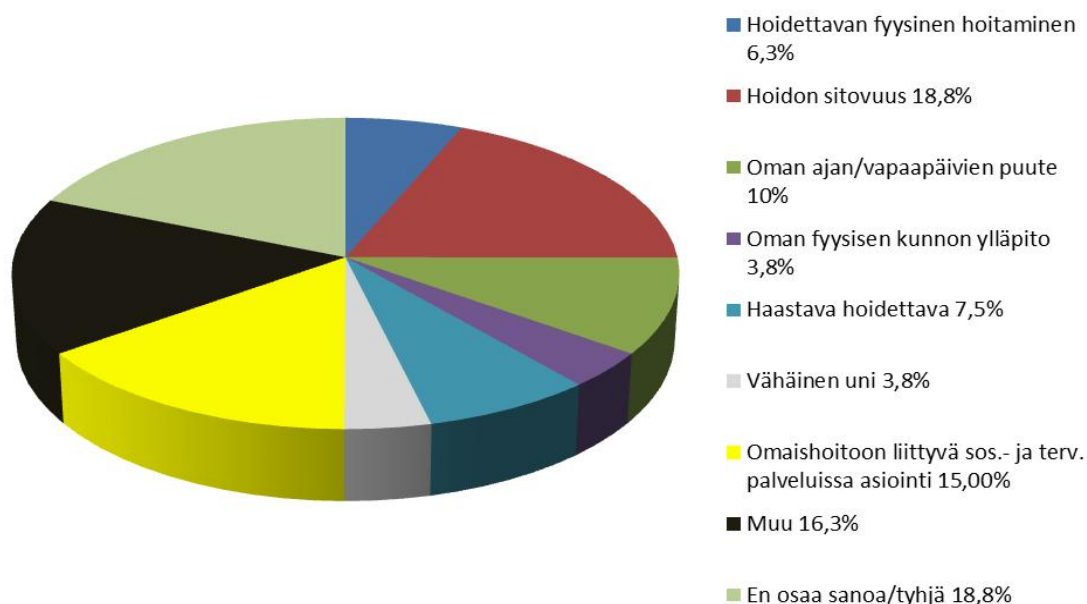
Kysely ikääntyneiden omaishoitoperheiden palveluntarpeesta lähetettiin 199:lle Joensuussa asuvalle omaishoitoperheelle. Kyselyn vastauksia palautui kaikkiaan 80 kappaletta, vastausprosentti oli 40,2. Vastaajista naisia oli 61 ja miehiä 19. Vastaajien keski-ikä oli 72 vuotta. Omaishoidon tukea sai 44 prosenttia vastaajista. Kyselyyn vastasi myös useita varsinaiseen kohderyhmään kuulumattomia henkilöitä, joiden ikä oli alle 65 vuotta, hoidettavana oli lapsi tai hoidettava oli jo kuollut. Tuloksissa kaikki vastaukset otettiin kuitenkin huomioon.

Omaishoitajilta kysyttiin kyselyssä asioista, jotka he kokevat vaikeina tai hankalina omaishoidossa (ks. kuvio 3). Vastausten kirjo oli laaja. Päällimmäisenä aiheena vastauksissa nousi esiin omaishoidon sitovuus. Tästä eräs vastaaja kertoi osuvasti: ”Kun on niin sidottu hoidettavaan. Ei onnistu mikään yksinään.” Lisäksi erityisen hankalina koettiin haastava hoidettava sekä oman ajan tai vapaapäivien puute. Hoidettavan haastavuuden koettiin johtuvan muistisairauteen liittyvistä käytöshäiriöistä, heikosta yleisvoinnista tai yleisestä vastahakoisuudesta. Huomattavan suuria vaikeuksia omaishoitajille tuotti omaishoitoon liittyvä sosiaali- ja terveystalvissa asiointi. Tässä mainittiin omaishoidon tuen riittämättömyys ja vaikeudet sen saamisessa sekä kaikki kaupungin tai muiden tahojen kanssa asioimiseen liittyvä byrokratia. Vaikeina koettujen asioiden yhteydessä ilmeni myös kritiikkiä omaishoidon tukeen liittyvän järjestelmän toimimattomuudesta.

Yhtenä ongelmista mainittiin hoidettavan hoitaminen, johon kuuluvat hygienias- ta huolehtiminen ja siirto ja nostotilanteet. Myös vähäisen unen koettiin vaikeut- tavan omaishoitajan työtä. Näissä vastauksissa esille tuli hoidettavan taipumus valvottaa hoitajaa sekä muista syistä johtuvat nukkumisvaikeudet ja väsymys. Omasta fyysisestä kunnosta huolehtiminen koettiin vaikeaksi, koska kuntoilulle

ei jää aikaa hoidon sitovuuden vuoksi. Edellä mainittujen vastausten lisäksi oli monia yksittäisiä, vaikeina koettuja asioita, jotka näkyvät kuviossa 3 kohtana ”Muu”.

### Vaikeat asiat



Kuvio 3. Omaishoitajien kokemat vaikeat asiat prosentteina

Kyselyssä kartoitettiin omaishoitoperheiden palveluiden tarvetta. Vastausten perusteella tarve kuntouttavalle toiminnalle on suurta. Taulukossa 1 esitetään vastaajien palveluiden tarpeita prosentteina.

Taulukko 1. Palveluiden tarve

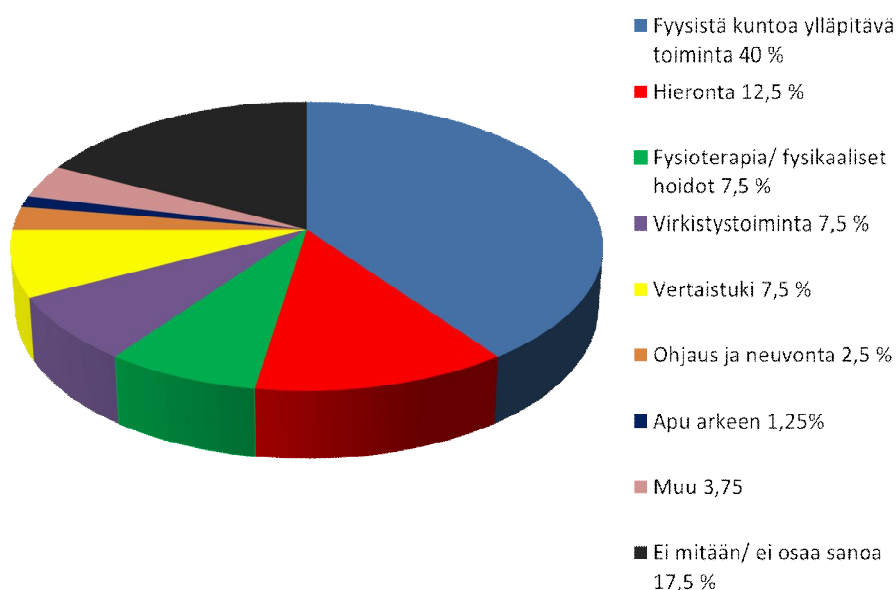
Kuntouttava toiminta itselle	71 %
Kuntouttava toiminta itselle ja hoidettavalle	65 %
Tietoa ja keskustelua vertaisten kanssa	40 %
Sijaistoiminnan järjestäminen kotiin	37 %

Omaishoitajat toivoivat OMAISKUNTO-toiminnan tarjoavan fyysistä kuntoa ylläpitävää toimintaa, koska kokivat tämän hyödyllisimmäksi itselleen. Erilaisista



liikuntamuodoista mainittiin muun muassa jumppa, kuntosaliharjoittelu ja vesiliikunta. Muita toivottuja kuntoutuksen muotoja olivat hieronta, fysioterapia, vertaistuki ja virkistystoiminta. Virkistystoiminta sisältää paitsi virkistymisen tarpeen, myös erilaiset kulttuuritapahtumat ja retket. Näistä mainittiin esimerkiksi konsertit ja teatteri. Lisäksi virkistystoiminnaksi laskettiin myös sosiokulttuurinen toiminta, kuten käsityöt, laulu ja muistelu. Omaishoitajien kokema kuntoutuksen tarvetta on eritelty tarkemmin kuviossa 4.

**Omaishoitajien kokema kuntoutuksen tarve**



Kuvio 4. Omaishoitajien kokema kuntoutuksen tarve prosentteina

Omaishoidettaville toivottiin fyysistä kuntoa ylläpitävää toimintaa, kuten tuolijumppaa, kävelyä, kuntosali- ja tasapainoharjoittelua sekä vesijumppaa. Hoidettavan myös ajatellaan hyötyvän fysioterapiasta hoitajaa useammin. Mainittuja fysioterapian tarpeita ovat esimerkiksi liikeratojen ylläpitäminen, kehon vasemman puolen aktivoiminen ja tasapainon parantaminen. Monet vastaajat olettavat sekä itsensä että hoidettavan hyötyvän hieronnasta. Hoidettavien tarvitsemista kuntoutusmuodoista mainittiin lisäksi puheterapia, ulkoilutus, virkistystoiminta ja vertaistuki.

Kyselyn kokemuksia ja mielipiteitä -osiossa kysyttiin halua osallistua opiskelijoiden toteuttamaan OMAISKUNTO- toimintaan. ”Kyllä”-vastauksia tuli 88,6 % ja ”Ei”-vastauksia 11,4 %. Joissakin vastauksissa omaishoitaja ilmoittaa osallistumisen olevan mahdotonta kuljetuksen puuttumisen vuoksi. Huomionarvoista on,

että monessa ”Kyllä”-vastauksessa toimintaan osallistumisen ehdoksi on kirjattu sijaistoiminnan saaminen kotiin. OMAISKUNTO-toiminnan toteuttamiseen liittyvissä kysymyksissä kysyttiin, haluavatko omaishoitoperheet yksilö- vai ryhmätoimintaa. Kiinnostusta herättivät molemmat vaihtoehdot. Ryhmätoimintaa toivoi 46,5 %, yksilötoimintaa 21 %, ja molemmat oli valinnut 32,5 % vastaajista. Vastausten perusteella ryhmätoiminnan lisäksi olisi hyvä tarjota mahdollisuuksien mukaan myös yksilötoimintaa. Vastaajat toivoivat toimintaa järjestettävän vähintään kerran viikossa.

Enemmistö vastaajista toivoi toiminnan järjestettäväksi kodin ulkopuolella (54 %). Tälle perusteluksi esitettiin muun muassa irtaantumista arjesta ja muiden ihmisten tapaamista. Kotiin tarjottavaa palvelua (28 %) halusivat henkilöt, joille kotoa poistuminen olisi vaikeaa. Sekä kotiin että kodin ulkopuolella olevan toiminnan oli valinnut 18 % vastaajista. Ne vastaajat, jotka olivat valinneet molemmat vaihtoehdot, perustelivat vastausta sillä, että itse haluavat osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan, mutta hoidettava ei pysty tai ole halukas osallistumaan. Edellä mainituista vastauksista nousi esille tarve järjestää sijaistoimintaa kotiin siksi aikaa, että omaishoitaja pääsee kuntouttavaan toimintaan mukaan.

Kyselyn lopussa olleesta ”vapaa sana” -osiosta, johon vastaajat saivat kertoa ajatuksiaan omaishoidosta, nousi esille monia ongelmallisiksi koettuja asioita. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi omaishoidon fyysinen ja psyykinen kuormittavuus, yksinäisyys, tukipalveluiden vaikea saanti ja epäoikeudenmukaisiksi koetut kriteerit. Monissa vastauksissa vastaajat kertoivat avoimesti elämästään ja ilmaisivat tyytymättömyyttään vallitsevaan tilanteeseen. Vastauksissa nousi kuitenkin esille myös runsaasti positiivisia asioita, joista esimerkkinä rakkaus ja omasta kumppanista välittäminen sekä oman työn arvostus.

## 11 OMAISKUNTO-toiminnan kehittäminen

### 11.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe

Merkityksellisen kehittämistyön käynnistämiseen tarvitaan toimiva ja mielekäs idea. Ideointivaiheessa työtä ideoidaan luovasti, tarkennetaan ja rajataan. Idean toimivuutta voidaan pohtia kysymällä, parantaako se terveydenhuollon toimintaa, järjestelmää tai palvelutarjontaa, onko kehittämiseen tarpeeksi aikaa ja resursseja ja onko saatavilla riittävästi osaamista ja mahdollisia yhteistyökumppaneita. Kun toteuttamiskelpoinen idea on löytynyt, siirrytään esisuunnitteluvaiheeseen. Tällöin kootaan sellaista tietoa, jolla toiminnan tarpeellisuus ja tavoitteet varmistetaan. Esisuunnitelma on hahmotelma, jossa määritellään yleisesti toimintatavat ja toiminnan toteuttamismalli. Esisuunnitteluvaihe muistuttaa ongelmanratkaisua, sillä siinä määritellään ongelmat, mietitään vaihtoehtoisia ratkaisukeinoja, valitaan paras ratkaisu ja hahmotellaan haluttu lopputulos. Kehittämistyön onnistumiseen vaikuttaa paljon se, kuinka hyvin esisuunnittelu on onnistunut. Lisäksi onnistuminen vaatii sitoutumista, riittäviä resursseja, yhteistä kehittämisen halua, pitkäjänteisyyttä ja selkeää tiedottamista. (Heikkilä ym. 2008, 61–62.)

Idea omaishoitajien työtä tukevalle toiminnalle virisi Joensuun kaupungin kotihoidossa ja päivätoiminnassa vietetyn harjoittelun aikana syksyllä 2012. Harjoittelussa tulivat konkreettisesti esille omaishoitajien rankat elämäntilanteet ja omaishoitajana toimimisen vaikutukset hyvinvointiin. Useat omaishoitajat myös tekivät työtä ilman minkäänlaisia tukipalveluita, ja maksullisuus nousi helposti esteeksi palveluiden hakemiselle. Näiden havaintojen pohjalta nousi ajatus opiskelijoiden järjestämästä kuntouttavasta toiminnasta, ja ajatuksen toteuttamismahdollisuutta ryhdyttiin selvittämään. Omaishoitajayhteistyöstä oli jo aiemmin käyty keskustelua Joensuun kaupungin ja Karelia-ammattikorkeakoulun välillä, ja aihe-ehdotuksen jälkeen keskusteluja jatkettiin. Opinnäytetyön päämääräksi määritettiin omaishoitajia tukevan kuntouttavan toiminnan kehittäminen ja pilotointi. Samalla luotiin pohja jatkuvammalle yhteistyölle oppilaitoksen ja Joensuun kaupungin välillä. Kolmanneksi merkittäväksi yhteistyökumppaniksi

saatiin paikallinen omaishoitajien tukiyhdistys Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Yhteistyökumppaneiden väliset kokoukset ja niissä käsitellyt asiat on avattu tarkemmin liitteessä 3 Opinnäytetyöprosessi.

Idean varmistuttua ryhdyttiin hakemaan tietoa omaishoitajuudesta sekä erilaisista kuntouttavan toiminnan malleista, joita oli aiemmin toteutettu Suomessa. Näin varmistuttiin toiminnan tarpeellisuudesta ja saatiin ideoita toiminnan käytännön toteutuksen suunnitteluun. Yhteistyökumppaneiden kanssa todettiin, että olisi tarpeellista lisäksi kartoittaa omaishoitajien toiveita ja tarpeita kyselyn avulla (ks. liite 2). Kyselyn teosta on kerrottu tarkemmin luvussa Kyselyn toteuttaminen ikääntyneille omaishoitoperheille. Haetun tutkimustiedon ja kevään kokouksissa käytyjen keskustelujen pohjalta todettiin, että järjestettävän toiminnan olisi hyvä olla ryhmämuotoista. Lisäksi omaishoitajilla ja -hoidettavilla tulisi olla omat ryhmänsä. Tällä tavoin sekä hoitaja että hoidettava saavat vertaistukea ja mahdollisuuden irtautua hoitotilanteesta. Esisuunnitteluvaiheessa päätettiin, että ryhmän tulisi sisältää fyysistä kuntoa parantavaa tai ylläpitävää toimintaa, sillä hyvä fyysinen kunto helpottaa omaishoitajan jaksamista ja hoidettavan selviytymistä kotona.

## **11.2 Suunnitteluvaihe**

Suunnitteluvaihe on tärkein tutkivan kehittämisen onnistumiseen vaikuttava jaksos. Hyvä suunnittelu mahdollistaa toiminnan toteutumisen toiveiden ja tavoitteiden mukaisesti. Se on myös paras tapa säästää aikaa ja rahaa sekä välttää tulevia ongelmia. Kehittämistyön suunnittelun tarkoituksena on koordinoita tarvittavia resursseja ja hyödyntää niitä järkevästi, luoda aikataulut ja pysyä niissä sekä lisätä työskentelyn tehokkuutta. Suunnittelu helpottaa ajan, resurssien ja toimintojen laittamista tärkeysjärjestykseen. Tavallisin toiminnan suunnittelussa tapahtuva virhe on ajan väärinarviointi. Varsinainen toiminnan suunnitteluvaihe alkaa vasta sitten, kun esisuunnitelma on arvioitu ja sen pohjalta on todettu, että toiminta on mahdollista toteuttaa. (Heikkilä ym. 2008, 68–69.)

Kehittämistoiminnan suunnittelua voidaan pitää vaikeana, sillä ei ole olemassa valmiita malliratkaisuja eikä lopputuloksesta voida vielä suunnitteluvaiheessa olla koskaan täysin varmoja. Suunnittelu kuitenkin vaikuttaa olennaisesti toiminnan lopputulokseen, vaikka se ei toteutuisikaan alkuperäisessä muodossaan. Kehittämistyö on monimuotoista, käytännönläheistä ja etenee prosessimaisesti. Kehittämisen onnistuminen vaatii suunnitelman tarkistamista ja muokkaamista toiminnan edetessä ja kokemuksen kasvaessa. (Heikkilä ym. 2008. 69.)

OMAISKUNTO-toiminnan suunnitteluvaiheessa mukaan tuli uutena yhteistyökumppanina Joensuun kaupungin päivätoiminta. Päivätoiminta oli aiemmin järjestänyt omaishoitoperheille toimintaa pariskuntien kuntoutus- ja vertaistukiryhmien muodossa, mutta kysyntä tälle toiminnalle oli ollut vaihtelevaa. Heidän ajatuksenaan on ollut järjestää omaishoidettaville puoli- tai kokopäivähoitoa, jotta omaishoitajat saisivat vapaa-aikaa. Ammattikorkeakoululta he toivoivat saavansa opiskelijoita avuksi toiminnan toteutukseen. OMAISKUNTO-toiminta ja päivätoiminnan ajatus päätettiin kuitenkin yhdistää yhdeksi palvelukokonaisuudeksi. Tässä kokonaisuudessa omaishoidettavat voivat tulla päivätoiminnan tiloihin siksi aikaa, kun opiskelijat järjestävät omaishoitajille erillistä toimintaa. Lisäksi opiskelijoita tulee omaishoidettavien ryhmään päivätoiminnan henkilökunnan avuksi. Opiskelijat myös järjestävät sijaistoimintaa sellaisten perheiden koteihin, joissa omaishoidettava ei syystä tai toisesta pysty osallistumaan ryhmätoimintaan. Hoidettavien ryhmän kokoontumispaikaksi päätettiin Koivupihan palvelukeskus Joensuun keskustassa, koska päivätoiminnan tilat ja käytettävissä oleva henkilökunta ovat siellä. Omaishoitajien ryhmän kokoontumispaikka löytyi Sepänpihan palvelukeskuksen tiloista, koska tilat olivat käyttämättöminä tulevan remontin vuoksi.

Yhden ryhmäkerran kestoksi kaavailtiin kahta tuntia, josta noin tunti on fyysistä kuntoa ylläpitävää toimintaa, kuten kuntosaliharjoitteita tai jumppaa. Toinen tunti puolestaan sisältää joko keskustelua, ohjausta ja neuvontaa tai sosiokulttuurista toimintaa. Ryhmäjakson pituudeksi valikoitui kuusi viikkoa, koska pidemmälle ajanjaksolle olisi ollut haastavaa saada tarpeeksi opiskelijoita sekä ryhmien että sijaistoiminnan tarpeisiin. Suunniteltiin myös mahdollisuutta järjestää ryhmäjakson käyneille omaishoitoperheille myöhemmin yhteistä toimintaa esimerkiksi

kahden kuukauden välein. Tällä tavoin pystyttäisiin ylläpitämään ryhmän aikana syntyneitä sosiaalisia suhteita ja tukemaan omaehtoista omasta terveydestä huolehtimista. Kuuden viikon jaksolle hoitajien ryhmäkerrat päätettiin rakentaa teemojen mukaan. Erityisesti omaishoidettavien ryhmän tarkempien sisältöjen suunnittelu koettiin vaikeaksi, koska ryhmien tarkat koot ja ryhmäläisten toimintakyky ei ollut vielä tiedossa.

### **11.3 Käynnistys- ja toteutusvaihe**

Toteutusvaihe on kehittämistyön varsinainen työskentelyvaihe, jossa suunnitelma toteutetaan käytännössä ja haetaan ratkaisuja. Toteutusvaiheelle on tyypillistä, että siinä on useita, kerroksittain eteneviä vaiheita. Nämä vaiheet sisältävät monenlaisia tehtäviä, jotka on hoidettava toiminta-aikana. Tehtäviä ovat toiminnan organisaation luominen, toiminnassa mukana olevien henkilöiden sitouttaminen, tiedon kerääminen eri lähteistä, uuden tiedon tuottaminen, seuranta, valvonta, arviointi, dokumentointi ja viestintä. (Heikkilä ym. 2008, 99.)

Kehittämistoiminnassa hyödynnetään olemassa olevaa tietoa, mutta siltä myös odotetaan, että tuloksena syntyy uutta tietoa tai jokin konkreettinen tuote. Tuotos voi olla aineeton esimerkiksi terveys- tai hyvinvointipalvelu tai aineellinen kuten potilasopas. Tuotoksen tulee olla käytännönläheinen ja tarpeellinen ja sitä pitää pystyä arvioimaan ja hyödyntämään myös jatkossa. Kehitettävän asian pitää olla sellainen, että se herättää mielenkiintoa kyseisellä alalla. Siihen liittyvää tietoa pitää pystyä laajentamaan uusiin toimintayhteyksiin. (Heikkilä ym. 2008, 109.)

OMAISKUNTO-toiminnan käynnistysvaiheessa keskiössä oli asiakkaiden hankinta. Yhteistyötä tehtiin Joensuun kaupungin seniorineuvonta Ankkurin kanssa. Ankkurin työntekijä lähetti Joensuun kantakaupungin sekä Lehmon ja Kulhon alueilla asuville 115:lle yli 65-vuotiaalle omaishoitajalle infokirjeen, jossa kerrotaan OMAISKUNTO-toiminnasta sekä annetaan ohjeet siitä, kuinka toimintaan voi ilmoittautua. Näin välttyttiin henkilötietojen luovuttamiseen liittyviltä ongelmilta. Infokirjeen sisältö suunniteltiin itse, ja graafikko muokkasi sen ulkoasun Ka-

relia-ammattikorkeakoulun graafisen ilmeen mukaiseksi (ks. liite 4). Ilmoittautumiset päätettiin ottaa vastaan puhelimitse kahden päivän mittaisena, infokirjeessä mainittuna ilmoittautumisajankohtana. Ilmoittautuneet haastateltiin puhelimitse ilmoittautumisen yhteydessä. Haastattelussa kartoitettiin hoitajan ja hoidettavan iät, hoidettavan mahdollinen sairaus, hoitajan näkemys sekä omasta että hoidettavan toimintakyvystä, hoidettavan ryhmäkuntoisuus, aiemmat kokemukset ryhmistä, odotukset ryhmälle sekä mahdolliset muut huomioitavat asiat. Haastattelussa myös selvitettiin, olisivatko sekä hoitaja että hoidettava tulossa ryhmään sekä tarve sijaistoiminnalle. Soittoja saatiin yhteensä 28, joista 24 oli ilmoittautumisia ja neljä muita tiedusteluja.

Ilmoittautuneiden joukosta valittiin osallistujat ryhmiin. Kriteerit valitsemiselle sekä lopullinen valinta tehtiin yhteistyössä Joensuun kaupungin päivätoiminnan kanssa. Hoidettavien ryhmän osallistujia kartoittaessa kiinnitettiin huomiota eniten osallistujien fyysiseen toimintakykyyn, kuten liikkumiseen, syömiseen ja wc:ssä asioimiseen sekä henkiseen toimintakykyyn (erityisesti muistiin). Lisäksi mietittiin, miten henkilö pärjäisi sosiaalisissa tilanteissa ja osana ryhmää. Hoitajien ryhmää kartoittaessa puolestaan pyrittiin huomioimaan henkilön tarve virkistymiselle ja vertaistuelle sekä rakentamaan ryhmästä mahdollisimman homogeeninen. Ryhmää valitessa pyrittiin lisäksi välttämään palveluiden päällekkäisyyksiä ja kasaantumista samoille henkilöille. Esimerkiksi omaishoitajat, joiden hoidettava on vuorohoidossa, pyrittiin rajaamaan ilmoittautuneiden joukosta. Näin toimittiin, koska palvelun tarve on oletettavasti suurin niillä perheillä, jotka saavat vain vähän palveluita ja erityisesti niillä hoitajilla, jotka eivät saa vuorohoidon mahdollistamaa vapaaviikkoa.

Käynnistymis- ja toteutusvaiheet kulkivat työskentelyssä rinnakkain ja muodostivat monia eri tehtäviä ennen varsinaisen toiminnan aloittamista. OMAISKUNTO-ryhmien valinnan jälkeen sekä ryhmään päässeille, että sen ulkopuolelle jääneille asiakkaille ilmoitettiin puhelimitse päätöksestä. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden sitouttaminen OMAISKUNTO-toiminnan tehtäviin oli tärkeää toiminnan toteutumisen kannalta. Toiminnassa oli mukana yhteensä 23 opiskelijaa fysioterapeutti-, sosionomi- ja terveydenhoitajakoulutuksesta. Sekä ryhmätoiminnassa että kotiin järjestettävässä sijaistoiminnassa opiskelijat toimivat mo-

niammatillisina ryhminä tai työpareina. Ryhmätoiminnassa työnjako toteutui siten, että ryhmien sisältöjä ja toteutustapoja ideoitiin yhdessä kullekin ryhmäkerralle osallistuvien opiskelijoiden kesken. Fysioterapeuttiopiskelijat vastasivat pääasiassa liikunnallisesta osuudesta ja terveydenhoitaja- ja sosionomiopiskelijat sosiokulttuurisesta osuudesta sekä tiedon jakamisesta. Omaishoidettavien ryhmässä toimi opiskelijoiden lisäksi kaksi päivätoiminnan työntekijää. Sijaistoimintaa pilotoitiin kahdessa perheessä. Molemmissa perheissä oli yksi vakiuinen sijaistaja, toisessa fysioterapeutti- ja toisessa terveydenhoitajaopiskelija. Heidän pareinaan vuorottelivat sosionomiopiskelijat. Sijaistoiminnan sisällöt suunniteltiin asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaan.

Molempiin ryhmiin suunniteltiin kullekin ryhmäkerralle oma teema. Osa teemoista valittiin omaishoitajille tehdyn kyselyn perusteella (ks. liite 2) ja osan teemoista valitsivat ryhmiä ohjaavat opiskelijat. Valinnassa kiinnitettiin huomiota olennaisiin tekijöihin ikääntyneiden liikunnassa, sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja omaishoitajan kannalta tärkeän tiedon jakamiseen. Omaishoitajaryhmän teemat olivat tutustuminen, liikunta ja ravitsemus, omaishoitajuus, elämän tasapaino, musiikki ja rentoutuminen. Tarkemmat ryhmäkertojen sisällöt on esitelty liitteessä 5. Omaishoidettavien ryhmän lopulliset teemat päätettiin ensimmäisen tutustumiskerran jälkeen. Näin toimittiin, koska ryhmäläisten toimintakyvystä ei ollut varmuutta ennen ensimmäistä tapaamista. Ryhmän teemat olivat tutustuminen, luonto, musiikki, pelit, hyvinvointi ja pikkujoulut. Tarkemmin sisällöt on kerrottu liitteessä 6.

Omaishoitajien ja -hoidettavien ryhmät sekä sijaistoiminta kahdessa perheessä käynnistyivät suunnitellun aikataulun mukaisesti. Omaishoitaja ryhmän ensimmäisellä ryhmäkerralla omaishoitajat kirjoittivat ylös toiveita ja ajatuksia tulevien kertojen teemoista ja täyttivät aloituskyselyn. Aloituskysely on liitteessä 7. Ryhmissä ilmeni aluksi joitakin käytännön ongelmia. Omaishoitajat kokivat hankalaksi sen, että omaishoidettavien ryhmä alkoi tuntia heidän ryhmäänsä aikaisemmin. Ongelman ratkaisemiseksi omaishoitajien ryhmäkertojen alkua aikais-tettiin puolella tunnilla. Omaishoidettavien ryhmässä huomattiin ryhmän suunnitellun keston olevan liian lyhyt. Siirtymisiin ja ruokailuun kului paljon aikaa, mikä vuoksi ohjelmalle varattua aikaa piti välillä tiivistää.



#### 11.4 Päätämismvaihe ja pilottitoiminnan arviointi

Kehittämistoimintaan liittyvä työ jatkuu senkin jälkeen, kun sille asetettu tavoite tai tehtävä on saavutettu. Toiminnan päättämiseen kuuluvat tuotoksen luovuttaminen toimeksiantajalle, hyväksynnän varmistaminen, toiminnan dokumentoinnin päättäminen ja arviointi. Ongelmana päättämismvaiheessa on usein, ettei siihen ole suunnittelussa varattu tarpeeksi aikaa. Viimeistelyvaiheessa mukana oleva henkilöstö saattaa lisäksi jo suuntautua uusiin tehtäviin tai vaihtoehtoisesti ei tahtoisi vielä luovuttaa työtä eteenpäin. Toiminnan aikana on myös voinut ilmaantua uusia ideoita tai kehittämistarpeita. Päättämismvaiheessa on hyvä varmistaa, että kaikki luvatut tulokset tai tuotokset on tehty ja annettu toimeksiantajalle. On myös tärkeää kerätä, tallentaa ja jakaa kehittämistyön aikana saadut kokemukset. Tämä siksi, että ongelmatilanteiden ratkaisuja, parannusehdotuksia ja jatkosuunnitelmia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa. (Heikkilä ym. 2008, 121.)

OMAISKUNTO-toiminnan päättämismvaiheessa pilotoinnin toteutuksesta kerättiin palautetta ja toteutusta esiteltiin yhteistyökumppaneille. Yhteistyökumppaneille pilotointia esitellessä tuotiin esille toiminnan rakenne, mukana olleet toimijat ja heidän roolinsa, ryhmäläisten valintaprosessi sekä otteita ryhmiin osallistuneiden palautteesta. Esittelyn pohjalta käytiin keskustelua toiminnan merkityksistä kullekin yhteistyötaholle sekä omaishoitoperheille. Toiminnan todettiin olevan tärkeää ja hyödyllistä, ja kaikki yhteistyötahot ilmaisivat halunsa olla toiminnassa mukana jatkossakin. Jatkoa ajatellen keskustelua herätti, miten toiminnan maksuttomuus saadaan turvattua ja kuka hoitaa toiminnan koordinoinnin. Lisäksi pohdittiin, pitäisikö toiminta kohdistaa omaishoidontuen ulkopuolella oleville omaishoitoperheille. Tämä aihe jäi vielä avoimeksi ja jotkut toimijoista kannattavat toiminnan tarjoamista kaikille ikääntyneille omaishoitajille tuesta riippumatta.

Kehittämistoimintaa arvioidaan yleensä koko sen keston ajan, mutta arvioinnin kohteet ovat erilaisia. Toteutusvaiheen aikana arvioidaan toiminnan etenemistä ja lopuksi kaikkea toimintaa ja tuloksia. Kehittämistoiminnan päätösarvioinnissa pohditaan, saavuttiko toiminta sille asetetut tavoitteet, ovatko tulokset luotettavia, onko toiminnalla yhteiskunnallista vaikutusta ja mikä oli toiminnan vaikutus

ihmisten hyvinvointiin. Vastaus näihin kysymyksiin saadaan arvioimalla sekä toiminnan etenemistä että tuloksia ja keräämällä arviointitietoa koko prosessin ajan. Toiminnan onnistumista on usein vaikea mitata, koska sillä on yleensä useita tavoitteita eikä valmista mittaristoa arviointiin ole olemassa. Onnistumisen kriteerit myös riippuvat arvioijasta, sillä esimerkiksi toimeksiantaja saattaa arvostaa eri asioita kuin toimintaan osallistujat. Onnistumisen arvioinnissa voidaan tarkastella esimerkiksi toiminnan organisoinnin ja käytännön toteutuksen onnistumista, toiminnan vaikuttavuutta ja hyödynnettävyyttä sekä mahdollisia kehittämiskohteita ja jatkotoimintaehdotuksia. Onnistunutta kehittämistoimintaa kuvastaa myös se, että sen taustalla on todellinen tarve, se on hyvin suunniteltu ja sillä on selkeät tavoitteet. (Heikkilä ym. 127–130.)

OMAISKUNTO-toiminnan päätösarviointi koostui toimintaan osallistuneilta omaishoitoperheiltä ja toimintaa järjestämässä olleilta opiskelijoilta kerätystä palautteesta, yhteistyökumppaneiden arvioinnista sekä kokoavasta arvioinnista. Toimintaa järjestäneiden opiskelijoiden palautteella pyrittiin arvioimaan toiminnan organisointia sekä hyödynnettävyyttä osana eri alojen opiskelijoiden koulutusta. 13 toiminnassa eri tavoin mukana ollutta opiskelijaa täytti palautelomakkeen joko sähköisenä tai paperisena (ks. liite 6). Palautteesta kävi ilmi, että OMAISKUNTO-toiminnan organisointi oli koettu pääosin toimivana ja perehdytys riittävänä. Perehdytykseen liittyen kehittämiskohteina toivottiin laajempaa ryhmäläisten taustatietoihin perehdytystä ja edellisten ryhmäkertojen teemojen kertaamista. Tällöin oman toiminnan suunnittelu olisi helpompaa. Opettajien OMAISKUNTO-toiminnasta opiskelijoille antamat ohjeet ja tiedottaminen koettiin puutteellisena. Tämän vuoksi osalle opiskelijoista oli jäänyt epäselvyyksiä tulevan harjoittelun tai oppimistehtävän sisällöstä ja omasta roolistaan OMAISKUNTO-toiminnassa. Suurin osa opiskelijoista koki voineensa vaikuttaa ryhmän sisällöllisiin asioihin. Kotona toimineet kertoivat vaikuttamismahdollisuuden olleen pienempi, koska asiakkaan tarpeet ja toivomukset määrittelivät toiminnan sisällön.

Opiskelijat kokivat OMAISKUNTO-toiminnan edistäneen ammatillista osaamista erityisesti ikääntyneiden kanssa toimimisen ja ryhmänohjaamisen kannalta. Lisäksi oman tietämyksen omaishoitajuudesta ja omaishoitoperheiden elämästä

koettiin lisääntyneen runsaasti. Moniammatillisessa ryhmässä työskentely koettiin tasavertaiseksi ja tarpeelliseksi. Osa opiskelijoista kuitenkin koki olleensa lähinnä sivustaseuraajan roolissa, minkä vuoksi oma ammatillinen kehittyminen ei toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla. OMAISKUNTO-toimintaa jatkossa toteuttavia opiskelijoita kehoitettiin perehtymään monipuolisesti omaishoitoon liittyviin asioihin, huomioimaan asiakkaiden erilaiset toimintakyvyt ja sairaudet sekä olemaan toiminnassa mukana aktiivisesti ja avoimin mielin. Opiskelijat uskoivat toiminnan olevan erittäin hyödyllistä omaishoitoperheille, ja sille toivottiin myös jatkoa.

OMAIKUNTO-toiminnan pilottiryhmään osallistuneilta omaishoitajilta kerättiin myös palautetta kirjallisen palautekyselyn avulla (ks. liite 4). Palautteen avulla pyrittiin arvioimaan toiminnan käytännön toteutuksen onnistumista sekä toiminnan vaikutuksia osallistujien hyvinvointiin sekä jaksamiseen omaishoitajan työssä. Palautteesta kävi ilmi, että vertaistuen merkitys korostui ryhmätoiminnassa ja mielipiteiden ja kokemusten vaihtoa pidettiin tärkeänä asiana. Useat omaishoitajat kokivat piristyneensä ja virkistyneensä ryhmässä, ja vaihtelu arkeen sekä mielialan kohoaminen olivatkin suurimpia jaksamista edistäviä tekijöitä. Ryhmä myös antoi kaivatun tauon omaishoitajan työhön. Ryhmällä ei koettu olevan vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn, mutta se sai osallistujat kiinnittämään huomiota omaan jaksamiseen ja kunnosta huolehtimiseen.

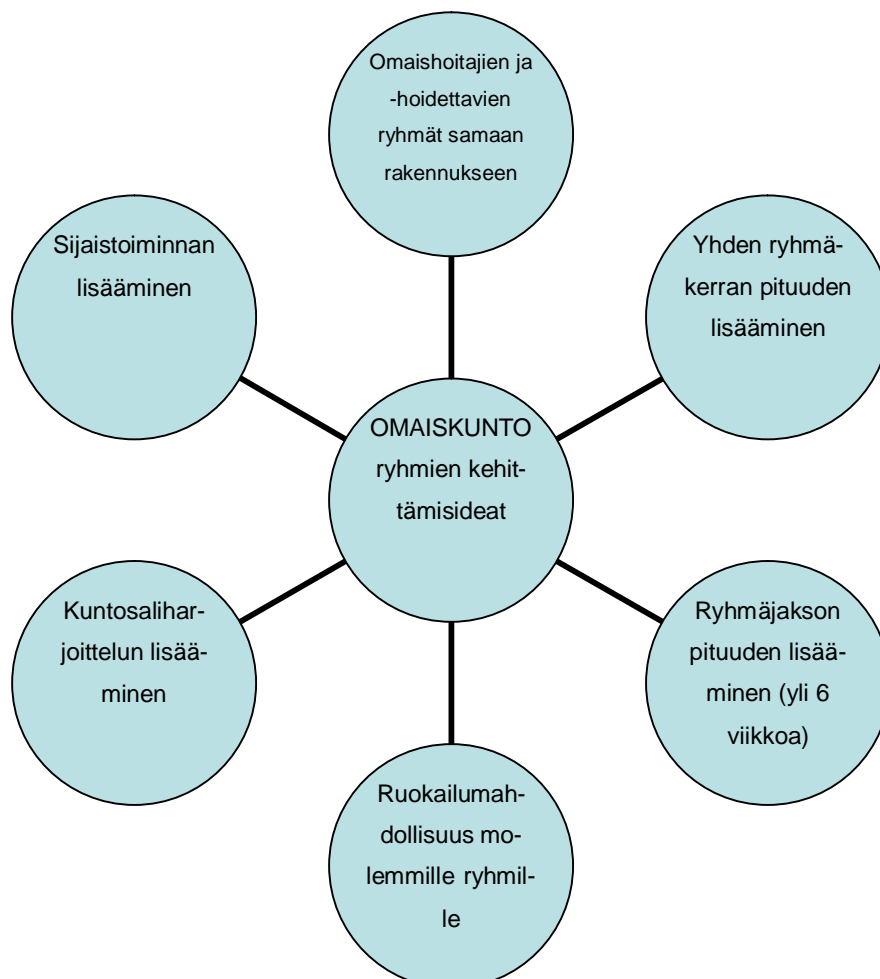
Ryhmäläisillä oli useita kehittämissuhteita toiminnan käytännön toteutukseen. Heidän mielestään sekä ryhmäjakso että yksi ryhmäkerta olisivat voineet olla pidempiä. Ryhmäläiset kokivat hyväksi erilliset omaishoitajien ja -hoidettavien ryhmät, mutta niiden sijaintia eri paikoissa pidettiin hankalana. Toivottiin, että jatkossa molemmat ryhmät kokoontuisivat samassa rakennuksessa. Ryhmätoiminnan sisältöjen monipuolisuus koettiin hyvänä asiana, mutta liikuntaa toivottiin enemmän. Moni osallistuja jäi kaipaamaan erityisesti useampia kuin yhden harjoituskerran kuntosalilla. Opiskelijoiden järjestämä sijaistoiminta kotiin koettiin erittäin hyvänä ja tarpeellisena. Tämän tyyppistä toimintaa toivottiin järjestettävän jatkossakin, myös ryhmäkertojen ulkopuolella.

Omaishoidettavilta kerättiin palautetta ryhmäjaksosta suullisesti. Heidän mukaansa ryhmähenki oli hyvä, ja ryhmässä oli miellyttävää olla. Ryhmän toiminnan kokonaisuuteen oltiin tyytyväisiä, mutta erityisesti liikunnallinen osuus koettiin hyväksi ja hyödylliseksi. Myös omaishoidettavien ryhmässä jäätiin kaipaamaan kuntosaliharjoittelua. Ryhmäjaksoson pituus olisi myös voinut olla pidempi. Sekä omaishoidettavien että omaishoitajien ryhmissä toiminnan toivottiin jatkuvan myöhemminkin jossain muodossa.

Yhteistyökumppaneiden arvioinnin perusteella kävi ilmi, että eri yhteistyötahot kokivat roolinsa OMAISKUNTO-toiminnassa eri tavoin. Toiset kokivat olleensa merkittävämmässä roolissa toiminnan suunnitteluvaiheessa ja toiset enemmän toteutuksessa. Kaikki kuitenkin ilmoittivat OMAISKUNTO-toiminnalle asettamiensa odotusten täytyneen. Erityisen tyytyväisiä oltiin siihen, että toiminta on saatu käynnistymään. Yhteistyökumppanit kokivat toiminnan hyödylliseksi omaishoitoperheille ja sen rakenteen (erilliset ryhmät ja sijaistoiminta koteihin) toimivaksi. Tämän vuoksi toiminnan haluttiin jatkuvan tulevaisuudessakin. Toiminnassa mukana olleiden asiakkaiden positiivinen palaute oli välittynyt myös yhteistyökumppaneille. Kehittämiskohteiksi yhteistyökumppanit mainitsivat kotiin järjestettävän sijaistoiminnan lisäämisen, ryhmäjaksoson ja yhden ryhmäkerran keston pidentämisen, ryhmien siirtämisen samaan rakennukseen sekä kuntosalin käytön lisäämisen. Toimintaa suunnitelleiden ja ohjanneiden opiskelijoiden toimintaan oltiin tyytyväisiä, ja myös moniammatillinen työskentely nähtiin positiivisena asiana. Kokonaisuudessaan toiminnan aikana syntynyt yhteistyö eri toimijoiden välillä koettiin hedelmällisenä ja yhteistyölle toivottiin jatkuvuutta.

Toimintaan osallistuneiden omaishoitajien ja -hoidettavien, opiskelijoiden ja yhteistyökumppaneiden palautteiden perusteella OMAISKUNTO-toiminnalla on edellytyksiä jatkua ja sen koettiin hyödyttävän sekä omaishoitajia, opiskelijoita että yhteistyökumppaneita. Myös toiminnan tarkoituksena ollut omaishoitajien jaksamisen tukeminen vaikuttaa palautteen perusteella toteutuneen. Toiminnan suurimpana hyötynä nähtiin kaivatun tauon mahdollistaminen omaishoitajan työhön sekä virkistykseen ja vertaistuen tarjoaminen. Fyysisen aktiivisuuden osuutta ryhmätoiminnassa tulisi vahvistaa entisestään. Lisäksi sijaistoimintaa tulisi tarjota mahdollisuuksien mukaan useampaan perheeseen ja myös ryhmä-

toiminta-ajan ulkopuolella. Kuviossa 5 on esitelty kuusi sekä yhteistyökumppaneiden että ryhmään osallistuneiden palautteista esiin noussutta toiminnan käytännön toteutukseen liittyvää kehittämiskohtaa.



Kuvio 5. OMAISKUNTO-ryhmien kehittämisideoita

### 11.5 Tulosten käyttöönotto ja seuranta

Tutkivan kehittämisen tavoitteena on, että sen tulokset otetaan käyttöön ja niistä tulee osa jokapäiväisiä, pysyviä käytäntöjä. Toiminnan kehittämisen tulisi jatkua virallisen kehittämistoiminnan päättymisen jälkeen, muuten prosessin tuloksena on nopea loppuminen tai hidaskäynnin taantuminen. Kehittämistoiminnalla tavoitellaan tuloksen juurruttamista ja sen edelleen kehittämistä organisaatiossa. Tulosten käyttöönottoa ja vaikutuksia on seurattava ja arvioitava, ja on hyvä muistaa, että kehittämisvaikutukset saattavat tulla näkyviin vasta pitkän ajan kuluttua varsi-

naisen kehittämistoiminnan päättymisestä. Onnistunut kehittämistoiminta voi uudistaa osaamista ja tehostaa toimintakäytäntöjä. (Heikkilä ym. 134–135.)

OMAISKUNTO-toiminnasta on tarkoitus tulla jatkuva toimintaa, jonka ryhmäjakso toteutuu vähintään kahdesti vuodessa. Yhteistyökumppaneina jatkavat Joensuun kaupungin päivätoiminta, Seniorineuvonta Ankkuri ja Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. Toiminnan jatkuvuuden vuoksi pilottivaiheessa kerätyt kokemukset ja kehittämisideat on hyödynnettävä mahdollisimman tehokkaasti. OMAISKUNTO-toiminta pyritään juurruttamaan osaksi sekä Joensuun kaupungin että Karelia-ammattikorkeakoulun käytäntöjä. Toiminnan jatkuvuuden kannalta on tärkeää lisätä opiskelijoiden tietoisuutta toiminnasta sekä auttaa seuraavia toimintaa toteuttavia opiskelijoita organisoinnissa. Lisäksi on kerättävä jatkossakin palautetta sekä toimintaan osallistuvilta omaishoitoperheiltä että opiskelijoilta, jotta OMAISKUNTO-toimintaa voidaan edelleen kehittää. Pilottivaiheessa käytetyt ja testatut palautelomakkeet jäävät Voimalan käyttöön jatkoseurannan välineeksi. Toimintakäytäntöjen tehostamiseksi myös eri koulutusalojen opettajien tietoisuutta toiminnan luonteesta tulee lisätä, jotta opiskelijat saisivat riittävästi ohjausta ja tietäisivät paremmin oman tehtävänsä toiminnassa.

## 12 OMAISKUNTO-toiminnan malli

OMAISKUNTO-toiminta koostuu kolmesta palvelusta: omaishoitajien ryhmästä, omaishoidettavien ryhmästä sekä koteihin järjestettävästä sijaistoinnasta (katso kuvio 6). Tämän mallin etuna on, että sen avulla voidaan auttaa erilaisissa tilanteissa olevia omaishoitoperheitä aiempaa paremmin. Suurimmat erot aiempiin omaishoitoperheiden ryhmämuotoisiin tukipalveluihin ovat, että OMAISKUNTO-toimintaan osallistuminen on maksutonta ja siihen pääseminen ei riipu omaishoidon tukipäätöksestä. Lisäksi malli mahdollistaa myös sellaisten perheiden osallistumisen, joissa vain joko omaishoitaja tai -hoidettava haluaa osallistua ryhmätoimintaan. Tämä perustuu siihen, että omaishoitoperheet voivat itse valita kolmesta eri tavasta osallistua toimintaan. Tavallisinta on se, että

sekä omaishoitaja että -hoidettava osallistuvat omiin ryhmiinsä, mutta omaishoitajan on mahdollista käyttää hoidettavansa ryhmässä viettämä aika myös omien asioidensa hoitamiseen. Lisäksi koteihin tarjottava sijaistoiminta mahdollistaa sellaisten omaishoitajien osallistumisen ryhmätoimintaan, joiden hoidettava ei ole ryhmäkuntoinen. Sijaistoiminnan avulla myös kotona oleva omaishoidettava saa aktiviteetteja omien toiveidensa ja tarpeidensa mukaan ja omaishoitaja pääsee irtautumaan kotiympäristöstä ryhmän ajaksi.

Omaishoitajien ryhmä	Sijaistoiminta kotiin	Omaishoidettavien ryhmä
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kokoontuu kerran viikossa</li> <li>•Ryhmäjakson kesto 6-10 viikkoa</li> <li>•Yhden ryhmäkerran kesto 3-4 tuntia</li> <li>•Ryhmässä n. 10 omaishoitajaa</li> <li>•Opiskelijaohjaajia vähintään 3 kpl</li> <li>•<b>Ryhmäkerran sisältö:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Liikuntaa 1,5 h (lihaskunto, tasapaino, liikkuvuus)</li> <li>2.Vertaistuellista toimintaa 1,5 h (keskustelu eri teemoista, toiminnalliset menetelmät)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tarjotaan omaishoitajan ryhmän ajaksi</li> <li>•2 opiskelijaa yhteen perheeseen (moniammatillinen pari)</li> <li>•Suunnattu omaishoidettaville, jotka eivät pysty osallistumaan ryhmään</li> <li>•Kotona tehtävä toiminta asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaista</li> <li>•Perheeseen tehdään erillinen tutustumiskäynti, jossa omaishoitaja on paikalla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kokoontuu kerran viikossa</li> <li>•Ryhmäjakson kesto 6-10 viikkoa</li> <li>•Yhden ryhmäkerran kesto 3-4 tuntia</li> <li>•Ryhmässä n. 8 omaishoidettavaa</li> <li>•Opiskelijaohjaajia vähintään 3 kpl, lisäksi 1-2 työntekijää</li> <li>•<b>Ryhmäkerran sisältö:</b> Sama rakenne kuin omaishoitajien ryhmässä, huomioitava ryhmäläisten toimintakyky</li> <li>•Omaishoitaja voi käyttää hoidettavan ryhmään menevän ajan myös omien asioiden hoitamiseen</li> </ul>

Kuvio 6. OMAISKUNTO-toiminnan malli

OMAIKUNTO-toimintaa järjestävät Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan opiskelijat oppimis- ja palveluympäristö Voimalan kautta. Heidän tehtävänä on suunnitella toiminnan sisällöt molempiin ryhmiin, toimia ryhmien ohjaajina sekä järjestää sijaistoiminta kotiin ryhmän ajaksi. Opiskelijoiden toimiminen ryhmien ohjaajina mahdollistaa toiminnan maksuttomuuden. Joensuun kaupungin päivätoiminta tarjoaa tilat ryhmille sekä ammattitaitoisia työntekijöitä

omaishoidettavien ryhmän avuksi. Lisäksi he ovat mukana toimintaan pääsevien perheiden valinnassa. Asiakkaiden kutsuminen toimintaan sekä tiedottaminen tapahtuvat Seniorineuvonta Ankkurin ja Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kautta.

OMAISKUNTO-toiminnan tavoitteena on tukea omaishoitajien jaksamista. Ryhmäkertojen sisällöt on valittu tätä tavoitetta silmälläpitäen. Liikunnallisen osuuden, jossa painotetaan lihaskuntoa, tasapainoa ja liikkuvuutta, avulla pyritään ylläpitämään omaishoitajien fyysistä kuntoa ja sitä kautta lisätä fyysistä jaksamista. Ryhmäjakson pituuden nostaminen yli kahdeksaan viikkoon mahdollistaa liikunnan fysiologisten vaikutuksien syntyminen. Osallistujat saavat ryhmästä kotiharjoitusohjelman, joka mahdollistaa liikunnan jatkamisen myös ryhmäjakson päättymisen jälkeen. Vertaistuen on todettu parhaimmillaan auttavan omaishoitajaa jaksamaan sekä lisäävän hyvää oloa ja yhteisöllisyyden kokemuksia (Kaivolainen 2010, 127). Keskustelu toisten omaishoitajien kanssa ja kokemusten jakaminen auttaa muistamaan, ettei omaishoitaja ole tilanteessaan yksin. Ryhmän riittävän pieni koko mahdollistaa ryhmäläisten tutustumisen toisiinsa ja sosiaalisten kontaktien saamisen. Ryhmässä voidaan jakaa myös tietoa omaishoitajien kiinnostavista asioista ja siten tuoda lisää välineitä itsestä huolehtimiseen ja omaishoitajana toimimiseen. Lisäksi kodin ulkopuolella järjestettävä ryhmätoiminta voi jollekin omaishoitajalle olla viikon ainoa hengähdystauko omaishoitajan työstä.

## **13 Pohdinta**

### **13.1 OMAISKUNTO-toimintamallin tarkastelu**

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Joensuuhun ikääntyvien omaishoitajien kuntouttavan toiminnan malli. Tähän tavoitteeseen päästiin, sillä onnistuimme kehittämään mallin, joka on nyt testattu käytännössä toimivaksi ja jolla on edellytyksiä jatkoa. Kehittämämme OMAISKUNTO-toiminnan malli on mielestämme todella tarpeellinen omaishoitajien jaksamista ajatellen. Joensuussa ei ole ai-



kaisemmin ollut mallia, joka mahdollistaa omaishoitoperheille sekä ryhmäkuntoutusta että sijaistoimintaa. OMAISKUNTO -toiminta hyödyttää omaishoitoperheiden lisäksi sosiaali- ja terveystalouden opiskelijoita ammatissa kehitymisessä sekä Joensuun kaupunkia omaishoitajien palveluiden tarjoamisessa.

Ei voida kuitenkaan vielä tietää, kuinka hyvin yhteistyökumppaneiden kanssa luodut käytännöt juurtuvat päivittäiseen työskentelyyn ja kuinka hyvin malli kestää palvelujärjestelmän muutoksia ja kaupungin taloustilanteen vaihtelua. Jatkossa riittävän opiskelijamäärän saaminen mukaan OMAISKUNTO-toimintaan on edellytys toiminnan jatkumiselle. Myös toiminnan organisoinnista tulevaisuudessa vastaavalla henkilöllä on suuri rooli toiminnan laadukkuuden ja kannattavuuden takaamisessa. Lisäksi olisi tärkeää säilyttää omaishoitajien vaikutusmahdollisuus siihen, tulevatko he ryhmään vai käyttävätkö hoidettavansa ryhmäajan omien asioidensa hoitamiseen. OMAISKUNTO-toiminnan tarkoituksena on tukea omaishoitajien jaksamista, ja jokainen omaishoitaja osaa itse parhaiten määrittellä, tukeeko ryhmä vai puhdas vapaa-aika sitä paremmin. Lisäksi jatkossa tulee lisätä sijaistoiminnan piirissä olevien perheiden määrää ja mahdollisesti tarjota sijaistoimintaa myös ryhmäajan ulkopuolella.

Toimintaa suunnitellessa ja toteuttaessa olemme pyrkineet ottamaan kaikessa huomioon omaishoitajien jaksamisen. Tämä asetti väillä myös haasteita, varsinkin ryhmän sisältöjen suunnittelun ja ohjaamisen kannalta. Omaishoitajien ryhmän ohjaamisessa haasteita asettivat erot osallistujien henkisissä ja fyysisissä voimavaroissa. Ohjauksessa oli mietittävä, miten kaikki ryhmäläiset tulevat huomioiduiksi tasavertaisesti ja hyötyisivät ryhmästä mahdollisimman paljon. Ohjaajien roolina on tukea niitä henkilöitä, jotka ovat vaarassa jäädä ulkopuoliseksi ryhmässä. Syynä ulkopuoliseksi jäämiseen voivat olla sekä fyysiset että psyykkiset tekijät. Toinen ohjaamiseen vaikuttanut haaste oli se, että ryhmäläisten identiteetti rakentui vahvasti omaishoitajuuden ympärille. Tämän vuoksi osan ryhmäläisistä oli vaikea irtautua tästä roolista ja esimerkiksi keskustella muista aiheista. Ohjaajana joutui miettimään, kuinka paljon ja millä tavalla aiheesta keskustellaan, varsinkin kun ryhmäläisten omaishoitotilanteet olivat vaativuudeltaan ja kestoiltaan hyvin erilaisia. Ryhmän toiminnassa tapahtui kuitenkin paljon kehitystä ryhmän edetessä. Ryhmä yhtenäistyi, ryhmäläisten kesken

oli havaittavissa vapautumista, ja he vaikuttivat ryhmäkerran jälkeen virkeämiltä kuin sinne tullessaan.

Vaikka toiminnan tarkoituksena on ensisijaisesti palvella omaishoitajia, myös omaishoidettavien ryhmä on olennainen osa OMAISKUNTO -toimintaa. Aluksi emme ehkä ymmärtäneetkään, miten tärkeää myös hoidettaville on päästä hetkeksi irti omaishoitotilanteesta ja saada sosiaalisia kontakteja. Myös fyysisen kuntoutuksen tarve oli monen omaishoidettavan kohdalla ilmeinen. Omaishoidettavien ryhmässä ohjaukseen haasteita toivat ryhmäläisten eri sairaudet ja rajoitteet toimintakyvyssä. Tämä näkyi erityisesti liikuntatilanteissa, joissa ohjaajalta vaadittiin taitoa soveltaa liikkeitä tasoltaan sopiviksi erilaisille osallistujille. Lisäksi toimintakyvyn vaihtelevuus ryhmäkertojen välillä vaikutti joidenkin ryhmäläisten aktiviteetteihin osallistumiseen. Keskustelussa oli tärkeää huomioida, että kaikki osallistujat pääsevät mukaan ja tulevat huomioiduiksi. Osallistujien toimintakyvyn erot eivät kuitenkaan olleet este hyvälle ryhmähengelle.

### **13.2 Yhteistyön merkitys opinnäytetyössä**

Opinnäytetyöprosessissamme yhteistyön toimivuus oli ehkä merkittävin yksittäinen tekijä, jonka ansioista pääsimme tavoitteeseemme. Kaikki yhteistyökumppanimme paneutuivat aiheeseen ja näkivät vaivaa yhteisen päämäärän eteen. Saimme kaiken tarvitsemamme avun, mutta kukaan ei painostanut meitä toimimaan tietyllä tavalla. Mahdollisista ongelmista selvittiin neuvottelemalla. Oli positiivista huomata, miten moni taho on kiinnostunut omaishoitajien asioiden edistämisestä. Yhteinen tahto saada OMAISKUNTO-toiminnasta pysyvä osa Joensuun palvelutarjontaa oli kova. Yhteistyökumppaneiden lisäksi myös toimeksiantajamme Voimala tuki työtämme arvokkaalla tavalla. Saimme tarvittavat resurssit (opiskelijatyövoima, rahallinen tuki), mutta myös korvaamattoman paljon henkistä tukea ja kannustusta.

Toiminnan toteutuksen kannalta olennaisimmassa roolissa olivat kuitenkin Kareliala-ammattikorkeakoulun toiset opiskelijat. 23 opiskelijaa kolmelta eri koulutuslta osallistui jollain tavalla OMAISKUNNON toteutukseen, ja on selvää,

etemme olisi päässeet tavoitteeseemme ilman heidän panostaan. Kokonaisuudessaan yhteistyö moniammatillisen opiskelijajoukon kesken onnistui hyvin, mutta haasteitakin ilmeni. Koulutusalojen opetussuunnitelmien erilaisuus keskenään ja opiskelijoiden aikarajoitteet OMAISKUNTO -toimintaan osallistumiseksi vaativat odottamattoman paljon järjestelyjä. Ison opiskelijajoukon sitouttaminen, perehdyttäminen ja työtehtävien jakaminen vaati pitkäjänteisyyttä ja suunnitelmallisuutta, jotta kaikilla osapuolilla olisi selkeä kuva edessä olevasta toiminnasta.

Erittäin tärkeä osa opinnäytetyöprosessia oli myös keskinäinen yhteistyö. Aluksi oli haaste lähteä työstämään laajaa aihetta ihmisen kanssa, jota ei kunnolla tunne. Erilaiset näkemykset ja työskentelytavat aiheuttivat välillä päänvaivaa, mutta kokonaisuutta tarkastellessa ne näyttäytyvät rikkautena. Tällaista työtä ei voisi tehdä yksin, sillä jo ensimmäinen vastoinkäyminen saattaisi heikentää motivaatiota ilman työparin tukea ja mahdollisuutta keskusteluun. Työskentelimme suurelta osalta yhdessä, mutta teoritietoja kirjoitimme myös erikseen. Opinnäytetyön tekstien työstäminen yhdessä oli tärkeää, jolloin asiat saivat laajempaa näkökulmaa. Työmäärät jakaantuivat tasan lukuun ottamatta kyselyn vastaus-ten purkua ja analysointia, joissa toinen meistä teki suuremman työpanoksen aiemman työkokemuksen takia.

### **13.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys**

Kehittämistyön ensisijainen päämäärä terveysalalla on aina oltava potilaiden tai asiakkaiden etu (Heikkilä ym. 43–44). Olemme pyrkineet koko opinnäytetyöprosessimme ajan kiinnittämään erityistä huomiota omaishoitoperheiden toiveisiin ja tarpeisiin ja suunnittelemaan toimintaamme niiden pohjalta. Olemme noudattaneet salassapitovelvollisuutta sekä toimintaan osallistuneiden asiakkaiden henkilötietojen että heidän luottamuksellisesti kertomiensa asioiden osalta. Sekä kyselyjen että infokirjeiden postitus hoidettiin siten, että emme joutuneet käsittelemään kohderyhmien yhteystietoja. Kyselyt sekä ryhmiin osallistuneiden omaishoitajien ja opiskelijoiden palautteet käsiteltiin nimettöminä. Tämä lisää arvioinnin välineenä käytetyn tiedon luotettavuutta.

OMAISKUNTO-toiminnan ryhmäläisten valintatilanteessa joutui pohtimaan mitkä ovat valintaperusteet, jotta ihmiset eivät joutuisi eriarvoiseen asemaan. Meillä ei ollut tarkkoja valintakriteerejä ryhmien osallistujille, vaan valinnassa painotettiin erityisesti omaishoidettavien kohdalla toimintakykyä ja ryhmässä pärjäämistä. Ongelmallista tässä oli, että käsityksemme omaishoidettavan toimintakyvystä perustui omaishoitajan puhelinhaastattelussa kertomaan näkemykseen. Puhelinhaastattelussa riskinä oli, että omaishoitajan ja haastattelijan kesken tulee väärinymmärryksiä tai omaishoitaja ei halua tai osaa kertoa perheen tilanteesta totuudenmukaisesti. Puhelinhaastattelua tehdessä oli myös tärkeä huomioida, että kysymykset esitetään kaikille soittajille samalla tavalla. Haastattelu-runko auttoi tässä ja lisäsi siten haastattelujen tasa-arvoisuutta.

Kyselyn ja tietoperustan teossa noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja: rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi on kunnioitettava toisten tutkijoiden työtä viittaamalla asianmukaisesti lähteisiin ja annettava heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo ja merkitys osana omaa työtä. Kyselyn laadinta ja vastausten analysointi tehtiin huolellisuutta ja luotettavia menetelmiä käyttäen. Osaa vastuksista käytettiin suoraan välineenä OMAISKUNTO-toiminnan suunnitteluun. Kyselyn tekoon oli anottu tutkimuslupa Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:ltä, mutta kyselyn saatekirjeessä ei mainittu, mistä kyselyn kohderyhmän tiedot oli saatu. Tämä aiheutti hämmennystä osassa vastaajista.

Tietoperustassa noudatimme asianmukaisia lähdeviittauksia. Luotettavuuden lisäämiseksi pyrimme käyttämään maksimissaan kymmenen vuotta vanhoja lähteitä ja löytämään aina ensisijaisen lähteen. Toissijaisia tai tätä vanhempia lähteitä käytimme vain, jos tieto ei ole muuttunut ja sitä käytetään edelleen uudemmissa teoksissa. Lisäksi pyrimme hakemaan myös ulkomaisia lähteitä, mutta niiden käyttö jäi työssämme varsin vähäiseksi. Näin ollen lähteemme koostuivat pääasiassa kotimaisesta tutkimustiedosta, alan peruskirjallisuudesta sekä yksittäisistä ulkomaisista lähteistä.

### **13.4 Oma oppiminen ja ammatillinen kehitys**

Opinnäytetyömme ei ollut perinteinen fysioterapian työ, mutta saimme siinä mahdollisuuden käyttää fysioterapian osaamistamme laajalla kentällä. Moniammatillisesti toimiessa oppi näkemään ikääntyneiden kuntoutuksen laajemmassa perspektiivissä. Itse kohderyhmä, yli 65-vuotiaat omaishoitajat, on saanut konkreettiset kasvot. Heidän kanssaan toimiessa olemme oppineet, miten suuri merkitys heidän työllään on yhteiskuntaa ajatellen. Tämän vuoksi haluamme antaa heille kaiken ammattimme mahdollistaman tuen, jotta he jaksavat tehdä vaativaa ja arvokasta työtään.

Omaishoitajien ja -hoidettavien ryhmissä tarvittiin välillä haastaviakin ohjausmenetelmiä ja niiden soveltamista. Erityisesti taidot ohjata ikääntyneitä ja eri sairauksista kärsiviä kehittyivät entisestään. Asiakkuusosaamisen alueella kehittyi erityisesti asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen sekä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen havainnointi ja tunnistaminen. OMAISKUNTO-toiminnassa mukana olevat yhteistyökumppanit ja opiskelijakollegat muodostivat laajan työyhteisön, jonka koordinoituvastuu toi uusia valmiuksia työskennellä johtavissa tehtävissä. Opinnäytetyön tekeminen kehittämistoimintana antoi runsaasti vahvuuksia työelämässä toimimiseen, sillä ajankäyttö, stressinsietokyky ja suurten kokonaisuuksien hallinta kehittyivät. Ison opiskelijamäärän organisoiminen toimintaan kasvatti organisointitaitoja. Lisäksi meillä on nyt tietoa tutkimus- ja kehittämistoiminnan vaiheista, eduista ja haasteista. Myös kyky innovoida ja usko omiin ideoihin ovat kehittyneet opinnäytetyöprosessin seurauksena.

### **13.5 Jatkokehittämisideat**

OMAIKUNTO-toiminnan malli on todettu käytännössä toimivaksi, joten sitä voisi hyödyntää muissakin kaupungeissa ja sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa. Mallin käyttäminen kuitenkin vaatii oppilaitoksen, kunnan tai kaupungin ja kolmannen sektorin välisen yhteistyöverkoston rakentamista. OMAISKUNTO-toiminnan olisi hyvä koostua kahdesta vaiheesta (vertaa esimerkiksi Päiväkun-

toutusmalli dementoituvan omaishoitajalle). Vaiheessa kaksi voitaisiin järjestää esimerkiksi toimintapäiviä tai muuta toimintaa OMAISKUNTO-ryhmäjakson käyneille perheille. Näin ryhmissä syntyneitä sosiaalisia kontakteja pystyttäisiin vahvistamaan. Toimintapäivien sisältö voisi tarjota omaishoitajille lisää välineitä omaehtoiseen omasta ja hoidettavan hyvinvoinnista huolehtimiseen (esimerkiksi ravinto, liikunta). Toimintapäivien suunnittelu ja järjestäminen soveltuisi sosi-aali- tai terveystieteen opinnäytetyön aiheeksi.

Kyselyä tehdessä nousi pinnalle toinenkin jatkokehittämisidea. OMAISKUNTO-toiminta on suunnattu yli 65-vuotialle omaishoitoperheille, mutta kyselyyn vastanneet nuoremmat omaishoitajat ilmaisivat myös oman palveluntarpeensa. Lasten ja nuorten omaishoitajat ovat usein työssäkäyviä ja jäävät helposti päivisin järjestettävien tukipalveluiden ulkopuolelle. Alle 65-vuotiaiden omaishoitajien palveluntarpeen kartoittaminen ja siihen vastaaminen olisi tärkeä kohde jatkotutkimukselle.

## Lähteet

- Aatola, J., 2003. Saadaanpahan sentään olla viel kotona. Tutkimus omaishoidon tuen ulkopuolella olevista omaishoitajista. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. Omaishoito – Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 105–106.
- Administration on Aging 2012. National Family Caregiver Support Program. Department of Health & Human Services.  
[http://aoa.gov/aoa\\_programs/hcltc/caregiver/](http://aoa.gov/aoa_programs/hcltc/caregiver/).4.9.2013.
- Arola, A., Kokko, A., Rosengren, Å, Stenbock-Hult, B. & Surakka, J. 2012. Käyttäjakeskeinen omaishoidon malli. Teoksessa Surakka, J. (toim.) SUFA-CARE – Supporting Family Caregivers and Receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Arcada Publikation 4/2012, 66–67.
- Auvinen, P., Elsinen, E., Ilvonen, A., Kukkonen, T., Moilanen, R., Neuvonen, L., Peltonen, J., Penttinen, M. & Raivo, P. 2013. Karelia-ammattikorkeakoulu. Aluetta palveleva, laadukas ja työelämäläheinen. Strategia 2013–2017. Karelia-ammattikorkeakoulu.  
<http://issuu.com/karelia-amk/docs/karelia-amk-strategia-2013-2017>.  
 13.12.2013.
- Borg, S. 2011. Postikyselyaineiston kokoaminen. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvantimOTV. TampereenYliopisto.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html>.  
 16.9.2013.
- Carter, R. 1997. Remarks of Rosalynn Carter, Honorary Chair of Last Acts. Gifts of Speech. [gos.sbc.edu/c/carter.html](http://gos.sbc.edu/c/carter.html).14.1.2014.
- Forster, A., Lambley, R. & Young, J. B. 2010. Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age and Ageing* 39:169–175.  
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/39/2/169.full.pdf+html>.13.1.2014.
- Hakonen, S. 2008. Ikääntyvien voimavarat. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kulueraistä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikään-tymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 121–122.

- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Helbostad, J.L., Sletvold, O. & Moe-Nilssen, R. 2004. Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: effect on health-related quality of life and ambulation. *Clinical Rehabilitation* 18: 498–508.
- Holm, J., Huuskonen, P., Jyrkämä, O., Karnell, S., Laimio, A., Lehtinen, I., Myllymaa, T. & Vahtivaara, J.-M. 2010. Vertaistoiminta kannattaa. Asumis- palvelusäätiö ASPA.
- Hyvärinen, M., Saarenheimo, M., Pitkälä, K. & Tilvis, R. 2003. Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. *Katsaus. Duodecim* 119: 1949–7 <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93845.pdf>. 28.8.2013.
- Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry 2013. <http://www.jelli.fi/jarjestorekisteri/muut-sosiaali-ja-terveysjarjestot/joensuun-seudun-omaishoitajat-ja-laheiset-ry/>. 15.4.2013.
- Juntunen, K., Era, P. & Salminen, A.-L. 2013. Kuntoutuskursseille osallistuneiden omaishoitajien elämänlaatu ja kokemukset omaishoidosta. *Gerontologia* 27 (1), 2–12.
- Kaivolainen, M. 2011. Myönteisten tunteiden voima. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 110.
- Kaivolainen, M. 2011. Vertaisryhmästä tukea omaishoitajille. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 127.
- Kaivolainen, M. 2011. Viha ja katkeruus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 115.
- Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) 2011. *Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 5.



- Kirk-Sanchez, N. & McGough, E. 2013. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clinical interventions in Aging*. 2014: 9. 51 – 62. <http://www.dovepress.com/physical-exercise-and-cognitive-performance-in-the-elderly-current-per-peer-reviewed-article-CIA>. 13.1.2014.
- Laine, S. 2008. Päiväkuntoutusmalli dementoituvan omaishoitajalle. Savonlinnan Seudun Dementiayhdistys ry. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/kuvaus/?PracticeId=5104e81e-f7f0-400a-ab2d-6997386dd445>. 2.9.2013.
- Leinonen, R. & Havas, E. (toim.) 2008. Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu III. Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu 212. LIKES. Jyväskylä: PunaMusta Oy , 53-55.
- Mattila, M. 2009. Muuttujien muunnokset. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvantiMOTV. Tampereen Yliopisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/muunnokset/muunnokset.html>. 16.9.2013.
- Ministry Of Health. 2013. Guidelines Physical Activity For Older People (aged 65-years and over) Wellington: Ministry of Health <http://www.health.govt.nz/publication/guidelines-physical-activity-older-people-aged-65-years-and-over>.2.9.2013.
- Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Minäkö omaishoitaja - omaishoitajaidentiteetti. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53–54, 57–58.
- Nissi-Onnela, S. & Kaivolainen, M. 2011. Omaishoitajuus liittää yhteen monia rooleja. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.). Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 58–62.
- Nupponen, R. 2011. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I., Vasankari, T. (toim.) Terveysliikunta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 43–45.
- Omaishoitajat ja Läheiset Liitto ry 2012. Omaishoito. <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito>.18.12.2013.

- Purhonen, M. 2011. Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 214–215.
- Purhonen, M., Nissi-Onnela, S. & Malmi, M. 2011a. Omaishoidon yleisyys ja monimuotoisuus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12–15.
- Purhonen, M., Mattila, Y. & Salanko-Vuorela, M. 2011b. Omaishoidon tuki ja omaishoitosopimus. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 26–28.
- Purhonen, M., Malmi, M. & Kotiranta, T. 2011c. Omaishoidon valtakunnalliset järjestöt. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 210.
- Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. 2011d. Omaishoitoa koskevan lainsäädännön kehitys. Teoksessa Kaivolainen, M., Kotiranta, T., Mäkinen, E., Purhonen, M. & Salanko-Vuorela, M. (toim.) Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 40–42.
- Seppänen-Järvelä, R. 2007. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin - Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskäsiä. Vaajakoski: Stakes, 21–31
- Suomi, A. 2008. Voimaantumisen. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskykyyn. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–118.
- Surakka, J. 2012. SUFACARE hanke. Teoksessa Surakka, J. (toim.) SUFACARE – Supporting Family Caregivers and Receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Arcada Publikation 4/2012, 19–20.
- Tuckman, B. & Jensen, M. 2011, Stages of Small-Group Development Revisited. Group Organisation Management. Vol. 2. Teoksessa Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus?

- Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Publishing. 90–91.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.  
[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut).13.12.2013.
- Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2007. Prosessiarviointi- mahdollisuus lujittaa kehittämisprojektia. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Stakes, 217–218.
- Viitanen, J. & Purhonen, M. 2010. Järjestöt ja vertaistuki omaistoiminnassa. Teoksessa: Meriranta, M., (toim.) Omaishoitajan käsikirja. Kuopio: Uni-press Oy. 171–173.
- Vuori, I. 13.10.2010. Liikuntasuositus kaikille 65 vuotta täyttäneille sekä 50–64-vuotiaille henkilöille, joilla on joku pitkäaikainen sairaus tai toimintakyvyn rajoite, joka vaikuttaa liikuntaan osallistumiseen tai kuntoon. Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nix01179#s3>.16.9.2013.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Publishing. 88–91.

## Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Karelia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan keskus
Toimeksiantajan edustaja:	Tuula Kukkonen
Osoite:	Tikkarinne 9, 80200 Joensuu
Puhelinnumero:	050 4675923
Sähköposti:	tuula.kukkonen@karelia.fi


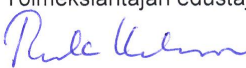
Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1100087/1100088 Kirsi Holopainen/Maarit Vataja
Puhelinnumero:	0405179898/ 0442508244
Sähköposti:	kirsi.j.holopainen@edu.karelia.fi/ maarit.vataja@edu.karelia.fi

Toimeksiantajan sitoumukset
Ikääntyvien omaishoitajien kuntouttavaa toimintaa kehitetään osaksi Voimala- oppimis- ja palveluympäristön toimintaa. Karelia-ammattikorkeakoulu vastaa kyselyn toteuttamiskustannuksista (kyselyn postitus ja palautuskuoret). Voimala järjestää opinnäytetyön tekemiseen tukea.

Opiskelijan sitoumukset
Opiskelijat suunnittelevat ikääntyvien omaishoitajien kuntouttavan toimintamuodon, joka on Voimala- oppimis- ja palveluympäristön käytettävissä. Opiskelijoilla on tekemänsä työn tekijänoikeudet.

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa	
Ohjaaja(t):	Liisa Suhonen

Opinnäytetyön julkisuus
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.

Allekirjoitukset	
Päiväys 27.5.2013	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys  Kirsi Holopainen
Päiväys 27.5.2013	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys  Tuula Kukkonen

**Kysely ikääntyneiden omaishoitoperheiden palveluntarpeesta****KYSELY IKÄÄNTYNEIDEN OMAISHOITOPERHEIDEN  
PALVELUNTARPEESTA**

Olemme fysioterapiaopiskelijat Kirsi Holopainen ja Maarit Vataja Karelia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kehittää Joensuuhun uutta kuntouttavaa toimintaa ikääntyville omaishoitajille ja heidän hoidettaville läheisilleen. Opinnäytetyömme on osa OMAKUNTO-toimintaa, jossa ovat mukana Joensuun kaupunki, Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry. sekä Karelia-ammattikorkeakoulu. OMAKUNTO-toiminta pyrkii luomaan uusia, maksuttomia palveluita ja siten lisäämään omaishoitoperheiden tuen määrää.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselyyn. Toivomme vastauksia erityisesti yli 65 -vuotiailta ja/tai iäkkäitä henkilöitä hoitavilta. Kyselyn tarkoituksena on selvittää Joensuun seudulla asuvien omaishoitajien tuen tarvetta sekä aiempia kokemuksia ja mielipiteitä kuntouttavasta toiminnasta.

Vastausten avulla saamme tärkeää tietoa siitä, millaisen toiminnan ja millaiset palvelut kokisitte hyödyllisiksi oman hyvinvointinne kannalta. Näitä tietoja käytetään kuntoutustoiminnan suunnitteluun. Kyselyyn vastaaminen vie noin 15 minuuttia. Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Pyydämme, että vastaatte kysymyksiin totuu

denmukaisesti. Jokaisen omaishoitajan vastaus on meille todella arvokas.

Toivomme, että lähetätte täytetyn kyselylomakkeen oheisessa palautuskuoressa (postimaksu maksettu) 31.5.2013 mennessä. Kuoressa osoite on valmiina.

### **KYSELYN VASTAUSOHJE:**

1. Lukekaa kysymykset huolellisesti ennen vastaamista.
2. Merkitkää rasti itseänne/mielipidettänne parhaiten kuvaavan vastausvaihtoehdon kohdalle tai kirjoittakaa kysytty tieto sille varattuun tilaan.
3. Jos sopivia vaihtoehtoja on useita, voitte halutessanne rastittaa useamman vaihtoehdon.
4. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin.

Esimerkki:

Saan omaishoidon tukea

Kyllä

Ei

Ystävällisin terveisin fysioterapiaopiskelijat Kirsi Holopainen ja Maarit Vataja

Lisätietoja:

Kirsi Holopainen puh. sähköposti: kirsi.j.holopainen@edu.karelia.fi

Maarit Vataja puh., sähköposti: maarit.vataja@edu.karelia.fi

Opinnäytetyön ohjaaja Liisa Suhonen puh. sähköposti: liisa.suhonen@karelia.fi

## Kysely

### (A) Taustatiedot

1. Sukupuoli  mies  
 nainen
  
2. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta
  
3. Olen tällä hetkellä  
 työssä  
 työtön  
 eläkkeellä
  
4. Saan omaishoidon tukea  
 Kyllä  
 Ei

**(B) Palveluiden tarve**

5. Mitkä asiat ovat omaishoitoon liittyen vaikeita/hankalia?

---

---

---

---

6. Haluatteko tällä hetkellä jotain seuraavista palveluista

- Kuntouttava toiminta itselle (esim. jumppa, hieronta, kädentaidot)
- Kuntouttava toiminta sekä itselle että hoidettavalle
- Sijaistoiminnan järjestäminen kotiin
- Tietoa (esim. lääkitys, ergonomia, ravinto, tukiasiat)
- Keskustelu muiden samassa tilanteessa olevien kanssa

7. Millaisen kuntouttavan toiminnan kokisitte hyödylliseksi itsellenne?

---

---

---

hoidettavallenne?

---

---

---



**(C) Kokemuksia ja mielipiteitä**

**8.** Oletteko osallistuneet aiemmin kuntouttavaan ja/tai ryhmätoimintaan, jonka olette kokeneet parantavan Teidän ja/tai hoidettavanne hyvinvointia?

Kyllä

Millaiseen toimintaan? Mitä hyötyä siitä oli?

---

---

---

---

---

Ei

**9.** Oletteko Te tai hoidettavanne osallistuneet johonkin seuraavista viimeisen vuoden aikana?

Minä Hoidettavani

Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n toiminta

Kelan järjestämä kuntoutuskurssi

Kaupungin järjestämä kuntoutus- tai päivätoiminta

Muu kuntoutus- tai virkistystoiminta, mikä?

---

---

Emme ole osallistuneet kuntouttavaan toimintaan

**10.** Haluatteko osallistua OMAKUNTO- toiminnan tarjoamaan kuntouttavaan toimintaan, kun se käynnistyy syksyllä 2013?

Kyllä

Ei

Jos vastasitte kyllä, mitä odotatte toiminnalta?

---

---

---

---

Jos vastasitte ei, miksi ette halua osallistua toimintaan?

---

---

---

---

**11.** Minua kiinnostaa  ryhmätoiminta-  
 yksilömuotoinen toiminta

**12.** Valitsisitteko mieluummin toiminnan, joka

tarjotaan kotiinne

Miksi?

---

---

---

järjestetään kodin ulkopuolella

Miksi?

---

---

---

**13.** Kuinka usein haluaisitte osallistua kuntouttavaan toimintaan?

---

---

Mitä muita ajatuksia teillä on omaishoitajuudesta?

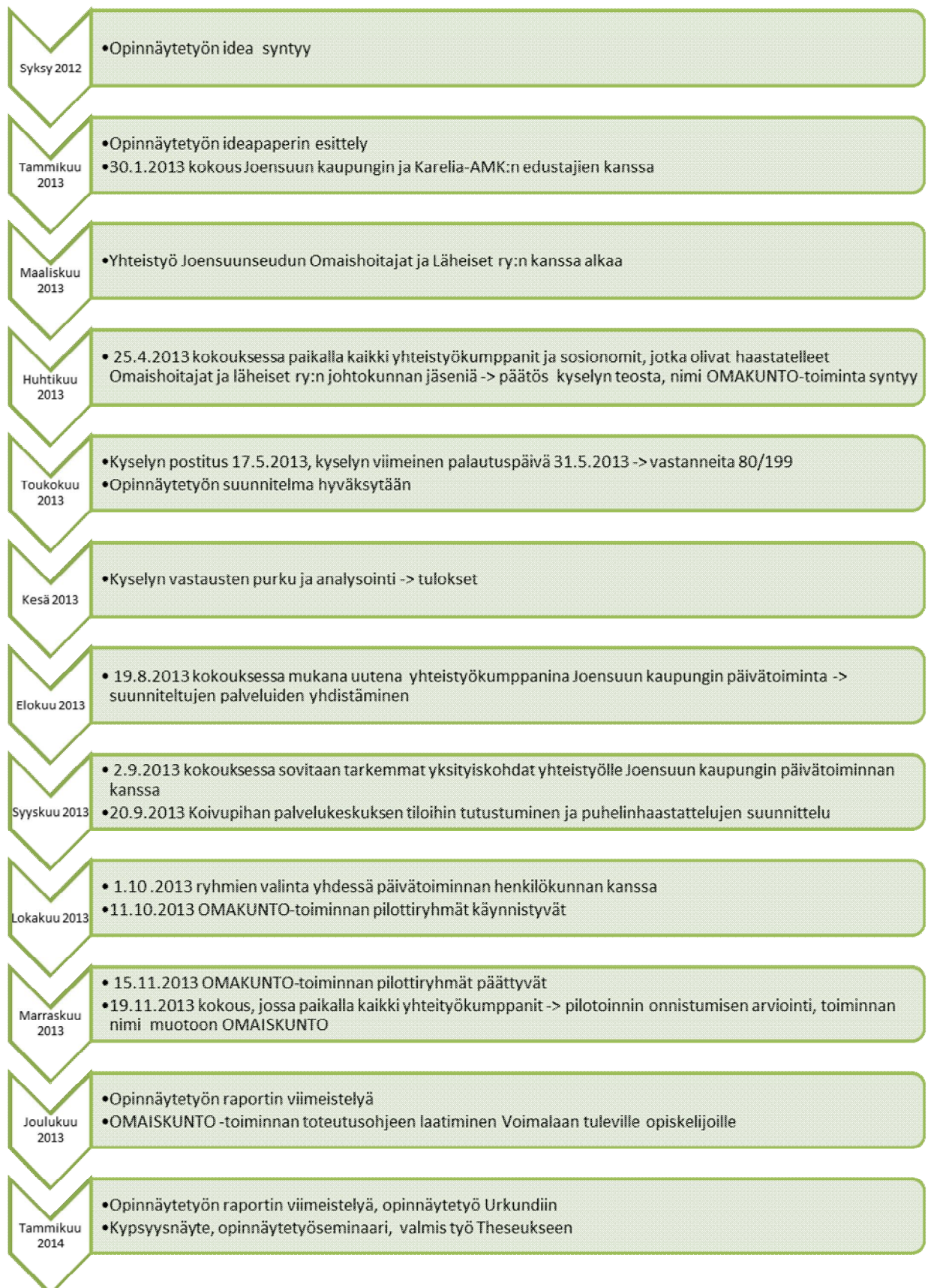
---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTA!**

## Opinnäytetyöprosessi



## OMAIKUNTO-toiminnan pilottijakson infokirje

# OMAIKUNTO

## Ikääntyvien omaishoitoperheiden kuntouttava toiminta

Maksutonta kuntouttavaa ryhmätoimintaa joensuulaisille  
yli 65-vuotiaille omaishoitajille ja -hoidettaville.

### TOIMINTA SISÄLTÄÄ

#### » LIIKUNTAA

Kuntosaliharjoitteita ja ryhmä-  
liikuntaa vaihtuvilla teemoilla

#### » TIETOA

Vastauksia mieltä askarruttaviin  
kysymyksiin ja neuvontaa  
terveyteen liittyen

#### » VIRKISTYSTÄ

Keskustelua ja  
yhdessä tekemistä

#### » SIJAISTOIMINTAA

**KOTIIN** Mahdollisuus saada  
opiskelijajätimi kotiin huolehtimaan  
läheisestä ryhmätoiminnan ajaksi

Ryhmät kokoontuvat 11.10.2013 alkaen  
perjantaisin klo 11-13, yhteensä kuusi kertaa

Omaishoitajien ryhmä Sepänpuhan Kuntotalolla (Sepänkatu 40)  
Omaishoidettavien ryhmä Koivupuhan palvelukeskuksessa (Kirkkokatu 13)

Ilmoittautumiset puhelimitse numeroon 050 409 1098  
Ilmoittautumisia otetaan vastaan perjantaina 27.9.2013 klo 9-15  
ja maanantaina 30.9.2013 klo 9-12

**RYHMISSÄ ON PAIKKOJA RAJOITETUSTI!**

Toimintaa järjestämässä:  
Karelia-ammattikorkeakoulu, Voimala

Yhteistyökumppaneina:  
Joensuun Kaupunki  
Joensuun seudun Omaishoitajat ja Läheiset ry



**Omaishoitajien ryhmän ohjelma syksy 2013****OMAKUNTO- toiminta/ Omaishoitajien ryhmä syksy 2013****OHJELMA****11.10. Teema: Tutustuminen**

- klo 11.00 Ryhmän aloitus, pelejä ja leikkejä  
Kahvit, ryhmän ohjelmaan tutustuminen  
Keskustelua ohjelman sisällöstä ja toiveista ja odotuksista ryhmälle,  
aloituskyselyn täyttö
- klo 13.00 Ryhmän päätös

**18.10. Teema: Liikunta ja ravitsemus**

- klo 11.00 Ryhmän aloitus, tutustuminen kuntosaliin + alkuverryttely  
Kuntosaliharjoitteita ja kotiharjoitusohjelmaan tutustuminen  
Kahvit ja kotiharjoitusohjelman jako  
Vieraileva opiskelijaryhmä kertoo terveellisistä elämäntavoista ja  
hyvästä ravinnosta + keskustelua aiheesta
- klo 13.00 Ryhmän päätös

**25.10. Teema: Omaishoitajuus**

- klo 11.00 Ryhmän aloitus, keskustelua omaishoitajuuden rasituksista keholle  
Keskivartalon lihaksia aktivoiva ja vahvistava jumppa  
Kahvit  
Ryhmähaastattelu aiheesta "Omaishoidon palvelut"
- klo 13.00 Ryhmän päätös

**1.11. Teema: Elämän tasapaino**

- klo 11.00 Ryhmän aloitus, keskustelua päivän teemasta ja alkuverryttely  
Tasapainoharjoitteita pareittain  
Kahvit  
Vieraileva opiskelijaryhmä kertoo unen ja levon merkityksestä
- klo 13.00 Ryhmän päätös

**8.11 Teema: Musiikin tuomat muistot**

- 11.00 Ryhmän aloitus, keskustelua päivän teemasta ja alkuverryttely  
Musiikkiliikuntaa  
Kahvit  
Kuunnellaan runoja ja lauluja ja keskustellaan niiden herättämistä  
iloisista muistoista
- 13.00 Ryhmän päätös

**15.11 Teema: Rentoutuminen ja ryhmän päätös**

- 11.00 Ryhmän aloitus, kevyt jumppa pallojen kanssa  
Pallohierontaa pareittain, mielikuvarentoutus  
Kahvit  
Keskustelua menneistä kerroista ja ryhmän herättämistä ajatuksis-  
ta, palautelomakkeiden täyttö
- 13.00 Ryhmän päätös

**Omaishoidettavien ryhmän ohjelma syksy 2013**  
**OMAKUNTO- toiminta / Omaishoidettavien ryhmä**  
**Ryhmäaikataulu 11.10.-15.11.2013**

**11.10. Ryhmän aloitus/tutustuminen**

- Klo 10 Ryhmäläiset saapuvat
- Klo 10.40 Pallojumppatuokio istuen
- klo 11.30 Ruokailu
- 12.30-14 Kuvien katselu ja muistelu + kahvit

**18.10. Luontoteema**

- klo 10 Ryhmäläiset saapuvat
- klo 10.15 Tarinatuolijumppa
- klo 11.15 Ruokailu
- klo 12 Luontoaiheinen tietovisa + kahvit

**25.10. Musiikkiteema**

- klo 10 Ryhmäläiset saapuvat
- klo 10.15 Lihaskuntojumppa tarrapainoilla
- klo 11.15 Ruokailu
- klo 12- Yhteislauluja + kahvit

**1.11. Peliteema**

- klo 10 Ryhmäläiset saapuvat
- klo 10.15 Musiikkijumpaa
- klo 11.15 Ruokailu
- klo 12 Bingo- peli + kahvit

**8.11. Hyvinvointiteema**

- klo 10 Ryhmäläiset saapuvat
- klo 10.15 Hyvinvoinnista tietoa
- klo 11.15 Ruokailu
- klo 12 Mielikuvarentoutus + kahvit



**15.11. Jouluteema**

klo 10 Ryhmäläiset saapuvat

klo 10.15 Jouluinen tarinatuolijumppa ja kotiharjoitusohjelma

klo 11.15 Ruokailu

klo 12 Pipareiden leivonta

**Omaishoitajien ryhmän aloituskysely****OMAKUNTO-toiminnan aloituskysely**

Omaishoitajien ryhmä syksy 2013

1. Mitä ajatuksia ryhmäkertojen sisällöt/teemat herättivät?

---

---

---

2. Mihin olitte tyytyväinen?

---

---

---

3. Mitä haluaisitte muuttaa?

---

---

---

4. Mikä seuraavista on Teille tärkeintä ryhmässä? Valitkaa vain yksi vaihtoehto.

[  ] kuntoilu

[  ] keskustelu

[  ] tiedon saanti

[  ] muu, mikä?

---

5. Mistä teemoista haluaisitte keskustella tai saada tietoa ryhmän aikana?

---

---

---

---

6. Mitä odotatte ryhmän liikuntatuokioilta?

---

---

---

---

7. Millaiseksi koette oman jaksamisenne omaishoitajana asteikolla 1–5 (1= en jaksa ollenkaan, 5=jaksan erinomaisesti)? Ympyröikää itsenne parhaiten sopiva vaihtoehto.

1

2

3

4

5

8. Onko terveydessänne tai elämäntilanteessänne jotain sellaista, mitä ohjaajien tulisi huomioida ryhmässä?

---

---

---

---

9. Mitä muita toiveita tai odotuksia Teillä on?

---

---

---

---

---

**OMAISKUNTO-toimintaan osallistuneiden opiskelijoiden arviointilomake****OMAKUNTO-toiminta****Syksy 2013****Omaishoitajien ja -hoidettavien ryhmässä / kotona työskennelleiden arviointilomake**

1. Saitko mielestäsi riittävän perehdytyksen tehtävääsi Omakunto- toiminnassa?

KYLLÄ EI 

Jos vastasit ei, mitä olisi mielestäsi pitänyt tehdä toisin?

---

---

---

2. Koitko pystyväsi vaikuttamaan siihen, mitä ryhmässä/ asiakkaan kotona tehdään?

---

---

---

3. Miten Omakunto- toimintaan osallistuminen on edistänyt ammatillista osaamistasi?

---

---

---

4. Millaisena koit oman roolisi osana moniammatillista ryhmää?

---

---

---

5. Miten arvioisitte Omakunto- toiminnan hyödyttäneen omaishoitajien jaksamista?

---

---

---

**6. Mitä neuvoja antaisit opiskelijalle, joka jatkossa toteuttaa Omakunto- toimintaa?**

---

---

---

**7. Muuta palautetta/kommentteja**

---

---

---

---

**KIITOS! 😊**

**Omaishoitajien ryhmän palautekysely****OMAKUNTO-toiminta/ Omaishoitajien ryhmä syksy 2013****Palautekysely**

1. Oliko OMAKUNTO- toiminnan omaishoitajien ryhmätoimintajakso suunniteltu mielestänne monipuolisesti?

KYLLÄ  EI  OSITTAIN

2. Minkä osion ryhmässä koitte tärkeimmäksi?

FYYSINEN KUNTOUTUS  TIETO  KESKUSTELU   
KOKONAISUUS

3. Oliko ryhmätoimintajakso mielestänne

LIIAN PITKÄ  LIIAN LYHYT  SOPIVA

4. Oliko yhden ryhmäkerran kesto mielestänne

LIIAN PITKÄ  LIIAN LYHYT  SOPIVA

5. Oliko ryhmän koko mielestänne

LIIAN ISO  LIIAN PIENI  SOPIVA

6. Jos ryhmätoimintajakso olisi maksullinen, osallistuisitteko siihen?

KYLLÄ  EI  EN OSAA SANOA

7. Mikä olisi mielestänne kohtuullinen hinta maksulliselle ryhmätoiminnalle?

\_\_\_\_\_ euroa

8. Kävikö kotonanne opiskelijatiimi hoitamassa läheistänne ryhmän aikana?

KYLLÄ  EI

Jos kyllä, millaisena koitte tällaisen palvelun?

---

---

---

9. Toivoisitko ryhmäjaksos jatkuvan mahdollisesti myöhemmin?

KYLLÄ  EI  EN OSAA SANOA

10. Saitteko mahdollisuuden tuoda esiin mielipiteenne, tunteenne ja toiveenne ryhmässä?

KYLLÄ  EI  OSITTAIN

11. Saiko omaishoitajien ryhmätoimintajakso Teidät kiinnittämään huomiota omaan jaksamiseenne?

KYLLÄ  EI  JONKIN VERRAN

12. Oliko OMAKUNTO- toiminnan omaishoitajien ryhmätoimintajakso hyödyllinen teille omaishoitajana?

Kuvailekaa omin sanoin.

---

---

---

**13.** Onko omaishoitajien ryhmätoimintajaksolla ollut vaikutusta teidän arjessa jaksamiseenne?

Kuvaillkaa omin sanoin.

---

---

---

**14.** Onko omaishoitajien ryhmätoimintajaksolla ollut vaikutusta teidän mielialaanne/ henkiseen hyvinvointiinne? Kuvaillkaa omin sanoin.

---

---

---

**15.** Miten olette kokeneet omaishoitajien ryhmätoimintajakson aikana muilta omaishoitajilta saamanne vertaistuen? Kuvaillkaa omin sanoin.

---

---

---

**16.** Onko omaishoitajien ryhmätoimintajaksolla ollut vaikutusta siihen, millaiseksi koette fyysisen toimintakykynne? Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, liikkua ja harrastaa. Kuvaillkaa omin sanoin.

---

---

---



**17.** Mitä sisältöjä toivoisitte jatkossa kuntouttavaan toimintaan / mitä jätitte kaipaamaan tällä jaksolla?

---

---

---

**18.** Arvioikaa omin sanoin ryhmän ohjaajia

---

---

---

**19.** Häiritsikö ryhmän ohjaajien vaihtuvuus Teitä ryhmän aikana?

KYLLÄ  EI  OSITTAIN

**20.** Mitä muuta haluatte sanoa? (Risuja ja ruusuja)

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTANNE!**

**Yhteistyökumppaneiden palautelomake**

**OMAISKUNTO-toiminta**

**Syksy 2013**

**Yhteistyökumppaneiden arviointilomake**

1. Millaisena koitte oman/ edustamanne tahon roolin OMAISKUNTO- toiminnan suunnittelussa?

---

---

---

2. Miten arvioitte edustamanne tahon OMAISKUNTO -toiminnalle asettamien odotusten toteutuneen pilottijakson aikana?

---

---

---

3. Miten OMAISKUNTO -toimintaa voisi kehittää jatkossa?

---

---

---

4. Koetteko, että OMAISKUNTO -yhteistyöllä on edellytyksiä jatkua myös tulevaisuudessa?

---

---

5. Miten arvioisitte toimintaa suunnitelleiden ja ohjanneiden opiskelijoiden toimintaa?

---

---

6. Mitä muuta haluatte sanoa?

---

---

---