

MUISTISAIRAIDEN PALVELUNEUVOJAN TYÖN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI RIIHIMÄEN KAUPUNGISSA JA LOPEN KUNNASSA

Saara Bitter ja Heidi Hyytinen
Opinnäytetyö kevät 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Järvenpää
Sosiaalialan koulutusohjelma
Diakonisen sosiaalityön suuntautu-
misvaihtoehto
Sosionomi (AMK) +
diakonin virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Bitter, Saara & Hyytinen, Heidi. Muistisairaiden palveluneuvojan työn vaikuttavuuden arviointi Riihimäen kaupungissa ja Lopen kunnassa. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Järvenpää, kevät 2013, 73 s. Liitteitä 5. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diakonisen sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK) + diakonian virkakelpoisuus.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää muistisairaiden palveluneuvonnan toteutumista ja sen merkitystä läheistään hoitaville omaisille Riihimäen ja Lopen alueella. Työtä varten asetettujen tutkimuskysymysten avulla haluttiin saada lisätietoa muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaina olleiden omaisten toiveista, sekä sosiaalisen tuen tarpeista.

Tutkimuksen tietoperustaksi on valittu sekä valtakunnallisia että seudullisia suosituksia, linjauksia ja strategioita. Työssä tarkastelun kohteeksi on otettu myös evankelis-luterilaisen kirkon strategioissa esille nostettu diakonityö ja sen asiakaslähtöisyys sekä kokonaisvaltainen palvelunohjauksen huomioiminen palveluneuvojan työssä. Tutkimus toteutettiin määrällisen eli kvantitatiivisena survey -kyselynä.

Tämän tutkimuksen keskeisimpiä tuloksia ovat tuen ja neuvonnan merkitys omaisen jaksamisessa ja omaishoitajien saaman palvelun vastaavuus sekä valtakunnallisiin että seudullisiin linjauksiin, strategioihin ja ohjeisiin.

Tutkimuksen tulokset tukevat Riihimäen kaupungin ja Lopen kunnan muistisairaiden palveluneuvonnan toiminnan kehittämistä. Näin tutkimukseen koottujen ja siinä tarkasteltujen omaishoitajien kertomien kokemusten avulla työyhteisön taloudellisia resursseja voidaan myös hyödyntää tehokkaammin.

Asiasanat: Muistisairaus, omaishoito, omaishoidon tukeminen, sosiaalinen tuki, hengellisyys

ABSTRACT

Bitter, Saara & Hyytinen, Heidi. Evaluating effectiveness of the dementia service counsellor's work in the city of Riihimäki and the municipality of Loppi. Diaconia University of Applied Sciences, Järvenpää, spring 2013, 73 p. Appendices 5. Diaconia University of Applied Sciences, option in Diaconal Social Work, Bachelor of Social Services – Deacon.

The purpose of the study was to find out the implementation of dementia counselling service and its importance to those people who are taking care of their close relatives in Riihimäki and Loppi area. Research questions were used to gather more information about expectations and needs of social support from the relatives that were clients of the dementia counsellor.

In this study theoretical framework was based on both national and sub-regional recommendations, policies and strategies. Subject of examination in this study has also been taken from the Evangelical Lutheran Church strategies that brought up diaconal work and its customer orientation. Moreover, in this study was examined comprehensive case management in service counsellor's work. The study was carried out as quantitative survey-inquiry.

The key result of this study was the meaning of support and counselling for next of kin's coping. Another key result of this study was how the services that caregivers received met the requirements of the national and sub-regional policy lines, strategies and guidelines.

The results of this study support development of the dementia advisory service in the city of Riihimäki and the municipality of Loppi. In this study collected and examined experiences of the caregivers can also be used to benefit community's financial resources better.

Keywords: Dementia, informal care, support for informal care, social support, spirituality

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PALVELUNEUVONTA	8
2.1	Palveluneuvonnan tarkoitus ja tavoite.....	8
2.2	Palveluneuvoja	9
2.3	Palveluneuvonta Riihimäen kaupungissa ja Lopen kunnassa	10
3	TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET.....	12
3.1	Omaishoito ja omainen hoitajana	12
3.2	Laatu	14
3.2.1	Laadun merkitys asiakasnäkökulmasta	15
3.2.2	Laadun kehittäminen	15
3.3	Sosiaalinen tuki	16
3.4	Hengellisyys ja vakaumuksen merkitys	19
4	TUTKIMUKSEEN LITTYVÄT TEORIAT JA TUTKIMUSONGELMA	21
4.1	Valtakunnalliset linjaukset	21
4.2	Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015	22
4.3	Riihimäen seudun vanhustyöntöön strategiat.....	23
4.4	Evankelis-luterilaisen kirkon päästrategia - Meidän kirkko.....	24
4.5	Tutkimusongelma ja aikaisemmat tutkimukset	26
5	AINEISTON KERUU KYSELYTUTKIMUKSEN AVULLA	29
5.1	Tutkimusmenetelmä	30
5.2	Kyselylomake	31
5.3	Kyselytutkimuksen toteutus	32
5.4	Aineiston analyysi	33
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TULKINTA	34
6.1	Kyselyyn vastaaminen.....	34

6.2	Vastaajien taustatiedot.....	34
6.3	Vastaajien elämäntilanne ja elämänlaatu.....	38
6.4	Vastaajien kokemukset saadusta palvelusta ja tuesta.....	42
6.5	Toiveet, palautteet ja kehittämiskohteet.....	45
7	POHDINTA TUTKIMUKSEN POHJALTA.....	48
8	JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUKSEN POHJALTA.....	54
8.1	Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusaiheita.....	54
8.2	Palveluneuvojan työn kehittämisehdotuksia.....	54
	LÄHTEET.....	58
	LIITE 1: Kyselylomake.....	65
	LIITE 2: Kyselylomakkeen saatekirje.....	72
	LIITE 3: Tutkimuslupahakemus.....	73
	LIITE 4: Riihimäen kaupungin tutkimuslupa.....	74
	LIITE 5: Lopen kunnan tutkimuslupa.....	75

1 JOHDANTO

Omaishoitajan hyvinvointi on taloudellisesti merkittävää kunnalle, koska kotihoito on huomattavasti edullisempaa kuin laitoshoido. Suomessa palveluneuvonta on saanut osakseen suurempaa kiinnostusta 1990-luvulta lähtien, jolloin sitä on alettu soveltaa sosiaali- ja terveysalalla erilaisten asiakasryhmien kanssa. Erityisesti menetelmää on sovellettu asiakasryhmiin, joilla on monimutkainen ja pitkäkestoinen palveluiden tarve, kuten vanhuksilla ja vammaisilla.

Muistisairaudet ovat väestön ikääntyessä merkittävä haaste sosiaalipalveluiden tuottamiselle kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Eliniän kasvaessa muistihäiriöisten ihmisten määrä lisääntyy tulevaisuudessa, sillä riski sairastua muistisairauteen kasvaa huomattavasti iän myötä. Väestötutkimuksen mukaan Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan 89 000 vaikeasti tai keskivaikeasti ja 100 000 lievästi muistisairasta henkilöä. Vuosittain erilaisiin muistisairauksiin sairastuu noin 13 200 henkilöä. (Viramo & Sulka 2010, 23–28.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto julkaisivat vuonna 2008 uudistetun laatusuosituksen. Siinä huomioidaan ikääntymispolitiikan hallitusohjelman linjaukset, valtakunnalliset tavoitteet ikääntymispolitiikalle, laatusuositusten arviointituloksia, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Kunta ja yhteistoiminta-alueet saavat laatusuosituksesta tukea kehittäessään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Laatusuositusta voidaan käyttää yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien, asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Varauduttaessa kuntien ikärakenteen muutoksiin, kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano sisältyy kunnan talousarvioon ja suunnitelmaan.

Riihimäen seudun dementiatyön kehittämissyksikkö RIDKE-hankkeen tuloksena kaupungissa ja sen lähiseudulla on aloitettu muistisairaiden palveluneuvonta vuonna 2007. Riihimäellä on saatu kokemusta siitä, että palveluneuvonnan avulla autetaan, tuetaan ja kannatellaan muistisairaita ja heidän läheisiään pitkään kotona tehtävässä omaishoidon työssä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää muistisairaiden palveluneuvon-

nan toteutumista ja sen merkitystä läheistään hoitaville omaisille Riihimäen ja Lopen alueella. Tutkimuksessa kartoitettiin tuen ja neuvonnan merkitystä omaisen jaksamiseen sekä saatujen palveluiden vastaavuutta niin valtakunnallisiin kuin seudullisiin linjauksiin, strategioihin ja ohjeisiin. Tarkastelun kohteeksi otettiin myös evankelis-luterilaisen kirkon strategioissa esille nostettu diakonityö ja sen asiakaslähtöisyys sekä kokonaisvaltainen palvelunohjauksen huomioiminen palveluneuvojan työssä. Työn tavoitteena oli tuottaa sellaista tietoa, jolla muistisairaiden palveluneuvojan toimintaa voidaan jatkossa kehittää. Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena survey-kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeen tulokset tilastoitiin SPSS-ohjelmaa apuna käyttäen.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että omaishoitajan tukeminen on tärkeä osa muistisairaiden palveluneuvojan työtä. Omaishoitajaa tukemalla mahdollistetaan muistisairaana hoidettavan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Muistisairaana ja hänen omaishoitajansa kanssa käydyt keskustelut ja mahdollisissa päätöksissä tukeminen sekä oikea-aikaisesti suunnitellut palvelut helpottavat omaishoitajan selviytymistä arjessa yhdessä hoidettavansa kanssa. Omaishoitajaperheillä on erilaisia tarpeita muistisairauden eri vaiheissa, palvelujärjestelmän tulisi joustaa ja kyetä kohtaamaan perheet entistä tasavertaisempina yhteistyökumppaneina, jotta tulevaisuudessakin muistisairaiden määrän kasvaessa pystyttäisiin vastaamaan omaishoitajien tarvitsemaan tukeen.

2 PALVELUNEUVONTA

Palvelu- ja hoitojärjestelmät ovat muuttuneet laitospainotteisesta avohoitopainotteisemmiksi. Tästä syystä palveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeet ovat muuttuneet aikaisempaa haasteellisemmiksi ja monitahoisemmiksi ja sen vuoksi tarvitaan yhteistyötä, johon osallistuvat kaikki tahot. Ala-Nikkola ja Valokivi (1997, 16) kertovat, että Case management eli palveluohjaus on saavuttanut suurta suosiota ulkomailla muun muassa USA:ssa, Iso-Britanniassa, Saksassa ja Kanadassa. Palveluohjauksella on pitkät perinteet esimerkiksi USA:ssa, missä se on ollut yksi sosiaalityön menetelmistä jo 1920-luvulta asti. Suomessa palveluohjaus on saanut osakseen suurempaa kiinnostusta 1990-luvulta lähtien, jolloin sitä on alettu soveltaa sosiaali- ja terveysalalla erilaisten asiakasryhmien kanssa. Erityisesti menetelmää on sovellettu asiakasryhmiin, joilla on monimutkainen ja pitkäkestoinen palveluiden tarve, kuten vanhuksilla. (Suominen & Tuominen 2007, 7.)

2.1 Palveluneuvonnan tarkoitus ja tavoite

Muistisairaiden palveluneuvonta (tästä eteenpäin muistisairaiden palveluneuvonnasta käytetään ilmaisua palveluneuvonta) on asiakaslähtöistä ja hänen etuaan korostava työtapa. Se on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja pyritään lieventämään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. Palveluneuvonnan tavoitteena on tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja järjestää asiakkaalle hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki. Yksilökohtaisen palveluneuvonnan keskeisenä sisältönä ovat ohjaus, koordinointi ja asianajo. Näihin liittyy kiinteästi palveluiden tarpeen yksilöllinen arviointi, suunnittelu sekä asiakkaan voimavarat. Olennaista palveluneuvonnalle on asiakas- ja voimavaralähtöisyys sekä se, että asiakkaan ja palveluneuvojan välille kehittyy luottamus ja dialoginen yhteistyösuhde. (Kananaja, Lähteinen, Marjamäki, Laiho, Sarvimäki, Karjalainen, & Seppänen 2007, 234.)

Palveluneuvonnassa kootaan asiakkaan tarvitsemat tuet ja palvelut saumattomaksi keskitetyksi palveluksi. Palveluneuvonta on yksi tärkeimmistä ennaltaehkäisevistä tukimuodoista. Palveluneuvonnan tarkoituksena on auttaa asiakasta riittävän ajoissa, jolloin

pyritään ehkäisemään ongelmien kasaantuminen. Asiakslähtöisesti toteutetussa palveluneuvonnassa asiakas nähdään kokonaisuutena, yksilöllisenä persoonana, jolla on oma kulttuurinsa, yhteisönsä ja jäsenyytensä sekä tarpeensa yhteiskunnassa. Tärkeintä on asiakkaan omien voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen, toiveikkuuden ylläpitäminen ja suuntautuminen tulevaisuuteen. (Hänninen 2007, 12.)

Palveluneuvonnan perustehtävänä on muun muassa ikääntyvien palvelutietoisuuden lisääminen ja palvelutarpeisiin vastaaminen sekä toisaalta antaa tietoa palvelujärjestelmälle tulevaisuuden tarpeista. Työn sisältöön kuuluu selvittää asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat, sekä kartoittaa asuin- ja elinympäristön mahdollisia puutteita, korjaustarpeita ja parannusideoita.

Asiakas ja hänen omaisensa kaipaavat palvelujärjestelmältä ensisijaisesti tietoa ja tukea arjessa selviytymiseen. Tarkoituksena on tehdä palvelujärjestelmän hyödyntäminen helpommaksi, sitä soveltamalla niin, että asiakas kuin hänen omaisensakin voivat löytää tarvitsemansa avun nopeammin ja helpommin. Palvelujärjestelmä on asiakkaan näkökulmasta katsoen monimutkainen huolimatta siitä, onko kyseessä kooltaan pienen tai suuren kunnan palveluohjausjärjestelmä. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 157.)

Palveluneuvoja on tärkeässä roolissa koordinoijana, koska usein sekä asiakkaan että omaisten voimavarat ovat koetuksella palvelujärjestelmän sekavassa viidakossa. Arki voi vaarantua liikaa jo pelkästään siksi, ettei ole voimavaroja hakea arkea tukevia erilaisia palveluita. Palveluneuvojan rooli sisältää useita ristipaineita. Rooliin kohdistuvien odotusten ääripäitä on asiakkaaseen vahvasti sitoutunut, ponteva asianajajan rooli joka vaatii asiakkaan puolesta hänelle kuuluvia palveluita ja toisaalta lojaalin viranhaltijan rooli, jonka tehtävänä on seurata että palvelut ja niiden kustannukset pysyvät annetuissa rajoissa. Palveluneuvojalta vaaditaan korkeaa ammattietiikkaa, kykyä tehdä päätöksiä ja vahvuutta kantaa oma osansa kokonaisvastuusta. (Pietiläinen & Seppälä 2003, 75.)

2.2 Palveluneuvoja

Palveluneuvoja kokoaa, koordinoi ja eheyttää asiakkaan tarvitsemia ja saamia palveluita. Arviointi perustuu asiakkaan ja hänen omaistensa näkemyksiin sekä yhden tai use-

amman asiantuntijan arviointiin. Kiireellisissä tapauksissa palveluiden tarve on aina arvioitava välittömästi. Kaikilla 75 vuotta täyttäneillä on kiireettömissä tapauksissa oikeus päästä sosiaalipalveluiden tarpeen arviointiin määräajassa. Palveluiden tarve on arvioitava kiireettömissäkin tapauksissa seitsemän arkipäivän kuluessa yhteydenotosta kuntaan. Palvelutarpeen arviointi määräajassa koskee niitä henkilöitä, jotka eivät vielä ole sosiaalipalveluiden piirissä sekä henkilöitä, jotka ovat jo palveluiden piirissä, mutta joiden palveluiden tarve on muuttunut. (Sosiaaliportti, palveluohjaus 2010.)

Palveluneuvoja arvioi yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa asiakkaan palvelutarpeet ja suunnittelee tarjolla olevista palveluista asiakkaalle parhaiten sopivan palvelukokonaisuuden huomioiden hallinnon ja yhteiskunnan tarjoamat puitteet. Asiakas saa ohjausta ja tietoa yhdestä paikasta, vaikka palveluiden toteuttajina olisi useita eri palveluntuottajia. Palveluneuvonnan toteuttamisen tarkoituksena on, että se johtaa työn uudelleen järjestelyyn ja asiakaslähtöisen ajattelutavan vahvistamiseen. (Rysti 2003, 7.)

Palveluneuvoja toimii aina asiakkaan suostumuksella hoitaessaan asiakkaan asioita ja välittäessään hänen asiakastietoja. Muistisairaudet ja psyykkiset sairaudet saattavat rajoittaa itsemääräämisoikeutta, jolloin korostuu työntekijän ammatillisuus edistää asiakkaan hyvinvointia ja kotona selviytymistä yhdessä omaisten ja eri hoitotahojen kanssa. Kyseessä olevissa asiakasryhmissä omaisilla on tärkeä rooli valtuutuksien antamisessa. Asiakaslähtöisesti toimivan organisaation toimintaa suunnitellaan siten, että palveluita saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä. Asiakas itse on voimiansa mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioitaessa palvelun vaikutuksia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 49.)

2.3 Palveluneuvonta Riihimäen kaupungissa ja Lopen kunnassa

Muistisairaiden palveluneuvonta työmuotona on kehitetty Riihimäen seudun dementia-työn kehittämisyksikön RIDKE-hankkeessa vuosina 2007–2008. Riihimäen kaupunki perusti hankkeen päättymisen jälkeen muistisairaiden palveluneuvojan toimen ja myi palvelua myös naapurikunnille, Hausjärvelle ja Lopelle vuosina 2009–2012. Vuodesta 2013 Riihimäellä toimii kokopäivätoiminen palveluneuvoja ja Hausjärvellä sekä Lopella osa-aikainen palveluneuvoja.

Riihimäen seudun kunnat ovat tulleet vuosien saatossa vakuuttuneiksi siitä, että muistisairaat ovat erityinen asiakasryhmä, johon kannattaa suunnata palveluneuvonnan resursseja. Vuosien aikana on Riihimäellä saatu kokemusta siitä, että palveluneuvonnan avulla autetaan, tuetaan ja kannatellaan muistisairaita ja heidän läheisiään pitkään kotona tehtävässä omaishoidon työssä. Riihimäellä ja sen seutukunnissa palveluneuvonta on asiakkaalle maksutonta. (Bitter, Hymylä, Eve, Åstedt & Uronen 2013.)

Työ on suurelta osin asiakkaiden kotona tehtävää työtä. Osa kotikäynneistä on kerta-luonteisia kartoituskäyntejä, jolloin kysymys on useimmin ohjauksesta ja neuvonnasta tai muistitestauksista. Kotikäyneillä asiakkaille tehdään elämäntilanteen ja palveluiden kartoitus. Tarvittaessa tehdään arviointeja esimerkiksi omaishoidon tukea varten, informoidaan etuuksista ja tukipalveluista tai avustetaan hakemuslomakkeiden täyttämässä. Säännöllisessä asiakkuudessa kiinnitetään erityistä huomiota omaisen tukemiseen ja kuunteluun. Asiakasperheiden kanssa sovitaan säännölliset tapaamiset. Asiakkaille tehdään tukitoimien järjestelyä kuten päivätoimintaa, lyhytaikaishoitoa, kotipalvelua, siivouspalveluita sekä muita kotona asumista tukevia palveluita. (Bitter ym. 2013.)

Palveluiden hyväksyminen ei ole itsestään selvää perheelle, vaan perheen tulee lähtökohtaisesti olla itse vakuuttunut palveluiden tarpeellisuudesta. Palveluiden tulee joustaa perheen tarpeiden mukaan, jotta kodin oma tuttu rytmi ja arki säilyvät. Kotiin annettavat palvelut voivat herättää perheen sisällä pelkoa vapauden ja itsemääräämisoikeuden heikentymisestä sekä omien vaikutus- ja valinnanmahdollisuuksien menettämisestä. Asi-oissa edetään perheen omaan tahtiin.

Päivätoiminnalla, kotipalvelulla ja hoidettavan lyhytaikaishoidolla pyritään helpottamaan puolison tekemää hoitotyötä. Omaiset tarvitsevat kuuntelijaa ja tukea erityisesti pitkäaikaishoitoon siirtymisen vaiheessa, kun syyllisyyden ja luopumisen tuskaa käsitellään. Useilla pariskunnilla on takanaan vuosikymmenien pituinen avioliitto, eikä omaishoitajalle ole lainkaan itsestään selvää saattaa puolisoaan pitkäaikaishoitoon. (Bitter ym. 2013.)

3 TUTKIMUKSEN KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Omaishoito ja omainen hoitajana

Laissa (2005/937) omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuella tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, joka muodostuu hoidettavalle määritellyistä palveluista sekä omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista (Laki omaishoidontuesta 2005/937).

Laki siis määrittelee omaishoidon niin, että se on toisilleen läheisten ihmisten välillä tapahtuvaa, tarpeen mukaista hoitoa ja huolenpitoa. Virallisia omaishoitajia ovat kuitenkin vain ne, joilla on kunnan kanssa tehty omaishoitosopimus. Sopimuksessa on sosiaalihuoltolaissa määritellyt omaishoidon tuen myöntämiskriteerit seuraavasti: kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos kotihoidon tarve hoitotilanteessa täyttyy, hoitajalla on riittävä toimintakyky ja halu ryhtyä omaishoitajaksi, hoidon riittävyys, kodin sopivuus hoidon järjestämiseen ja hoidettavan edun mukaisuus voidaan taata. (Laki omaishoidontuesta 2005/937.)

Lailla omaishoidontuesta tuetaan omaishoitajan tekemää työtä turvaamalla hoidon jatkuvuus ja tarpeelliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Tällä tavoin muun muassa muistisairas saa riittävän hyvää omaisen ja yhteiskunnan tarjoamaa hoitoa kotiloissa. Lain mukaan, ennen viralliseksi omaishoitajaksi ryhtymistä, on omaisen ja hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan tehtävä omaishoidosta kirjallinen sopimus. Tällöin tehdään myös hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään omaishoitajan antama hoito, hoitoa tukevat palvelut sekä omaishoitajalle annettava hoitopalkkio ja -vapaa. Laissa määritellään myös kriteerit omaishoitajalle, fyysiselle ympäristölle, jossa hoito tapahtuu sekä sille, että omaishoitosopimus on hoidettavalle hänen etunsa mukaista. (Laki omaishoidontuesta 2005/937.) Omaishoitajia, joilla ei ole omaishoitolain mukaista sopimusta, on Suomessa arviolta noin 300 000, omaishoidontukea on myönnetty vuonna 2012 kuitenkin vain noin 40 000 hoidettavan hoitoon (Onneksi on omaishoitaja. Tiedä, taida, selviydyt. Palveluopas 2012–2013.)

Sosiaalihuoltolaissa ei ilmene kunnan velvollisuudet tai toimenpiteet tilanteissa, jolloin kotihoidolle on tarvetta, mutta jokin kriteereistä ei täyty, omaishoitaja on kyvytön hakemaan omaishoidon tukea tai omaishoitosopimusta ei muusta syystä ole tehty. Suurin osa läheisestään huolehtivista henkilöistä ei ole tehnyt omaishoitosopimusta ja he jäävät kunnallisen tuen ulkopuolelle. Sopimuksen tehneiden omaishoitajien saama tuki on riittämätöntä. Lain mukaan heillä on oikeus kolmeen vapaapäivään kuukaudessa, jos hoito sitoo heitä ympärivuorokautisesti. Yleensä nämä vapaat eivät kuitenkaan toteudu sopivan sijaishoitomahdollisuuden puutteen vuoksi ja toisinaan tulee esiin seikka, ettei omaishoitaja halua jättää hoidettavaansa toisten hoidettavaksi. (Salanko-Vuorela, Purhonen, Järnstedt & Korhonen 2006, 22–23.)

Omaishoidon tukea voidaan myöntää sekä pitkä- että lyhytaikaiseen hoitamiseen. Omaishoidosta vain vajaa kymmenen prosenttia on kunnan tukemaa. Yhtenä syynä tähän on omaishoidon tuen määrärahasidonnaisuus koska tuen myöntäminen on kunnille harkinnanvaraista. (Invalidiliitto 2005; Jeppsson-Grassman 2003, 11–16.) Suomessa kunnat tukevat omaishoitosopimuksen tehneitä pääasiassa taloudellisesti ja eri palvelujen avulla. Tukimuotoina voivat olla esimerkiksi lääkäripalveluiden ja koti- ja laitoshoidon kautta saadut tukimuodot kuten intervallihoito. (Vaarama, Voutilainen & Manninen 2003, 40, 51.)

Omaishoito on saanut ideologisen ja poliittisen määritelmänsä viime vuosikymmenellä. Omaishoitaja käsitteenä on tullut kielenkäyttöömme vasta 1990 -luvulla, vaikka omaishoitoa on ollut olemassa aina. Ihmisten eliniän kasvaessa ja terveyden parantuessa on jouduttu miettimään, kuka hoitaa esimerkiksi ikäihmiset ja miten palvelut saadaan riittämään kaikille niitä tarvitseville. Suomessa omaishoito on ollut pitkään näkymättömän vastuun kantamista. (Kaivolainen, Kotiranta, Mäkinen, Purhonen & Salanko-Vuorela 2011, 12.)

Tässä tutkimuksessa on määritelty sana omainen niin, että sillä tarkoitetaan ikääntyvän henkilön perheenjäsentä tai muuta sukulaista, ystävää, naapuria tai tuttavaa. Laki omaishoidon tuesta (2005/937) määrittelee omaishoitajan henkilöksi, joka hoitaa omaistaan tai muuta läheistään ja on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen. Laki omaishoidontuesta määrittelee myös sen, että omaishoidon tarkoitetaan tapahtuvan hoidettavan henkilön kotioloissa.

On arvioitu, että jopa yli 60 000 muistisairasta voisi olla pysyvän laitoshoidon tarpeessa ilman omaishoitajaa. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 7.) Omaishoito, omaishoiva ja läheishoiva ovat merkittävässä määrin yhteisöllistä työtä ja se on aina enemmän tai vähemmän vapaaehtoista. Tämän vuoksi tulisikin huolehtia siitä, että vapaaehtoinen työ palkittaisiin jollain tavalla sillä se tuo tekijälleen arvostusta ja antaa mielihyvää hänen tekemästään arvokkaasta työstä (Järnstedt 2012). Tässä tutkimuksessa mukana olleiden perheiden omaishoitosopimuksilla ei ole ollut merkitystä tutkimuksen toteuttamisessa.

3.2 Laatu

Palvelun laadun käsite jää usein epämääräiseksi käytännön työtä tehdessä. Vanhustyössä laatu on yhteistyön tulos ja eri ammattiryhmillä on omat tehtävänsä ja laadun kriteerit. Laatu toteutuu arkipäivän työssä kohdattaessa ihmisiä. Työntekijöiden ammattitaito ja työyhteisöjen johtaminen luovat laadun edellytykset. (Vaarama 2002, 11–14.)

Laadulla tarkoitetaan tässä kohtaa palvelun kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden tarkoituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti ja säännösten mukaisesti sekä kustannustehokkaasti. Laadun arviointikohteet voidaan määritellä rakenne- ja prosessitekijöihin sekä lopputuloksiin. Rakennetekijät luovat edellytykset toiminnalle. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan määrä ja rakenne, hoitoympäristö, johtamis- ja työnjakokäytännöt ja ennen kaikkea tekijät, jotka luovat edellytyksiä toimivalle prosessille ja sitä kautta vaikuttaville tuloksille. Prosessitekijät käsittävät kokonaisuudessa toimintaprosessin, joka alkaa asiakkaan saapuessa palveluiden piiriin ja päättyy hänen jäätyään pois palveluiden piiristä. Prosessia pyritään arvioimaan kiinnittämällä huomiota toimintaan ja sen laatuun. Tällä pyritään löytämään vastaus siihen onko toiminta sellaista, että se takaa laadukkaan ja vaikuttavan hoidon ja palvelun asiakkaalle. Lopputulosten arviointi viittaa tavoitteiden saavuttamisella siihen, saatiinko asiakkaan tilassa tai käyttäytymisessä aikaan sellaisia muutoksia, joita tavoiteltiin. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 50–51.)

3.2.1 Laadun merkitys asiakasnäkökulmasta

Asiakasnäkökulman esiin saaminen on erityinen haaste muistisairaiden hoidon laadun arvioinnissa. Kun muistisairaus on edennyt pidemmälle, eivät perinteiset haastattelu- ja kyselymenetelmät enää sovellu. Tavallista onkin, että asiakkaan itsensä sijasta hoidon laadusta kysytään hänen omaiseltaan tai hänet hyvin tuntevalta henkilöltä. Tällöin omainen tai läheinen toimii sairaan edustajana ja arvioi palveluiden laatua sen perusteella, että hän tuntee sairaan henkilökohtaiset tavat ja mieltymykset. Arviointitietojen vertailtavuutta vaikeuttaa se, että eri kunnissa ja yksiköissä on käytössä paljon erilaisia mittareita. Vertailtavuus on kuitenkin ainoa laadun tae kunnalle, mikä on tärkeä näkökulma esimerkiksi palveluita kilpailutettaessa. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 133.)

Kun lievästi tai keskivaikeasti muistisairaalta ihmiseltä on kysytty arviota omasta elämänlaadustaan, hän vastaa samankaltaisesti kuin muutkin ikäisensä. Sen sijaan läheiset ja hoitoon osallistuvat ammattilaiset ovat arvioineet muistisairaana elämänlaadun huomommaksi kuin he itse. Muistisairaiden ihmisten oma arvio kertoo siitä, että sairaus ei yksin määrittele heidän elämäänsä. Muistisairaant pitävät olennaisimpina asioina suhteita läheisiinsä, elettyä elämäänsä, tyytyväisyyttä elintasoonsa sekä mahdollisuuksia jatkaa totuttua elämäntapaansa. On tärkeää, että muistisairautta sairastava ihminen voi kokea, että hänellä on voimavaroja ja kykyä selviytyä arjen tilanteissa. (Heimonen, Topo & Voutilainen 2008, 145.)

3.2.2 Laadun kehittäminen

Palveluiden ja koko palvelujärjestelmän kehittämisen keskeisenä lähtökohtana on, että muistisairauteen sairastuneella ihmisellä on oikeus palveluiden käyttäjänä inhimilliseen ja arvostavaan kohteluun. Hänellä on oikeus elää rikasta elämää, kokea elämän mielekkyyttä, toteuttaa itseään, osallistua ja kokea kuuluvansa johonkin sairaudestaan huolimatta. Palvelujärjestelmän kehittäminen on haaste eri toimijoille kunnan sisällä, seurakunnissa, järjestöissä sekä yrittäjinä toimiville. (Voutilainen, Kauppinen & Huhtamäki-Kuoppala 2008, 15–16.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostetaan varautumaan huolellisesti ikärakenteen muutokseen ja se sisältää myös linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi. Suosituksessa korostetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta ja laajaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. (Riihimäen seudun dementiatyön strategia vuosille 2008–2015, 6.)

Palvelujärjestelmän kehittämisessä pyritään korostamaan sellaisten palveluiden turvaamista, jotka perustuvat kattavan toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin. Palveluiden tulee sopeutua joustavasti muistihäiriöisten ihmisten toimintakyvyn muutoksiin ja edistää toimintakykyä, kuntoutumista sekä elämänlaatua koko hoito- ja palveluketjussa. (Voutilainen ym. 2008, 16.)

3.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki on käsitteenä laaja, jota useat eri tutkijat ovat määritelleet eri näkökulmista. Yleisesti voidaan sanoa, että kaikki ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät voidaan nähdä sosiaalisena tukena. Sosiaalisen tuen keskeiset osa-alueet ovat konkreettisuus, informatiivisuus ja emotionaalisuus. Tuki voidaan jaotella primaari, sekundaari, tai tertiaari tasoiseksi tueksi riippuen siitä, kuka on tuen antaja. Primaarisen tuen antajina ovat usein perhe ja läheisimmät ystävät kun taas sekundaari tasoon kuuluvat sukulaiset, työtoverit tai naapurit. Tertiaarisen tuen antajina ovat tuttavat ja viranomaiset. Sosiaalista tukea voivat antaa niin ammatti- kuin tavallisetkin ihmiset. (Viitakoski 2001, 26–27; Kumpusalo 1991, 15–16.)

Sosiaalinen tuki voidaan määritellä ihmisten väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa annetaan ja saadaan henkistä, tiedollista, emotionaalista, toiminnallista ja aineellista tukea. Sosiaalinen tuki voi olla suoraan toiselta ihmiseltä tulevaa apua tai järjestelmän kautta saatavaa epäsuoraa tukea. Sosiaalista tukea saadaan myös sosiaalisen median kautta esimerkiksi sähköpostilla ja puhelimitse. Omaiset pitävät lapsiaan ja lastenlapsiaan useimmiten tärkeimpinä sosiaalisen tuen lähteinä. (Kumpusalo 1991, 14.)

Ammattilaisten antama sosiaalinen tuki ei aina välttämättä vastaa omaishoitajan tarpeita. Omaishoitajalle voi tulla kokemus siitä, että ammattilainen määrää miten tilanteessa

kulloinkin toimitaan. Tämä voi helposti johtaa siihen, että omaishoitaja mukautuu hänelle tarjottuihin palveluihin. Ammatillaisen tarjoamasta tuesta huolimatta omaishoitajalle voi syntyä yksinäisyyden kokemus, hoidettavan saadessa tilanteessa kaiken huomion ja omaishoitajan jäädessä tarpeineen sivuun. (Metso & Mäkelä 2001, 51–53.)

Sosiaalinen tuki liittyy olennaisesti jokaisen ihmisen kykyyn tehdä omassa elämäntilanteessaan ratkaisuja, jotka koskettavat niin häntä itseään kuin kanssaihmissiäkin. Sosiaalista tukea järjestävät ihmiset itse, heidän oma lähiyhteisönsä sekä julkiset organisaatiot. Sosiaalinen tuki auttaa lisäämään omaa elämäntilannetta sekä vähentää toiminnallisten valmiuksien puutteita. Sosiaalinen tuki on kulttuurisidonnaista ja se on myös toiminnallinen käsite. Eri toimijat pyrkivät sosiaalisen tuen avulla turvaamaan yksilön hyvinvoinnin. Toteutettaessa sosiaalista tukea kyseessä on vuorovaikutteinen tapahtuma. Tuki saa muotonsa toiminnoista joita toteuttavat lähiyhteisöt, järjestöt, kunnalliset ja valtiolliset tahot, yksityiset tuottajat sekä ihmiset keskenään. (Kinnunen 1998, 28–29.)

Kumpusalo (1991, 14–15) jakaa sosiaalisen tuen muodot viiteen luokkaan, jaottelun mukaan tuki voi olla aineellista, toiminnallista, tiedollista, emotionaalista tai henkistä. Jokaisessa tuen muodossa voidaan Kumpusalon mukaan erottaa tuen määrä ja laatu sekä tuen subjektiivinen ja objektiivinen luonne.

Aineellisessa tuessa määrä, laatu ja oikea-aikaisuus ovat ratkaisevimpia tekijöitä. Usein yksi aineellisen tuen ensimmäisiä muotoja on lääkityksen aloittaminen muistisairaalle. Myöhemmässä vaiheessa tulevat esille erilaisten tukien hakeminen, kuten esimerkiksi eläkettä saavan hoitotuki ja omaishoidontuki. On kuitenkin huomioitava etteivät kaikki ikäihmiset halua hakea kunnalta omaishoidontukea vaan kokevat pärjäävänsä niin sanotusti omillaan.

Esimerkiksi kotihoito, päivätoiminta tai lyhytaikaishoiva hoidettavalle voivat olla toiminnallista tukea. Tällaista tukea tarjottaessa on tärkeää, että kotiin annettavat palvelut on suunniteltu oikea-aikaisesti, ovat riittäviä sekä soveltuvat perheen tarpeisiin. Palveluiden tarvetta kartoitettaessa on otettava huomioon tuettavan elämäntilanne, suuntautuuko tuki psyykkiseen, fyysiseen tai sosiaaliseen selviytymiseen. Tuen tehokkuus ja vaikuttavuus edellyttävät oikeaa ajoitusta apuja tarjottaessa. (Kumpusalo 1991, 6–7). Tarjolla tulisi olla eri palveluiden tuottajia valinnan suorittamiseksi. Useissa tutkimuk-

sisä on tullut esiin, että omaishoitajat käyttävät tarjolla olevia palveluita vähän, tarpeestaan huolimatta. (Aro 2001, 51; Saarenheimo & Pietilä 2005, 103.) Erilaiset yhdistykset ja järjestöt ovat virallisten palveluntarjoajien täydentäjiä tarjoamalla esimerkiksi vertaistukea, näin ne eivät kuitenkaan korvaa ammattilaisen tarjoamaa apua.

Tiedollinen tuki on konkreettisesti esillä muistisairaana saadessa varmistuksen sairautesta, sairastunut itse ja omaiset ovat peloissaan ja hämillään. Alkuvaiheessa onkin tärkeää pyrkiä vastaamaan esille nousseisiin kysymyksiin totuuden mukaisesti. Ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista kertoa sairauden viimevaiheista heti alkuun, koska se aiheuttaa usein pelkoa ja ahdistusta niin sairastuneessa kuin hoitajassakin. Sairastuneelle ja omaisille on annettava mahdollisuus keskustella asiasta ammattihenkilöstön kanssa ja ohjattava esimerkiksi sopeutumisvalmennuskursseille. Muistisairaus koskettaa koko perheyhteisöä, ei yksin sairastunutta. Tiedollista tukea on myös yhteiskunnalta haettavista tukiasioista tiedottaminen ja tarvittaessa hakemusten täyttämisen avustaminen.

Emotionaalisen tuen tarkoituksena on tukea omaishoitajaa, auttaa häntä selviytymään arjessa ja sopeutumaan kulloinkin vallitsevaan tilanteeseen. Omaishoitajan ystävyssuhteita ja sosiaalista vuorovaikutusta rajoittaa usein vastuu hoidettavasta. Hoidettava voi olla muistisairautensa siinä vaiheessa, ettei kotoa voida lähteä. Tämä voi johtaa pahimmillaan jopa täydelliseen syrjäytymiseen ulkomaailmasta, jos omaishoitajalle ei voida tarjota sosiaalista ja emotionaalista tukea. (Viramo 1994, 141.) Keinoina voidaan käyttää lohdutusta, kuuntelemista ja auttaa todellisuuden hyväksymisessä. Pyrkimyksenä on tunteiden ja kokemusten jakaminen, rohkaiseminen ja antaa kannustavaa palautetta hänen tekemässään omaishoitajan työssä.

Omaishoitajan on tärkeää tiedostaa, ettei hän ole yksin asiansa kanssa. (Heimonen & Tervonen 2004, 66.) Usein vain perhe- tai lähiverkosto kykenee tarjoamaan hyvinvoinnille välttämättömän emotionaalisen ja henkisen tuen. Omaishoitajalle tulee antaa kokemuksia siitä, että häntä kuunnellaan, hänelle annetaan aikaa ja ollaan aidosti kiinnostuneita hoitajan jaksamisesta sekä heidän asioistaan yleensä ja pärjäämisestään kotona. On tärkeää myös korostaa luottamuksellisuutta keskusteluissa. Omaishoitajan jaksamisen kannalta on tärkeää, että hänellä on yhteydenottomahdollisuus tuttuun henkilöön, joka tuntee ja tietää heidän asioistaan tai on olemassa paikka mihin voi tulla kertomaan

huolistaan. Myönteisen vuorovaikutuksen saavuttaminen on osa emotionaalista tukea. (Aro 2001, 8–10.)

Omaishoitajat tarvitsevat henkistä tukea muun muassa päätökseensä hoidettavan siirtymisessä pitkäaikaishoivaan. Muistisairasta omaistaan hoitavalle perheelle on oman palveluneuvojan tai tukihoitajan rooli merkittävä henkisen tuen antajana. Omaishoitajat tarvitsevat henkistä tukea ja apua alan asiantuntijoilta, ystäviltä ja sukulaisilta. Tuttavat, sukulaiset ja ystävät ovat tärkeitä henkisen tuen antajia. (Aro 2001, 8; Gothoni 1991, 59.) On kuitenkin muistettava, että kaikilla omaisilla tai muistisairailta ei ole välttämättä mitään kodin ulkopuolista tukiverkostoa, näissä tapauksissa palveluneuvojan rooli on merkittävä tuen antajana.

3.4 Hengellisyys ja vakaumuksen merkitys

Hengellisyyden määrittely on hankalaa ja herättää monenkaltaisia mielipiteitä. Holloway ja Moss (2010, 29–34) pitävätkin hengellisyyttä yläkäsitteenä. Heidän näkemyksensä mukaan hengellisyys sisältää sekä uskonnon että uskonnollisuuden. Hengellisyys ei välttämättä liity uskontoon eikä myöskään ota kantaa Jumalan olemassaolosta. Hengellisyyttä voidaan ymmärtää täysin maallisistakin lähtökohdista. Määritelmässään Holloway ja Moss viittaavat muutamiiin teemoihin. Näitä teemoja ovat elämän tarkoitus, elämän merkityksen ymmärtäminen, suurten elämänskysymysten pohdinta, moraaliset kysymykset sekä tasapainoinen itsetuntemus. Yksiselitteisesti hyväksytyä määritelmää moniulotteisesta hengellisyydestä ei ole kyetty luomaan ja sitä pidetäänkin mahdottomana. Sariola (2011, 91) kuvaa hengellisyyttä matkakumppanuutena yhteisellä tiellä. Autettava ja auttaja kulkevat rinnakkain yhteistä matkaa.

Suomen evankelisluterilainen kirkko on merkittävä vaikuttaja Suomessa. Pohjoismainen hyvinvointivaltio-mallimme on kansankirkkomme tukemaa. Kirkolla on yhteiskuntaa tukeva vaikutus, mutta sen oletetaan kuitenkin olevan sosiaalieettisesti kantaa ottamaton. (Sipiläinen 1996, 29.) Hengellisyys voidaan kokea yksityisasiaksi, joka on jätetty julkisen sektorin ulkopuolelle. Ihmisten hengellisyyden tarve ei ole kadonnut, vaan päinvastoin lisääntynyt. (Sariola 2011, 87.)

Sielunhoito liittyy hengellisyyteen. Se sisältää jumalasuhteen hoitamista, mikä on ihmisen olemassaolon perusvuorovaikutuksen suhde. Sielunhoidon vuorovaikutussuhde perustuu auttajan ja autettavan väliseen suhteeseen. Taustastaan huolimatta ihminen voi tulla kokonaisvaltaisesti huomioiduksi vuorovaikutussuhteessa. Vuorovaikutuksellisuudessa ihmiselle on tärkeää, saaminen, vastaanottaminen ja antaminen. Autettavan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen sisältyy hänen psyykkinen ja hengellinen puoli. (Sainio 1998, 274–280.)

Hengellisyys on moniulotteinen ilmiö, johon vaikuttavat henkilön lapsuudessa sisäistetty uskonnollinen ympäristö sekä eletty elämä. Muistisairaana ihmisen kohdalla tämä näkökulma on olennainen. Hengellisyys vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun ja toimii avajana muistisairaana mielenmaailmaan. Yleensä perinteinen uskonnollisuus aktivoituu ihmisen ikääntyessä. Hengellisten asioiden merkitys korostuu usein elämässä sattuneiden vastoinkäymisten, kuten sairauden yllättäessä.

Omaishoitajilla on suuri merkitys muistisairaana henkilön hengellisyyden kunnioittamisessa ja huomioonottamisessa. Sairauden edetessä muistisairas ei kykene enää itse erittelemään arvomaailmaansa. Hengellisten tarpeiden tunnistaminen ei ole aina helppoa, omaishoitajan on tarvittaessa osattava tulkita sanatonta viestintää. Muistisairas voi valittaa kipuja, olla ahdistunut tai pelätä esimerkiksi pimeää, nämä voivat olla merkkejä eksistentiaalisesta ahdistuksesta. Tuttujen Raamatun kohtien lukeminen tai yhdessä rukouksellinen voivat rauhoittaa muistisairasta ihmistä. Muistisairaana usko on sairauden edetessä paluuta lapsuudenuskoon, se on turvallisuushakuista ja yksinkertaista. Tutut rituaalit, kuten iltarukous ovat tärkeä osa muistisairaana hengellisyyttä. Se tuo turvallisuuden tunnetta toistuessaan säännöllisesti. Muistisairas ihminen uskoo tunteilla ja aisteilla, esimerkiksi pyhyden ja symboleiden merkitys saattaa korostua sairauden edetessä. (Kivikoski 2012, 15–17.)

4 TUTKIMUKSEEN LITTYVÄT TEORIAT JA TUTKIMUSONGELMA

Tämän tutkimus- ja kehittämispainotteisen opinnäytetyön tietoperustaksi on valittu sekä valtakunnallisia että seudullisia suosituksia, linjauksia ja strategioita. Tarkastelun kohteeksi otettiin myös diakonityön asiakaslähtöisen ja kokonaisvaltaisen palvelunohjauksen huomioiminen evankelis-luterilaisen kirkon strategioissa. Tietoperustaa on rajattu muun muassa jättämällä pois Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma 2008–2011 (Kaste), palveluiden ja palvelujärjestelmän käypähoito-suositukset Alzheimerin tautia sairastaville sekä asiantuntijoiden suositukset ja kannanotot muistisairaiden hyvistä hoitokäytännöistä.

Tavoitteena oli myös tulevaan vanhuspalvelulakiin perehtyminen. Lakiluonnos oli lausuntokierroksella keväällä 2011, jonka jälkeen valmistelua jatkettiin saatujen lausuntojen pohjalta. Ohjausryhmä luovutti ehdotuksensa peruspalveluministerille huhtikuussa 2012. Ohjausryhmän ehdotuksesta oli mahdollisuus antaa lausuntoja kesäkuuhun 2012 asti. Tavoitteena on ollut, että hallituksen esitys olisi voitu antaa eduskunnalle syksyn 2012 kuluessa. Laki tulee voimaan 1.7.2013. (Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystalveluiden saannin turvaaminen ns. vanhuspalvelulaki 2008.) Lain eteneminen on viivästynyt, eikä sitä voitu huomioida tässä työssä.

4.1 Valtakunnalliset linjaukset

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto julkaisi vuonna 2008 uudistetun laatusuosituksen. Siinä huomioidaan ikääntymispolitiikan hallitusohjelman linjaukset, valtakunnalliset tavoitteet ikääntymispolitiikalle, laatusuositusten arviointituloksia, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Kunta ja palvelurakenneuudistuksilla on vaikutuksia ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Kunta ja yhteistoiminta-alueet saavat laatusuosituksesta tukea kehittäessään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien. Laatusuositusta voidaan käyttää yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien, asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Varauduttaessa kuntien ikärakenteen muutokseen, kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano sisältyy kunnan talousarvioon ja

suunnitelmaan. Seuranta on säännöllistä strategian toteutuksessa. Laatusuosituksista voidaan käyttää kehittämisen ja arvioinnin välineenä kunnissa ja niiden yhteistoiminta-alueilla. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 9–11.)

Laatusuosituksessa on määritelty ikääntyneiden palveluiden järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Tavoitteeksi laatusuositukselle on asetettu ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä laadun ja vaikuttavuuden parantaminen palveluissa. Suositus strategisista linjauksista muodostuu laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella. Osa-alueet ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, henkilöstön määrä, sen osaaminen ja johtaminen sekä asumis- ja hoitoympäristöt. Valtakunnallisen laatusuosituksen lähtökohtana on ensisijaisesti ehkäisevä toiminta ja kotona asumisen tukeminen sekä yksilöllisen palvelutarpeen arviointi. Neuvonta- ja ehkäisevien palveluiden tulisi olla monipuolisia ja kattavia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3–4.)

Vuonna 2008 julkaistun laatusuosituksen mukaan laadukas palvelutoiminta on ennen kaikkea asiakaslähtöistä ja mahdollistaa asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen palvelun suunnitteluun, arviointiin ja päätöksentekoon. Palvelun tulisi perustua kattavaan arviointiin, jossa otetaan huomioon muun muassa palveluntarpeen, asiakkaan voimavarojen sekä ympäristölliset vaikutukset huomioon. Laadukas palvelutoiminta perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen, on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua. Hoidon tulisi toteutua kirjallisen hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman mukaisesti. Suosituksen mukaan laadukas palvelutoiminta toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten kanssa. Laadukkaan toteutumisen ehtona on myös oikea-aikaisuus sekä turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31.)

4.2 Vanhusten hoidon ja palveluiden linjat vuoteen 2015

Sosiaali- ja terveysministeriön vanhuuspoliittiset linjaukset painottavat vanhuksen toimintakyvyn parantamista, itsenäistä selviytymistä, esteetöntä asuinympäristöä, teknologian hyödyntämistä sekä monipuolista palvelutarjontaa ja niiden sujuvuutta. Linjausten avulla halutaankin tehostaa mahdollisuutta omatoimiseen ja itsenäiseen elämiseen. So-

peutumista Suomen ikärakenteen muuttumisessa vaaditaan sekä ikääntyviltä että yhteiskunnalta. Julkaisua voidaan hyödyntää yhteiskuntapoliittisessa päätöksenteossa linjausten konkreettisessa toteutusvaiheessa, jotta voidaan turvata hyvä ja laadukas vanhuus. Julkaisussa esitetyistä perustavoitteista on johdettu toiminnalliset tavoitteet. (Lehto 2007, 9–14.)

Opas kunnille täydentää ikäihmisten palveluiden laatusuositusta. Erityisesti palvelujärjestelmän kehittämistyötä painotetaan palveluiden vaikuttavuudella ja kustannustehokkuudella. Kuntien päättäjät ja palveluiden kehittäjät voivat omassa työssään hyödyntää opasta, koska he ovat avainasemassa suunniteltaessa ja ennakoitaessa kuntien palvelutarpeita. Palvelujärjestelmän kehittämisessä olisi tuettava mahdollisuutta turvalliseen kotona asumiseen käyttämällä alueen lähipalveluita ennakoiden, oikea aikaisesti ja oikein kohdistettuna. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 13.)

4.3 Riihimäen seudun vanhustyöntöön strategiat

Kunnissa laadittavissa vanhuuspoliittisissa tavoitteissa tulisi huomioida valtakunnalliset tavoitteet. Kuntien vanhustenhuollossa onkin laadittu konkreettisia tavoitteita 1990-luvulta alkaen, mutta tavoitteet ja ohjelmat ovat erilaisia ja vaihtelevat tasoltaan. Erityisen vanhussosiaalityön tarvetta ei useinkaan ole koettu tarpeelliseksi. (Helminen & Karisto 2005, 13.)

Ikääntyminen nähdään vanhustenhuollon strategiassa hyvänä elämänjaksona, johon voidaan varautua. Itsenäistä asumista toimintakykyisenä tuetaan omassa kodissa omaisten ja läheisverkostojen tukemana. Oikea-aikaisten ja sujuvien sosiaali- ja terveystalveluiden avulla edistetään ikääntyvien omatoimisuutta ja turvallisuutta siinä ympäristössä, jossa ne parhaiten toteutuvat ja seudullinen vanhustenhuolto tekee tiiviimmin yhteistyötä keskenään. Talvelu- ja hoitosuunnitelma laaditaan ammattiryhmien yhteistyönä ottaen huomioon asiakkaan erityistarpeet. (Seudullinen vanhustenhuollon strategia vuoteen 2015. Riihimäen kaupunki i.a.)

Riihimäen seudulla korostetaan muistisairauksien varhaista tunnistamista, omaisten tukemista ja henkilöstön kouluttamista. Joustavuus, asiakaslähtöisyys, tarkoituksenmukai-

suus, taloudellisuus ja seudullinen yhteistyö ovat lähtökohtana järjestettäessä palveluita. (Riihimäen seudun dementia-työn strategia vuosille 2008–2015, 2008, 3.)

Muistisairautta sairastavien tilanne ja muutostarpeet arvioitiin kyselytutkimuksella Riihimäen seudulla vuonna 2008. Tutkittavana oli muun muassa palveluasuminen, kotihoito, lyhytaikaishoito, päivätoiminta ja muistisairaiden ongelmat ja muutostarpeet. Samalla selvitettiin omaishoitajien tukemisen keinoja ja palveluneuvontaa. Seudulliseksi visioksi tuli ”Muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla”. Vision toteuttamiseksi tavoitteet muodostuvat neljästä menestystekijästä: asiakkaat ja vaikuttavuus, resurssit ja talous, osaaminen ja uudistaminen, prosessit ja rakenteet. Visioon on kerätty mahdollisia kriittisiä menestystekijöitä esimerkiksi yksilöllinen joustava palveluneuvonta, tiedottaminen, riittävä henkilöstö, seurantajärjestelmät ja dementia-työn osaaminen. (Riihimäen seudun dementia-työn strategia vuosille 2008–2015, 2008, 9–19.)

4.4 Evankelis-luterilaisen kirkon päästrategia - Meidän kirkko

Kirkon kehityksen yhteistä suuntaa ja päämääriä vuoteen 2015 saakka on koottu päästrategiaan. Siinä määritellään kirkon perustehtävä ja visioitaan myös tulevaisuuden suuntaviivoja. Arvoissa painottuvat: pyhän kunnioitus, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus ja totuudellisuus. Eräksi tulevaisuuden perustehtäviksi koetaan hengellisen elämän vahvistaminen, huolehtiminen heikommista, seurakuntalaisten jäsenyyden vahvistaminen, kirkon rakenteiden kehitystyö palvelevaksi sekä huolehtiminen kirkon jatkuvasta uudistumisesta yhteiskuntamme muuttuessa. (Meidän kirkko – osallisuuden yhteisö strategia 2007.)

Koko Suomen evankelis-luterilaisen kirkon päästrategian lisäksi on kirkon sisällä tehty seitsemän strategiaa eri perustyömuodoille esimerkiksi diakonia- ja yhteiskuntatyö, kasvatus- ja nuorisotyö, kirkon koulutuskeskus, ekumenia, viestintä, perheneuvonta ja tietohallinta. Kirkon diakonia- ja yhteiskuntavastuun eräänä osa-alueena on kirkon vanhustyön strategia 2015. Vanhustyö ei ole erillinen sektori seurakuntatoiminnassa. Diakonia ja vanhustyö kuuluvat seurakunnissa palvelusektoriin ja ovat peruseurakuntatyötä, joka tulee näkyä jokaisen seurakunnan työssä. Strategisten lähtökohtien mukaan vanhus on sen keskipiste ja strategian tärkeimpänä tavoitteena on taata vanhusten fyysinen, henki-

nen ja hengellinen hyvinvointi. Palvelun tulee olla laadukasta, asiakaslähtöistä sekä täyttää asetetut tavoitteet ja vaatimukset. Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu tavoitteita ja visioita toiminnan laadun kehittämiseksi.

Muistisairaat ja heidän omaisensa kuuluvat diakoniatyön työmuotojen alaisuuteen eikä muistisairaalla ihmisellä tarkoiteta vain ikäihmistä. Koska tässä tutkimuksessa ei voida pohtia kirkon suhdetta muistisairaisiin ja heidän omaisiinsa erikseen, on tutkimuksessa käytetty viitekehyksenä kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön vanhustyön linjausta. Seurakunnilla on mahdollisuus vapaasti toteuttaa näitä strategioita omien tarpeidensa mukaan.

Kirkon vanhustyön linjaus määrittelee vanhustyön perusteita, suuntaviivoja ja tavoitteita vuoteen 2015 saakka. Monien eri yhteistyötahojen kanssa valmistettu linjaus on vuodelta 2008, jolloin visioitiin vanhustyön tulevaisuutta. Kehittämistavoitteita on yhdeksän sekä niihin kuuluvat toimenpide-ehdotukset. Kirkon vanhustyön linjauksessa esille nostetut kehittämiskohteet noudattavat hyvin paljon yleistä valtakunnallista vanhuspalvelustrategian linjaa. Linjauksessa on kuvattu muun muassa toiminnallisten painopisteiden tarkistaminen, toiminnan laadun kehittäminen, yhteistoiminnan ja verkostotyön tehostamisen merkitys, lähi-, seutu- ja alueellinen yhteistyö, henkilöstön hyvinvointi ja koulutus, toiminnan turvallisuus sekä tiedottaminen. Strategiassa esitetyt toimenpiteet vanhustyön kehittämiseksi ovat muun muassa diakonisen vanhustyön selkeyttäminen ja vertaistuen mahdollistaminen.

Tavoitteissa nostetaan esille myös laitosdiakonian ja yhteistoiminnan kehittäminen yhteistyöverkostoissa. Tarjottavien toimintojen on oltava ikääntyneitä arvostavaa. Laatu-työskentelyssä tuleekin määritellä toiminta, tarkastella tavoitteita, tunnistaa ja arvioida haasteet ja vahvuudet. Oleellista on kehitetyn toiminnan käyttäminen ja siitä oppiminen. Laadun parantaminen on mahdollista kaikilla kirkon vanhustyön alueilla. Laatu-työskentelyn tuloksena myös työyhteisön toimivuus kehittyy. (Kirkon vanhustyön strategia 2015, 16–26.)

4.5 Tutkimusongelma ja aikaisemmat tutkimukset

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia palveluneuvojan työn vaikuttavuutta sekä tuottaa sellaista tietoa, jolla muistisairaiden palveluneuvojan toimintaa voidaan jatkossa kehittää asiakaslähtöisemmäksi. Tutkimuskysymykset rakentuvat tämän lähtökohdan ympärille ja ne valittiin ensisijaisesti toimeksiannon lähtökohdista. Lisäksi tutkimusongelmaa tarkastellaan diakonisen sosiaalityön kannalta. Tutkimuskysymysten avulla halutaan saada lisätietoa muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaina olleiden omaisten toiveista sekä sosiaalisen tuen tarpeista Riihimäellä ja Lopella.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavanlaiset:

1. Miten olette kokeneet saamanne palvelut muistisairaana palveluneuvojalta?
2. Minkälaisen palvelun kokisitte omassa tilanteessanne parhaaksi?
3. Voiko muistisairaana palveluneuvoja tukea hengellisissä tarpeissanne?

Keminmaan kunnalle tehdyssä Pro gradu -tutkielmassa Kestilä ja Ylilahti (2003, 15–19) tarkastelivat palveluketjun toimivuutta omaishoitajien ja organisaation toimijoiden kannalta. Tutkimus osoitti, että omaishoitajan ongelmatilanteet kotona liittyivät psyykkiseen ja fyysisen väsymiseen. Omaiset olivat palveluyksiköiden toimintaan melko tyytyväisiä, mutta henkilökunnan määrä palveluissa koettiin alimitoitetuksi. Henkilökunnalta odotettiin myös lisäkoulutusta niin dementiaan kuin dementoituneen ja hänen omaistensa kohtaamisen. Toimivaa palveluketjua häiritsi myös kokemus henkilökunnan vaihtuvuudesta. Moni tutkimukseen osallistunut koki tarvetta saada enemmän tietoa sairaudesta ja sen tukipalveluista.

Vanhustyön keskusliiton kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen osaprojekti, Omaishoito yhteistyönä vuosina 2004–2006, selventää haastattelujen avulla omaishoitajien kokemuksia heidän saamistaan palveluista. Tulokset osoittivat, että 53,5 % koki saaneensa julkisia palveluita, silloin kun olivat tarvinneet. Omaishoitajista 69,4 % koki, etteivät voineet vaikuttaa saamiinsa palveluihin. (Raivio, Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä & Pitkälä 2007, 61–62.)

Omaishoito yhteistyönä osaprojekti osoitti, että palvelu- ja hoitoketjun sujuvuus ja jatkuvuus eri palveluiden välillä ovat tärkeitä laadukkaan elämän kannalta muistisairaalle ja hänen omaiselleen. Sekava, hajanainen ja vastuuton palvelujärjestelmä aiheuttavat lisähuolia heidän elämäntilanteeseensa. Palveluiden koordinoinnissa koettiin puutteellisuutta ja epätietoisuutta. Omaishoitajat eivät aina tienneet mihin ottaa yhteyttä palveluita tarvittaessa. Tutkimuksen osallistuneet olivat kokeneet, että viranomaiset ohjaavat heidät aina vain eteenpäin toiselle viranomaiselle. (Leivo, Tamminen & Vanhanen 2008, 131.)

Eloranta (2006, 44) tutki asiakkuuden ja osallisuuden rakentumista palveluohjauksessa. Tavoitteena oli tarkastella palveluohjausprosessia ja erityisesti asiakkaiden osallistumisen mahdollisuutta prosessin muodostumisessa. Tutkijan johtopäätösten mukaan asiakkailla ei ollut minkäänlaisia odotuksia tai toiveita palveluohjauksesta. Asiakkaat olivat sopeutuneet niihin palveluihin, joita heille oli myönnetty. Asiakas ei kokenut voivansa esittää omia toiveita tai odotuksiaan. Palveluiden arviointitilanteissa asiakkaiden osallisuus oli luonnollisempaa, mutta ei niiden suunnittelutilanteissa.

Joensuun seudulla vuosina 2006–2008 toteutetun Viehka -projektin tarkoituksena oli tukea alueen omaishoitajia palveluneuvonnan, vertaistuen, sijaistoimintayhteistyön ja verkostoitumisen avulla. Loppuraportissa todetaan omaishoitajien olevan asiakasryhmä, joka tarvitsee ja hyötyy palveluneuvonnasta. Eräänä haittatekijänä omaishoitajat kokivat palvelujärjestelmän kehittymättömyyden, koska he eivät saaneet järjestelmällisesti tietoa etuuksista ja palveluista. Alueen omaishoitajien palveluneuvonta oli kestoaltaan pitkäaikaista. Ohjaustilanteet koettiin luonnollisiksi, luottamuksellisiksi ja asiakkaan omia näkemyksiä huomioonottaviksi. Palveluneuvonta antoi myös henkistä tukea vahvistamalla itsetuntoa ja luottamusta omaan jaksamiseen hoitotyössä. Omaiset kertoivat miten tärkeää on kun joku kuuntelee heitä. Useat omaishoitajat kertoivat, että saatu tuki ja palvelu olivat olleet oikein ajoitettuja. Kehittämisalueeksi loppuraportti osoitti palveluneuvonnan, julkisen sektorin ja järjestöjen kesken tekemän yhteistyön. Yhteistyössä saataisiin toimijoiden vahvuudet hyödynnettyä asiakkaiden eduksi. (Koistinen 2009, 3, 21–22.)

Annu Koskela-Leinonen ja Piia Tuhkanen (2009, 33–36) selvittivät opinnäytetyössään Kainuun maakunta-kuntayhtymän muistineuvoloiden palveluita käyttävien muistisairai-

den omaisten toiveita ja sosiaalisen tuen tarpeita. Opinnäytetyön tulokset kertoivat, että sosiaalisen tuen alueella havaittiin selkeitä puutteita. Omaiset olivat saaneet kiitettävästi tunnetukea ja muistineuvolakäynnit koettiin tärkeiksi. Tutkimukseen osallistuneet kaipaivat tiedollista ja materiaalista tukea enemmän. Samoin kuntoutusasioissa oli tiedon saanti ollut heikkoa. Omaiset kaipaivat palveluiden keskittämistä yhteen paikkaan, jotta he välttyisivät fyysisesti rasittavilta matkoilta kun taas syrjäseuduilla asuvat kokivat, että palvelut olivat vaikeasti saatavilla.

Ammattikorkeakoulu Arcada ja Tallinnan yliopisto kartoittivat omaishoitajien elämäntilannetta, tuen tarvetta sekä fyysistä ja henkistä hyvinvointia Suomessa ja Virossa omaishoitoprojekti SUFACARE (Supporting Family Caregivers and Receiver) avulla. Tutkittaessa suomalaisten omaishoitajien yleisterveydentilaa ja toimintakykyä havaittiin niiden olevan huonompia verrattuna muihin samanikäisiin. Läheistään hoitavat omaiset tunsivat itsensä useimmin yllirasittuneeksi ja he kokivat henkistä pahoinvointia. Heillä oli ikätovereitaan vähemmän ystäviä ja sukulaisten tapaaminen oli vähäistä. Tärkeäksi oli koettu mahdollisuus omaan virkistytymiseen sekä näiden palveluiden lisääminen. Omaiset kokivat, että heiltä puuttuu sellainen läheinen ihminen, joka voisi tarvittaessa hoitaa omaishoidettavaa. Tutkimukset eivät vastanneet omaishoitajien tarpeita ja niiden hakeminen oli uuvuttavaa vaikeiden byrokraattisten prosessien vuoksi. Moni koki ongelmaiseksi tilanteen, jossa ei tiennyt kehen olisi voinut ottaa yhteyttä apua tarvitessaan. (Surakka, Arola, Ellilä, Kokko, Leppik, Rosengren, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2012, 66–67.)

5 AINEISTON KERUU KYSELYTUTKIMUKSEN AVULLA

Muistisairaudet ovat väestön ikääntyessä merkittävä haaste sosiaalipalveluiden tuottamiselle kansallisella ja kansainvälisellä tasolla. Eliniän kasvaessa muistihäiriöisten ihmisten määrä lisääntyy tulevaisuudessa, sillä riski sairastua muistisairauteen kasvaa huomattavasti iän myötä. Väestötutkimuksen mukaan Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan 89 000 vaikeasti tai keskivaikeasti ja 100 000 lievästi muistisairasta henkilöä. Vuosittain erilaisiin muistisairauksiin sairastuu noin 13 200 henkilöä. Suurin osa muistisairasta on yli 80-vuotiaita. (Viramo & Sulkava 2010, 28–31.)

Muistisairaiden ihmisten palveluntarve vaatii kunnilta toimia, joihin on varauduttava ajoissa. Laadukkaat muistisairaille suunnatut palvelut edellyttävät kunnalta tahoa, jonka vastuulla on asiakkaiden tarvitsemat palvelut. Palveluiden on muodostettava mielekäs kokonaisuus asiakkaille. Kuntien on tulevaisuudessa huomioitava strategioissaan muistisairaiden ihmisten palveluiden lisääntyvä tarve. Siksi niiden tuleekin tarkkaan harkita, miten palvelut toteutetaan asiakkaille laadukkaasti ja kunnille kustannustehokkaasti. (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 12–13.)

Suomalaisessa sosiaalityössä on ollut tavoitteena ihmisen kohtaaminen kokonaisvaltaisesti, mutta asiakkaan hengellisen tarpeiden huomioimista ei ole koettu tarpeelliseksi. Kokonaisvaltaiseen kohtamiseen kuuluisi kuitenkin, että ammattilainen ymmärtää hengellisten tarpeiden kuuluvan osaksi ihmistä. (Holloway & Moss 2010, 21.) Sosiaalialan ammattilaisen tavoitteena on tukea ja ohjata asiakasta hänen pohtimissaan hengellisissä kysymyksissä.

Opinnäytetyön toimeksiannon avulla Riihimäen kaupunki halusi selvittää palveluneuvojan työn vaikuttavuutta muistisairaiden omaisille. Lisäksi tutkimuksella haluttiin selvittää, onko omaisille suunnatulla tuella ollut vaikutusta heidän jaksamiseensa hoitajana sekä siirtääkö omaishoitajille suunnattu tuki hoidettavan siirtymistä pitkäaikaishoitoon.

Työn toimeksiannon mukaisesti asiakkailta kerättiin palautetta muistisairaiden palveluneuvojan työstä ja sen vaikuttavuudesta. Palaute kerättiin postitettavalla kyselylomak-

keella, johon vastaajat saivat lisäksi esittää toiveita ja palautetta sosiaalisen tuen tarpeista Riihimäen kaupungissa ja Lopen kunnassa.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin määrällisenä eli kvantitatiivisena survey-kyselytutkimuksena. Käyttämällä tiedon keräämisessä kyselylomaketta haluttiin saada laaja-alaista tietoa valitulta otantajoukolta. Määrällisessä tutkimuksessa kohdetta kuvataan ja tulkitaan tilastojen ja numeroiden avulla. Aiemmat teoriat, käsitelmäärityt, aineiston keräys- ja otantatapa ovat keskeisiä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Survey-tutkimus on ennalta määritellyin perusteluin tehty kyselytutkimus tietylle valitulle otantajoukolle. Siinä tarkastellaan tiettyä rajallista joukkoa tai käytetään kyselymenetelmää, jolla tarkastellaan ennalta määriteltyä ilmiötä. Saatu keräysaineisto muokataan muotoon, jossa tietoa voidaan analysoida määrällisesti. Kerätty aineisto tallennetaan ja analysoidaan tietokoneohjelmaa käyttäen, jonka tarkoituksena on luotettavuus ja tehokkuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 130, 135–136, 188.)

Postitettava kyselylomake on usein kustannustehokkaampi kuin haastatteluiden tekeminen. Tiedon tallennukseen ja analysointiin on saatavilla laajasti käytettyjä tilasto-ohjelmia. Ne helpottavat ja nopeuttavat aineiston analysointivaihetta. Kyselytutkimukseen kohdistuu useampia koettuja puutteita. Vastaamattomuus kyselylomakkeeseen eli kato voi alentaa tutkimuksen laatua ja luotettavuutta. Vastaajien suhtautuminen, huolellisuus ja rehellisyys voidaan myös kyseenalaistaa. Vastaajat voivat tulkita ja ymmärtää kysymyksiä eri tavalla kuin tutkijalla on ollut tarkoitus. Vastaajat saattavat vastata sen mukaan, minkälaisia vastauksia heiltä mahdollisesti odotettaisiin ja siten aiheuttaa tutkimustulosten vääristymistä. Väärinymmärrysten vuoksi lomakkeen laadinta vaatii tutkijalta huolellista tiedollista perehtymistä lomakkeeseen jo sen suunnitteluvaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2008, 190.)

Kyselylomakkeen työstäminen on usein hidasta. Tutkijan on kiinnitettävä erityisesti huomiota sanavalintoihin ja selkeyteen. Kunkin kysymyksen tulee kysyä vastaajalta vain yhtä asiaa kerrallaan. Liian pitkät kysymykset ovat vastaajalle haaste ja ne voidaan tulkita väärin. Lomakkeen täyttämiseen käytetty aika on huomioitava suunnitteluvai-

heessa. Vastaaja saattaa väsyä ja jopa jättää kokonaan vastaamatta, kun kysymyksiä on liikaa tai ne ovat liian pitkiä. (Hirsjärvi ym. 2008, 197–198.)

5.2 Kyselylomake

Tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta, joka oli ennen julkaisematon. Kyselylomakkeen laatimisessa hyödynnettiin aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä kyselylomakkeita. Lomake laadittiin tutkimusta varten yhteistyönä työn tilanneen tahon edustajan kanssa. Lomakkeen toimivuuteen saatiin ohjausta ja kommentteja Diakonia-ammattikorkeakoulun opettaja Päivi Sutiselta. Kyselylomakkeen laadintaa ohjasivat asetetut tutkimuskysymykset, työkokemus muistisairaiden palveluneuvonnassa ja aikaisemmin julkaistut tutkimustiedot aiheesta. Kyselylomakkeen toimivuutta testattiin Riihimäen kaupungin sosiaalityöntekijöillä sekä yhdellä asiakkaalla.

Kysely koostui pääosin monivalintakysymyksistä, joiden avulla oli tarkoitus helpottaa vastaamista. Lomake sisälsi myös osittain avoimia kysymyksiä, joiden avulla vastaaja saattoi tarkentaa mielipidettään, esittää toiveita tai antaa palautetta. Lomake sisälsi kaiken kaikkiaan 24 kysymystä, joista kahdeksan oli strukturoituja monivalintakysymyksiä. Puolistrukturoituja kysymyksiä oli viisi sekä asteikon sisältäviä väittämäkysymyksiä seitsemän. Monivalintakysymyksissä vastaajalla oli mahdollisuus valita yksi vaihtoehto tarjotuista vastausvaihtoehdoista.

Lomakkeen kysymykset jaoteltiin neljään kysymysryhmään, joissa kysyttiin taustatietoja, koetun elämänlaadun nykytilaa, kokemuksia saaduista palveluista ja tuesta sekä mahdollisia tulevaisuuden palvelutarpeita ja toiveita. Taustatietokysymyksillä kartoitettiin vastaajan sukupuolta, suhdetta hoidettavaan läheiseen, ikää sekä onko hän työelämässä tai eläkkeellä. Kysymyksillä kerättiin myös tietoa omaishoitajuuden kestosta sekä siitä asuiko hoitaja hoidettavan kanssa samassa taloudessa vai ei. Lisäksi kysymyksillä haluttiin tietää mistä hoitaja oli saanut tiedon muistisairaiden palveluneuvonnasta ja mikä oli syy ensiyhteydenottoon. Taustakysymyksillä kartoitettiin myös viivettä asiakkaan tekemän ensimmäisen yhteydenoton ja palveluneuvojan tekemän vastausyhteydenoton välillä. Kysymysryhmään kuului myös avoin kysymys, jossa vastaajalta tiedusteltiin kuinka kauan asiakassuhde palveluneuvojaan on kestänyt.

Elämänlaatua kartoittavilla kysymyksillä oli tarkoitus selvittää vastaajan kokemuksia siitä miten läheisen ihmisen hoitaminen on vaikuttanut hänen omaan fyysiseen tai henkiseen terveyteensä. Lisäksi haluttiin tietää, onko omaishoitotyön sitovuus ja vastuullisuus rasittanut henkisesti sekä millaiseksi vastaaja koki nykyisen elämänlaatunsa. Kolmannen kysymysryhmän kysymyksillä haluttiin saada kokonaiskuvaa saadusta palvelusta ja tuesta. Kysymysten avulla oli tarkoitus selvittää vastaajan kokemuksia ja tyytyväisyyttä palveluneuvojan tekemistä kotikäynneistä sekä annetuista neuvoista ja ohjeista. Kysymyksillä selvitettiin myös, kuinka hyvin omaishoitajan mielestä hänen palveluntarvettaan kartoitettiin, hänet huomioitiin omaishoitajana sekä millaisena hän koki palveluneuvojan ammattitaidon. Lomakkeen lopussa vastaajalle annettiin mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin toiveistaan, antaa palautetta ja mahdollisia kehittämissuhteita muistisairaiden palveluneuvojan työhön.

5.3 Kyselytutkimuksen toteutus

Tutkimusluvan varmistuttua Riihimäen kaupunki ja Lopen kunta postittivat kyselylomakkeet tutkimukseen valitulle kohderyhmälle. Työn toimeksiantaja huolehti kyselylomakkeiden kopioinnista ja postituksesta aiheutuneista kustannuksista. Tutkimuksen loppuun on liitetty kyselylomake (liite 1) ja sen saatekirje (liite 2). Palautuneet vastauskuoret Riihimäen kaupunki toimitti suljettuina tutkimuksen tekijöille.

Kysely suoritettiin marraskuussa 2012. Kysely oli tarkoitettu muistisairaiden omaishoitajille. Kyselylomakkeiden mukana lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja vastaamisen tärkeydestä. Kyselyssä tavoiteltiin mahdollisimman suurta vastausprosenttia, mutta tutkimuksen aikataulun ja taloudellisten resurssien vuoksi vastaajille ei lähetetty muistutuskirjettä tai uutta kyselylomaketta. Tarkoitus oli myös estää otantaryhmän osallistumista vastaamiseen useampaan kertaan sekä välttää heidän huolestumistaan ja väsymistään. Saatekirjeeseen liitettiin vastaus- ja palautusohjeet. Saatekirjeessä ohjeistettiin palauttamaan täytetty kyselylomake marraskuun aikana. Vastausajan päättymisen jälkeen palautui vielä myöhässä saapuneita vastauslomakkeita, jotka otettiin mukaan tulosten analysointiin.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksessa kerätyn aineiston käsittely ja aineiston analyysi ovat eräs tutkimustyön tärkeimmistä vaiheista. Aineiston analysoinnilla saadaan selville tutkimustulokset ja vastaukset olemassa oleville kysymysongelmille. Tulkintoja ja johtopäätöksiä voidaan muodostaa saatujen vastausten perusteella. (Hirsjärvi ym. 2008, 209.) Ennen vastauslomakkeiden tulosten purkua lomakkeet numeroitiin juoksevalla järjestysnumerolla ja niissä olevat tiedot käytiin läpi. Vastaukset koottiin ja käsiteltiin SPSS-ohjelman (Statistical Package for Social Sciences) avulla.

Lomakkeet purettiin SPSS-ohjelman avulla siten, että muuttujia koskevat määrittelyt tehtiin ohjelman Variable View-näkymässä. Kukin muuttuja määriteltiin antamalla sille analyysissä käytettävä nimilyhenne, muuttujan tyyppi, otsikoihin tuleva muuttujan selkeä nimi sekä muuttujan mitta-asteikko. Tämän jälkeen kyselylomakkeiden tiedot eli vastaukset syötettiin ohjelman Data View-näkymässä. Havaintomatriisissa riveille muodostettiin havaintoyksiköt ja näin muuttujat muodostuivat sarakkeisiin. Tuloksista laskettiin tyypillisimpiä hajontalukuja, kuten keskiarvoja ja keskihajontoja, lisäksi tuloksia tarkasteltiin suorina jakaumina ja ristiintaulukointeina. Tuloksista laadittiin myös graafisia esityksiä, jotka helpottavat tulosten lukua. Tuloksista piirretyt grafiikat on esitetty kohdassa kyselytutkimuksen tulokset ja niiden tulkinta.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TULKINTA

Tutkimus toteutettiin Riihimäen kaupungin ja Lopen kunnassa asuville omaisille, jotka hoitavat muistisairasta läheistään. Omaiset ovat olleet muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaina, heitä on yhteensä 99. Osa omaishoitajista on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen, mutta muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaana voi olla myös ilman virallista omaishoitosopimusta. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluvia omaishoitajia on Riihimäen kaupungin alueella 64 ja Lopen kunnassa 35. Kohderyhmästä 38,4 % on miehiä ja 59,6 % naisia.

6.1 Kyselyyn vastaaminen

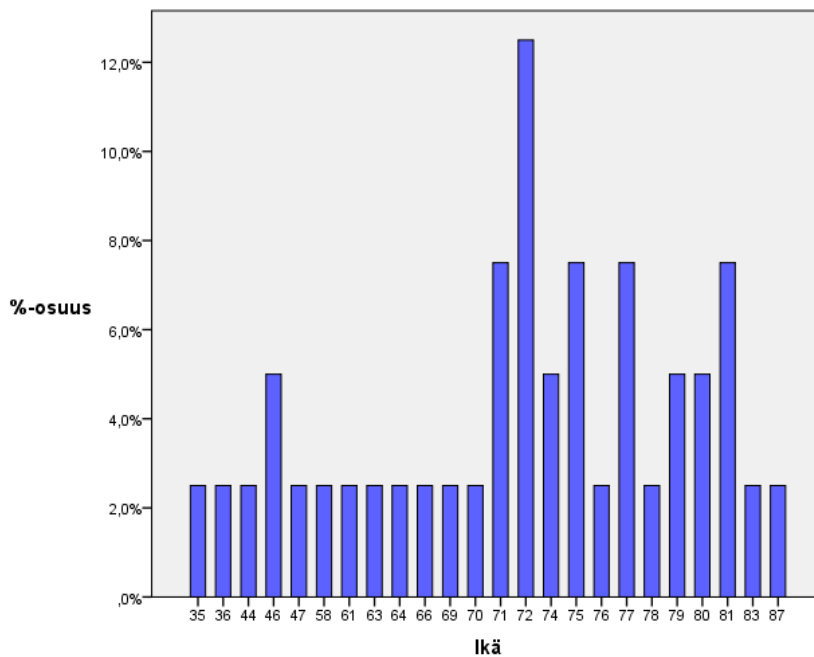
Kyselylomake lähetettiin 99 omaishoitajalle. Kyselylomakkeiden palautusaika oli marraskuun loppuun mennessä. Tällä haluttiin varmistaa, että otantaryhmä sai vastata kyselyyn hyvissä ajoin ennen joulua. Lomakkeita palautui yhteensä 40 kappaletta. Tutkimuksen otanta eli vastaajien lukumäärä oli 40 (n=40) ja vastausprosentiksi muodostui näin 40,4 %. Kaikki vastaajat eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen. Vastaamatta jättäminen saattoi johtua siitä, ettei kysyttyä asiaa koettu ajankohtaiseksi tai itselle tärkeäksi. Palautetuista lomakkeista yhtään ei jouduttu hylkäämään pois tutkimuksesta. Kysymykset saatettiin myös kokea vaikeaselkoisiksi, vaativiksi tai vastaaminen saatettiin unohtaa.

6.2 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen kysymyksillä 1–9, 13, 15 ja 16 haluttiin kartoittaa vastaajien taustatietoja. Kysymystyyppeinä käytettiin strukturoituja, avoimia ja asteikkokysymyksiä. Taustatietokysymyksillä kartoitettiin vastaajan sukupuolta, suhdetta hoidettavaan läheiseen, ikää sekä sitä, onko hän vastaushetkellä työelämässä vai eläkkeellä. Kysymyksillä kerättiin myös tietoa omaishoitajuuden kestosta sekä siitä, asuiko hoitaja hoidettavan kanssa samassa taloudessa vai ei. Lisäksi kysymyksillä haluttiin tietää, mistä hoitaja oli saanut tiedon muistisairaiden palveluneuvonnasta ja mikä oli ensiyhteydenoton syy. Taustakysymyksillä kartoitettiin myös viivettä asiakkaan tekemän ensimmäisen yhtey-

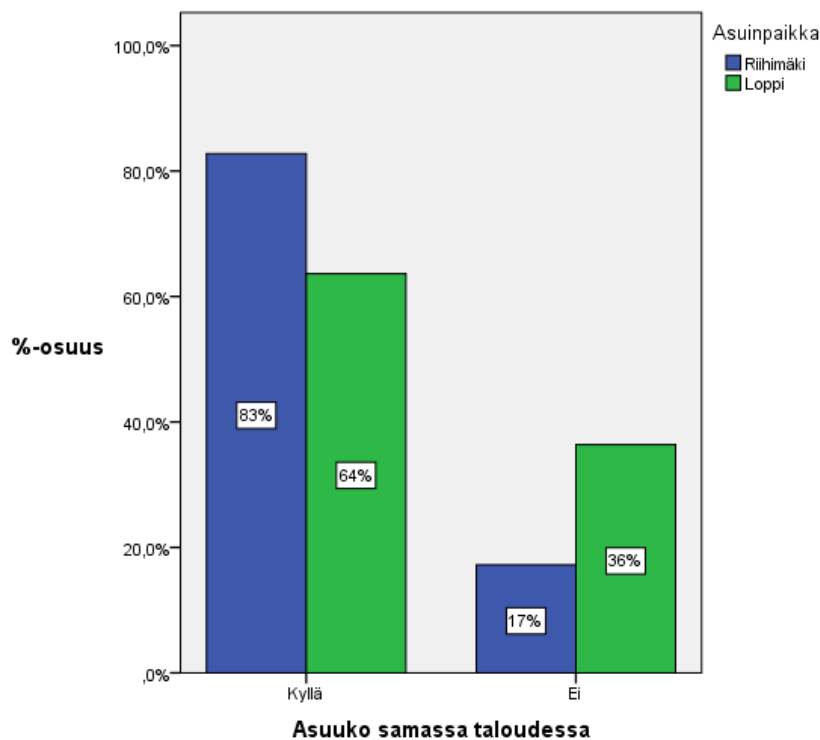
denoton ja palveluneuvojan tekemän vastausyhteydenoton välillä. Kysymysryhmään kuului myös avoin kysymys, jossa vastaajalta tiedusteltiin, kuinka kauan asiakassuhde palveluneuvojaan oli vastaushetkeen mennessä kestänyt.

Taustatietokysymyksiä oli yhteensä 12 ja niihin saatiin vastaukset lähes kaikilta kohde-ryhmäläisiltä (n=40), vain neljässä taustakysymyksessä vastaajia oli jättänyt vastaamatta kysytyyn asiaan. Kyselyyn vastanneista kuusi kymmenestä oli naisia ja neljä kymmenestä miehiä. Valtaosa vastanneista (72,5 %) oli riihimäkeläisiä ja hieman yli neljännes (27,5 %) loppilaisia. Suurin osa läheistä omaistaan hoitavista henkilöistä oli iältään 72-vuotiaita (12,5 %). Vain kaksi vastaajaa 40:stä ilmoitti olevansa alle 40-vuotias ja vastaavasti seitsemän henkilöä kertoi iäkseen 80 vuotta tai sen yli. Kaikkien vastanneiden keski-ikä oli 69,2 vuotta (n=40). Verrattaessa vastaajien keski-ikää asuinpaikkaan, selvisi että riihimäkeläisten keski-ikä oli 69,9 vuotta (n=29). Lopella asuvien keski-ikä oli alhaisempi, 67,3 vuotta (n=11). Keski-ian korkeus johtuu otantaryhmästä. Tutkimuksen ulkopuolelle ei jätetty niitä omaishoitajia, jotka eivät saa rahallista korvausta tekemästään työstään. Läheistä omaistaan hoitavista vajaa viidesosa (15,0 %, n=40) oli joko normaalissa päivätyössä tai osa-aikatyössä. Kuviossa 1 on esitetty kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma (n=40).

Kyselylomakkeen täyttäneistä kolme neljästä (72,5 %) oli hoidettavan puolisoita ja tästä seurauksena lähes sama määrä (77,5 %) vastasi asuvansa samassa taloudessa hoidettavan kanssa. Verrattaessa asumista samassa taloudessa tutkituilla paikkakunnilla selvisi, että se oli yleisempää Riihimäellä kuin Lopella. Vajaa viidesosa (17,5 %) vastaajista oli hoidettavien lapsia ja vain neljä kertoi suhteen hoidettavaan olevan jokin muu. Tutkimus osoitti, että suhde hoidettavaan perustuu yleensä parisuhteeseen ja sukulaisuuteen. Suomalainen perhekäsitys on suppeampi verrattuna Italiaan tai Espanjaan, jossa perhe on käsitteenä laajempi. Kuten Suomessa myös monissa EU-alueen maissa perhe on ensisijainen vastuunkantaja ikääntyvän läheisen tarvitsemasta avusta ja tuesta. Perheet antavat noin 2/3 ikääntyneiden tarvitsemasta hoidosta (Siira 2006, 2). Kyselytutkimuksemme osoitti että, hoitosuhteen taustalla ei ollut ystävyys- tai naapurisuhdetta. Kuviossa 2 on graafinen esitys ristiintaulukoinnista, jossa vertailtiin asuinpaikkakunnan vaikutusta hoidettavan kanssa samassa taloudessa asumiseen.



KUVIO 2. Hoidettavan kanssa samassa taloudessa asuvien prosentuaaliset osuudet paikkakunnittain (n=40).

Suomessa ei ole tilastoitu keskimääräistä omaishoidon kestoa, mutta yleensä omaisen hoitaminen kotona kestää vuosia. (Karjalainen 2004, 546.) Tutkimukseen osallistuneista vastaajista hieman yli puolet (51,3 %) ilmoitti läheisen hoitamisen jatkuneen 24–48

kuukautta. Yli 84 kuukautta (7 vuotta) jatkunutta läheisen kotihoitamista oli vastanneista 12,8 %:lla. Useita vuosia jatkuva kotihoito ja läheishoitajien korkea keski-ikä tuovat arkielämään sekä henkisiä että fyysisiä rasitteita. Lähes viidesosalla (17,9 %) vastanneista hoitosuhde oli jo päättynyt. Päättymisen syinä voivat olla joko siirtyminen kotihoitosta laitoshoittoon tai läheisen kuolema. Yli viidennes (22,5 %, n=40) vastaajista ei vastannut kysymykseen asiakkuuden kestosta lainkaan. Tutkimuksen otantaryhmän keski-ikä ollessa melko korkea voidaan ajatella että vastaamattomuus johtuu vaikeudesta hahmottaa jälkikäteen asiakassuhteen alkaminen. Vastaajat olivat sekoittaneet vastauksissaan eri sosiaali- ja terveystieteiden tarjoamia palveluja. He olivat kommentissaan antaneet palautetta muun muassa vammaispalvelusta, liittyen kuljetusten päätöksiin ja omaishoidon tukeen sekä kotipalvelun työntekijöiden ajankäytön vähäisyyteen asiakaskäynneillä. Vastanneista 77,4 % (n=31) oli ollut muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaana alle 36 kuukautta. Loput vastanneista 22,6 % kertoi asiakkuuden jatkuneen 48–72 kuukautta. Asiakassuhteen keskimääräinen aika kuukausina oli 30,8 kuukautta (n=31).

Vastaajista yli kuudennes (60,6 %, n=38) ilmoitti saaneensa tiedon muistisairaiden palveluneuvonnasta joko terveyskeskuksesta tai sosiaalityöntekijältä. Kysyttäessä kuinka kauan kului aikaa, että omaishoitaja sai palveluneuvojalta vastayhteydenoton yli kolmasosa (36,1 %, n=36) vastasi yhteydenoton tapahtuneen lähes välittömästi. Kysymykseen vastanneista 77,8 % ilmoitti yhteydenoton tapahtuneen viimeistään yhden viikon kuluessa, joka noudattaa virallista ohjeistusta. Vastaajista lähes joka viides (19,4 %) ilmoitti palveluneuvojan vastayhteydenoton tapahtuneen pidemmän ajan kuluessa kuin ensimmäisten kahden viikon aikana.

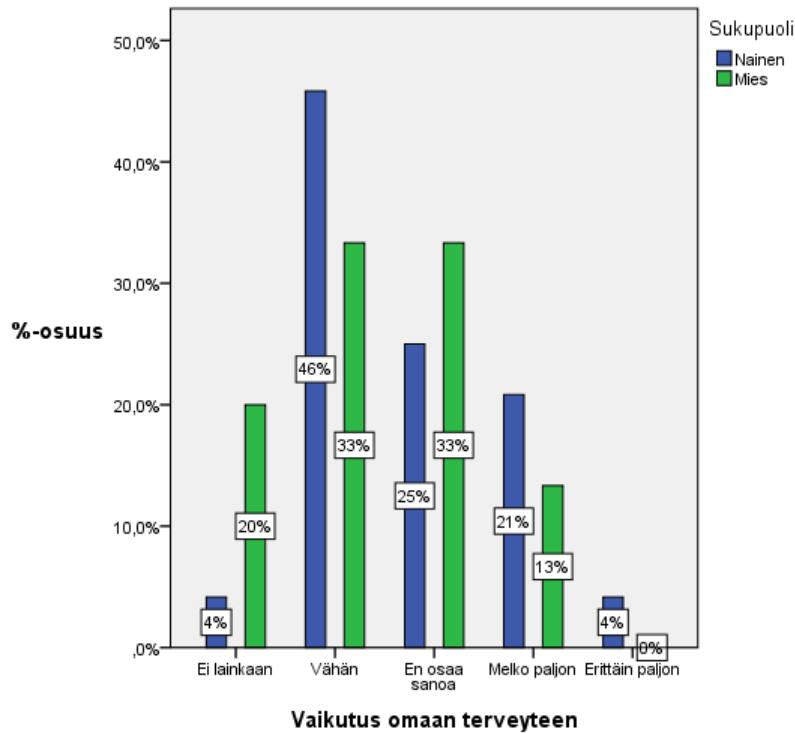
Kysyttäessä syytä ensimmäiseen yhteydenottoon muistisairaiden palveluneuvojalle suurimmiksi syiksi nousivat halu saada yleistietoa muistisairaudesta, ensihavainnot läheisen sairaudesta, diagnoosin saamisen jälkeen ja kun oireet alkoivat häiritä arkielämää. Vastanneista 20,0 % (n=24) kertoi olevansa täysin eri mieltä siitä, että hoitajan oma uupuminen kotihoitotyössä olisi ollut syynä ensimmäiseen yhteydenottoon. Suurin osa vastaajista (41,7 %, n=24) ei tiennyt mitä muutakaan olisivat voineet tehdä ja ottivat sen vuoksi yhteyttä muistisairaiden palveluneuvojaan. Kaikkiin vastausvaihtoehtoihin tuli paljon vastauksia ja niiden välinen hajonta oli pieni 1,4.

6.3 Vastaajien elämäntilanne ja elämänlaatu

Lomakkeen kysymykset 10, 11 ja 12 olivat strukturoituja. Lomakkeen ensimmäinen asteikkotyypinen kysymys oli kohta 14. Elämäntilannetta ja -laatua kartoittavien kysymysten avulla haluttiin selvittää vastaajien kokemuksia läheisen ihmisen hoitamisesta. Lomakkeen avulla selvitettiin hoitamisen vaikutusta vastaajan omaan terveyteen ja siihen, millaiseksi vastaaja tunsi senhetkisen elämänlaatunsa sekä vastaajan omaa arviota hoitosuhteen aiheutumasta henkisestä rasituksesta. Vastausten avulla selvitettiin myös hoitotyön sitovuuden ja vastuuasioden vaikutusta omaishoitajan henkiseen rasittuvuuteen. Kysymyksiin koskien elämäntilannetta ja laatua oli vastattu vaihtelevasti (n=31–39) palautetuissa lomakkeissa. Strukturoituihin kysymyksiin oli vastattu useammin kuin asteikkotyypisiin kysymyksiin. Asteikkokysymykset sisälsivät jopa 13 tarkentavaa väittämää, jotka saattoivat tuntua iäkkäille vastaajille hankalilta.

Lähes viidennes (20,5 %, n=39) vastaajista kertoi läheisen ihmisen hoitamisen vaikuttavan melko tai erittäin paljon omaan koettuun terveyteen. Enemmistön (51,3 %, n=39) kokemus oli, ettei omaishoidolla ollut lainkaan vaikutusta omaan terveyteen tai että se vaikutti siihen vain vähän. Iäkkäiden omaishoitajien saattaa olla vaikea erottaa omasta ikääntymisestä ja omaishoitajuudesta johtuvat vaikutukset terveyteen.

Kuviossa 3 on esitetty omaishoitajuuden vaikutus terveyteen eri sukupuolten välillä. Sukupuolten välisessä tarkastelussa ilmeni, että enemmistö naisista koki vähän hoitajuudesta johtuvia haitallisia terveysvaikutuksia. Useammin omaishoitajuuden koki melko tai erittäin raskaaksi nainen. Miesvastaajista ei yksikään kokenut omaishoitoa erittäin raskaaksi.



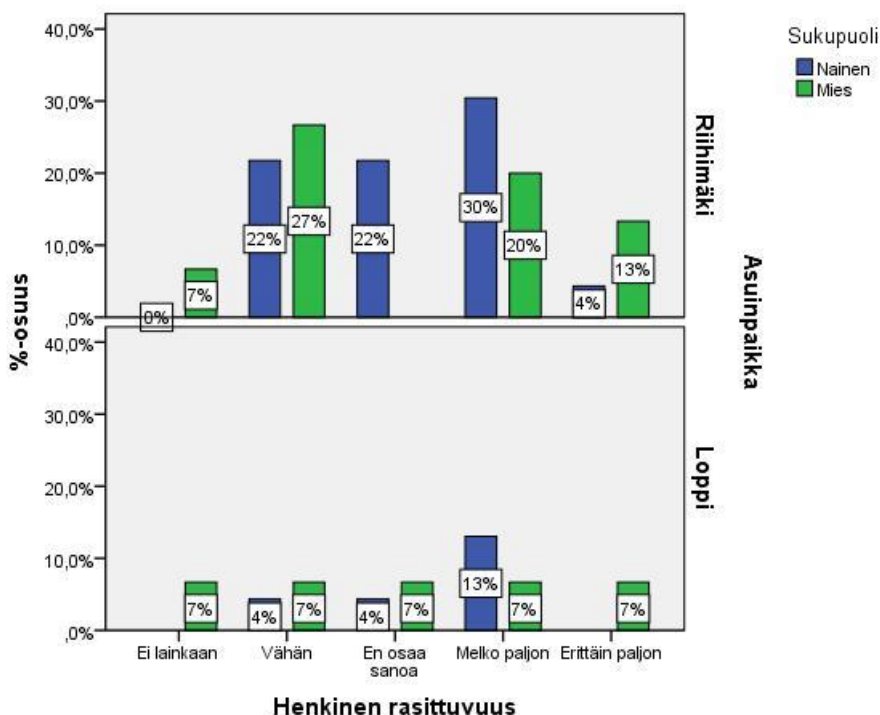
KUVIO 3. Sukupuolten välinen tarkastelu omaishoitajuuden vaikuttavuudesta omaan terveyteen (n=39).

Omaishoitotyön sitovuuden ja vastuusasioiden vaikutusta omaan hyvinvointiin oli vastaajista liki puolet (47,3 %, n=18) kokenut henkisesti merkittävänä rasitustekijänä. Yli kolmasosa (n=13, 34,2 %) kertoi, ettei hoitotyön sitovuudella ja vastuusasioilla ollut kovinkaan suurta vaikutusta henkiseen jaksamiseen. Siira (2006) tutki omassa pro gradu -työssään omaishoitotyön henkistä rasittuvuutta. Siiran tutkimuksen mukaan lähes puolet vastaajista oli kokenut läheisen ihmisen kotihoidon henkisesti raskaana. Tulokset olivat yhteneväisiä vertailtaessa Lopen ja Riihimäen seudulla tehtyyn tutkimukseen.

Lähes neljännes (24,3 %, n=37) vastanneista ei kokenut lainkaan henkistä rasittuvuutta, koska hoidettavana oli läheinen henkilö. Enemmistö (51,3 %, n=37) kertoi kokevansa melko tai erittäin raskaaksi läheisen ihmisen hoitamisen. Yleensä omaishoitajana toimii puoliso, joka on sitoutunut ja kokee hoitamisen velvollisuudekseen sairasta puolisoaan kohtaan. Kotona tapahtuvan hoidon jatkuessa kasvaa hoitajan oma henkinen rasittuvuus, johon vaikuttaa myös epävarmuus tulevaisuudesta.

Tuloksissa vertailtiin myös sukupuolen vaikutusta omaishoitotyön henkisessä rasituksessa. Miehistä lähes puolet (46,6 %, n=15) vastasi, ettei tuntenut juurikaan henkistä rasittuvuutta. Naisista suurin osa (43,5 %, n=23) koki rasitusta melko paljon. Miesten ja naisten välinen eroavaisuus ilmeni erityisen hyvin tilanteessa, jossa henkistä rasittuvuutta koettiin erittäin paljon. Vastanneista naisista vain 4,3 % koki rasittuvuuden erittäin suurena, kun miehistä erittäin suurta rasittuvuutta koki jopa 20,0 % (n=15). Vastausten perusteella voidaan todeta, että omaishoitajan sukupuolella on merkitystä miten hän koki henkistä rasitusta. Miehillä hoitotyö ja kodinhoito eivät ole niin arkipäiväistä ja se voidaankin mieltää juuri naisten tekemäksi työksi. Perheen arkirutiinien muuttuminen voikin aiheuttaa miehille enemmän haasteita läheisen hoidossa. Kuviossa 4 on esitetty sukupuolten välinen vertailu henkisen rasittuvuuden määrästä asuinpaikkakunnittain.

Tutkimuksessa haluttiin vertailla myös oliko asuinpaikkakunnalla merkitystä omaishoitajan henkiseen rasittuvuuteen. Molemmilla paikkakunnilla tulokset olivat melko yhteneväisiä. Sekä Lopella (40,0 %, n=10) että Riihimäellä (35,7 %, n=28) suurin osa kertoi kokevansa henkistä rasittuvuutta melko paljon. Vertailtaessa paikkakuntia huomattiin, että lähes yhtä suuri osa Lopen (30,0 %, n=10) ja Riihimäen (35,7 %, n=28) omaishoitajista koki henkistä rasitusta vähän tai ei lainkaan. Asuinpaikkakunnalla ei siis ollut juurikaan vaikutusta henkiseen rasittuvuuteen, vaikka kyseiset paikkakunnat ovat huomattavan erilaisia. Nämä tutkimustulokset tulee huomioida muistisairaiden palveluneuvojan työn arvioinnissa ja kehittämisessä.

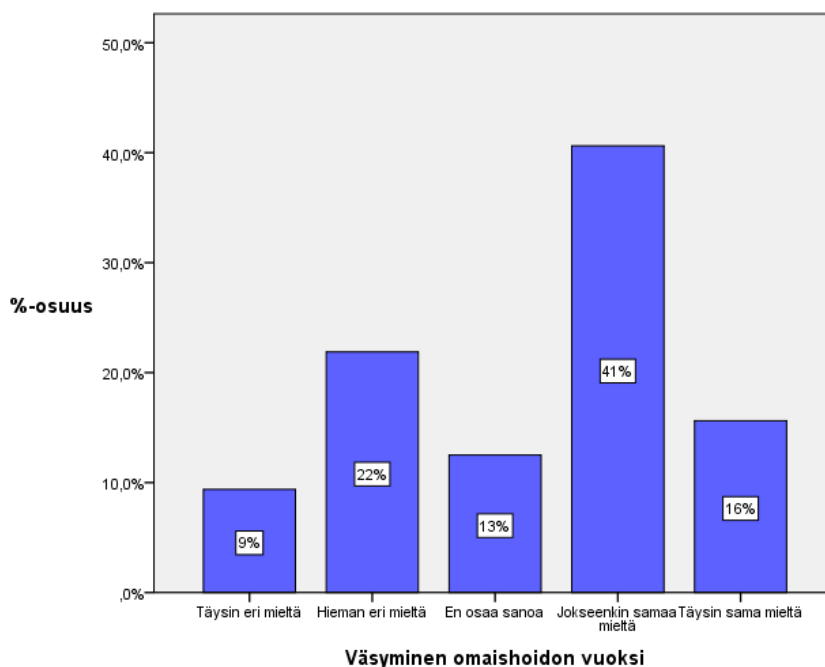


KUVIO 4. Henkinen rasittuvuus vastaajien sukupuolen ja asuinpaikkakunnan mukaan (n=38).

Lomakkeen kohta 14 oli ensimmäinen mielipidekysymys, jossa vastaajilla oli mahdollisuus valita kunkin väittämän kohdalta itselleen sopiva vaihtoehto viisiportaisesta asteikosta. Omaishoitajilta kysyttiin, millaiseksi he kokevat tämänhetkisen elämänlaadunsa. Kysymys sisälsi yhdeksän tarkentavaa väittämää elämänlaadusta. Tässä kysymyksessä vastaajien määrät vaihtelivat muutamilla (n=31–34). Melko suuri prosentuaalinen osuus (15,0–22,5 %) oli jättänyt vastaamatta. Vastaamattomuus johtui mahdollisesti kysymyksen vaikeammasta ja vaativammasta rakenteesta.

Enemmistö vastanneista kertoi olevansa jokseenkin tai täysin tyytyväinen omaan elämäänsä (58,8 %, n=34). Kuitenkin kolmannes (32,4 %) koki hieman tyytymättömyyttä omaan elämäntilanteeseensa. Enemmistöllä (52,9 %, n=34) vastanneista oli itselleen tärkeitä ihmissuhteita, eivätkä he tunteet itseänsä yksinäiseksi (54,5 %, n=33). Monella omaishoitajalla oli tärkeitä ihmissuhteita, mutta se ei kuitenkaan ollut kaikille riittävä. Omaishoitajien lapset ja läheiset ovat toki tärkeitä ihmissuhteita, mutta läheiset eivät välttämättä osallistu läheisen hoitoon. Vaikka enemmistö (56,2 %, n=32) koki itsensä jollain tasolla väsyneeksi omaishoidon vuoksi, silti enemmistö (67,7 %, n=31) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä oli voimia tehdä haluamiaan asi-

oita. Yksinäisyyden kokeminen vaihtelee kuitenkin kaikilla ihmisillä. Aktiiviseen elämään tottunut kokee omaishoitajuudesta aiheutuneen elämän kaventumisen mahdollisesti yksinäisyytenä jopa syrjäytymisenä. Kuviossa 5 on esitetty pylväsdiagrammina läheisen hoitamisesta aiheutuneen väsymisen määrä.



KUVIO 5. Omaishoitajien kokema väsyminen (n=32).

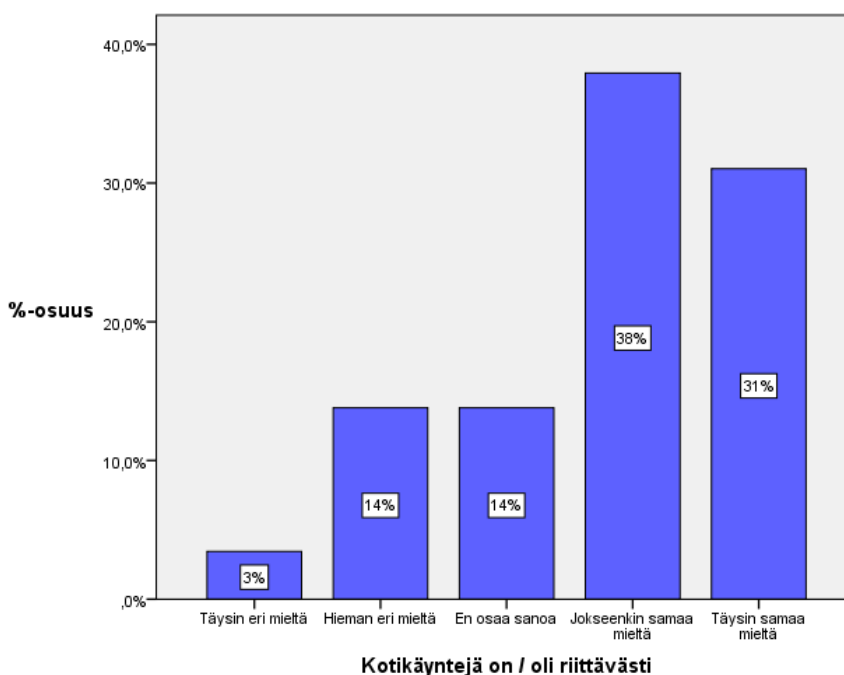
6.4 Vastaajien kokemukset saadusta palvelusta ja tuesta

Lomakkeen kysymykset 17–22 olivat yhtä lukuun ottamatta asteikkotyypisiä. Niiden avulla haluttiin kartoittaa vastaajien kokemuksia heidän saamastaan muistisairaiden palveluneuvojan tuesta, palveluista sekä niiden kartoittamisesta. Kyselyn avulla selvitettiin omaishoitajien käsityksiä palveluneuvojan tekemistä kotikäynneistä sekä minkälaisia ohjeita he olivat saaneet palveluneuvojalta. Omaishoitajat saivat kertoa oman mielipiteensä palveluneuvojan ammattitaidosta ja miten hän oli huomionnut asiakkaan omaishoitajana.

Palvelua ja tukea koskevissa kysymyksissä oli paljon vastaamatta jätettyjä kohtia ja vastausten määrät vaihtelivat suuresti (n=22–33). Mielipidekysymys voi olla vaativa ja hankala iäkkäälle vastaajalle, koska yksi pääkysymys sisälsi useampia väittämiä.

Kysyttäessä omaishoitajilta heidän saamiensa palveluiden vaikutuksia enemmistö (70,9 %, n=31) vastanneista koki palveluiden olleen jokseenkin tai täysin riittäviä. Enemmistö (74,0 %, n=27) koki myös niiden saatavuuden olleen jokseenkin tai täysin helppoa. Suurin osa (76,0 %, n=25) vastanneista sanoi, että neuvonta-ajanvaraus oli helppo tai jokseenkin helppo tehdä. Yli 40 prosenttia (43,8 %, n=32) kertoi palvelutarpeen kartoituksen olleen riittävää. Kuitenkin asuinpaikan välisessä vertailussa oli selvä ero. Riihimäkeläisistä 48,0 % (n=32) koki palveluiden kartoituksen riittäväksi kun taas loppilaisista vain 28,4 % kertoi kokeneensa näin.

Vajaa puolet (44,8 %, n=29) tunsi, että palvelut olivat helpottaneet omaishoitajan tekemää työtä. Samoin reilusti yli puolen (60,0 %, n=30) mielipide oli, että ongelmia oli mahdollista ratkaista palveluneuvojan tekemien kotikäyntien aikana. Omaishoitajista 44,8 % (n=29) koki palveluiden olleen hyvin suunniteltuja ja yli 60 % (61,3 %, n=31) vastanneista tunsi palveluneuvojan tekemien kotikäyntien vastanneen heidän odotuksiin. Lähes 40 % (37,9 %, n=29) kertoi kotikäyntien määrän olleen jokseenkin riittäviä ja yhtä moni (44,4 %, n=27) tunsi niiden jokseenkin auttavan omaishoitajien jaksamisessa. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan ikääntyneiden palveluiden tulisi olla ennalta ehkäisevää toimintaa, jonka avulla kotona asumista ja yksilöllistä palveluntarvetta tuetaan. Kuviossa 6 on kyselyyn vastanneiden mielipide kotikäyntien riittävydestä.



KUVIO 6. Kotikäyntien riittävyys (n=29).

Muistisairaiden palveluneuvojalta saadut neuvot ja ohjeet tukivat omaishoitajia useissa arkeen liittyvissä asioissa. Suurin osa vastanneista koki tärkeäksi saada tietoa hakemusten täyttämistä ja tukipalveluista. Tärkeää oli tieto kunnallisten, yksityisten ja Kelan tarjoamista palveluista ja etuuksista. Lisäksi omaishoitajat olivat kiinnostuneita muistisairauksiin liittyvistä yleisistä asioista.

Omaishoitajilta pyydettiin mielipidettä muistisairaiden palveluneuvojan ammattitaidosta. Suurin osa (37,5 %, n=24) vastanneista ei osannut sanoa, oliko heidän psyykkistä jaksamistaan huomioitu hoidon eri vaiheissa tarpeeksi. Kolmannes (29,2 %) kertoi huomioimisen olleen riittävää. Tasan puolet (50,0 %, n=22) vastaajista ei saanut riittävästi tukea hengellisiin asioihin ja vain 4,5 % koki saaneensa hengellistä tukea. Tulos on huolestuttava, koska ikääntyessä monen ihmisen halu ja kiinnostus hengellisyyteen lisääntyy. Omaishoitajat kokivat olevansa tärkeitä ja tasavertaisia yhteistyökumppaneita asioidessaan palveluneuvojan kanssa. He kokivat myös, että heidän avun ja tuen tarpeisiinsa suhtauduttiin vakavasti. Enemmistön (71,0 %, n=31) mielestä yhteistyö palveluneuvojan kanssa oli ollut sujuvaa.

Palveluneuvojan ammattitaitoa pidettiin kaikin puolin hyvänä, laadukkaana ja tavoitteellisena. Enemmistö (74,2 % -83,3 %, n=28–31) vastaajista piti palveluneuvojaa luotettavana, kannustavana, asiallisena, empaattisena sekä helposti lähestyttävänä. Lisäksi palveluneuvojan koettiin kykenevän ennakoimaan ongelmatilanteita (51,7 %, n=29) ja häntä pidettiin yhteistyökykyisenä (66,7 %, n=30) muiden hoitotahojen kanssa toimissaan. Joensuun seudulla toteutettu Viehka -projekti (2006–2008) osoitti että palveluneuvonta tukee itsetuntoa ja jaksamista omaisen tekemässä hoitotyössä. Projekti osoitti myös että omaisten kuunteleminen on heille erittäin tärkeää.

6.5 Toiveet, palautteet ja kehittämiskohteet

Tutkimuksen lopussa olevat kysymykset 23 ja 24 olivat avoimia kysymyksiä. Niiden avulla pyydettiin vastaajilta palautetta, toiveita sekä ehdotuksia palveluiden kehittämiseksi. Analysointivaiheessa havaittiin, että erityisesti näihin kysymyksiin ei saatu paljon vastauksia. Osa vastaajista antoi palautetta koskien omaishoitajan muita yhteistyötahoja. Kohderyhmän korkea keski-ikä saattoi vaikuttaa heikentävästi heidän jaksamiseensa vastaamisessa.

Vastaajat kertoivat saaneensa muistisairaiden palveluneuvojalta suurta, kannustavaa ja tärkeää apua, jota ilman eivät olisi tulleet toimeen. Omaishoitajat pitivät tärkeänä mahdollisuutta henkilökohtaisiin keskusteluihin ja yhteydenottoihin tarvittaessa palveluneuvojan kanssa. Vastaajat sanoivat saaneensa tärkeitä neuvoja ja tietoja, jota ilman eivät olisi kyenneet selviytymään uudessa elämäntilanteessa. Erityisen tärkeäksi neuvonta ja tukeminen olivat muodostuneet omaishoidon alkuvaiheessa. Suomalais-virolaisessa yhteistyössä tehdyssä kartoituksessa (2012) havaittiin, että tukimuodot eivät vastanneet omaishoitajien tarpeita, koska niiden hakeminen oli vaikeaa byrokraattisten prosessien vuoksi. Tutkimus osoitti myös että moni koki ongelmaksi juuri ne tilanteet, joissa ei tiennyt kehen olisi voinut ottaa yhteyttä apua tarvitessaan. Tällainen tilanne tulee usein omaishoitajuuden alkuvaiheessa. Edellä mainittujen positiivisten kokemusten lisäksi omaishoitajat kirjoittivat seuraavanlaisia vapaamuotoisia vastauksia:

Pelkästään apu kela-asioissa on jo helpottavaa.

Omainen saa olla välillä omainen.

Vahvistaa omaa jaksamista kun saa tukea ammattilaiselta.

Pelottavaa, mutta auttava ja tulevaisuuteen uskova.

Erittäin tärkeä olemassa.

Palveluneuvoja apu on ollut suurimerkityksellistä minulle tuntemattoman sairauden iskiessä.

Palveluneuvoja kartoitti kotona pärjäämistä.

Erittäin merkittävä, omainen on tilanteessa yksin ja avuton.

Aikaa palaa turhaan ilman apua ja neuvoja.

Tärkeintä oli että otettiin huomioon minun jaksamiseni.

Olen saanut tukea tilanteessa, jossa koen olevani yksin ja vastuussa.

En olisi selvinnyt ilman heidän apuansa.

Ystävällisyys on iso asia jolle annan arvoa kun tuntee että kaikki on romahtanut.

Jatkuvuus on tärkeää.

Näitä kysymyksiä on mahdoton soveltaa meidän tilanteeseen.

Vuosittainen yhteydenpito tuntuu mukavalta.

Kiitos ensiyhteydenotosta.

Joidenkin vastaajien palautteet olivat negatiivisia. Heidän kokemuksensa oli, etteivät he ole saaneet lainkaan palvelua tai neuvoa muistisairaiden palveluneuvojalta. Eräs vastaaja kertoi, ettei ollut saanut tukea omaan jaksamiseen tekemässään hoitotyössä sekä hyväksyntää läheisensä sairaudessa.

Toiveena omaishoitajilla oli tuen saaminen jatkossakin muistisairaiden palveluneuvojalta. Hänen toivottaisiin soittavan aika-ajoin asiakkailleen tiedustelemalla perheen kuumisia ja vointia. Lomakkeisiin oli esitetty muun muassa seuraavanlaisia toiveita:

Olisi mukavaa jos meille omaishoitajille kerrottaisiin Kelan vertaisohjelmista ja olisiko mahdollista päästä hoidettavan kanssa.

Toiveeni on 8 tuntia vapaata 3 kertaa kuussa.

Mahdollisista vertaistukiryhmistä kuuleminen olisi hieno asia.

Enemmän kotikäyntejä.

Kotiapu? Käy pesemässä ja saan 2 h viikossa vapaata, se on vähän.

Kehittämistoiveina esitettiin palveluneuvojan työn kehittämistä niin, että muistisairaat kykenisivät asumaan kotona pidempään palveluneuvojan tarjoamalla avulla ja tuella. Vastaajat toivoivat myös apua lääkäriissäkäynteihin, koska niihin pääsy oli vaikeaa. Lisäksi tutkimuksessa saatiin seuraavanlaisia kehittämissuhteita:

Tiheämmillä käynneillä huomataan helpommin muutokset voinnissa jolloin pystytään ennakoimaan hoitotoimenpiteitä.

Lisää harrastus ja kerhotoimintaa.

Lisää resursseja työhön.

Palveluneuvojan käynnit liian harvoin.

Kenttätöihin lisää väkeä; vähimmäisaika kotikäynnillä ½ tuntia.

Kiire tuntuu työn laadussa vaikka olisi kuinka pätevä.

7 POHDINTA TUTKIMUKSEN POHJALTA

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta on arvioitu viidestä eri näkökulmasta, jotka ovat kohderyhmä, tutkimusmenetelmä, kyselylomake, tulokset sekä tuloksiin vaikuttavat tekijät. Työn eettisyyteen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu suoritettiin myös viittä eri näkökulmaa käyttäen, näitä olivat luvat, vastuuntunto, yhteiskunta, luottamuksellisuus ja anonyymius.

Tutkimusmenetelmän valintaan ja sen sopivuuteen vaikutti työn eettisyyden huomioonottaminen. Tällä haluttiin varmistaa kyselytutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tuntemattomana pysyminen, mikä oli erittäin tärkeää. Työn toteutuksen lähtökohtana oli, että opinnäytetyöstä ei voi tunnistaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden henkilöllisyyttä. Tämän vuoksi tutkimuksen toteutustavaksi valittiin nimetön kysely, jossa käytettiin ainoastaan lomakkeiden juoksevaa numerointia. Ainoa lomakkeiden mahdollinen identifiointi työn aikana oli se, että kyselylomakkeet palautuivat joko Riihimäen kaupungin tai Lopen kunnan omissa kirjekuorissa. Lomakkeet käsiteltiin luottamuksellisesti ja täysin puolueettomasti. Koska toinen tämän tutkimuksen tekijöistä tekee työkseen palveluneuvojan työtä alueella, jolla kyselytutkimus suoritettiin, hän ei osallistunut lainkaan palautuneiden lomakkeiden käsittelyyn tai vastausten purkuun. Koska otanta oli pieni ja kyselylomake sisälsi avoimia kysymyksiä, joiden perusteella henkilöitä olisi voitu tunnistaa, haluttiin näiden omaisten kanssa työskentelevä tutkimuksen tekijä jättää pois tulosten käsittelyvaiheesta. Tutkimuksen tekijät halusivat tällä toimenpiteellä pois sulkea vastaajien tunnistettavuuden ja mahdollistaa puolueettoman tulosten käsittelyn.

Tutkimuksen eettisyydestä kertoo myös se, että tutkimusluvut haettiin tutkimusprosessin periaatteita noudattaen Riihimäen kaupungilta ja Lopen kunnalta. Tutkimuslupahakemuksessa mainittiin tutkimuksessa syntyvän aineiston säilyttämisestä ilman tunnistetietoja ja sen suojaamisesta asianmukaisella tavalla. Lupahakemuksessa kerrottiin myös, että tutkimusaineistoa käytetään vain tutkimustarkoitukseen. Kyselylomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjelmässä todettiin kyselyyn vastaamisen olevan täysin vapaaehtoista, että kyselylomakkeet tulisivat ainoastaan tutkimuksen tekijöiden käyttöön ja että kyselylomakkeet hävitettäisiin asianmukaisesti heti aineiston käsittelyn jälkeen. Tämän ristiriitaisen informaation olisi voinut estää muotoilemalla saatekirjeen hieman eri tavalla.

Omaisille osoitetun saatekirjeen olisi pitänyt sisältää tieto aineiston säilyttämisestä työn toimeksiantajalla.

Työn vastuullisuus tulee esille tutkijoiden rehellisyydessä, inhimillisyydessä ja vastuuntunnossa. Työssä haluttiin säilyttää tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden ihmisarvo ja sen kunnioitus sekä koko työn aikainen rehellisyys joka huomioitiin työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää valtakunnallisesti koska tutkimuksen kohderyhmä on suhteellisen pieni (99). Valtakunnallisesti katsottuna muistisairaiden palveluneuvojan toiminta on suppeaa. Tähän vaikuttaa muun muassa se, että toiminta ei ole kunnille lakisääteinen velvoite. Vaikka tutkimustulokset kertovatkin vain Riihimäen kaupungin ja Lopen kunnan alueen tilanteesta, voidaan niiden avulla kehittää palveluneuvojan työtä tällä alueella sekä suunnitella mahdollisia tulevia kehittämistarpeita myös muualla Suomessa.

Työn luotettavuuden tarkastelussa haluttiin selvittää valitun menetelmän sopivuutta kyseiseen tutkimukseen. Tässä tarkastelussa nousi esille muun muassa toteutuksen onnistuminen. Työssä toteutetulle kyselylle varattu aika osoittautui liian vähäiseksi. Kyselylomakkeen suunnittelu oli hidasta koska, työstäminen tapahtui usean eri tahon kanssa. Kyselylomakkeen kysymysten asettelu oli haastavaa, sillä kysymykset haluttiin saada mahdollisimman yksinkertaiseen ja ymmärrettävään muotoon. Kyselyn toteutuessa havaittiin että kysymykset olivat olleet liian pitkiä ja monivalintakysymysten vaihtoehtoja oli selvästi liikaa. Kysymysten rakenne oli myös aiheuttanut epäselvyyttä joka ilmeni vastaustekniikoissa. Kyselyn toteutumisen luotettavuuteen vaikutti mittarin pituus, joka osoittautui liian pitkäksi. Saatekirjelmässä mainittu ja arvioitu vastausaika (10–15 minuuttia) tuntui jälkikäteen arvioituna liian lyhyeltä ajalta. Kysymysten epäselvä ja pitkä rakenne saattoi aiheuttaa väsymistä ja keskittymiskyvyn heikkenemistä vastauksilanteessa. Tämä näkyi kysymyskohtaisten vastausprosenttien heikentymisenä ja osittaisina vastauksina. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta että mittari oli liian pitkä kohderyhmä huomioon ottaen.

Kyselytutkimukselle ei haluttu uusintakyselyä, koska se ei ollut mahdollista tutkimuksen aikataulullisista syistä. Lisäksi kyselyllä suoritettiin esitestaus kolmella henkilöllä, joka antoi viitteitä siitä että lomake on toimiva kokonaisuus. Kyselyn täyttämiseen ja sen palauttamiseen oli varattu aikaa kaksi viikkoa, koska kysely haluttiin toteuttaa hy-

vissä ajoin ennen joulua. Vastausprosentiksi saatiin 40,4 %, joka täytti tutkijoiden ennakko-odotukset. Kyselyn toteuttaminen kasvotusten tehtävänä haastatteluna ei välttämättä olisi vastannut tutkijoiden odotuksia. Vastausten luonne olisi saattanut muuttua koska haastattelutilanne olisi saattanut aiheuttaa pelkoa vastaajassa hänen omien palveluiden käyttöön ja saamiseen liittyen. Haastatteluna tehty kysely olisi vaatinut myös enemmän aikaa ja muita resursseja tutkimuksen tekijöiltä. Haastattelutilanteen järjestämisessä olisi pitänyt ottaa huomioon kohderyhmän korkea ikä ja sen aiheuttamat vaikeudet kuten liikkuminen. Lisävaikeudeksi olisi muodostunut omaishoitajan työn sitovuus, joka olisi vaikeuttanut haastattelutilanteen vaatiman ajan löytämistä. Tässä tapauksessa kohderyhmää olisi myös jouduttu rajaamaan, joka olisi heikentänyt koko tutkimuksen ja sen tulosten luonnetta. Haastattelututkimusta pidetään yleensä 75–84 ja 83–92-vuotiaiden ikäryhmissä kyselytutkimusta luotettavampana tiedonkeruumenetelmänä, mutta alle 75-vuotiailla ei ole todettu merkittäviä eroja kysely- ja haastattelututkimusten luotettavuuden ja toteutettavuuden välillä. (Heikkinen 2003, 14–23.)

Kyselytutkimuksen toteutus kyselylomakkeella todettiin kuitenkin toimivaksi menetelmäksi, koska se on kustannustehokkaampi otettaessa huomioon tutkimukseen käytettävissä oleva aika ja kohderyhmän laajuus. Kustannustehokkuutta lisäsi se, että tulosten käsittely ja analysointi voitiin tehdä tilastomatematiikan ohjelmalla, josta oli mahdollisuus saada kahden viikon ilmainen testiversio. Kyselylomakkeella tehtävien tutkimusten kustannukset ovat usein etukäteen arvioitavissa ja yleensä käytettävissä on valmis tulosten analysointitapa. Survey-kyselytutkimus on myös keskeinen menetelmä ikääntyvillä ihmisillä teetettävissä tutkimuksissa. Kyselytutkimustapa mahdollistaa lomakkeen lähettämisen kotiin, jolloin vastaajan toiminta on vapaata. Vastaaminen tapahtuu näin ollen oman jaksamisen mukaan ja vastaajalla on mahdollisuus jaksottaa vastaamista useammalle päivälle. Tämä toteutustapa mahdollistaa myös tutkijan etäällä olon sekä tutkijan ja vastaajan välisen vuorovaikutuksen minimoimisen. Kaiken kaikkiaan menetelmä toteutui suunnitelmien ja odotusten mukaan. Kysely vastasi odotuksia vaikka aikaa kyselyn teettämiseen meni arvioitua enemmän.

Tutkimuksen tuloksiin vaikuttavina tekijöinä voidaan mainita muun muassa kohderyhmä ja saatekirje. Kohderyhmän otoskoko oli edustava koko tutkimuksen kattavalle alueelle. Näin ollen tulokset edustavat Riihimäen kaupungin ja Lopen kunnan alueen muistisairaiden omaisia, jotka ovat tai ovat olleet palveluneuvonnan asiakkaita. Tutkimuk-

sessä ei ole otettu huomioon sitä, että kyselyyn osallistuneiden muistisairaiden omaiset saattavat itsekin olla korkean ikänsä vuoksi huonomuistisia. Iäkkäillä henkilöillä saattaa olla heikentynyt näkö, kuulo ja kirjoituskyky joka saattaa vaikuttaa kyselytutkimuksen tuloksiin. Tulosten analysointivaiheessa huomattiin, että vastaajat olivat sekoittaneet keskenään eri sosiaali- ja terveyspalvelut. He olivat kommentissaan antaneet palautetta muun muassa vammaispalvelusta liittyen kuljetuspalvelutuen päätöksien viivästymiseen, jopa usealla vuodella ja omaishoidon tukeen sekä kotipalvelun työntekijöiden ajankäytön vähäisyyteen asiakaskäynneillään. Iäkkäimmillä vastaajilla oli myös vaikeuksia hahmottaa esimerkiksi asiakkuuden alkamisen ajankohta. Muun muassa näistä syistä tulosten käsittely ja tulkinta oli haasteellista.

Saatekirjeessä oli mainittu asianmukaisesti tutkijoiden yhteystiedot. Toinen tämän tutkimuksen tekijöistä on palveluneuvojana alueella jolla kyselytutkimus suoritettiin. Koska hänen henkilöllisyytensä kävi ilmi saatekirjeestä, se saattoi vaikuttaa vastaajien vastauskäyttäytymiseen. Muistisairaiden palveluneuvonnan asiakkaana olevat omaiset saattoivat kokea vastaamisen kiusallisena. Heille saattoi muodostua pelko siitä, että heidän antamansa vastaukset vaikuttaisivat negatiivisesti heidän ja palveluneuvojan välisiin kanssakäymisiin ja sitä kautta saataviin palveluihin. Tästä näkökulmasta katsottuna vastaajat saattoivat kaunistella kysytyjä asioita ja jättää totuuden osittain kertomatta. Vastaajilta saattoi puuttua uskallusta kertoa kokemistaan epäkohdista ja palveluneuvojan työn kehittämisestä asiakaslähtoisemmäksi.

Kohderyhmästä valtaosa oli naisia ja koko otannan keski-ikä oli varsin korkea. Tähän tutkimukseen osallistuneista henkilöistä vajaa viidesosa oli työelämässä mukana. Vaikka muistisairaudet yhdistetään yleensä ikääntyneisiin ihmisiin, sairastunut henkilö voi olla iältään myös keski-ikäinen tai jopa nuori. Tästä syystä myös omaishoitaja saattaa olla elämäntilanteessa, jossa omaishoitajaksi ryhtyminen ei ole itsestään selvää. Useimmin omaishoitajuus perustuu parisuhteeseen tai sukulaisuuteen. Tässä kyselytutkimuksessa kävi ilmi, että hoitosuhteiden taustalla ei ollut ystävyys- tai naapurisuhdetta.

Omaishoitajuudesta muodostuu usein pitkäkestoinen elämäntilanne, joka rasittaa tutkimuksen mukaan enemmän naisia. Pitkän hoitosuhteen aikana myös omaishoitajan oma fyysinen ja psyykinen terveydentila alenee. Tutkimus osoitti että useimmissa tapauksissa laissa määritellyt kriteerit omaishoidosta eivät täyttyneet. Useimmiten esimerkiksi

omaishoidon sopimusta ei kaikkien kanssa oltu tehty (Laki omaishoidontuesta 2005/937.) Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että omaishoitajat eivät itse kokeneet terveydentilansa alenemista siinä määrin, että se olisi heitä rasittanut. Tutkimus paljasti myös, että psyykkisen tuen saamista ei ollut riittävästi. Iäkäs omaishoitaja ei välttämättä ole paras henkilö arvioimaan näitä tilanteita, sillä omasta ikääntymisestä ja omaishoitajuudesta johtuvia vaikutuksia omaan terveyteen ja psyykkeeseen voi olla vaikea tunnistaa.

Omainen on sidoksissa kotiinsa ja hoidettavaan tiiviisti, jolloin hänen omat harrastukset ja ystävyysuhteet helposti vähenevät. Tämän tutkimuksen mukaan liki puolet vastaajista piti omaishoitoa henkisesti rasittavana, mutta tämän ei kerrottu aiheutuvan hoitotyön sitovuus ja vastuuasioista vaan läheisen ihmisen hoitamisesta. Myös Siira (2006) havaitsi omassa tutkielmassaan omaishoitotyön henkisen rasittavuuden merkittäväksi. Hänen mukaansa lähes puolet oli kokenut läheisen ihmisen kotihoidon henkisesti raskaana. Omaishoitajaksi ryhtyvät myös miehet, jotka saattavat kuitenkin kokea omaishoitajuuden paljonkin raskaammaksi kuin naiset. Tämä saattaa johtua muun muassa siitä että miehille arkirutiinien hoitaminen ei ole itsestään selvää. Tämän tutkimuksen mukaan miehet kokivat erittäin paljon henkistä rasittuvuutta. Palveluneuvojan laadukkaaseen työhön kuuluu asiakkaiden kokonaisvaltainen huomioiminen. Sekä hoitajan että hoidettavan hyvinvointi ovat tärkeitä, Laadukkaat dementia palvelut – Opas kunnille (2008) korostaa, että myös muistisairautta sairastavan ihmisen tulisi voida kokea omat voimavaransa riittäviksi sekä selviytyvänsä arjen tilanteissa.

Asiakas tulisi kohdata kokonaisvaltaisesti ja tasavertaisena yhteistyökumppanina. Asiakasta koskevissa virallisissa palveluiden saamista koskevissa ohjeissa on todettu että asiakkaan yhteydenottoihin täytyy vastata tietyissä aikarameissa. Tämä aikaraja on seitsemän vuorokautta. Tässä tutkimuksessa kartoitetun palvelun viiveen todettiin ylittyneen joka viidennessä tapauksessa.

Ihmisen halu ja kiinnostus hengellisyyteen lisääntyy ikääntyessä. Tämän tutkimuksen mukaan vain 4,5 % koki saaneensa hengellistä tukea palveluneuvojalta. Tasan puolet vastaajista koki saaneensa liian vähän hengellistä tukea. Koska hengellisyys on käsitteenä laaja, ei voida täysin sulkea pois sitä mahdollisuutta, ettei ilman hengellistä tukea jäänyt vastaaja olisi kuitenkin saanut jonkinlaista hengellistä tukea. Hengellisyys voidaan kokea hyvinkin erilaisina asioina eri elämäntilanteissa. Yksinkertaisimmillaan

hengellisyys voidaan kokea esimerkiksi läsnäolona ja kuunteluna, kun taas toisaalta se voi jollekin merkitä esimerkiksi virsien laulamista ja yhdessä rukoilemista. Kirkon vanhustyön strategia (2008) linjaa toiminnallisten painopisteiden tarkistamista. Näitä ovat muun muassa laadun kehittäminen, yhteistoiminnan ja verkostotyön tehostaminen nimenaan yhteistyöverkostoissa sekä lähi-, seutu- ja alueellinen yhteistyö. Sosiaalialan työntekijän mahdollisuudet rajoittuvat ammattitaitoon koulutuksen puuttuessa sekä työnkuvan toteuttamiseen, koska hengellisten asioiden puhumisesta asiakastilanteissa on tehty tabu.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella palveluneuvojan ammattitaitoa pidettiin kaikin puolin hyvänä ja laadukkaana. Palveluneuvojan kerrottiin olevan empaattinen, kannustava ja luotettava. Lisäksi hänen toimintaansa kuvattiin helposti lähestyttäväksi, asialliseksi ja tavoitteelliseksi. Enemmistö vastanneista kertoi palveluiden olleen jokseenkin tai täysin riittäviä. Yli puolet koki palveluneuvojan tekemät kotikäynnit tilanteiksi joiden aikana voitiin ratkaista ongelmia. Kotikäyntien kerrottiin vastaavan odotuksia, mutta silti käyntejä toivottiin lisää. Palveluneuvojan työssä näkynyt kiire ei tuntunut omaishoitajista mukavalta ja palautteessa näkyi myös neuvontakäyntien lyhytkestoisuus. Omaisten toiveista kävi ilmi, että he kaipasivat palveluneuvojan satunnaisia yhteydenottoja. Satunnaisiksi yhteydenotoiksi kuvailtiin esimerkiksi puhelimitse tapahtuvat omaishoitoperheiden kuulumisten tiedustelut. Omaishoitajat mainitsivat, että yhteyttä voisi pitää myös spontaanisti, ilman ennalta sovittuja aikoja. Osa palautteesta oli negatiivista ja vastaajat kertoivat, etteivät olleet lainkaan saaneet palvelua tai neuvoa palveluneuvojalta. Palautteessa näkyi myös tyytymättömyys palveluneuvojan suhtautumiseen omaishoitajaan ja hänen tekemään työhön.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUKSEN POHJALTA

8.1 Tutkimuksen arviointi ja jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksen tulokset helpottavat palveluneuvonnan konkreettista kehittämistä. Tutkimus antaa viitteitä siitä, mitä asioita tulisi kehittää ja mitkä palveluneuvonnan osa-alueet toimivat tällä hetkellä hyvin. Asiakaspalautteiden kerääminen säännöllisesti kehittää organisaatiota, jos saatu palaute osataan hyödyntää työyhteisön voimavarana. Joskus saatu palaute voi olla hyvinkin pieni tiedonjyvä, mutta sen hyödyntäminen palveluneuvojan päivittäisissä työrutiineissa voi auttaa saavuttamaan suurempia tavoitekokonaisuuksia. Tämän tutkimuksen kaltaisilla menetelmillä voidaan saavuttaa Riihimäen seudun dementiatyön strategiassa vuosille 2008–2015 korostettuja tavoitteita ja päämääriä.

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että palveluneuvojan ammattitaito on arvostettua ja kotikäyntityö on pääsääntöisesti tyydyttävää ja odotettua. Tulosten tarkastelu toi esille mahdollisia jatkotutkimusaiheita liittyen muistisairaiden palveluneuvontaan Riihimäen seudulla. Omaishoidon sitovuus herätti tämän työn tutkijoissa kysymyksen omaishoitajien yksinäisyydestä. Vaikka omaishoitajat kertoivat, että heillä oli ystävyyssuhteita ja jaksamista tehdä haluamiaan asioita, he kokivat silti yksinäisyyttä. Jatkossa yksinäisyyden kokemista voitaisiin kartoittaa ja tätä kautta saada asiakkaiden toiveita ja kehitysideoita siitä, miten sitä voitaisiin ennaltaehkäistä. Toisena isona kokonaisuutena ilmeni hengellisen tuen saaminen, joka ei suurimmalle osalle riittänyt. Tätä asiaa voitaisiin kehittää tutkimalla olemassa olevia yhteistyömahdollisuuksia palveluneuvojan ja diakoniatyöntekijän välillä. Jatkossa voitaisiin kartoittaa, miten hengellisen tuen saamista voitaisiin syventää ja miten seurakunta ja kunnan sosiaalityö voisivat tehdä yhteistyötä.

8.2 Palveluneuvojan työn kehittämisehdotuksia

Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä pyydettiin omaishoitajia kertomaan omia toiveita ja kehittämisideoita, joilla palveluneuvonnan toimintaa voitaisiin kehittää. Omaiset kertoivat kaipaavansa arjen virkistävää toimintaa. Näiksi toiminnoiksi he mai-

nitsivat muun muassa vertaisryhmät, joissa heillä olisi mahdollisuus saada omaishoita-juuteen liittyvää ajankohtaista tietoa sekä harrastus- ja kerhotoiminnan. Suomalaisvirolaisessa yhteistyössä tehty kartoitus (2012) omaishoitajien elämäntilanteesta ja henkisestä sekä fyysisestä hyvinvoinnista osoitti että, omaishoitajien mahdollisuus omaan virkistytymiseen koettiin tärkeäksi. Tässä tutkimuksessa omaishoitajien vastauksista nousi esille myös toive tilanteesta, jossa omainen voisi olla vain omainen eikä hoitaja.

Omaishoitajien toiveiden toteuttamiseen ei riitä pelkästään yhden palveluneuvojan resurssit. Näin ollen palveluneuvojan työtä voisi lähteä kehittämään verkostoimalla toimintaa muiden seudun toimijoiden kanssa. Jotta omaisille voitaisiin mahdollistaa vertaisryhmätoimintaa, palveluneuvojan tulisi tehdä yhteistyötä esimerkiksi diakoniatyöntekijän tai vaikka Suomen punaisen ristin kanssa. Tällaisella yhteistyöllä voitaisiin hyödyntää eri tahojen vapaaehtoiset työntekijät. Vapaaehtoisten, kuten SPR:n ystäväpalvelun ystävien avulla voitaisiin mahdollistaa omaishoitajan pieni arkinen vapaa vaikka kampaajalla käymistä varten. Näin omaishoitaja voisi saada aikaa voimaannuttaa itseään sekä fyysisesti että henkisesti.

Lisäksi eri tahojen voimavarat yhteen liittämällä voitaisiin järjestää ryhmätoimintaa, jonka avulla omaishoitajat voisivat saada tietoa esimerkiksi Kelan uusista muuttuneista lääkekorvauksista tai vaikkapa terveellisen ruokavalion merkityksestä. Ryhmätoimintaa voisi järjestää siten, että palveluneuvoja sekä muut toimijat järjestäisivät yhteisiä tilaisuuksia ja ryhmiä joihin omaishoitajat voisivat osallistua oman kiinnostuksensa mukaan. Tilaisuuksia voisi järjestää siten, että omaishoitaja pystyisi osallistumaan toimintaan yhdessä hoidettavan kanssa tai vaikkapa välillä yksinkin. Tällaisella yhteistyöllä mahdollistettaisiin omaishoitajien arkeen vaihtelevaa toimintaa edes silloin tällöin. Eri-laiset tilaisuudet antaisivat omaishoitajille mahdollisuuden osallistua esimerkiksi hartaushetkiin tai vaikkapa jumppatuokioon ilman omaishoitajana olemisen vastuuta. Verkostoituminen voisi mahdollistaa tiedonkulun eri toimijoiden välillä. Tämä tarkoittaisi sitä että palveluneuvoja voisi informoida kotikäynnillä omaa asiakastaan jakamalla tulevista tapahtumista ennakkotietoa. Näin omaishoitaja voisi suunnitella hyvissä ajoin omaa arkeaan ja hyödyntää vaikka SPR:n ystäväpalvelun apua päästäkseen itseä kiinnostaviin tilaisuuksiin.

Evankelis-luterilaisen kirkon päästrategian (2007) mukaan kirkon toiminnan tulisi olla seurakuntalaisia palvelevaa sekä kirkon rakenteiden joustavuutta ja muuttumista edistävää yhteiskunnan muuttuessa yhä monimuotoisemmaksi. Kirkon tulisi mahdollistaa työntekijöidensä jalkautuminen sekä seurakuntalaisten että muiden yhteistyötahojen keskuuteen. Palveluneuvojan työlle tulisi myös luoda olosuhteet, jotka mahdollistaisivat toisaalta jopa rajoja rikkovan yhteistyön jota omaishoitajuus toisinaan tarvitsee. Eri organisaatioiden, kuten esimerkiksi terveydenhuollon ja sosiaalialan välinen kommunikointi ja työskentelytapa hidastavat usein toimintaa, joka edesauttaisi asiakasta hänen tarvitsemisissaan palveluissa. Usein myös vaitiolovelvollisuutta vaativat toimet aiheuttavat hankaluuksia asiakkaan palveluiden saannissa, siksi näitä toimia pitäisi voida yhdistää asiakkaan toiveesta hänen salliessaan. Palveluneuvojan työn kannalta tulisi pohtia sitä, missä menee hienotunteisuuden raja. Palveluneuvoja saattaa kohdata työssään tilanteen, jossa asiakas pyytää palveluneuvojalta yhteydenottoapua toiseen toimijaan. Tällaisessa tilanteessa palveluneuvojan tulisi kunnioittaa asiakkaan vakaumusta sekä arvojen erilaisuutta ja auttaa asiakasta hänen edun mukaisesti.

Kyselyyn vastanneiden omaishoitajien näkemys palveluneuvojan resursseista oli selkeä. Vastanneet toivoivat palveluneuvojan resursseja lisää, mikä mahdollistaisi säännölliset kotikäynnit koko asiakkuuden aikana. Vastauksista kävi ilmi, että kotikäyntien pituus oli monelle riittämätön ja palveluneuvojan kiire näkyi työn laadussa. Palveluneuvojan tekemät kotikäynnit koettiin erittäin tärkeiksi ja suurin osa kertoi kotikäyntien olleen oleellisessa osassa ongelmanratkaisutilanteissa. Tulevaisuudessa tulee lisätä palveluneuvojan kotikäyntejä, koska niiden aikana voidaan tehdä tehokkaasti ennaltaehkäisevää, perhettä kannustavaa ja tukevaa työtä.

Ihmisten ikääntyessä kotona asuvien määrä kasvaa ja asumisaika pidentyy. Tulevaisuudessa palveluiden kotiin viemisen merkitys kasvaa. Ikääntyneiden ihmisten on hankalaa saapua vastaanotolle heikon fyysisen jaksamisen tai huonojen kulkuyhteyksien vuoksi. Muistisairautta sairastavien tilanne ja muutostarpeet arvioitiin kyselytutkimuksella Riihimäen seudulla vuonna 2008. Tämän kartoituksen tuloksena seudulliseksi visioksi muodostui ”muistisairaana hyvä elämä Riihimäen seudulla”. Visioon on koottu tekijöitä, joiden avulla palveluneuvontaa voidaan parantaa. Näiksi tekijöiksi mainitaan muun muassa yksilöllinen joustava palveluneuvonta, tiedottaminen, riittävä henkilöstö, seuranta-järjestelmät ja dementiatyön osaaminen. Jotta kotikäynnit työmenetelmänä voitaisiin

säilyttää tehokkaina ja riittävinä, palveluneuvojan työnkuva tulisi määritellä uudelleen. Kartoituksen avulla saataisiin käsitys seudun todellisesta palveluntarpeesta. Tähän palveluntarpeeseen voitaisiin vastata riittävillä henkilöstöresursseilla. Yksilötasolla työntekijä voisi luoda vakiintuneita käytäntöjä kotikäynneille, jolloin mahdollistettaisiin niihin keskittyminen ja toimistossa tapahtuville vastaanotoille voitaisiin varata oma aikansa.

LÄHTEET

- Ala-Nikkola, Merja & Valokivi, Heli 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes raportteja 215. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Aro, Pia 2001. Omaishoitajan kokemuksia ohjauksesta ja ohjauksen tarpeesta. Tutkimus dementoitunutta läheistään hoitavista omaisista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -työ.
- Bitter, Saara; Hymylä, Marianne; Eve, Anne; Åstedt, Merja & Uronen, Riitta 2013. Muistisairaiden palveluneuvonta. Julkaisemattomassa teoksessa Saara Bitter, Marianne Hymylä, Anne Eve, Merja Åstedt & Riitta Uronen (toim.) Pitsi-hankkeen palveluohjaus-käsikirja. Riihimäen kaupunki.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Sormunen, Saila & Topo, Päivi 2008. Dementia on erityisky-symys. Teoksessa Saila Sormunen & Päivi Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eloranta, Hanna 2006. Asiakkuuden ja osallisuuden rakentuminen palveluohjauksessa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu -työ.
- Gothoni, Raili 1991. Omaiset – Loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 1991:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Heikkinen, Eino 2003. Tutkimuskohde, tutkimusmenetelmät, teorianmuodostus. Teoksessa Eino Heikkinen, Taina Rantanen & Arpo Aromaa (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Tervonen, Sari (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementia-työn palapeli. Helsinki: Edita Publishing Oy.

- Heimonen, Sirkkaliisa; Topo, Päivi & Voutilainen, Päivi 2008. Laadukkaiden dementiapalveluiden pääperiaatteet. Teoksessa Saila Sormunen & Päivi Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helminen, Pirjo & Karisto, Antti 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Eija Noppari & Paula Koistinen (toim.) Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. 13–14, osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holloway, Margareth & Moss, Bernard 2010. Spirituality and Social Work. Reshaping Social Work. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hänninen, Kaija 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: Stakes.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto.
- Invalidiliitto 2005. Lausunto 22.8.2005. Hallituksen esitykseen eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta. Viitattu 2.12.2012.
www.invalidiliitto.fi/viestinta_lausunto_220805.html.
- Jeppsson-Grassman, Eva 2003. En bok om anhörigskap. Teoksessa Eva Jeppsson-Grassman (toim.) Anhörigskapets utrycksformer. Lund: Studentlitteratur.
- Järnstedt, Pia; Kaivolainen, Merja; Laakso, Taina & Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omainen hoitajana. Helsinki: Kirjapaja.
- Järnstedt, Pia 2012. Omaishoiva on ainutlaatuista. Lähellä-lehti 21 (1), 6–7.

- Kaivolainen, Merja; Kotiranta, Tuija; Mäkinen, Erkki; Purhonen, Merja & Salanko-Vuorela, Merja (toim.) 2011. Omaishoito. Tietoa ja tukea yhteistyöhön. Helsinki: Duodecim.
- Kananoja, Aulikki; Lähteinen, Martti; Marjamäki, Pirjo; Laiho, Kristiina; Sarvimäki, Pirjo; Karjalainen, Pekka & Seppänen, Marjaana 2007. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.
- Karjalainen, Timo 2004. Ammattihoito vai omaishoito? Yhteiskuntapolitiikka; 69 (5), 546–553.
- Kestilä, Marjut & Ylilahti, Marita 2003. Dementoituneen palveluketju Keminmaan kunnan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -työ.
- Kinnunen, Petri 1998. Hyvinvointiruletti – Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsenytymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis 20.
- Kirkon vanhustyön strategia 2015. Monikasvoinen kirkko 2008. Suomen evankelisluterilainen kirkko vuonna 2004–2007. Kirkon tutkimuskeskuksen julkaisuja 103 Tampere: Kirkon tutkimuskeskus.
- Kivikoski, Tuija 2012. Vakaumuksen merkitys muistisairaana ihmisen elämässä. Memo 4 (2), 15–17.
- Koistinen, Katja 2009. Omaishoitajien jaksamisen tukeminen palveluohjauksen, vertais-tuen, sijaistoimintayhteistyön ja verkostoitumisen avulla. ”Viehkä 2006–2008”. Loppuraportti. Joensuun omaishoitajat ja Läheiset ry.
- Koskela-Leinonen, Annu & Tuhkanen, Pia 2009. Muistisairaana omaisten toiveet ja sosiaalisen tuen tarpeet Kainuun maakunta-kuntayhtymän muistineuvoloissa. Savonia ammattikorkeakoulu. Iisalmen yksikkö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

- Kumpusalo, Eino 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 8/1991. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Laki omaishoidon tuesta 2005/937. 2.12.2005. Viitattu 22.12.2012. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937
- Lehto, Markku 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Leivo, Mervi; Tamminen, Anna & Vanhanen, Nyky 2008. Kun muistisairaus asettuu taloksi. Teoksessa Tuuli Hirvilampi & Markku Laatu (toim.) Toinen vääräkirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Meidän kirkko - Osallisuuden yhteisö 2007. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon strategiaa vuoteen 2015 laatineen työryhmän mietintö. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon keskushallinto. Sarja C 2007:10.
- Metso, Iris & Mäkelä, Tina 2001. Omaishoitajuuden päättymiseen ja iäkkään hoidettavan laitossijoitukseen yhteydessä olevat tekijät. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteidenlaitos. Pro gradu -työ.
- Onneksi on omaishoitaja. Tiedä, taida, selviydyt. Palveluopas 2012–2013. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry.
- Pietiläinen, Erja & Seppälä, Heikki 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Raivio, Minna; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Saarenheimo, Marja; Laakkonen, Marja-Liisa; Pietilä, Minna & Pitkälä Kaisu 2007. Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista - valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille. Teoksessa Ulla Eloniemi-Sulkava, Marja Saarenheimo, Marja-Liisa Laakkonen, Minna Pietilä, Niina Savikko & Kaisu Pitkälä (toim.) Omaishoito yhteistyönä – iäkkäiden dementiaper-

heiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Riihimäen seudun dementiatyön strategia vuosille 2008–2015. 2008. Riihimäen kaupunki. Viitattu 6.6.2012

www.riihimaki.fi/Tiedostot/g2upudown/Riihimäki/RmkPerusturva/RIDKE/Dementiatyön_strategia_2008-2015.pdf.

Rysti, Maria 2003. Palveluohjaus iäkkäiden asiakkaiden kotihoitotyössä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Pro gradu -työ.

Saarenheimo, Marja & Pietilä, Minna 2005. Johtopäätöksiä ja suosituksia. Teoksessa Marja Saarenheimo & Minna Pietilä (toim.) Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Sainio, Aarno 1998. Auttava vuorovaikutus. Teoksessa Kirsti Aalto, Martti Esko & Martti-Pekka Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja.

Salanko-Vuorela, Merja; Purhonen, Merja; Järnstedt, Pia & Korhonen, Annikki 2006. Selvitys omaishoidon tilanteesta 2006 - "Hoitaahan ne joka tapauksessa". Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry.

Sariola, Yrjö 2011. Ehjäksi hoida. Hämeenlinna: Päivä Osakeyhtiö.

Seudullinen vanhustenhuollon strategia vuoteen 2015. Riihimäen kaupunki. Viitattu 2.1.2013.

<http://www.riihimaki.fi/Riihimaki/sosiaalipalvelut/vanhuspalvelut>.

Siira, Heidi 2006. Ikääntynyttä läheistään hoitavan omaishoitajan terveys, hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -työ.

- Sipiläinen, Ilkka 1996. Kansankirkon haasteet. Teoksessa Aila-Leena Matthies; Ulla Kotakari & Marianne Nylund (toim.) Välittävät verkostot. Jyväskylä: Vastapaino.
- Sormunen, Saira; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, Harriet; Petäjä-Leinonen, Anne & Andersson, Sirpa 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa asumisessa. Teoksessa Saira Sormunen & Päivi Topo (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaaliportti. Palveluohjaus 2010. Viitattu 28.12.2012. http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/palveluohjaus/mita_on_palveluohjaus/.
- Suominen, Sauli & Tuominen, Merja 2007. Palveluohjaus portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Picaset Oy, Profami Oy.
- Surakka, Jukka; Arola, Annikki; Ellilä, Heikki; Kokko, Anne; Leppik, Lauri; Rosengren, Åsa; Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 2012. Sufacare-Supporting Family Caregivers and Receivers. Omaishoitajien ja hoidettavien tukeminen koulutuksen, käytännön tukitoimien ja osallisuuden avulla Suomessa ja Virossa. Helsinki: Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola.
- Vaarama, Marja 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen elämänlaatu. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja; Voutilainen, Päivi & Manninen, Milla 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Viitakoski, Kaija 2001. Rinnalla kulki - vierellä koki: nimikko-hoitaja vaikeasti tai keskivaikeasti dementoituneen henkilön ja häntä hoitavan omaisen tukena. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Licensiaattityö.

- Viramo, Petteri 1994. Dementia perusterveydenhuollon ja omaisen näkökulma. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteenlaitos. Väitöskirja.
- Viramo, Petteri & Sulkava, Raimo 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Voutilainen, Päivi; Kauppinen, Sari & Huhtamäki-Kuoppala, Minna. 2008 Palvelujärjestelmä vastaamaan dementiaoireisten tarpeisiin. Teoksessa Saira Sormunen & Päivi Topo (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITE 1. KYSELYLOMAKE

Muistisairaiden palveluneuvojan työn arviointia Riihimäen kaupungin ja Lopen kunnan alueella

Valitkaa seuraavista vaihtoehdoista sopivin tai täydentäkää.

1. Mikä on sukupuolenne?

1. Nainen
2. Mies

2. Mikä on /oli suhteenne hoidettavaan?

1. Puoliso
2. Lapsi
3. Muu läheinen, mikä _____

3. Ikänne _____ vuotta**4. Mitä teette tällä hetkellä?**

1. Olen eläkkeellä
2. Olen työssä
3. Olen osa-aika työssä
4. Muu, mikä _____

5. Miten kauan olette hoitanut tähän mennessä omaistanne/läheistänne?

1. Alle 2 vuotta
2. 2-4 vuotta
3. 5-7 vuotta
4. yli 7 vuotta
5. Omahoitajuus on päättynyt

6. Jos omaishoitajuutenne on päättynyt, miten kauan hoiditte omaistanne/läheistänne?

1. Alle 2 vuotta
2. 2-4 vuotta
3. 5-7 vuotta
4. yli 7 vuotta

7. Lopetitteko työnne omaishoitajuuden vuoksi?

1. En
2. Kyllä, tilapäisesti
3. Kyllä, osittain
4. Kyllä, pysyvästi
5. Muu järjestely, mikä _____

8. Asutteko/asuitteko hoidettavanne kanssa samassa taloudessa?

1. Kyllä
2. En

9. Miten kauan omaisenne/läheisenne on ollut /oli muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaana?

10. Miten läheisenne hoitaminen on vaikuttanut omaan terveyteenne?

1. Ei ollenkaan
2. Vähän
3. En osaa sanoa
4. Melko paljon
5. Erittäin paljon

11. Kuinka paljon omaishoitotyön sitovuus ja vastuasiat rasittavat Teitä henkisesti?

1. Ei ollenkaan
2. Vähän
3. En osaa sanoa
4. Melko paljon
5. Erittäin paljon

12. Kuinka paljon teitä rasittaa / rasitti henkisesti, että hoidettava on läheinen ihminen?

1. Ei ollenkaan
2. Vähän
3. En osaa sanoa
4. Melko paljon
5. Erittäin paljon

13. Mistä saitte tiedon muistisairaiden palveluneuvonnasta?

1. Terveyskeskuksesta/lääkäriasemalta
 2. Sairaalasta/osastolta
 3. Kotisairaanhoidajalta
 4. Kotipalvelun työntekijältä
 5. Sosiaalityöntekijältä
 6. Yhdistyksestä
 7. Ystävältä/tutulta
 8. Puhelinluettelosta
 9. Sanomalehdestä
 10. Internetistä
 11. Muusta, mistä? _____
-

Seuraavassa on esitetty väittämiä. Valitkaa Teille sopivin vaihtoehto.

14. Millaiseksi koette tämänhetkisen elämänlaatunne?

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

1. Olen tyytyväinen elämääni	1	2	3	4	5
2. Suhtaudun toiveikkaasti tulevaisuuteeni	1	2	3	4	5
3. Minulla on tärkeitä ihmissuhteita	1	2	3	4	5
4. Minulla on mielekästä tekemistä päivittäin	1	2	3	4	5
5. Minulla on voimia tehdä haluamiani asioita	1	2	3	4	5
6. Tunnen itseni yksinäiseksi	1	2	3	4	5
7. Tunnen itseni väsyneeksi omaishoidon vuoksi	1	2	3	4	5
8. Elämälläni ei ole tarkoitusta	1	2	3	4	5
9. Muusta, mistä _____					

15. Mistä syystä otitte ensimmäisen kerran yhteyttä muistisairaiden palveluneuvontaan?

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

1. Halusin yleistietoa muistisairaudesta	1	2	3	4	5
2. Huomasin ensimmäisiä muistihäiriöitä läheiselläni	1	2	3	4	5
3. Diagnoosin varmistuttua läheiselleni	1	2	3	4	5
4. Kun muistisairauden oireet alkoivat selvästi häiritä arkea	1	2	3	4	5
5. Kun aloin olla uupunut hoitamiseen	1	2	3	4	5
6. Kun en enää tiennyt, mitä muuta voisi tehdä	1	2	3	4	5
7. Muusta syystä _____					

16. Kuinka pian yhteydenottonne jälkeen muistisairaiden palveluneuvoja oli teihin yhteydessä?

1. Lähes välittömästi
2. Samana tai seuraavana päivänä
3. Useamman päivän kuluttua
4. Yhden viikon kuluttua
5. Kahden viikon kuluttua
6. Muu, mikä _____

17. Millaisena olette kokenut muistisairaiden palveluneuvojalta saamanne palvelut?

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Palvelut ovat olleet riittäviä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Palvelut ovat olleet helposti saatavilla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Palvelut ovat joustavia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Palvelut ovat helpottaneet omaishoitoa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Työntekijä on tavoitettavissa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Palvelu on hyvin suunniteltua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Neuvonta-ajanvaraus on helppo tehdä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Vapaita neuvonta-aikoja on riittävästi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Aikaa on ollut riittävästi asioiden hoitoon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kotikäynnin aikana voimme ratkaista ongelmia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Yhteydenottoihin vastataan viipymättä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Kokemuksenne muistisairaiden palveluneuvojan tekemistä kotikäynneistä

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

1. Vastaavat/ vastasivat odotuksiani	1	2	3	4	5
2. Kotikäynnejä on/ oli riittävästi	1	2	3	4	5
3. Kotikäynnit auttavat/ auttoivat jaksamaan	1	2	3	4	5
4. Kotikäynnit ovat/ olivat tarpeettomia	1	2	3	4	5

19. Millaisia neuvoja ja ohjeita olette saaneet muistisairaiden palveluneuvojalta?

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

1. Sain ensitietoa (muistisairaudesta, muistisairauteen liittyvää muuta tietoa)	1	2	3	4	5
2. Sain tietoa muistisairauksiin liittyvistä luentotilaisuuksista ja tapahtumista	1	2	3	4	5
3. Sain tietoa oikeudellisista asioista mm. hoitotahto, edunvalvonta)	1	2	3	4	5
4. Sain tietoa hakemusten täyttämisestä	1	2	3	4	5
5. Sain tietoa tukipalveluista (mm. lyhytaikaishoito, kotihoito, päivätoiminta, ateriapalvelu)	1	2	3	4	5
6. Sain tietoa kuntoutusohjauksesta	1	2	3	4	5
7. Sain tietoa kunnallisista ja yksityisistä palveluista	1	2	3	4	5
8. Sain tietoa turvallisuustekijöistä (hälyttimet, turvapuhelin)	1	2	3	4	5
9. Sain tietoa apuvälineiden hankinnasta	1	2	3	4	5
10. Sain tietoa Kelan palveluista ja etuuksista	1	2	3	4	5
11. Sain tietoa oman arjen sujumiseen liittyvissä ongelmissa	1	2	3	4	5
12. Haluaisin/ olisin halunnut enemmän tietoa	1	2	3	4	5
13. Millaisista asioista haluaisitte/ olisitte halunneet enemmän tietoa?					

20. Miten palvelujenne tarvetta mielestänne kartoitettiin?

1. Ei lainkaan
2. Melko hyvin
3. En osaa sanoa
4. Riittävästi
5. Erittäin hyvin

21. Miten olette kokeneet muistisairaiden palveluneuvojan huomioineen Teidät omaishoitajana?

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Fyysistä jaksamistani huomioidaan/huomioitiin (miten jaksan tehdä esim. kotitöitä) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Psykkistä jaksamistani omaiseni hoidon eri vaiheissa huomioidaan/ huomioitiin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Saan/ sain tukea hengellisiin asioihin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Tekemääni omaisen hoitotyötä arvostetaan/arvostettiin | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Olen kokenut olevani/ olleeni tärkeä ja tasavertainen yhteistyökumppani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Minuun suhtaudutaan/ suhtauduttiin vakavasti tarvitessani apua ja tukea | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Yhteistyömme on/ oli sujuvaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Asioista sopiminen on/ oli selkeää | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

22. Miten olette kokeneet muistisairaiden palveluneuvojan ammattitaidon?

Vastausvaihtoehdot ovat:

1= Täysin eri mieltä, 2= Hieman eri mieltä, 3= En osaa sanoa, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Palveluneuvojan ammattitaito ollut hyvä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Palveluneuvoja on/ oli luotettava | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Palveluneuvoja on / oli helposti lähestyttävä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Palveluneuvoja on / oli kannustava | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Palveluneuvoja on / oli empaattinen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Palveluneuvoja on / oli asiallinen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Palveluneuvoja kykenee/kykeni ennakoimaan ongelmatilanteita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Palveluneuvoja on / oli yhteistyökykyinen muihin hoitotahoihin	1	2	3	4	5
9. Palveluneuvojan työ on/ oli laadukasta	1	2	3	4	5
10. Palveluneuvojan työ on/ oli tavoitteellista	1	2	3	4	5

23. Kertokaa omin sanoin millainen merkitys muistisairaiden palveluneuvonnalla on omaan elämäntilanteeseenne.

24. Toiveita tai/ja muuta palautetta. Millä tavalla toivoisitte muistisairaiden palveluneuvojan työtä kehitettävän?

Kiitos vastauksestanne!

9.11.2012

Arvoisa vastaanottaja

Olemme sosionomi (AMK) – diakonitutkintoa suorittavia aikuisopiskelijoita Järvenpään Diakonia Ammattikorkeakoulusta. Opintoissamme olemme edenneet opinnäytetyövaiheeseen. Opinnäytetyömme aihe on Muistisairaiden palveluneuvojan tuen merkitys omaiselle.

Opinnäytetyön avulla pyritään kehittämään Lopen kunnan ja Riihimäen kaupungin alueella tapahtuvaa muistisairaiden ja heidän omaistensa tukemiseen tarkoitettua työtä.

Tämä kyselylomake on lähetetty kaikille Lopella ja Riihimäellä asuville omaisille, jotka ovat olleet muistisairaiden palveluneuvojan asiakkaana. Tutkimusluvan olemme saaneet Lopen kunnan perusturvajohtaja Riitta Lehtiseltä sekä Riihimäen kaupungin vs. perusturvajohtaja Sari Aallolta. Kyselylomakkeita on lähetetty yhteensä 99 kappaletta.

Vastaaminen on Teille täysin vapaaehtoista. **Jokainen vastaus on kuitenkin tärkeä hoitajille suunnattujen palvelujen ja tukimuotojen kehittämisessä.** Kyselylomakkeen täyttäminen vie aikaa noin 10- 15 minuuttia. Kyselyyn voitte vastata vaikka hoitajuutenne olisi jo päättynyt. Toivomme, että täyttäisitte oheisen kyselylomakkeen ja postittaisitte sen oheisessa palautuskuoressa viimeistään 30.11.2012 mennessä. Palautuskuoren postimaksu on valmiiksi maksettu.

Palautetut nimettömät kyselylomakkeet tulevat ainoastaan allekirjoittaneiden käyttöön, mikä takaa yksityisyytenne. Käsittelemme aineiston ehdottoman luottamuksellisesti eikä opinnäytetyöstä ole mahdollista tunnistaa yksittäisen vastaajan henkilöllisyyttä tai muita tunnistetietoja. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti heti aineiston käsittelyn jälkeen.

Kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen eivät vaikuta Teidän saamiinne palveluihin nyt eikä tulevaisuudessa.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimuksesta kuntien puolesta lisätietoja antavat Lopen kunnan osalta vanhustenhuollon johtaja Sisko Haapanen, puh. 019 758 6150 ja Riihimäen kaupungin osalta johtava sosiaalityöntekijä Riitta Uronen, puh. 019 728 4432.

Hyvää syksyä toivottaen

Saara Bitter

Heidi Hyytinen
puh. 044 2136068

LIITE 3. TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

DIAKONIA- AMMATTIKORKEAKOULU
 DIAK/ETELÄ
 JÄRVENPÄÄ

Lopen kunta	
Saapumispäivä 6.8.2012	Diarinumero
Arkistointimerkintä	Käsittely

Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus:

Hakemus Lopen kunnan perusturvan koti- ja vanhuspalveluiden asiakkaita koskevien tietojen käyttöön opinnäytetyön tutkimuksessa. Tietoja kerätään muistisairaiden palveluneuvonnan piirissä olevilta omaishoitajilta. Kyselyllä pyritään selvittämään omaishoitajien kokemukset muistisairaiden palveluneuvonnasta.

1. Opinnäytetyön nimi:

Muistisairaiden palveluneuvonnan tuen merkitys omaishoitajien arjessa

2. Opinnäytetyön tekijät:

Saara Bitter ja Heidi Hyytinen
 Sosionomi – Diakonia opiskelijat
 Diakonia- Ammattikorkeakoulu Diak/Järvenpää

Työpaikkaohjaajana toimii vanhustenhuollon joht.sos.tt. Riitta Uronen

3. Opinnäytetyön tarkoitus ja ajoitus

Tutkimuksella haluamme tietoa siitä miten muistisairasta kotona hoitavat omaishoitajat ovat kokeneet muistisairaiden palveluneuvonnan tuen. Muistisairaiden palveluneuvonta on uusi toimintamuoto eikä asiaa ole Riihimäen seudulla aikaisemmin tutkittu.

Tietoa kerätään kyselylomakkeella, jonka opiskelijat laativat itse (hyväksytetään myöhemmin). Kysely tehdään n. sadalle tukiasiakkuudessa olevalle asiakkaalle Riihimäen ja Lopen alueella syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kysely lähetetään Lopen perusturvan kautta.

Vastaukset palautetaan tutkijoille, jotka analysoivat tulokset ja laativat raportin saadusta aineistosta. Tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietoja ja se suojataan asianmukaisella tavalla. Aineistoa käytetään vain tutkimustarkoitukseen.

Päiväys 01.08.2012

Saara Bitter

Saara Bitter
 Heidi Hyytisen valtuuttamana

Kaskipolku 4, 11120 Riihimäki

LIITE 4. RIIHIMÄEN KAUPUNGIN TUTKIMUSLUPA

RIIHIMÄEN KAUPUNKI
Perusturvakeskus

PÄÄTÖS

Nro 62/2012

Perusturvajohtaja

3.7.2012 rl

Tutkimuslupa/Saara Bitter ja Heidi Hyytinen

Järvenpään Diakonia oppilaitoksessa opiskelevat sosionomi-diakonia opiskelijat Saara Bitter ja Heidi Hyytinen pyytävät tutkimuslupaa. Tutkimuksen nimi on Muistisairaiden palveluneuvonnan tuen merkitys omaishoitajien arjessa. Tutkimustehtävällä halutaan tietoa siitä, miten muistisairasta kotona hoitavat omaishoitajat ovat kokeneet muistisairaiden palveluneuvonnan tuen. Tutkimus toteutetaan nimettömästi kyselylomakkeella noin sadalle tukiasiakkuudessa olevalle asiakkaalle Riihimäen ja lopen alueella.

Päätös:

Myönnän pyydetyn tutkimusluvan. **Liitteenä** on ohje tutkimusaineiston käsittelyä varten. Valmis tutkimustulos pyydetään toimittamaan Riihimäen kaupungin perusturvakeskuksen henkilöstöhallintosihteerin Riitta Lähtenmäelle.



Sari Aalto
vs.perusturvajohtaja

Täytäntöönpano

Saara Bitter ja Heidi Hyytinen
henkilöstöhallintosihteerit

Muutoksenhaku

oikaisuvaatimus

LIITE 5. LOPEN KUNNAN TUTKIMUSLUPA



PERUSTURVA

14.8.2012

Saara Bitter
Heidi Hyytinen

TUTKIMUSLUPA

Järvenpään Diakonia oppilaitoksen opiskelijat Saara Bitter ja Heidi Hyytinen pyytävät perusturvalautakunnalta tutkimuslupaa opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aihe on "Muistisairaiden palveluneuvonnan tuen merkitys omaishoitajien arjessa". Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten muistisairaita kotona hoitavat omaishoitajat ovat kokeneet muistisairaiden palveluneuvonnan tuen. Työpaikkaohjaajana toimii vanhustenhuollon johtava sosiaalityöntekijä Riitta Uronen Riihimäen kaupungilta.

Tietoa kerätään kyselylomakkeella. Kysely tehdään noin sadalle tukiasiakkuudessa olevalle asiakkaalle Riihimäen ja Lopen alueella syksyn 2012 ja kevään 2013 aikana. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Kysely lähetetään Lopella Lopen perusturvan kautta.

Tutkimuslupahakemus on liitteenä.

Päätös:

Perusturvajohtaja myöntää Saara Bitterille ja Heidi Hyytiselle tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti. Tutkimuslupa edellyttää sitoutumista tutkimuksen ja tieteen eettisiin vaatimuksiin kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Kyselylomake pyydetään toimittamaan tämän hakemuksen liitteeksi ennen kyselyn aloittamista.


Riitta Lehtinen
perusturvajohtaja