

unto

– UUTTA YHTEISÖLLISYYTTÄ ETSIMÄSSÄ

LOPPURAPORTTI 2011

HANNELE TVERIN & MIA HEISKANEN

Ulkoasu ja taitto: Oona Loman

© Huoltoliitto ja tekijät

Julkaisujen tilaukset:
hannele.tverin@huoltoliitto.fi.

Painojussit Oy, Kerava 2011

Sisällys

Kiitokset	5
Tiivistelmä	6
Johdanto	6
Omaishoitajuuden ongelmia	6
Vapaaehtoistoiminta	8
Projektin tavoite	10
Unton kohderyhmä	11
Unton toiminta	12
Kotikäynnit	12
Toimintapäivät	12
Suljettu ryhmä	13
Toimintapäivä	14
Vireyskortit	16
Tukihenkilöt	16
Henkilöstö	17
Koulutus	17
Arviointi	18
Tulokset	18
Omaishoitajat	19
Toimiva -testit	21
Verrokkiryhmän tuloksia	24
Hoidettavien tuloksia	25
Tukihenkilöiden tuloksia	25
Yhteistyö kuntien kanssa	26
Omaishoitajien mietteitä	27
"Intervalli	28
Lähteet	29
unto – projektin arviointi	31

Kiitokset

Unton toteuttamiseksi tarvittiin yhteistyötä kuntien omaishoidosta vastaavien tahojen kanssa. Tästä haluamme lausua näille kiitokset.

Jotta omaishoitajat ylipäättään pääsivät tapaamisiinsa, tarvittiin vapaaehtoisten tukihenkilöiden säännöllistä apua, joiden saaminen mukaan oli arvokas apu Unton ohjelman toteuttamisessa. Siitä heille suurkiitos! Kiitos myös tukihenkilöiden löytämiseksi apua saamillemme projektipaikkakuntien järjestöille, SPR:lle ja seurakunnille.

Tietoteknisissä asioissa Unton työntekijät ovat voineet tukeutua Pauli Niirasen apuun, josta haluamme häntä lämpimästi kiittää.

Omaishoitajien toimintapäivien järjestäminen onnistui erityisen hyvin projektilla myötämielisissä palvelukeskuksissa Kuopion Suokadun palvelutalossa, Varkauden Käpykankaan palvelukeskuksessa, Suonenjoen Vanhamäen toimintakeskuksessa, Leppävirran Leivolan palvelukeskuksessa, Pieksämäen Neuvokkaassa, Siilinjärven Akuliinassa, Nilsian terveyskeskuksessa ja Lapinlahden terveyskeskuksessa. Kiitos avusta!

Kuntoutussäätiö teki ansiokkaasti projektin ulkopuolisen arvioinnin. Yhteistyö oli hyvää. Kiitokset siis myös Tuomas Koskelalle ja Henna Harjulle.

Helsingissä, 2.11.2011

Unto -työryhmä





Tiivistelmä

Omaishoitajien määrä Suomessa lisääntyy. Heidän jaksamisensa raskaassa tehtävässään riippuu heille järjestetyn tuen määrästä ja onnistuneesta kohdentumisesta. Huoltoliiton Unto-projektissa hankittiin vapaaehtoisia tukihenkilöitä iäkkäille pariskunnille, joista toinen toimii puolisonsa omaishoitajana. Tukihenkilöt olivat hoidettavan seurana ja apuna, kun omaishoitaja kävi omissa ryhmätapaamisissaan. Omaishoitajien ryhmän ohjelma koostui sekä fyysisen että henkisen jaksamisen tukemisesta sekä vertaistuesta. Tukihenkilöt tapasivat omassa ryhmäohjelmassaan toivomallaan taajuudella. He saivat tietoa ja ohjausta tukihenkilönä toimimisesta sekä myös itselleen virkistystä ja rentoutusta.

Unto – projekti toteutui vuosina 2008–2011 Raha-automaattiyhdistyksen avustuksella Kuopiossa, Lapinlahdella, Leppävirralla, Nilsissä, Pieksämäellä, Siilinjärvellä, Suonenjoella ja Varkaudessa. Toimintapäivät järjestettiin omaishoitajien omalla kotipaikkakunnalla.

Eniten myönteisiä muutoksia omaishoitajilla tapahtui fyysisen toimintakyvyn alueella. Omaishoitajat olivat ohjelmaan erittäin tyytyväisiä ja pitivät sitä itselleen hyödyllisenä.

Ulkopuolisen arvioinnin projektista asiakasnäkökulmasta ja asiakkaiden kokemusten pohjalta teki Kuntoutussäätiö.

Johdanto

Suomi vanhenee nopeasti. Vuonna 2010 Suomessa oli 400 000 yli 75-vuotiaasta henkilöä, vuonna 2020 heitä arvioidaan olevan lähes 500 000 ja vuonna 2030 noin 700 000. Laitoshoidossa yli 75-vuotiaista oli kahdeksan prosenttia ja palveluasunnoissa viisi prosenttia. Säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon turvin selviytyi 12 % (1).

Suomessa arvioidaan olevan 300 000 läheisensä hoidossa olevaa ihmistä. 60 000 kotitaloudessa hoidettiin vuonna 2003 laitospaikoista henkilöä. Omaishoidon tukea sai vuoden 2009 aikana 38 000 henkilöä, joista 65 vuotta täyttäneitä oli 66 %, 18–64-vuotiaita 22 % ja 0–17-vuotiaita 12 % (2).

Väestötutkimuksen mukaan Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan kaiken ikäiaan noin 85 000 vähintään keskivaikeasti ja noin 35 000 lievästi dementoitunutta ihmistä. Dementian esiintyvyys on 65–74-vuotiailla noin 4 %, 75–84-vuotiailla 11 % ja yli 85-vuotiailla 35 %. Suomessa sairastuu vuosittain yli 13 000 ihmistä johonkin dementoitvaan sairauteen (3). Dementoituneita henkilöitä on maassamme yli 120 000. Vähintään keskivaikeasti dementoituneista noin 50 000 on kotihoidossa (4).

Omaishoitajuuden ongelmia

Kotona asuminen on vanhustenhuollon tavoite. Huonokuntoisen iäkkään kotona asuminen on usein mahdollista vain omaishoidon turvin. Omaishoitajuuden taustalla on muun muassa kunnallisten palvelujärjestelmien muokkaaminen vastaamaan paremmin väestön ikääntymishaasteeseen ja pyrkimys taloudellisesti kilpailukykyisten uusien hoivaratkaisujen kehittämiseen. Suuri osa omaishoitajista on itsekkin iäkkäitä.

Ei ole selkeää käsitystä siitä, mitä erilaiset omaishoitoperheet tarvitsevat ja mitkä tukimuodot heitä parhaiten auttavat. Yhteistyö ammattilaisten ja perheiden kesken ei suju automaattisesti (5).



Omaishoidon tukea säätelevä laki tuli voimaan 1.1.2006. Laki ei sisällä omaishoitajien oikeutta saada erityisiä terveydenhuollon palveluita, esimerkiksi kuntoutusta. Omaishoitajilla on suuri riski uupua hoivatyössään siinä määrin, että he eivät jaksa huolehtia läheisistään. Läheiset joutuvat laitoshoitoon, mikä näyttäytyy inhimillisen kärsimyksen lisäksi kohonneina sosiaali- ja terveydenhuollon menoina.

Helsingin kaupungin 2002 tekemän selvityksen mukaan olivat omaishoidon kustannukset kolmanneksen vanhainkotihoiton kustannuksista; Helsingissä omaishoidon kustannukset olivat kuukaudessa 1 079 €/henkilö ja samaan aikaan vanhainkotipaikka maksoi kuukaudessa 3 026 €/henkilö. Vuonna 2009 Helsingissä omaishoidon tuella hoidettujen lukumäärä oli 3401 henkilöä ja omaishoidon tuki oli keskimäärin 372 €/kk, eli kustannukset olivat 1 265 172 euroa. Helsingissä vanhainkotien netto-käyttökustannus vuonna 2009 oli 109 € /hoitopäivä. Vanhainkodeissa Helsingissä oli vuonna 2009 keskimäärin 2240 asukasta, yhteensä 833 581 hoitopäivää, eli kustannukset 90 860 329 euroa (6).

Valtakunnallisessa dementoituneitten omaishoitohankkeessa 2006 (7) iäkkäitä dementia- ja ikääntyneiden hoitoon perehtyneen lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Omaishoitajille järjestettiin tavoitteellista vertaisryhmätoimintaa sekä tietoiltoja. Myös räätälöityä kotona annettavaa kuntoutusta oli tarjolla. Hoidettaville järjestettiin kuntouttavaa ryhmätoimintaa. Hankkeen yhteydessä tehdyn kustannuksien vertailun mukaan perhelähtöisesti räätälöidyt ja koordinoitut palvelut maksoivat 5 000 € vähemmän / perhe / henkilötyövuosi kuin räätälöimättömät, koordinoimattomat palvelut.

Kokonaiskustannukset (sosiaali- ja terveyspalvelut) interventio- ja interventio- perheessä olivat 15 568 € / vuosi, kun ne kontrolliperheessä olivat 23 553 € / vuosi ($p=0.030$). Voikin laskea, kuinka suuria yhteiskunnallisia säästöjä omaishoitajien työpanoksen ansiosta syntyy. Pyrkimys julkisten menojen pienentämiseen onkin lisännyt omaishoitajuutta.

Omaishoitajien suurimpia ongelmia ovat tutkimusten mukaan työn fyysinen ja psyykinen raskaus, joka johtuu muun muassa tauottomasta huolenpidosta ja ympärivuorokautisesta varuillaan olost. He kokevat fyysisen terveydentilansa keskimääräistä huonommaksi, sekä kärsivät usein ahdistuksesta ja eristäytyneisyydestä (8). Omaishoitajien taakkaa lisää se, että omaishoitoon liitetään vahvoja ja tunteenomaisesti latautuneita mielikuvia perheen/sukulaisten välisestä huolenpidosta, joka perustuu ”luonnolliseen” rakkauteen (9). Omaishoitotilanteessa terveemmältä puolisoilta kysytään paitsi hoitamisen ja kotityön taitoja myös psykologisia valmiuksia käsitellä suuren elämänmuutoksen herättämiä tunteita ja kykyä ratkaista nopeasti muuttuvia tilanteita. Lisäksi omaishoitajan pitäisi kyetä jäsentämään omaa ja puolisonsa tilannetta tavalla, joka mahdollistaa yhteistyön palvelujärjestelmän kanssa (10).

Tutkimuksissa havaittiin omaishoitajien itse koetun elämänlaadun heikentyneen sen jälkeen, kun he joutuivat omaishoitajaksi. Myös masennusoireet lisääntyivät (11,12). Masennusoireiden esiintyminen oli omaishoitajilla kaksinkertaista muuhun ikääntyneeseen väestöön verrattuna (13).

Kotona tehtyä työtä ei samalla tavalla säädellä eikä sen laatua voida myöskään samalla tavalla mitata kuin esimerkiksi laitoksissa. Ylirasituksen on todettu voivan laskea hoidettavan hoidon laatua ja saattavan viedä hoitajankin laitoshoitoon (14). Verrattaessa masennusoireita ammattihoitajien ja omaishoitajien sekä verrokkiryhmän välillä havaittiin, että omaishoitajilla oli näistä ryhmistä korkeimmat masennus- ja rasittuneisuuspiisteet



sekä matalimmat elämänlaatua kuvaavat pisteet. Masennus- ja rasittuneisuuspisteet olivat erityisen korkeat silloin, kun hoidettavalla läheisellä oli käyttäytymisongelmia (15).

Postikyselyllä kerätyt tiedot Parkinson – potilaita hoitavilta omaishoitajilta osoittivat, että 40 % heistä koki terveydentilansa huonontuneen omaishoitajuuden takia, melkein puolella oli masennusoireita ja kaksi kolmesta ilmoitti sosiaalisen elämänsä kärsineen tilanteesta (16). Jos ja kun hoitaminen käy ylivoimaisen raskaaksi, menettää iäkäs omaishoitaja tavallaan oman oikeutensa viettää eläkeläisvuosiaan tavalla, johon hänellä yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti katsottuna on oikeus (17). Palvelujen ja tuen saamista hankaloittaa palvelujärjestelmän viidakkomaisuus sekä se, että tarjolla olevat tuet eivät välttämättä kohtaa perheiden yksilöllisiä avun tarpeita (18).

Yksi tapa lieventää ja poistaa rasituksesta johtuvia ongelmia on tukea hoitajia. Hoitajasta huolehtiminen on samalla huolehtimista hoidettavasta (19). Philadelfiassa toteutetun tutkimuksen tuloksena havaittiin muun muassa osallistumisen sosiaaliseen toimintaan olevan tekijä, jolla on yhteys omaishoitajien itse koetun hyvinvoinnin eri osa-alueisiin. (20). Sosiaalinen tuki, aktiviteetit ja myönteinen asenne näyttäisivät vähentävän omaishoitajuuden aiheuttamaa terveydentilan huonontumista. Nimetty palveluiden koordinoija voi helpottaa palveluiden saantia sekä tarjota käytännön ja tunnetason tukea omaishoitajaroolin aikana (21). Omaishoitajien osallistuminen heille tarkoitettuun ”training-ohjelmaan” näytti myös vähentävän heidän rasitusoireitaan (22).

Vanhustyön keskusliiton Kaksin kotona – hankkeen havaintoja oli muun muassa se, että omaishoitajille on tärkeää voida itse säädellä avun pyytämistä ja vastaanottamista. Perheen oma toimintakulttuuri ja itsemäärääminen ovat keskeisiä asioita omaishoitoprosessissa. Perheet kaipaavat ammattilaisia yhteistyökumppaneiksi. ”Ylhäältä alas” annettu apu ei vastaa hoidettavan tai hoitajan tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla (23).

Ongelmana omaishoitajien osallistumisessa erilaisiin kodin ulkopuolella tapahtuviin toimintoihin on usein se, että he eivät voi jättää hoidettavaa läheistään yksin kotiin, ja sijaishoitajia on vaikea, ellei peräti mahdotonta saada. Omaishoitajat pitävät lakisääteiset vapaapäivänsä harvemmassa kuin joka toisessa kunnassa. Hoitajat ja hoidettavat haluaisivat niiden ajaksi hoitajan kotiin, mutta hoidettava joutuu yleensä laitokseen. ”Kotiin annettavat lomituspalvelut ovat kehityshaaste”, päättelee Stakesin tutkimuspäällikkö Päivi Voutilainen (24).

Vapaaehtoistoiminta

Suomessa on lamavuosien seurauksena pohdittu, voiko julkisten palveluiden säästöjä korvata vapaaehtoisten työpanoksella. 1990-luvun puolivälin jälkeen alettiin puhua erityisesti kolmannelta sektorista, joka jää valtioiden ja markkinatalouden väliin.

Suomessa vapaaehtoistyö on tärkeä osa järjestöjen toimintaa. Jopa 37 % 15–74-vuotiaista on osallistunut jollain tavalla vapaaehtoistyöhön. Ylivoimaisesti tärkein motivoiva tekijä on halu auttaa. Jotkut haluavat käyttää vapaa-aikansa hyödylliseen toimintaan, toiset saavat tarvitsemaansa säännöllistä päiväohjelmaa. Suurissa kaupungeissa motivoitutaan yleisesti auttamishalusta, kun taas maaseudulla toimitaan enemmän kansalaisvelvollisuuden tunteesta. Maaseudulla kun naapuriapu jatkoot ovat osa vakiintunutta perinteistä elämämpiiriä (25).

Voisi kuvitella, että kattavan sosiaaliturvan Suomessa ihmisen innostus vapaaehtoistyöhön olisi rapautunut. Kansainvälisissä vertailuissa sijoitumme kuitenkin korkealle halussamme



osallistua tähän toimintaan. ”Kultalusikka suussa” syntyneiden nuorten voisi myös olettaa innostuvan vain omasta menestymisestään, mutta Yeungin tutkimuksessa nuoret olivatkin häkellyttävän kiinnostuneita yhteistoiminnasta. Peräti 60 prosenttia nuorista, jotka eivät nyt osallistu vapaaehtoistoimintaan, lähtisi mukaan, jos heitä pyydetäisiin! Se kertoo vähintäänkin vapaaehtoistyömyönteisistä asenteista. Yeungin haastattelemat ihmiset luettelivat vapaaehtoistoimintaan osallistumiselleen monenlaisia motiiveja. ”Kaksi on selvästi yli muiden: halu auttaa lähimmäisiä ja toive solmia sosiaalisia suhteita. Omien halujen, toiveiden ja tarpeiden tyydyttäminen ei ole vastakkainen muiden auttamiselle. Ihmiset kokevat saavansa paljon ja oppivansa uutta samalla kun auttavat lähimmäisiään.” (26).

Järjestöt ovat jo kauan järjestäneet vapaaehtoistoimintaan perustuvia palveluita monen ikäisille kansalaisille, myös ikääntyville/ikäntyneille. Kuntien ja kaupunkien vanhustyön strategioihin on usein sisällytetty vapaaehtoistyön suunnitelmia. Muun muassa Iisalmen kaupungin vanhustyön strategiassa todetaan, että ” vapaaehtoistyön tavoitteena on kehittää erilaisia toimintamalleja, jotta ikäihmiset voisivat osallistua vapaaehtoistyöhön läpi elämänsä aktiivisesti, toimintakykynsä mukaan.

Vapaaehtoistyönkeskus Tuulentupa koordinoi tukihenkilötoimintaa ja järjestää perus- ja jatkokoulutusta sekä työnohjausta, yhteistyössä seurakunnan, eri oppilaitosten ja muiden sidosryhmien kanssa. Vapaaehtoisilla toimijoilla on suuri merkitys ihmisten psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäjänä ja parantajina” (27).

Vapaaehtoistoiminta on luonteeltaan hidasta ja monimuotoisen inhimillistä toimintaa. Vapaaehtoisten omat elämäntilanteet saattavat muuttua yllättäen ja he voivat luopua tilapäisesti vapaaehtoistyöstä esimerkiksi omaisen hoidon takia.

Vapaaehtoista ei saa jättää oman jaksamisensa nojaan, vaan ammattihenkilöstön tulee olla häneen säännöllisesti yhteydessä. Helsingin kaupungin vapaaehtoistyön neuvottelukunnan hankeraportissa vuonna 2004 todetaan, että yhteistyötäsuunniteltaessa ammattilaisille tulee varata myös siihen riittävät erilliset työaikaresurssit. Hankekyselyyn vastanneista kuudestatoista työntekijästä yhdentoista mielestä vapaaehtoinen oli lisännyt asiakkaan saamaa turvallisuutta hyvin tai melko paljon. **Yhtä lukuun ottamatta kaikki kyselyyn vastanneet asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa vapaaehtoiseen.** Asiakkaat kokivat myös turvallisuutensa lisääntyneen vapaaehtoisen käyntien myötä (28).

Nokian vammaisten ja vanhusten ystävät ry:n puheenjohtaja Maija-Liisa Vuorisen mukaan vapaaehtoisilta vaaditaan eniten luotettavuutta, pitkäjännitteisyyttä ja määrätietoisuutta. Toisaalta vapaaehtoisen pitää myös tietää rajansa – liikaa ei kannata ottaa tehtäviä, sillä muuten vapaaehtoistyöhön väsy (29).

Vapaaehtoisista tukihenkilöistä olisi suuri apu myös omaishoitajien arjessa. Tukihenkilö voisi olla hoitajan sijaisena tämän toimittaessa asioita kodin ulkopuolella tai osallistuessa oman vertaisryhmänsä kokoontumisiin. Hoidettavan vastustus tukihenkilön avustettavana olemiseksi vähenee, kun sama vapaaehtoinen auttaa samaa omaishoitopariskuntaa ja tulee vähitellen tutuksi. Tukihenkilöksi ryhtyvä saattaa olla jo entuudestaan tuttu, sukulainen, naapuri tai joku muu tuttava. Hän voi myös olla hiljattain eläkkeelle jäänyt henkilö, joka kaipaa tekemistä. Vapaaehtoiset tukihenkilöt saavat mielekästä tekemistä, joka ei kuitenkaan sido heitä jatkuvasti. Heille järjestyy samalla mahdollisuus osallistua oman vertaisryhmänsä toimintaan ja sen lisäksi saada vaihtelevaa, rentouttavaa ja virkistävää toimintaa elämäänsä.



Johtavana hypoteesina ja perusajatuksena Huoltoliiton Unto – projektissa oli se, että kotihoidon onnistumisen ratkaisevat hoitajan valmiudet, ei hoidettavan kunto. Siksi projektin toiminnan tähtäin oli omaishoitajien tukemisessa. Ajateltiin, että luomalla omaishoitajille mahdollisuudet osallistua vertaistensa joukossa heille suunniteltuun, entuudestaan iäkkäille hyväksi koettuun toimintaan (vrt. Huoltoliitto ry: Elli – projekti; Kunnanpaikka: Avogeriatrihanke) voitaisiin tukea heidän jaksamistaan puolisonsa hoitamisessa. Samalla tarkoituksena oli kohottaa omaishoitajien mielialaa ja parantaa heidän koettua elämänlaatuaan. Tämä arveltiin heijastuvan myös hoidettavan läheisen vointiin ja elämänlaatuun.



Projektin tavoite

Unto – projektin tavoitteena oli löytää uusia yhteistyömenetelmiä, joilla voidaan helpottaa iäkkäiden omaishoitajien arkea ja aktiivista yhteisöllistä osallistumista mm. käyttämällä hyväksi vapaaehtoisten tukihenkilöiden apua. Näiden menetelmien avulla tähdättiin omaishoitajien jaksamiseen hoivatyössä ja heidän mielialansa ja elämänlaatunsa parantamiseen. Samalla haluttiin saada myös hoidettavien läheisten elämään vaihtelua, virkistystä ja laadun paranemista.

Projektissa tavoiteltiin omaishoitajan fyysisen kunnon kohenemista, henkisen jaksamisen ja mielialan paranemista sekä sosiaalisten suhteiden lisääntymistä. Myös tiedon saannin helpottuminen mm. omaishoitajille kuuluvista etuuksista kuului tavoitteisiin.

Hoidettavien kohdalla tähdättiin mielialan kohenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Tavoitteena oli myös kotihoidon jatkuminen mahdollisimman pitkään, eli laitoshoidon välttäminen.



Vapaaehtoisten tukihenkilöiden ajateltiin harjaantuvan olemaan omaishoitajan tukena ja vertaistukihenkilönä. Tukihenkilöiden henkilökohtaisena tavoitteena oli myös oppia pitämään huolta omasta voinnistaan ja voimavaroistaan.

Unton kohderyhmä

Unton kohderyhmän valintakriteerinä oli alun perin se, että omaishoitaja sai kunnan myöntämää omaishoidon tukea, ja että omaishoitaja sekä hänen tukihenkilönsä olivat valmiita ja pystyivät toimimaan ryhmässä, sekä se, että hoidettava läheinen oli yli 65-vuotias. Ensimmäisenä toimintavuotena kävi ilmi, että varsinkin pienissä kunnissa valintakriteereitä piti höllentää niin, että omaishoidon tuki ei ollut osallistujilla ehdoton. Edellytyksenä valinnalla kuitenkin oli se, että omaishoitaja ja tukihenkilö pystyivät järjestämään omat kulkemisensa toimintapäiviin.

Kustakin osallistujakunnasta valittiin 10 pariskuntaa, joista toinen hoiti kotona puolisooan. Näiden lisäksi yritettiin saada mukaan 10 tukihenkilöä, siis 1 henkilö/pariskunta. Kaikilla paikkakunnilla tämä ei täysin onnistunut. Tämän lisäksi yritettiin valita projektipaikkakunnilta 10 pariskunnan vertailuryhmät, jotka olivat samasta kunnasta valittuja omaishoitaja-hoidettava – pareja. Kokonainen ryhmä saatiin kokoon vain Varkaudesta. Ryhmään kohdistuva interventio rajautui kotikäyntiselvitykseen ja sen aikana annettuihin suosituksiin.

Osallistujakuntina olivat projektin aloitusvuotena 2008 Kuopio, Lapinlahti, Leppävirta, Nilsia, Siilinjärvi ja Varkaus. Vuonna 2010 aloitettiin toiminta edellisten lisäksi Pieksämäellä ja Suonenjoella. Jälkimmäisiin ryhmiin otettiin hiukan enemmän omaishoitajia kuin ensimmäisiin, koska hävikkiä ohjelman kuluessa näytti olevan, mm. hoidettavan läheisen kuoleman tai laitokseen joutumisen vuoksi, vaikka omaishoitaja saikin halutessaan jatkaa ryhmässä näistä tapahtumista huolimatta.

Ryhmät koottiin osallistujakuntien palveluohjaajien avustuksella, lukuun ottamatta Suonenjoen kuntaa. Suonenjoella Untosta tiedotettiin lehti-ilmoituksilla ja ryhmä koottiin omaishoitajien omien ilmoittautumisien perusteella.

Haasteena osallistumisessa oli sijaishoidon järjestäminen. Osallistujia kannustettiin kysymään sijaishoitoa ns. luonnollisesta lähipiiristä, esimerkiksi naapureilta, ystäviltä ja tuttavilta, lapsilta tai lapsenlapsilta. Useat omaishoitajat saivatkin tällä tavalla sijaishoidon järjestymään. Vaikka suurella osalla omaishoitajista lähipiirissä onkin henkilöitä, joiden apua voisivat käyttää, omaishoitajat eivät halua vaivata sukulaisiaan ja tuttaviansa omilla asioillaan ja lähipiirin ihmiset eivät taas halua ”tuppautua” omaishoitopariskunnan elämään.

Niille omaishoitopariskunnille, jotka eivät sijaishoitoa saaneet järjestymään, etsittiin tukihenkilö järjestöjen kautta. Esim. SPR, seurakuntien diakoniatyö ja Setlementtityödistys lähtivät projektiin mukaan. Muun muassa SPR:n ystäväpalvelun vapaaehtoiset ovat niin työllistettyjä tehtävässään, että sieltä on vaikea saada vapaaehtoisia muuhun toimintaan. Omaishoitajien tukihenkilörekisterille olisi tilausta varsinkin pienissä kunnissa.

Ensimmäisten toimintavuosien kaikille osallistujille ei tukihenkilöä sijaiseksi löydetty, joten hoidettaville järjestettiin omaa ryhmätoimintaa omaishoitajan toimintapäivän ajaksi. Jälkimmäisiin ryhmiin osallistumisen edellytyksenä oli tukihenkilön löytäminen.



Unton toiminta

Unton toiminnan mahdollisti Raha-automaattiyhdistyksen avustus neljäksi vuodeksi.

Kotikäynnit

Kotikäynnit osallistujien luokse tehtiin ennen muun toiminnan alkua. Mukana olivat ensimmäisten ryhmien luona toimintaterapeutti, liikunnanohjaaja ja lähihoitaja, jälkimmäisten ryhmien luona toimintaterapeutti ja lähihoitaja. Kuntaan ilmoitettiin, että kotisairaanhoidon tai omaishoidon edustaja on halutessaan tervetullut mukaan kotikäynnille. Mikäli perheelle oli jo löytynyt tukihenkilö, myös hänet kutsuttiin mukaan tutustumaan.

Kotikäynnillä tehtiin osa kyselyistä ja kartoitettiin osallistujien hoivatyön sujumista tai sen ongelmia ja tämän sosiaalista ympäristöä. Omaishoitajille annettiin vinkkejä työtä helpottavista apuvälineistä, pienistä kodin muutostöistä ja ergonomisista työskentelyta-voista. Omaishoitajat ottivat mielellään projektityöntekijät vastaan kotiinsa.

Ohjelman päättyessä tehtiin vielä uudet kotikäynnit omaishoitajien luokse. Käynnillä toistettiin alussa tehdyt mittaukset ja mietittiin osallistujien kanssa, miten he voivat jatkaa fyysistä harjoittelua sekä kehoitettiin pitämään edelleen yhteyttä ryhmäläisiinsä, jotta tärkeiksi koetut sosiaaliset kontaktit eivät katkeaisi.

Myös verrokkiryhmän pariskunnille tehtiin kotikäynti mittauksineen. Sen yhteydessä annettiin omaishoitajapuolisolle ohjeita itsensä hoitamiseksi ja jaksamisensa kohentamiseksi, hoivatyönsä helpottamiseksi sekä tietoa olemassa olevista etuuksista ja paikkakunnalla mahdollisesti toimivista omaishoitajien tukitoimista.

Toimintapäivät

Omaishoitajat osallistuivat kaikkiaan noin puolentoista vuoden ajan kahden viikon välein toimintapäivään omalla kotipaikkakunnallaan tarkoitukseen soveltuvissa tiloissa. Toimintapäivän aikana kunkin pariskunnan oma tukihenkilö oli hoidettavan omaisen apuna ja tukena tämän kotona.

Ohjelman sisällöt suunniteltiin yhdessä omaishoitajien kanssa, jotka saivat esittää omia toiveitaan sisältöjen osalta. Unton toimintapäivät olivat noin 5–6 tunnin mittaisia (klo 10.00–15.00 tai 16.00). Osallistujien pyynnöstä toimintapäivät aloitettiin vasta klo 10, koska aamutoimet kotona veivät yleensä paljon aikaa omaishoitajilta.

Toimintapäivien sisällöt suunniteltiin osallistujien tarpeiden ja toiveiden mukaan, kuitenkin niin, että mukana oli aina tietopuolinen osuus, fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tarkoitettua toimintaa sekä mielenvireyden ja mielialan kohentamiseen tähtäävä osio. Aiheet mukailivat pitkälti ryhmäläisten toiveita. Yllätys oli, että vaikka osallistujat kokivat vertaistuen tärkeäksi, mitään ”sururyhmää” he eivät halunneet. Ryhmäläiset toivoivat ”mukavaa tekemistä” vierailuja, tutustumisia, liikuntaa, sekä arjesta irrottautumista. Jokaisella tapaamiskerralla käytiin läpi myös kuulumiset ja jokaisella halukkaalla oli mahdollisuus kertoa omat asiansa. Jutustelulle ja keskustelulle annettiin tilaa.

Toimintapäivän ohjelmaan kuului yhteinen ruokailu. Omaishoitajat kokivat valmiiseen pöytään istumisen yhdeksi kohokohdaksi, sillä kotona täytyi ruuanlaitto hoitaa päivittäin.



Tavoitteena oli saada 10 henkilön ryhmät paikkakunnittain, mutta osa osallistujista jäi pois heti alkumetreillä. Yleisin syy oli se, etteivät he saaneet puolisonsa hoitoa järjestettyä ryhmien ajaksi. Myös omaishoitajan väsymys oli yleinen syy, osa mukaan pyydetyistä hoitajista pelkäsi, että ryhmään osallistuminen tuo lisää vaivaa ja huolta heidän arkeensa.

Osallistujat I-ryhmissä

	Miehiä	Naisia	Yhteensä
KUOPIO	1	7	8
LAPINLAHTI	6	2	8
LEPPÄVIRTA	1	6	7
NILSIÄ	1	4	5
SIILINJÄRVI	1	8	9
VARKAUS	3	4	7
yhteensä			44

Osallistujat II-ryhmissä

	Miehiä	Naisia	Yhteensä
KUOPIO	1	7	8
LAPINLAHTI	-	6	6
LEPPÄVIRTA	1	6	7
NILSIÄ	3	6	9
PIEKSÄMÄKI	2	6	8
SIILINJÄRVI	5	6	11
SUONENJOKI	5	4	9
VARKAUS	2	6	8
yhteensä			65

Ryhmän aloittaneet omaishoitajat olivat erittäin sitoutuneita osallistumaan. Ryhmästä pois jäännin syy oli yleensä oma tai puolison sairastuminen. Jopa tukihenkilölle etsittiin sijaista, jos tämä ei jostakin syystä joskus päässyt tulemaan avuksi, jotta Unto -ryhmään pystyttäisiin osallistumaan. Ryhmäläiset kokivat jäävänsä ”kivasta paitsi”, jos heiltä jäi tapaaminen väliin.

Suljettu ryhmä

Ryhmät olivat suljettuja, eli mukana olivat aina samat ihmiset. Suljettu ryhmä koettiin turvalliseksi ja edesauttoi luottamuksellisen ilmapiirin syntymisen. Monet omaishoitajat kertoivat, etteivät koe samanlaista vertaistukea avoimissa omaishoitajille tarkoitetuissa ryhmissä. Osallistujien kertoman mukaan monissa kunnissa omaishoitajille on tarjolla kaikille avoimia tapahtumia tai ryhmiä. Tällaiset tilaisuudet tai ryhmät koettiin kyllä yleisesti virkistäväksi, mutta poikkeuksetta kaikki Unton ryhmiin osallistujat kokivat nimenomaan suljetun ryhmän antavan voimaa arkeen, juuri luottamuksellisuuden ja avoimuuden vuoksi. Lisäksi osallistujat kertoivat suljetussa ryhmässä eduksi sen, ettei joka kerralla tarvinnut esittäytyä tai kertoa kotitilannettaan uudelleen ja uudelleen.



"... no kun kaikki tullaan tässä tutuiksi niin ei tarvitse erikseen vastata ihmisten uteluihin, että kuinka se miehes nyt jaksaa, ja tässä ollaan kiinnostuneita meidän omaishoitajien voinnista."

Toimintapäivä

Toimintapäivät olivat teemoiltaan yhteneväisiä eri osallistujakunnissa. Asiakaslähtöisen lähestymistavan vuoksi eroavaisuuksia oli jonkin verran toteutuksessa, esimerkiksi liikunnassa lajit valittiin ryhmäläisten toiveiden mukaisesti tai ryhmän toimintakyvyn mukaan. Eroavaisuutta toimintapäiviin toivat jonkin verran myös paikalliset mahdollisuudet, joissa projektikunnassa ei esimerkiksi ollut vaikkapa keilailumahdollisuutta. Toiminnat toteutettiin paikallisen tarjonnan puitteissa. Joillakin paikkakunnilla kunta tarjosi tilat maksutta projektin käyttöön, joissain kunnissa tilat voitiin vuokrata esimerkiksi järjestöiltä. Toimintapäivät sisälsivät lounaan osallistujille.

Toimintapäivien teemoja olivat muun muassa:

1. Ryhmän esittäytyminen. Ryhmän säännöistä ja aikatauluista sopiminen. Aloitukseen liittyvät asiat.
2. Toimiva -testit. Kirje itselle (Kirjeet lähetettiin ryhmien loputtua osallistujille)
3. Liikuntapäivä: lajeina mm. uinti, tasapainoharjoitukset, tuolijumppa, kuminauhajumppa
4. Kuntien omaishoidosta vastaavien palveluohjaajien vierailupäivä
5. Askartelu-/käsityöpäivä: kankaanpainantaa. Omaishoitajat suunnittelivat yhteistyönä omalle ryhmälleen sopivan "logon", joka sabluunamenetelmällä painettiin kangaskassiin
6. Liikuntapäivä: kuntosaliin tutustuminen, uinti
7. Kodinturvallisuus-teema asiantuntijana Mia Heiskanen, toimintaterapeutti
8. Edellisten Unto-ryhmäläisten vierailu "uusien Untojen" ryhmässä. Sosiaalisen verkoston laajentaminen, saman vuoden eri paikkakuntien ryhmien tapaaminen
9. Kulttuuripäivä, mm. teatterissa käynti
10. Ulkoilupäivä, kevätretken suunnittelu, ryhmäyhteistyö
11. Kevätretki
12. Kesän kuulumisten vaihto, ryhmän virittäminen syksyyn, ulkoilua
13. Kulttuuripäivä Kallavedellä risteillen. "Pohjoisen ryhmät"(Lapinlahti, Nilsjä, Siilinjärvi ja Kuopio) sekä "Etelän ryhmät" (Pieksämäki, Varkaus, Leppävirta ja Suonenjoki) olivat samalla risteilyllä. Ryhmät tapasivat toisensa.
14. Voimavarakeskustelu, Omaishoitajat ja Läheiset Ry:n koulutuksen pohjalta.



15. Liikuntapäivä: Uinti.
16. Keskustelua omaishoitajien arjesta, kokemusten jakamista. Kuvien kertomaa.
17. Tutustuminen oman kunnan apuvälinelainaamoon.
18. ”Jaksamisen päivä”: keskustelu voimaa antavista arjen asioista, rentousharjoitus
19. Muisti-teema: asiantuntijana Mia Heiskanen, toimintaterapeutti.
20. Pikkujouluun suunnittelupäivä. Keskustelua joulusta, mitä oli ennen, mitä on nyt
21. Pikkujoulut

Mainittujen teemojen lisäksi on nostettava esille myös vertaistuellinen keskustelu, jota syntyi koko ajan enemmän ja enemmän ryhmän luottamuksen rakentuessa. Toimintapäivien alussa omaishoitajat kertoivat kuulumisiaan ”me-muodossa”. Eräs rouva kertoi kuulumisia kysyttäessä: *”..no, meillä on nyt antibioottikuuri menossa..”*, vaikka kuuri oli ainoastaan miehellä. Ryhmien edetessä omaishoitajat alkoivat kuitenkin mieltää toimintapäivän omaksi ajakseen ja kuulumisten kertominenkin alkoi olla omakohtaista. Tämä kertoo omaishoitajien elämäntilanteesta paljon; omaa aikaa ei juuri ole ja sairaan puolison elämää eletään kuin se olisi kokonaan yhteistä.

Esimerkki toimintapäivästä:

Voimavarakeskus.

Toimintapäivät aloitettiin yleensä aina kuulumisten vaihtamisella. Tähän saattoi mennä aikaa puolesta tunnista tuntiin, ja yleensä aikaa pyrittiin antamaan tarpeen mukaan. Joskus kertomisen aikaa piti rajoittaa, jotta aikaa jäisi päivän teemalle. Voimavarakeskus aloitettiin lyhyellä johdannolla. Sen jälkeen ryhmäläisille jaettiin paperia ja puuvärit. Ryhmäläisten tehtävä oli piirtää itselleen Voimavarapuu. Voimavarapuun juurissa ovat ne asiat, joista kukin kokee saavansa voimia. Runko voi olla paksu tai ohut ja lehvästö tuuhea tai harva. Lehvästöön jokainen kirjoitti niitä asioita, jotka arjessa kuluttavat voimia. Lisäksi ryhmäläisiä pyydettiin piirtämään puun yläpuolelle vielä pilviä, joihin he saivat kirjoittaa haaveita, tavoitteita tai elämänsä unelmia. Jokainen piirsi oman voimavarapuunsa. Puuta ei tarvinnut esitellä ryhmälle, sillä ne saattoivat sisältää hyvinkin henkilökohtaisia asioita. Lounaan jälkeen jokaiselle ryhmäläiselle oli varattu hetki kahdenkeskistä aikaa ohjaajan kanssa. Tuolloin voitiin keskustella arjesta voimavarapuun kautta. Päivän päätteeksi kokoonnuttiin vielä ryhmätilaan ja keskusteltiin yleisellä tasolla niistä arjen asioista, jotka vievät voimia, jotka antavat voimia ja siitä, voiko omaishoitaja vielä unelmoida tai haaveilla. Kyyneliltäkään ei vältytty.

(Voimapuun versoja- koulutus 14.4.–15.4.2010, 6.10.2010 Merja Kaivolainen, Maria Malmi, Omaishoitajat ja läheiset -Liitto ry)



Suonenjoen aktiivinen ryhmä kevätretkellä.

Vireyskortit

Omaishoitajille jaettiin henkilökohtaiset vireyskortit, johon he saivat merkitä liikuntakerhonsa ja muut aktiviteettinsa. Vireyskortin tarkoitus oli motivoida omaishoitajaa tekemään itselle tärkeäksi koettuja asioita sekä kannustaa omaehtoiseen liikkumiseen ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen. Lisäksi vireyskortin avulla omaishoitaja pystyi seuraamaan omaa tekemistään ja osallistumistaan, sillä hyvin usein omaishoitajilla oli kokemus, ettei heillä ole aikaa eikä voimia tehdä ”yhtään mitään”. Osa omaishoitajista täytti hyvin innokkaasti korttejaan.

Tukihenkilöt

Sijaishoitajille eli tukihenkilöille järjestettiin tapaamisia, joissa heidän oli mahdollista kertoa kokemuksistaan sijaishoitajana. Tukihenkilöiden oma toive oli, että tapaamisia ei järjestettäisi kovin usein. Tukihenkilöillä oli mahdollisuus ottaa yhteyttä projektityöntekijöihin niin halutessaan ja saada apua esimerkiksi ongelmatilanteisiin. Ongelmatilanteita ei kuitenkaan tullut projektityöntekijöiden tietoon. Tukihenkilöille jaettiin kirja Arjen Ankkurina (Eläkeliiitto ry).



Tukihenkilöt eivät olleet motivoituneita vastaamaan projektisuunnitelmassa mainittuihin kyselyihin, joilla mitataan mm. mielialaa, hoidon kuormittavuutta tai kuvataan elämäntilannetta.

Monet tukihenkilöt kokivat vastaamisen kiusalliseksi ja jättivät vastaamatta tai palauttamatta kyselyitä. Kyselyiden tarkoituksena oli kartoittaa, millaista sisältöä tällainen vapaaehtoistoiminta antaa ihmisen elämään tai vaikuttaako vapaaehtoistyöhön osallistuminen esimerkiksi mielialaan. Ilman kyselyiden tuloksia kokemuksemme on, että tällainen vapaaehtoinen tukihenkilötoiminta antaa paljon sekä omaishoitajalle että tukihenkilölle. Tukihenkilöt kuvaavat toimintapäiviä ”silmiä avaavina”. Usein ulkopuolisena, vaikka olisi läheinenkin, on vaikea käsittää, miten sitovaa ja raskasta omaishoito todella on.

”... olenhan minä isän kaverina ollut ennenkin lyhyitä aikoja, mutta kun sitä hoiti koko päivän niin mietin, että miten se äiti jaksaa...” II-ryhmän tukihenkilö.

”Isäni osallistui Unto-projektiin. Olin äidin kanssa toimintapäivien ajan. Huomasin, että aina kun isä tuli kotiin, niin se oli jotenkin tosi innostunut. Isä virkistyi todella paljon projektin aikana. Nyt ne (ryhmäläiset) on olleet yhteyksissä vielä niiden toimintapäivien jälkeenkin. Isä tosiaan tarvitsi jotakin tällaista.” II-ryhmän tukihenkilö, tytär.

”Olen tehnyt aiemminkin Ystävä-palvelussa tällaisia hommia, eli sinänsä ei uutta. Mutta päivä oli pitkä verrattuna siihen Ystävä-palvelun vierailuun.” Tukihenkilö I- ja II-ryhmästä

”En olisi kaivannut mitään toimintaa lisää meille (tukihenkilöille). Ihan oli riittävästi, kun välillä tavattiin ja olihan meillä (tukihenkilöillä) lupa soittaa teille ohjaajille.” Tukihenkilö II-ryhmästä.

”Mietitytti, että mihin ne tällaisia tietoja meistä oikein tarvitsee” Tukihenkilö kyselyihin vastaamisesta.

Henkilöstö

Projektin käytännön työ projektipaikkakunnilla toteutettiin kahden kokopäiväisen työntekijän, toimintaterapeutin ja lähihoitajan, toimesta. Paikallisia asiantuntijoita käytettiin teemasta riippuen toimintapäivillä vierailevina esitelmöitsijöinä. Projektin hallinnon hoiti osa-aikaisesti Huoltoliiton projektipäällikkö.

Koulutus

Projektityöntekijät osallistuivat Omaiset ja Läheiset Liitto ry:n ryhmänohjauskurssille huhtikuussa 2010 ja jatkokurssille lokakuussa.



Arviointi

Tulosmittareiden eli alkuvaiheen mittauksien ja ohjelman loppuessa toistettujen mittaus-
tuloksia verrattiin keskenään.

Hoidettavilta selvitettiin kotikäynnillä

- toimintakyky; Functional independency measure (FIM), Mini-Mental State Examination (MMSE)
- masennusoireet; BECKin testi
- tarvittavat apuvälineet
- sosiaalinen tilanne
- ympärillä oleva tuki

Omaishoitajilta selvitettiin

- masennusoireet; BECK
- TOIMIVA – testit soveltuvin osin
- elämänlaatu; LSQ
- kuormittuneisuus; ZARIT-kuormittuneisuuskysely
- itse koettu terveys; General Health Questionnaire (GHQ)
- sekä sosiaalinen tilanne

Tukihenkilöiltä testattiin

- elämänlaatu; LSQ
- itse koettu terveys; GHQ
- kuormittuneisuus; ZARIT
- Projektin vaikutusta arvioitaessa verrattiin interventiossa mukana olleiden omaishoitajien ja verrokkiryhmän omaishoitajien jaksamista ja kuormittuneisuutta vertaamalla mittaustuloksia keskenään. Arviointi tehtiin asiakastyön päättymisen jälkeen.
- Kuntoutussäätiö arvioi projektin asiakasnäkökulmasta ja arviointiraportti löytyy tämän raportin loppuosasta.

Tulokset

Omaishoitajille järjestettiin samat kyselyt ja mittaukset ohjelman alussa ja lopussa. Ryhmän koko muuttui usein pienemmäksi loppua kohden, koska omaishoitajien hoidettavia puolisoita kuoli jonkun verran projektin kuluessa, ja vaikka moni omaishoitaja halusikin jatkaa siitä huolimatta ryhmässä käyntiä, kaikki eivät kuitenkaan käyneet. Myös kaksi omaishoitajaa kuoli projektin aikana.



Myös ne hoidettavat puoliset, jotka pystyivät osallistumaan mittauksiin, testattiin alussa ja lopussa. Hyvin harva hoidettava kuitenkin pystyi mittauksiin ja kyselyihin osallistumaan. Esimerkiksi muistisairauden eteneminen oli yksi syy, ettei mittauksia voitu tehdä.

Omaishoitajat

Taulukoissa aloitustulosta parempi tai yhtä hyvä lopputulos on merkitty punaisella. Kommentit taulukoiden perässä ovat projektityöntekijöiden, jotka tutustuivat erittäin hyvin ryhmäläisiinsä ja tiesivät sen vuoksi taustoja asioille.

BDI (masennusoireet)

<i>Ensimmäiset ryhmät</i>	Alku keskiarvo	Loppu keskiarvo
Kuopio	5,8	6,1
Lapinlahti	7,5	10,1
Leppävirta	10	9,3
Nilsinä	8,3	9,8
Siilinjärvi	7,9	10,3
Varkaus	8,3	4,8

<i>Jälkimmäiset ryhmät</i>	Alku keskiarvo	Loppu keskiarvo
Kuopio	9	8,3
Lapinlahti	10,8	13,4
Leppävirta	13,6	14,3
Nilsinä	7,3	8,4
Pieksämäki	9,5	11,7
Siilinjärvi	7,5	6,5
Suonenjoki	8,8	9,1
Varkaus	11	9,5

Kun masennuskysely tehtiin viimeisenä toimintapäivänä, saattaa olla, että omaishoitajat olivat apeita, koska Unton ohjelma oli loppumassa. Moni ilmoitti toivovansa ryhmän jatkumista. Lähes kaikki ilmoittivat hyötyneensä olost mukana Untossa, mikä ei ilmene masennusoireiden testistä.

Masennusoireiden tuloksiin saattaa vaikuttaa myös omaishoitajien omien tunteiden tunnistaminen. Kysyttäessä omaishoitajien vointia ryhmien alussa yleisin vastaus oli: ”Pakkohan tässä on pärjätä ja jaksaa, kun muuta vaihtoehtoa ei ole”. Ryhmien päättyessä moni omaishoitaja kertoi saaneensa rohkeutta tunnistaa ja ilmaista omat tunteensa, niinpä he vastasivat rehellisesti kyselyihin, ”Olen väsynyt ja tarvitsen tukea”.



GHQ (itse koettu terveys)

<i>Ensimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	25,5	22,1
Lapinlahti	26,9	25,9
Leppävirta	27,7	23,9
Nilsia	24,7	24,4
Siilinjärvi	27,1	27
Varkaus	25,2	24,8

<i>Jälkimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	24,2	23,3
Lapinlahti	28,2	28
Leppävirta	27,6	27,7
Nilsia	23,8	24,6
Pieksämäki	24,8	27
Siilinjärvi	25,3	25,5
Suonenjoki	24,4	26
Varkaus	24	24,6

Itse koettu terveys näytti kohentuneen suurella osalla jälkimmäisistä ryhmistä, ensimmäisissä ryhmissä sen sijaan ei samanlaista ilmiötä ollut. Syytä tähän emme tiedä. Ryhmät eivät lähtökohtaisesti vaikuttaneet erilaisilta.

LSQ (elämänlaatu)

<i>Ensimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	34,8	36,9
Lapinlahti	32,3	29,3
Leppävirta	33,7	33
Nilsia	32,3	33,2
Siilinjärvi	33,2	32,3
Varkaus	33,1	31,8

<i>Jälkimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	32	30,5
Lapinlahti	29,2	27,8
Leppävirta	29	26,7
Nilsia	33,4	32,3
Pieksämäki	29,8	29,1
Siilinjärvi	32,5	32,1
Suonenjoki	34	33,1
Varkaus	29,4	30



Elämänlaatua koskevassa kyselyssä vain muutamassa ryhmässä tapahtui muutosta parempaan, vaikka omaishoitajat olivat sitä mieltä, että ryhmätoiminta oli heille hyväksi. Elämänlaadun kyselyssä yksi merkittävä tekijä oli varmasti se, että suurimmalla osalla hoidettavista puolisoista oli etenevä sairaus. Tämän vuoksi ryhmätoiminnoista saatu tuki ja apu vaikutti ennemminkin kuormittuneisuuteen ja oman hyvinvoinnin merkitykseen kuin varsinaisesti elämänlaatuun.

Zarit (kuormittuneisuus)

<i>Ensimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	30,6	29,2
Lapinlahti	33,6	30,4
Leppävirta	40,8	38,7
Nilsia	38,9	42,3
Siilinjärvi	40,7	39,4
Varkaus	32,9	29,5

<i>Jälkimmäiset ryhmät</i>	<i>Alku keskiarvo</i>	<i>Loppu keskiarvo</i>
Kuopio	36,7	38,2
Lapinlahti	44,8	47,2
Leppävirta	39,8	47,3
Nilsia	33,8	31,9
Pieksämäki	44,8	37,4
Siilinjärvi	40,7	39,9
Suonenjoki	36,8	29,6
Varkaus	46,9	45,7

Suurimmalla osalla ryhmistä kuormittuneisuuspisteet vähenivät alun ja lopun välillä. Yksi merkittävä syy lienee vertaistuki. Monet omaishoitajat kertoivat ryhmien edetessä, että ne vaikeudet, jotka kotona tuntuivat ylitsepääsemättömiltä, eivät enää jakamisen jälkeen tuntuneet niin raskailta. Lisäksi kuormittuneisuuden helpottumiseen vaikutti omaishoitajien ryhmästä saatu rohkeus pyytää apua ja tukea. Omaishoitajat huomasivat, ettei vaikeiden asioiden kanssa tarvitse kamppailla yksin.

Toimiva -testit

Toimiva-testistössä testattava piirtää itse kipujan (VAS), jonka pituus mitataan. Häneltä mitataan uloshengityksen huippuvirtaus (PEF) ja tasapaino testataan ajalla, jonka testattava pystyy seisomaan yhdellä jalalla. Reisislihasten voimaa mitataan ajalla, joka kuluu, kun nousee 5 kertaa tuoilta seisomaan ottamatta tukea käsinojista. Molempien käsien puristusvoima mitataan puristusvoimamittarilla ja kävelynopeus 10 metrin kävelyllä ”lentävällä lähdöllä”.



Ensimmäiset ryhmät	VAS		PEF		TASAP		REISIV	
	alku	loppu	alku	loppu	alku	loppu	alku	loppu
Kuopio	2	1,7	394	351	26,4	26,8	8,8	7,7
Lapinlahti	1,7	1,4	451	435	10,5	6,8	10,1	11,3
Leppävirta	3,5	4	411	399	16,3	18,9	9,7	9,4
Nilsinä	2,1	4	454	467	14,4	19,2	11,7	10,1
Siilinjärvi	2,1	1,9	351	356	19	17,2	10,2	8,4
Varkaus	2	1,4	368	341	26,3	24,4	7,1	7,1

Ensimmäiset ryhmät	PURIST		PURIST		KÄVELY	
	oik.alku	loppu	vas.alku	loppu	alku	loppu
Kuopio	24,6	24,2	25	25,1	5,3	5,1
Lapinlahti	30	28,6	29,5	28,9	6,2	6,7
Leppävirta	25	23,9	24	24	5,6	5,6
Nilsinä	32	33,6	29,6	31,4	7	6,2
Siilinjärvi	26,7	25,1	23,6	22	5,4	5,8
Varkaus	35,3	32	32,7	30,6	4,1	4,4

Jälkimmäiset ryhmät	VAS		PEF		TASAP		REISIV	
	alku	loppu	alku	loppu	alku	loppu	alku	loppu
Kuopio	2,5	1,7	442	400	21,8	24,4	8,3	7,2
Lapinlahti	4,4	3,3	358	355	21,1	12,9	11,4	8,2
Leppävirta	4,7	3,9	412	580	11,1	18,3	11	18,3
Nilsinä	2	1,7	402	421	18,2	22,3	7,8	6,9
Pieksämäki	1,8	4,9	341	385	21,1	22,7	9,4	7,5
Siilinjärvi	3,1	2,7	456	435	25,3	27,2	7,9	6,9
Suonenjoki	2,7	2,7	453	440	20,2	22,2	9,4	10,1
Varkaus	2,5	3,6	346	361	14,2	14	10,5	9,3

Jälkimmäiset ryhmät	PURIST		PURIST		KÄVELY	
	oik.alku	oik. loppu	vas.alku	vas. loppu	alku	loppu
Kuopio	23,8	23,8	22	22,3	5,8	5,4
Lapinlahti	25	24,7	22,2	23,2	7	5,7
Leppävirta	25,8	30	25,3	25	7,5	4,6
Nilsinä	30,3	27,6	29,7	27,1	5,6	4,6
Pieksämäki	23,3	26,5	23,8	25	5,7	5,7
Siilinjärvi	32,4	33,6	30,7	32,5	5	4,2
Suonenjoki	32,4	31,6	29,9	29	5,7	4,7
Varkaus	25,8	25,4	24,9	25,4	6,8	6,1

Suurimmat muutokset omaishoitajilla tapahtui fyysisen toimintakyvyn alueella. Eniten muutosta parempaan suuntaan tapahtui tasapainossa, reisirihasten voimissa ja luonnollisesti näiden seurauksena kävelynopeudessa. Fyysinen toimintakyky on omaishoitajan



hoivatyössä usein hyvin tärkeä tekijä, sillä monesti omaishoitaja joutuu läheistään hoivattaessaan nostelemaan tätä esimerkiksi vuoteesta (pyörä-)tuoliin ja takaisin sekä tukemaan tätä peseytymisessä ja pukeutumisessa. Lisäksi puolitoista vuotta on iäkkään henkilön elämässä pitkä aika, jolloin on ilman mitään harjoittelua odotettavissa fyysisen kunnon heikkenemistä. Unto-projekti osoitti mielestämme, että niinkin harvoin kuin joka toinen viikko tapahtuvat ryhmäharjoittelu ja ohjus omatoimiseen harjoitteluun tuottaa tulosta iäkkäiden kunnon ylläpitämisessä ja kohotuksessa.

Monet omaishoitajat kertoivat motivoituneensa harjoittelemaan myös kotonaan. Vireyskortin avulla heidän oli helppo seurata omaa aktiivisuuttaan harjoittelussa. Omaishoitajia kannustettiin tekemään pieniä harjoitteita, esimerkiksi iltauutisten aikaan nousemaan tuolista kymmenen kertaa tai astioita tiskatessaan seisomaan yhdellä jalalla. Ohjaajina yritimme antaa omaishoitajille arkeen sopivia harjoitteita, koska usein kuntosalille tai jumppaan pääsy oli vaikeaa, jopa mahdotonta.

Huomattavaa on se, että jälkimmäisissä ryhmissä muutoksia parempaan tapahtui enemmän kuin ensimmäisissä ryhmissä, vaikka lähtökohtaisesti ryhmissä ei ollut mainittavia eroja. Syytä tähän emme tiedä. Mahdollisesti henkilöstön työskentelytapa muuttui näiden toimintaryhmien välillä, vaikka henkilöstö ei tunne niin tapahtuneen. Yksi syy voi olla myös se, että ensimmäiset ryhmät kertoivat palautteessaan kaipaavansa kahdenkeskisiä keskusteluja projektityöntekijöiden kanssa. Kahdenkeskiset keskustelut toteutettiin jälkimmäisissä ryhmissä.



Aina ei tarvitse lähteä kuntosalille.



Kotonakin voi voimailla.

Verrokkiryhmän tuloksia

	BDI alku	loppu	GHQ alku	loppu	LSQ alku	loppu	Zarit alku	loppu
<i>Varkaus</i>	9,5	8,7	27,8	27,3	31,3	27,9	39,9	5,8 *

	VAS alku	loppu	PEF alku	loppu	TASAP alku	loppu	REISIV alku	loppu
<i>Varkaus</i>	2,1	3,7	400	386,7	20,4	18,8	13,1	14,4

	PURIST oik.alku	oik.loppu	PURIST vas.alku	vas.loppu
<i>Varkaus</i>	28,8	30	29,4	29,1

*vain kolme vastausta

Ensimmäisen vuoden Varkauden verrokkiryhmällä masennusoireita kuvailevat pisteet vähenivät alku- ja loppumittauksien välillä, samoin kuormittuneisuuspisteet. Kuormittuneisuuspisteiden väheneminen johtui usealla omaishoitajalla siitä, että puoliso oli joko menehtynyt tai siirtynyt vakituisen laitoshoidon. Kuormittuneisuuden väheneminen vaikuttaa hyvin todennäköisesti myös masennusoireiden helpottumiseen. Tosin lopussa



vain kolme verrokkia vastasi kyselyihin. Toimiva-testeihin kuitenkin kaikki osallistuivat. Kävelytestiä ei kotiloissa voitu järjestää, mutta muissa osioissa paitsi oikean käden puristusvoimassa tulokset huononivat. Alun mittaustulokset eivät juuri eronneet muiden ryhmien tuloksista.

Hoidettavien tuloksia

Hoidettavien tuloksista ei voida juurikaan vetää johtopäätöksiä, sillä loppumittauksiin pystyi vastaamaan vain muutama henkilö. Osa hoidettavista oli kuollut, osa siirtynyt laitoshoittoon ja osalla muistisairaus edennyt niin pitkälle, etteivät he pystyneet enää ottamaan osaa testeihin. Taulukoissa on kaikkien kuntien hoidettavien keskiarvot.

BDI	alku	loppu
	12,9	10,5

FIM	alku	loppu
	80,2	83,9

MMSE	alku	loppu
	22,2	22,6

Tukihenkilöiden tuloksia

GHQ	alku	loppu
	22,8	22,1

LSQ	alku	loppu
	29,6	29,7

Zarit	alku	loppu
	10,7	18 *

*vain 2 vastausta

Tukihenkilöt eivät olleet kovin innokkaita vastaamaan kyselyihin. Muutama kuitenkin vastasi, mutta heistäkin jotkut jättivät vastaamatta osaan kysymyksistä. Siksi tuloksista ei juuri voi vetää johtopäätöksiä.

Tukihenkilöt ilmoittivat pitävänsä vapaaehtoisena toimimista tällaisessa projektissa hyvin mielekkäänä. Joskus he kokivat kertomansa mukaan hiukan pelottaviakin hetkiä hoidettavien kanssa näiden huonon kunnon takia. Projektissa hankittiin tukihenkilöille vakuutukset vahinkojen varalle. Mitään vahinkoja ei kuitenkaan projektin aikana sattunut hoidettaville tai tukihenkilöille.



Yhteistyö kuntien kanssa

Unto-projektissa toteutui yhteistyö kuntien omaishoidosta vastaavien palveluohjaajien kanssa. Palveluohjaajat toimivat projektissa yhteyshenkilöinä. Yhteyshenkilöt kokosivat ryhmien jäsenet ja kyselivät heiltä alustavasti innokkuutta osallistua projektiin. Kyselyt tapahtuivat joko yhteyshenkilön suoralla yhteydenotolla tai esimerkiksi kotipalvelun tai kotisairaanhoidon välityksellä. Yhteyshenkilöiden kanssa voitiin hoitaa myös muita käytännön asioita, kuten tilojen varauksia. He tulivat myös mielellään ryhmään kertomaan kunnan tavoista toteuttaa omaishoitajille suunnattuja palveluita. Kahdeksalle (8) yhteyshenkilölle lähetettiin projektin päätyttyä pieni kysely sähköisesti, joista kuusi (6) vastausta palautui. Kyselyssä tiedusteltiin kolmea asiaa:

1. Aiheuttiko Unto-projektiin osallistuminen ylimääräistä työtä?
 2. Millaista palautetta yhteyshenkilöt ovat saaneet Unto-projektista?
 3. Mikä on kunnan edustajan näkemys siitä, olisiko tällaiselle toiminnalle tarvetta?
- Lopuksi vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaasti kokemuksiaan Unto-projektista.

Kukaan vastaajista ei kokenut Unto-projektiin osallistumista erityisen työläänä tai ylimääräisenä kuormituksena.

"Asiakkaiden etsiminen oli työläin vaihe. Muutama kutsu ryhmätapaamisiin. En kokenut osallistumistani työläänä."

Kaikki vastanneet yhteyshenkilöt olivat saaneet myönteistä palautetta projektiin osallistuneilta omaishoitajilta.

"Omaishoitajat jotka olivat siinä mukana puhuivat siitä usein ja hyvin myönteisessä hengessä. Puheesta kuuli ja rivien välistä voi lukea, että Unto oli osallistujilleen tärkeä."

"Vain positiivista palautetta. Omaishoitajat ovat olleet hyvin tyytyväisiä ja kiitollisia Untosta."

Unto-projekti koettiin myös jokaisen vastauksen perusteella sellaiseksi toiminnaksi, jolle olisi tilausta vakiintuneena käytäntönä.

"Ehdottomasti olisi tarvetta, jos vain olisi järjestäjä ja koordinoija. Oma aika ei riitä mitenkään järjestämään, vaikka olisikin hyvä juttu."

"Kyllä, ehdottomasti. Omaishoitajien jaksamisen huomioiminen on niin harmittavan vähäistä kunnan toimesta, mikäli hoitaja ei itse jaksa ottaa yhteyttä esim. vapaapäivien järjestämisestä, ei kukaan muukaan hänen jaksamisestaan ehdi välttämättä huolehtimaan."

Vapaa sana – osioon tuli neljä kommenttia, nekin hyvin myönteisiä.

"Nyt en muista, oliko projektin tarkoituksena luoda tällaista toimintaa pysyvästi, ehkäpä jatkossa kannattaa alkaa virittelemään yhteistyöverkkoa kolmannen sektorin toimijoiden kanssa heti alussa, jotta toiminta jäisi elämään jossain muodossa. Kiitos teille!"



Kuten jo edellä todettiin, avainasemassa luottamuksellisen ilmapiirin syntymiseen oli suljettu ryhmä. Ryhmäläiset kokivat voimakasta yhteenkuuluvuuden tunnetta, jopa niin, että he ovat jatkaneet kokoontumisia omaehtoisesti projektin päättymisen jälkeen. Ainakin Siilinjärven, Lapinlahden ja Kuopion ryhmät ovat kokoontuneet omaehtoisesti. Lisäksi ryhmässä syntyi ystävyysuhteita, eli vertaistuki jatkuu edelleen. Projektin yksi tavoite oli omaishoitajien sosiaalisen verkoston laajeneminen, ja näiden omaehtoisten kokoontumisten perusteella tämä tavoite saavutettiin.

Liikelaitos Siiliset – peruspalvelukeskus (Maaninka, Siilinjärvi, Nilsinä) on saanut pyynnöstä selvityksen Unton toteuttamisen edellytyksistä, tarkoituksena jatkaa toimintaa omassa kuntayhtymässä.

Kymmenen Kuopion Unto – ryhmäläistä aloitti yhteiset käyntinsä paikallisessa palvelukeskuksessa liikuntatapahtumissa.

Omaishoitajien mietteitä

"Mietiskelin, jaksanko lähteä joka toinen torstai, mutta ehdin jo odotella milloin torstai on taas, ja pääsen porukkaan mukaan."

"Samassa tilanteessa "purjehtivat" immeiset oli luotettavia, hyviä jakamaan tunteita ja jaksamistaan."

"Yllätyin miten paljon keveämpi oli kotiin paluu, vaikka hoidettavan tilanne ei ollut muuttunut. Katselin eri "vinkkelistä" arkeani Unto -päivän jälkeen.."

"Sain Untosta montakin kontaktia, yhteydet pelaa edelleen, kylässä käydään, monenlainen huolenpito, puhelut keventävät."

"Vieläkin kun on vaikeeta, niin soitan Anjalle ja sanon, että anna Anja minulle vähän virtaa."

Jotain olisi vielä voinut olla lisää:

"Ehkä jotain ikääntymisestä olisi voitu käsitellä enempi, on hyvä että ymmärtää uupumisen, antaa periksi, mitä ei kerta kaikkiaan jaksa."

Jaksamista vertaistuen avulla:

"Me omaishoitaja-luonteet taivumme kuin puut tuulessa... Emme anna tilaa omille haasteille.. virkistykselle..tai muulle kiinnostavalle, haaveet saa odottaa, ja sitten, en jaksakaan,, on vain hoidettavan mukavuus kyseessä... vaikka palkkana on nyrkki ja parjaus.. tämä on normaalia ja siihen on totuttu.. mitäpä tässä voi aivonsa menettäneeltä odottaa.. "



" Intervalli

Olen koko sydämestäni puutarhani lumoissa, olen oppinut ymmärtämään kukkien ja kasvien tarpeet: lämpöä, vettä ja paljon huolenpitoa!! Ihmisen kasvuun ja selviytymiseen käy paljolti samat rakennusaineet, mutta erittäin tärkeänä tarpeena lisäksi sosiaaliset taidot ja myös vierellä kulkijat.

Kun yllättäen joudut elämän käännekohtaan, jossa sitoudut omaishoitajaksi, et ehdi ajatella kuka valmentaisi tähän tehtävään. On opittava kohtaamaan läheisten voimattomuus sairauden ja kärsimyksen keskellä. Yllättäen tapahtunut käänne sitoo arkesi ja voimavarasi tynnyriin – arjen käänteet on opeteltava kulkemaan sairastuneen ehdoilla.

Vuorohoito – intervallijaksot irrottavat omaishoitajan hetkeksi tauolle, jonka olen kokenut juhlan tuntuiseksi. Paluu hetkeksi normaaliin, ystävien tapaamiseen, tai kaupunkireissu antaa uusia ajatuksia, virkistäen sielun maailmaa.

Runo intervalliin lähtö syntyi, kun puoliso kasseineen katosi invataksin saattelemana kotipihalta vuorohoitoon – hetkeksi istahdin olohuoneen sohvalle latautumaan:

Vielä kerran: reseptit, lääkelista, silmätipat, hammasharja, partakone, kukkaro, taksikortti, kävelykeppi, nilkkatuki, polvituki, kommunikaatio-apuvälineet, insuliinikynä, verensokerimittari, vaipat... Oi ja voi, kuinka jaksan loputtomiin muistamista, huolehtimista, ymmärtämistä, pesemistä, ajanvarauksia lääkärille, - hammaslääkärille, - silmälääkärille, verikokeisiin, taksintilausta, päätöksien odottamista, loputonta ajattelua toisen aivoilla...

Laatuaikaa, koska minulla? Herra anna yksinkertainen hiljainen lepo!"

-Raija Kekäläinen, Siilinjärvi-

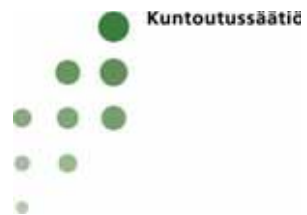


Lähteet

1. Aaltonen E. Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3, s. 13.
2. www.Kunnat.net
3. Perusturva 1/2011
4. Eloniemi-Sulkava et al. (toim.) Valtakunnallinen dementoituneitten omaishoitajakysely. Omaishoito yhteistyönä. läkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliitto. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Raportti 14.
5. Saarenheimo M. 2.11.2006, Lahti
6. Tilastokeskus
7. (3) Valtakunnallinen dementoituneitten omaishoitajakysely
8. Voutilainen P. & Korpiniitty S. 1997 Dementoituvan ihmisen hyvä hoito – Omaisten odotukset hoidon laadun kehittämisen perustana. *Hoitotiede* 9 (1):25–32
9. Pietilä M. Saarenheimo M. Omaishoidon tukeminen Suomessa. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 2. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus 2003
10. Saarenheimo M, Pietilä M. (toim.) Kaksin kotona. läkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia. Vanhustyön keskusliitto ry. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, raportti 6. Saarijärvi: Gummerus 2005.
11. Visser-Meily A, Post M, Schepers V, Lindeman E. Spouses' quality of life 1 year after stroke: prediction at the start of clinical rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 2005; 20(6):443–8
12. Forsberg-Warleby G, Moller A, Blomstrand C. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. *J Rehabil Med* 2004 Jan; 36(1):4–11
13. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age Ageing* 2003 Mar; 32(2):218–23
14. (7) Pietilä M, Saarenheimo M. 2003
15. Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin-Neurosci* 2005 Aug; 59(4):473–80
16. Schrag A, Hovris A, Morley D, Quinn N, Jahanshahi M. Caregiver-burden in Parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism Relat Disord* 2006 Jan; 12(1):35–41
17. Ahokas K, Mäki A, Isaksson P. Kumppanuuden voima – Kuntoutuspolku eläkeläishoitajien tueksi. Raportti Eläkeläiset ry:n omaishoitajaprojektista



18. (8) Saarenheimo M, Pietilä M. 2005
19. (7) Pietilä M, Saarenheimo M. 2003
20. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hauck WW. Assessing perceived change in the well-being of family caregivers: psychometric properties of the Perceived change index and response patterns. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006 Oct-Nov; 21(5):301-11
21. Mockford C, Jenkinson C, Fitzpatrick R. A Review: carers, MND and service provision. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006 Sep; 7(3):132-41
22. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005 Oct; 36(10):2181-6
23. (8) Saarenheimo M, Pietilä M. 2005
24. Repo P. Omaishoitajien määrän odotetaan kasvavan kunnissa tänä vuonna. *Helsingin Sanomat* 22.2.2007
25. Kaddoura A, Laine P. Pohjolan epätsekäs kansa. Kehitysyhteistyön palvelukeskuksen verkkosivut, Kepa.fi 3.5.2005
26. Yeung A B. Vapaaehtoistyö meillä yllättävän yleistä. *Socius – sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti verkossa* 5-6/2004
27. Iisalmen kaupunki. Vanhuspoliittinen strategia. Terveiden edistäminen
28. Laasanen J. Vapaaehtoistyön kansantaloudelliset vaikutukset. 2011. Helsingin yliopisto, Ruralia – instituutti.
29. Tuominen T. Vapaaehtoistyö osana turvallista asumista. Hankeraportissa: Vapaaehtoistoiminta Helsingissä. Helsingin kaupungin vapaaehtoistyön neuvottelukunta 2004
30. Vanhustenhuollon Uudet tuulet 8/200



unto

– *PROJEKTIN ARVIOINTI*

TUOMAS KOSKELA & HENNA HARJU

*KUNTOUTUSSÄÄTIÖ
ARVIOINTI- JA KOULUTUSYKSIKÖ
30.9.2011*

Sisällys

1 Johdanto	33
2 Arvioinnin kohdentuminen ja käytännön toteutus	34
2.1 Yleisesti UNTO-projektista	34
2.2 Arviointikysymykset	35
2.3 Hyödynnetyt aineistot ja menetelmät	37
3 Arvioinnin tulokset	38
3.1 Tavoitteet ja tarvelähtöisyys	38
3.2 Toteutus	42
3.3 Hyöty, tulokset ja vaikuttavuus	48
4 Yhteenveto ja johtopäätökset	52
Lähteet	54



1 Johdanto

Tämä arviointiraportti käsittelee UNTO-projektia, jota Huoltoliitto ry on toteuttanut vuosien 2008–2011 välisenä aikana Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) tukemana. UNTO-projektin tavoitteena on ollut iäkkäiden omaishoitajien jaksamisen tukeminen omalla kotipaikkakunnalla järjestettävien toimintapäivien avulla. Projektin toimenpiteet ovat kohdistuneet Pohjois-Savon alueelle.

Omaishoitajaksi ryhtymiselle on olemassa monia syitä; hoidettava on läheinen ja ihmissuhteen taustalla on toimiva vuorovaikutus ja rakkaus. Omaishoitoa tutkinut Tuula Mikkola on todennut, että *”omaishoidon tärkein motiivi on suhde, joka ei ole syntynyt hoidon tarpeen perusteella, vaan on olemassa siitä riippumatta”*. Omaishoitotilanteissa ollaan ensisijaisesti vanhempia, puolisoita tai lapsia. Hoidettavan henkilön näkökulmasta omaishoitajan antama hoito pyrkii varmistamaan omassa kodissa elämisen mahdollisimman pitkään. Omaishoitajien on todettu kokevan, että kotona läheisen elämän laatu paranee ja että hän on tyytyväisempi kuin muualla hoidettaessa. Moni omaishoitaja myös kokee, ettei omaishoidolle ole vaihtoehtoja. Omaishoitotilanteessa tunneside luo vapaaehtoisen pakon ja velvollisuuden, johon ehkä nojataan jopa liiaksi. Usein ajatellaan, että omaisesta huolehditaan, olipa tarjolla tukea tai ei.¹

Yhtenä vanhustenhuollon keskeisimpänä tavoitteena on pidetty sitä, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Erilaiset avohoidon tukimuodot ovat olleet useiden vuosien ajan keskeisiä välineitä tavoitteen saavuttamiseksi. Keskeisenä keinona on pidetty myös omaishoidon tukemista ja kehittämistä. Tieteellisiä tutkimuksia omaishoidosta ja sen tukemisen vaikuttavuudesta on olemassa useita kymmeniä, mutta tulokset ovat hyvin ristiriitaisia. Vain osassa tutkimuksista on osoitettu, että toiminnan avulla on onnistuttu vaikuttamaan ensisijaiseen tavoitteeseen eli omaishoitajien kuorman keventämiseen. Vielä vähemmän on näyttöä laitoshoidon lykkääntymisestä.²

Tutkimustulosten perusteella kokemukset omaishoitajille suunnatuista ryhmäinterventioista ovat pääsääntöisesti positiivisia. Ryhmätoiminnoilla on todettu olevan hyötyä mm. omaisten psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Omaisten yksilöllisen neuvonnan on todettu mm. parantaneen omaishoitajan hyvinvointia sekä lisänneen omaisten tietoa ja tyytyväisyyttä. Parhaita tuloksia on saatu interventioissa, joissa on otettu huomioon omaishoitajien erilaiset tarpeet ja jotka on räätälöity yksilöllisesti näiden tarpeiden mukaan.³

Tässä arvioinnissa tarkastellaan UNTO-projektin tavoitteita ja tarvelähtöisyyttä (luku 3.1), toteutusta (luku 3.2) sekä hyötyä, tuloksia ja vaikuttavuutta (luku 3.3) *asiakastytyväisyyden näkökulmasta*. Kuntoutussäätiön arviointi- ja koulutusyksikkö on toteuttanut arvioinnin Huoltoliiton toimeksiannosta huhtikuun 2009 – syyskuun 2011 välisenä aikana. Arvioinnin käytännön toteuttamisesta ovat vastanneet Tuomas Koskela sekä Henna Harju. Heidän lisäksi arviointihankkeeseen ovat osallistuneet Janne Jalava sekä Piia Rantanen. Outi Linnolahti on auttanut kyselyaineiston koodaamisessa sekä loppuraportin viimeistelyssä.

¹ Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry

² Hyvärinen ym. 2003.

³ Emt.



Arvioinnin tuloksista on tehty väliraportti, joka toimitettiin ja esiteltiin Huoltoliitolle lokakuussa 2009. Lisäksi arvioinnin tuloksia esiteltiin UNTO-projektiin osallistuneille omaishoitajille sekä projektihenkilöstölle projektin päätösseminaarissa 19.8.2011.

Kiitämme UNTO-projektiin osallistuneita kyselyyn vastaamisesta sekä UNTO-projektin ja Huoltoliiton henkilöstöä tarvittavan aineiston toimittamisesta!

2 Arvioinnin kohdentuminen ja käytännön toteutus

2.1 Yleisesti UNTO-projektista

Tavoitteet

Huoltoliitto ry on toteuttanut UNTO-projektia vuosina 2008–2011. Projektin päätavoitteena on ollut löytää uusia yhteistyömenetelmiä, joilla voidaan helpottaa iäkkäiden omaishoitajien arkea ja aktiivista yhteisöllistä osallistumista mm. hyödyntämällä vapaaehtoisten tukihenkilöiden apua.

UNTO-projektin välitavoitteina ovat olleet:

- Omaishoitajan fyysisen kunnon koheneminen, henkisen jaksamisen ja mielialan paraneminen sekä tiedon saannin helpottuminen mm. omaishoitajille kuuluvista etuuksista.
- Hoidettavien kohdalla välitavoitteina ovat olleet mielialan koheneminen ja elämänlaadun paraneminen sekä kotihoidon jatkuminen mahdollisimman pitkään, eli laitoshoidon välttäminen.
- Vapaaehtoisten tukihenkilöiden kohdalla tavoitteena on ollut tukea heitä oppimaan olemaan omaishoitajan tukena ja vertaistukihenkilönä. Tukihenkilöiden henkilökohtaisena tavoitteena on myös oppia pitämään huolta omasta voinnistaan ja voimavaroistaan.

Kohderyhmä

UNTO-projektin pääasiallinen kohderyhmä on muodostunut iäkkäistä omaishoitajista Pohjois-Savon alueella. Vuosina 2008–2009 (I vaiheen ryhmät) projektin toimintaan osallistui kuusi kuntaa: Kuopio, Lapinlahti, Leppävirta, Nilsinä, Siilinjärvi ja Varkaus. Vuosina 2010–2011 (II vaiheen ryhmät) osallistujakuntia oli kaksi enemmän: Kuopio, Lapinlahti, Leppävirta, Nilsinä, Pieksämäki, Siilinjärvi, Suonenjoki ja Varkaus.

Tavoitteena oli saada kustakin kohdekunnasta mukaan 10 pariskuntaa, joista toinen hoitaa kotona puolisoaan. Näiden lisäksi yritettiin saada mukaan 10 tukihenkilöksi koulutettavaa (1 henkilö/pariskunta). Kaikilla paikkakunnilla tämä ei täysin onnistunut.

Omaishoitajien ryhmät koottiin kuntien palveluohjaajien avustuksella, lukuun ottamatta Suonenjoen kuntaa vuonna 2010. Suonenjoen vanhuspalvelun- tai omaishoidon palveluohjaajat eivät lähteneet mukaan yhteistyöhön, joten UNTO:sta tiedotettiin lehti-ilmoituksilla ja ryhmä koottiin omaishoitajien omien ilmoittautumisien perusteella.



I vaiheen ryhmiin (vuosina 2008–2009) osallistui 44 omaishoitajaa ja II vaiheen ryhmiin (vuosina 2010–2011) yhteensä 65 omaishoitajaa.

Toteutus ja resurssit

UNTO-projektin pääasiallinen sisältö on koostunut *toimintapäivistä*, joihin omaishoitajat osallistuivat kahden viikon välein omalla kotipaikkakunnallaan. Toimintapäivän aikana kunkin pariskunnan oma tukihenkilö oli hoidettavan omaisen apuna ja tukena kotona. Toimintapäivien sisältöjen suunnittelussa pyrittiin huomioimaan osallistujien tarpeet ja toiveet mukaan, kuitenkin siten, että ohjelmaan sisällytettiin tietopuolinen osuus, fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen tarkoitettua toimintaa sekä mielenvireyden ja mielialan kohentamiseen tähtäävä osio. Yksi toimintapäiväkesti noin 5–6 tuntia. Toimintapäivän ohjelmaan kuului yhteinen ruokailu. Kukin ryhmä on ollut mukana toiminnassa noin puolitoista vuotta.

Jokaisen ryhmän toiminta on aloitettu *kotikäynnillä*, jonka aikana omaishoitajilta selvitettiin eri testien avulla mm. masennusoireita, toimintakykyä, elämälaatua, kuormittuneisuutta, koettua terveyttä sekä sosiaalista tilannetta. Hoidettavilta omaisilta selvitettiin hieman eri asioita.

UNTO-projektin käytännön työstäjä toimenpiteistä eri paikkakunnilla vastasi kaksi kokopäiväistä työntekijää (toimintaterapeutti ja lähihoitaja). Lisäksi projektissa hyödynnettiin paikallisia asiantuntijoita toimintapäivillä luennoitsijoina teemasta riippuen. Projektin hallinnon hoiti osa-aikaisesti Huoltoliiton projektipäällikkö.

RAY myönsi UNTO-projektille avustusta 660 000 €. Huoltoliiton oman arvion mukaan aivan koko summaa ei tulla käyttämään.

2.2 Arviointikysymykset

Toimeksiannon mukaisesti UNTO-projektia on arvioitu *asiakastytyväisyyden* (=omaishoitajien) näkökulmasta. Asiakastytyväisyyden mittaamiseen on olemassa lukuisia eri lähestymistapoja ja mittareita. Käsite voidaan ymmärtää hyvin eri tavoin. Tässä arvioinnissa asiakastytyväisyyden käsitteellä viitataan odotusten täyttymiseen⁴ sekä palveluiden laatuun⁵. Hyvin usein asiakastytyväisyyttä ja palvelun laatua käytetään toistensa synonyymeinä tai ne ymmärretään samana asiana.

Arvioinnissa on tarkasteltu asiakastytyväisyyden näkökulmasta UNTO-projektin tavoitteita ja tarvelähtöisyyttä, toimeenpanoa ja toteutusta sekä koettua hyötyä, tuloksia ja vaikuttavuutta⁶. Projektin välitöntä vaikuttavuutta on arvioitu koetun hyödyn näkökulmasta sekä suhteessa hankkeen tavoitteisiin. Toteutuksen osalta erityisinä tarkastelun kohteina ovat olleet projektin puitteissa toteutetut kotikäynnit ja toimintapäivät. Seuraavassa on esitetty kysymykset, joihin arvioinnissa on haettu vastausta.

⁴ Wikipedia

⁵ Ks. esim. Hiidenhovi 2001

⁶ Soveltaen: European Commission, 1999; EFQM-malli (The EFQM Excellence Model 2003); Vedung, 1997.



Tavoitteet ja tarvelähtöisyys:

- Onko projektin kohderyhmän valinta ollut tarkoituksenmukaista asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten valintakriteereitä olisi kenties tullut muuttaa asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten projektin tavoitteet vastanneet asiakkaiden tarpeisiin?
- Miten asiakastarpeet ja asiakkaiden erityispiirteet on otettu huomioon tavoitteiden asettelussa?
- Olisiko tavoitteita tullut muuttaa/tämentää projektin aikana asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna? Miten?

Toimeenpano ja toteutus:

- Miten projektin toimeenpano on onnistunut asiakasnäkökulmasta?
- Miten projektin tavoitteet näkyvät toimenpiteissä?
- Miten asiakastarpeet on kyetty ottamaan huomioon projektin toimenpiteissä?
- Onko projektin toiminta ja toimenpiteet olleet oikein kohdistettuja ja oikeassa painoarvossa keskenään suhteessa asiakastarpeisiin ja projektin tavoitteisiin?
- Onko projektissa kyetty hyödyntämään riittävästi ulkopuolisia kumppanuuksia ja yhteistyötä sidosryhmien kanssa asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten projektista tiedottaminen onnistui asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten viestintä ja tiedon kulku asiakkaiden suuntaan on onnistunut projektin aikana?
- Onko projektissa ollut riittävästi resursseja ja osaavaa henkilökuntaa suhteessa asiakastarpeisiin ja projektin tavoitteisiin?
- Onko osaamista kyetty hyödyntämään optimaalisella tavalla asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Missä kohden projektin toimeenpano ja toteutus erityisesti onnistuivat asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Missä kohden toiminnassa mahdollisesti epäonnistuttiin asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Mitkä tekijät ovat kenties edistäneet/hidastaneet projektin toteutusta asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?

Koettu hyöty, tulokset ja vaikuttavuus:

- Mitä konkreettista hyötyä asiakkaat kokevat saaneensa projektista?
- Mikä on koettujen hyötyjen ja vaikutusten tärkeysjärjestys (ensisijaiset, toissijaiset)?
- Mikä on koettujen hyötyjen ja vaikutusten ajallinen frekvenssi (välittömät/välilliset vaikutukset)?
- Mikä on koettujen hyötyjen ja vaikutusten ajallinen pysyvyys (pysyvät/väliaikaiset vaikutukset)?
- Miten koettu hyöty ja tulokset vaikuttavat asiakkaiden arkielämään?



- Missä määrin vastaava hyöty ja tulokset olisivat syntyneet ilman projektiakin asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten projekti on saavuttanut sille asetetut tavoitteet asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna?
- Miten koettu hyöty ja vaikutukset vastasivat asiakkaiden omiin odotuksiin ja tarpeisiin?

2.3 Hyödynnetyt aineistot ja menetelmät

Arviointiaineisto on kerätty lomakekyselyn avulla. Kysely kohdennettiin UNTO-projektin toimintaan osallistuneille omaishoitajille ryhmien päätösvaiheessa. UNTO-projektin henkilöstö jakoi omaishoitajille kyselylomakkeet sekä ohjeisti heitä kyselyyn vastaamisessa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja täysin anonyymia. Kullekin ryhmälle toteutettiin yksi kysely.

Arviointihankkeen aikana lomakekyselyyn vastasi yhteensä 99 omaishoitajaa:

- I vaiheen ryhmistä saatiin 42 omaishoitajan vastaus. Vastausprosentti oli näin ollen erittäin korkea, 96 %.
- II vaiheen ryhmistä saatiin vastauksia 57 kpl. vastausprosentin ollessa vain hieman alhaisempi, 88 %.

Kaikista kyselyyn vastanneista omaishoitajista naisten osuus oli 70 %. Vastajien keski-ikä oli 73 vuotta. Vastajista alle 70-vuotiaita oli 29 %, 70–79-vuotiaita 55 % ja 80-vuotiaita tai vanhempia 15 %.

Seuraavassa taulukossa on esitetty kyselyyn vastanneiden omaishoitajien jakautuminen rymittain.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden omaishoitajien jakautuminen kunnittain

Paikkakunta	Vuosi	Vastaajia (N)	%-osuus
Kuopio	2009	8	8,3 %
	2011	8	8,3 %
Lapinlahti	2009	7	7,3 %
	2011	6	6,3 %
Leppävirta	2009	5	5,2 %
	2011	3	3,1 %
Nilsjä	2009	5	5,2 %
	2011	6	6,3 %
Pieksämäki	2011	7	7,3 %
Siilinjärvi	2009	8	8,3 %
	2011	11	11,5 %
Suonenjoki	2011	8	8,3 %
Varkaus	2009	7	7,3 %
	2011	7	7,3 %
Yhteensä		99	100 %



Kyselylomake koostui väittämä-, valinta- ja avokysymyksistä. Kyselyn tuottama määrällinen aineisto on analysoitu SPSS-ohjelmalla aritmeettisia keskiarvoja, suoria jakaumia sekä ristiintaulukointia hyödyntäen. Analyysivaiheessa ensisijaisena taustamuuttujana on hyödynnetty ryhmää, johon omaishoitajat ovat osallistuneet. Muita taustamuuttujia ovat ryhmän päättymisvuosi sekä vastaajien sukupuoli ja ikä. Kyselyn tulokset raportoidaan sanallisesti sekä taulukoiden ja kuvioiden avulla. Erot taustamuuttujien luokkien vastausten välillä raportoidaan vain, mikäli ne ovat tilastollisesti merkitseviä⁷.

Kyselyn tuottama laadullinen aineisto (avovastaukset) on analysoitu sisällön analyysiä hyödyntäen. Soveltuvien osien avovastauksia on myös luokiteltu ja koodattu numeraaliseen muotoon analyysiä varten.

Kyselyaineiston lisäksi arvioinnissa on hyödynnetty UNTO-projektin sekä Huoltoliiton itsensä tuottamaa kirjallista (projektin väliraportit) sekä tilastollista (projektin aikana omaishoitajille tehtyjen testien tulokset) aineistoa. Näiden aineistojen painoarvo on ollut raporttia kirjoitettaessa vähäinen. Huoltoliitto ja UNTO-projekti raportoivat itse omassa loppuraportissaan testitulokset.

3 Arvioinnin tulokset

3.1 Tavoitteet ja tarvelähtöisyys

Omaishoitajien näkemyksiä UNTO-projektin tavoitteista ja tarvelähtöisyydestä selvitettiin kyselyssä kahden kysymyspatteriston ja kolmen valintakysymyksen avulla. Osana taustakysymyksiä omaishoitajilta kysyttiin: *”Oletteko saaneet samanaikaisesti jotakin muuta tukea tai apua omaishoitajuuteen (esim. vertaisryhmä, terapia, sukulaisten/läheisten tarjoama tuki yms.)?”*

Hieman yli puolet (55,9 %) omaishoitajista ilmoitti saaneensa samanaikaisesti jotain muuta tukea tai apua omaishoitajuuteen. Miehistä tukea ilmoitti saaneensa 55,3 % ja naisista 40 %. Ero ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä. Tukea saaneista 62,5 % (n=30) ilmoitti saaneensa tukea omaisilta tai läheisiltä ja 25 % on osallistunut johonkin vertaisryhmään. Lisäksi muutamat vastaajat ilmoittivat hankkineensa apua hoivapalvelun kautta, osallistuneensa kuntoutukseen tai saaneensa tukea vapaaehtoiselta.

Ensimmäisessä kysymyspatteristossa omaishoitajia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1–5⁸, miten tärkeinä he pitivät kutakin UNTO-projektin yksittäistä tavoitetta heidän itsensä kannalta. Vastausten perusteella omaishoitajat pitivät projektin tavoitteita heidän itsensä kannalta erittäin tärkeinä. Taulukosta 2 voidaan havaita, että tärkeimmiksi tavoitteiksi koettiin henkisen jaksamisen lisääminen hoivatyössä, mielialan parantaminen sekä tiedonsaannin helpottaminen omaishoitajille kuuluvista etuuksista. Vuonna 2009 päättyneissä Lapinlahden ja Varkauden ryhmissä suhtautuminen tavoitteiden tärkeyttä koskeviin väittämiin oli kokonaisuutena muita ryhmiä neutraalimpaa.

⁷ P:n arvolla ollessa alle 0,05 erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Ristiintaulukoinnin osalta merkitsevyydestä on käytetty χ^2 -testiä ja keskiarvojen osalta varianssianalyysiä.

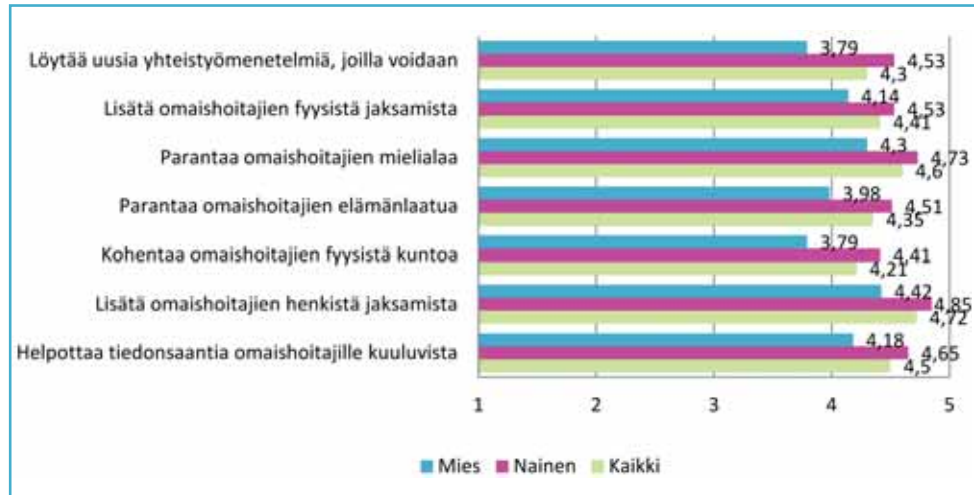
⁸ 1= Ei lainkaan tärkeä, 2= Ei kovin tärkeä, 3= Siltä väliltä, 4= Melko tärkeä, 5= Erittäin tärkeä

Taulukko2. Omaishoitajien suhtautuminen UNTO-projektin tavoitteiden tärkeyttä koskeviin väittämiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1-5⁹

TAVOITTEET	KESKIARVOT																	
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Niisä		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Löytää uusia yhteistyömenetelmiä, joilla voidaan helpottaa iäkkäiden omaishoitajien arkea ja aktiivista yhteisöllistä osallistumista **	4,75	4,5	3,17	4,67	4,6	4,67	4,6	4,33	4,43	4,25	4,1	4,5	3,67	4,17	4,23	4,39		
Lisätä omaishoitajien fyysistä jaksamista hoivatyössä	4,63	4,63	3,33	4,33	4,2	5	4,6	4,67	4,5	4,5	4,6	4,38	4	4,67	4,27	4,57		
Parantaa omaishoitajien mielialaa **	4,75	4,88	3,4	5	4,8	5	4,75	4,83	4,71	4,5	4,45	4,57	4,14	4,83	4,44	4,74		
Parantaa omaishoitajien elämäntilannetta **	4,38	4,29	3	4,33	4,4	5	4,4	4,5	4,8	4,75	4,56	3,86	4,07	4,67	4,24	4,45		
Kohentaa omaishoitajien fyysistä kuntoa **	4,5	4,57	3,17	4	4	4,67	4,4	4,2	4,14	4,62	4,44	4,38	3,43	4,5	4,1	4,35		
Lisätä omaishoitajien henkistä jaksamista hoivatyössä	5	4,71	4,25	4,67	4,8	5	4,8	4,8	4,86	4,88	4,67	4,29	4,43	4,83	4,74	4,7		
Helpottaa tiedonsaantia omaishoitajille kuuluvista etuuksista **	4,63	4,71	3,67	4,5	4,8	5	4,8	4,5	4,83	4,88	4,6	4,14	3,57	4,67	4,41	4,59		

⁹ Taulukkoon on merkitty kahdella tähdellä (**) väittämät, joiden kohdalla vastauksissa ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.

Kuviosta 1 voidaan puolestaan havaita, että naiset pitivät jokaista yksittäistä tavoitetta heidän itsensä kannalta tärkeämpänä kuin miehet. Erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 1. Omaishoitajien suhtautuminen UNTO-projektin tavoitteiden tärkeyttä koskeviin väittämiin sukupuolen mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5

Vuonna 2011 (ka 4,74) päättyneissä ryhmissä pidettiin omaishoitajien mielialan parantamista koskevaa tavoitetta hieman tärkeämpänä kuin vuonna 2009 päättyneissä ryhmissä (ka 4,44). Erot vastausten välillä ovat myös tilastollisesti merkitseviä tältä osin. Ikäluokittain tarkasteltuna ei vastausten välillä ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja.

Suurin osa (83,1 %) kyselyyn vastanneista omaishoitajista koki, ettei UNTO-projektin tavoitteiden olisi tullut sisältää mitään muuta. Muutamissa yksittäisissä avovastauksissa nousi esille, että tavoitteissa olisi tullut näkyä voimakkaammin ryhmäliikunta ja fyysinen kuntoutus, henkilökohtainen ohjaus ja keskustelu ammattilaisen kanssa, muistisairauksia koskevat asiantuntijaluennot, omaishoitajan oman identiteetin säilyttäminen omaishoitajana sekä tehtävän arvostus ja omaisen ja hoitajan yhteisarjen sujuminen.

Toisessa kysymyspatteristossa omaishoitajia pyydettiin arvioimaan asteikolla 1–5¹⁰, miten onnistuneina he pitivät kutakin yksittäistä valintaperustetta projektiin osallistumiselle. UNTO-projektiin osallistumiselle oli alun perin määritelty kriteereiksi, että:

- omaishoitaja saa kunnan myöntämää omaishoidon tukea
- omaishoitaja sekä hänen tukihenkilönsä ovat valmiita ja pystyvät toimimaan ryhmässä
- hoidettava läheinen on yli 65-vuotias
- omaishoitaja ja tukihenkilö pystyvät järjestämään omat kulkemisensa toimintapäiviin

Kokonaisuutena katsottuna omaishoitajat pitivät valintaperusteita varsin onnistuneina. Neutraaleinta omaishoitajien suhtautuminen oli valintaperustetta ”omaishoitaja saa kunnan

¹⁰ 1=Täysin epäonnistunut, 2=Jokseenkin epäonnistunut, 3=Siltä väliltä, 4=Jokseenkin onnistunut, 5=Erittäin onnistunut



myöntämää omaishoidon tukea” kohtaan. Vuonna 2011 päättyneessä Lapinlahden ryhmässä sekä vuonna 2009 päättyneessä Siilinjärven ryhmässä suhtautuminen kyseistä valintaperustetta kohtaan oli selvästi muita ryhmiä kriittisempää. Taulukossa 3 on esitetty keskiarvojen avulla omaishoitajien näkemyksetvalintaperusteiden onnistuneisuudesta.

Taulukko 3. Omaishoitajien suhtautuminen valintaperusteiden onnistuneisuutta koskeviin väittämiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5¹

VALINTAPERUSTEET	KESKIARVOT																	
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Nilisiä		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Omaishoitaja saa kunnan myöntämää omaishoidon tukea **	4,25	3,75	3,17	2,4	3,5	3,33	3,75	4,67	4,71	2,5	3,91	3,38	3	3	3,21	3,71		
Omaishoitaja sekä hänen tukihenkilönsä ovat valmiita ja pystyvät toimimaan ryhmässä	4,75	4,38	3,67	4	4,2	4	4,67	4	4,33	4	4,25	3,88	4,43	4,29	4,18	4,16		
Hoidettava läheinen on yli 65-vuotias	4	4,25	3,25	3,5	4,75	3,67	3	4,33	4,67	3,86	3,29	3,57	4,14	4	3,94	3,94		
Omaishoitaja ja tukihenkilö pystyvät järjestämään omat kulkemiseensa toimintapaiviin **	4,88	4,25	3,83	3,4	4,6	4	2,5	4,83	4,6	4,13	4,29	4,25	3,71	4,57	4,13	4,31		
Kaikki valintaperusteet kokonaisuutena	4,29	4	3,2	3,75	4,6	4,33	4,5	4,5	4,5	4,13	4	4,29	4,07	4,33	4,14	4,2		

¹Taulukkoon on merkitty kahdella tähdellä (***) väittämät, joiden kohdalla vastauksissa ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.



Aineiston analyysissä nousi esille seuraavat tilastollisesti merkitsevät erot taustamuuttujien luokkien vastausten välillä:

- Miesten (ka 3,86) suhtautuminen valintaperusteen ”omaishoitaja sekä hänen tukihenkilönsä ovat valmiita ja pystyvät toimimaan ryhmässä” onnistuneisuutta kohtaan oli naisia (ka 4,36) neutraalimpaa.
- Naiset(ka 4,31) pitivät valintaperusteita kokonaisuutena onnistuneempina kuin miehet(ka 3,84).
- Yli 70-vuotiaat omaishoitajat (70–79-vuotiaat ka 4,11; yli 80-vuotiaat ka 4,70) pitivät valintaperustetta ”hoidettava on läheinen on yli 65-vuotias” selvästi onnistuneempana kuin alle 70-vuotiaat(ka 3,30).

Valintaperusteita piti liian tiukkoina 14,1 % kaikista kyselyyn vastanneista omaishoitajista. Tarkasteltaessa vastauksia omaishoitajan iän, sukupuolen tai ryhmän päättymisvuoden mukaan ei tältä osin ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Nostimme jo arvioinnin väliraportissa esille seuraavat huomiot, jotka ovat edelleen relevantteja:

- Omaishoitajat pitivät tärkeänä, että mahdollisimman moni pääsisi mukaan toimintaan.
- Kunnan myöntämä omaishoitajatuki on sidoksissa hoitajan kuntoon, eli kaikista huonoimmassa asemassa ovat sairaat omaishoitajat, koska eivät saa kunnallista tukea, eivätkä myöskään pääse mukaan tällaiseen toimintaan.
- Omaishoitajan oman terveydentilan ei pitäisi olla peruste mukaan pääsyyllä. Perusteissa on kaksi kohtaa, jotka koskevat omaishoitajan terveydentilaa (ryhmässä toimiminen ja toimintapäiville kulkeminen) ja sulkevat pois omaishoitajia.
- Omaishoidettavan ikää pidettiin toisarvoisena seikkana, sillä hoidettavan kunto voi olla huonokin, vaikka hän ei olisi iäkäs.

UNTO-projektin ensimmäisenä toimintavuotena kävi ilmi, että varsinkin pienissä kunnissa valintakriteereitä tuli muuttaa siten, ettei omaishoidon tuki ollut osallistumiselle ehdoton edellytys.

3.2 Toteutus

Yleisesti

Omaishoitajien tyytyväisyyttä UNTO-projektin toteutukseen mitattiin kyselyssä kolmen kysymys-/väittämätönpatteriston ja kahden avokysymyksen avulla. Ensimmäisessä patteristossa selvitettiin omaishoitajien tyytyväisyyttä UNTO-projektin henkilöstön ammattitaitoon, henkilöstön riittävyteen sekä tiedonsaantiin ennen projektin alkamista ja projektin aikana.

Kokonaisuutena katsottuna omaishoitajat olivat erittäin tyytyväisiä edellä mainittuihin asioihin. Asteikolla 1–5¹¹ mitattuna kaikkien mitattujen asioiden keskiarvot olivat yli arvon 4. Huomionarvoista on, että yhdeksässä ryhmässä jokainen omaishoitaja vastasi

¹¹ 1=Erittäin tyytymätön, 2=Jokseenkin tyytymätön, 3=Siltä väliltä, 4=Jokseenkin tyytyväinen, 5=Erittäin tyytyväinen

olevansa erittäin tyytyväinen UNTO-projektissa työskentelevän henkilöstön osaamiseen ja ammattitaitoon yleisesti. Taulukossa 4 on esitetty omaishoitajien tyytyväisyyttä UNTO-projektin henkilöstön ammattitaitoon, henkilöstön riittävyyteen sekä tiedonsaantiin mittaavien kysymysten keskiarvot.

Taulukko 4. Omaishoitajien suhtautuminen UNTO-projektin henkilöstön ammattitaitoa, riittävyyttä sekä tiedonsaantia koskeviin kysymyksiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5¹

VÄITTÄMÄT	KESKIARVOT																	
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Nilsiä		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
UNTO-projektissa työskentelevän henkilöstön osaaminen ja ammattitaito yleisesti **	5	5	4,43	5	5	4,67	5	4,83		5	5	5	5	4,63	4,57	5	4,83	4,91
Projektihenkilöstön riittävyys suhteessa ryhmänne kokoon	5	4,88	4,29	4,83	4,6	5	4,8	5	5	4,63	4,8	4,75	4,43	4,75	4,43	4,86	4,62	4,87
Tiedonsaanti UNTO-projektista ennen projektin alkamista	4,75	3,75	3	4,5	4,2	3,67	4	5	3,43	4,38	3,7	4,5	4	4,5	3,86	4,07	4,05	
Tiedonsaanti UNTO-projektista projektin aikana **	5	4,75	4,83	4,67	4,8	4,67	5	5	4,57	4,88	4,8	4,75	4,57	4,75	4,57	4,86	4,85	4,77

¹ Taulukkoon on merkitty kahdella tähdellä (***) väittämät, joiden kohdalla vastauksissa ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.



Aineiston analyysissä nousi esille seuraavat tilastollisesti merkitsevät erot taustamuuttujien luokkien vastausten välillä:

- Alle 70-vuotiaat (ka 4,89) ja 70–79-vuotiaat (ka 4,92) olivat hieman tyytyväisempiä henkilöstön osaamiseen ja ammattitaitoon yleisesti kuin yli 80-vuotiaat (ka 4,64) omaishoitajat.
- Vuonna 2011 päättyneissä ryhmissä (ka 4,87) oltiin hieman tyytyväisempiä projektihenkilöstön riittävyyteen suhteessa ryhmän kokoon kuin vuonna 2009 päättyneissä ryhmissä(ka 4,62).

Kotikäynnit

Toisessa patteristossa omaishoitajia pyydettiin ottamaan kantaa UNTO-projektiin keskeisesti sisältyneitä kotikäyntejä koskeviin väittämiin. Kyselyvastausten perusteella omaishoitajat pitivät kotikäynnin ajankohtaa ja kestoa sopivana sekä sisältöä onnistuneena ja monipuolisena. Kotikäyntejä pidettiin erittäin tarpeellisena, eikä niiden koettu aiheuttaneen merkittävästi ylimääräistä työtä tai huolta. Taulukossa 5 on esitetty keskiarvojen avulla omaishoitajien suhtautuminen kotikäyntien sisältöjä ja toteutusta koskeviin väittämiin.

Omaishoitajien suhtautumista väittämään ”kotikäynti aiheutti minulle ylimääräistä työtä ja huolta” analysoitiin¹² myös suorien %-jakaumien ja ristiintaulukoinnin avulla. Vain 10,6%¹³ omaishoitajista koki kotikäynnin aiheuttaneen heille ylimääräistä työtä tai huolta. Taulukosta 6 voidaan havaita, että ryhmän päättymisvuoden mukaan tarkasteltuna vastauksissa ilmeni jonkin verran eroja. Erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä.

Kyselyn avovastauksissa omaishoitajat eivät nostaneet esille merkittäviä kehittämisehdotuksia kotikäynteihin liittyen. Muutammat omaishoitajat toivoivat niitä lisää.

Toimintapäivät

Kolmannessa patteristossa omaishoitajia pyydettiin ottamaan kantaa toimintapäiviä koskeviin väittämiin asteikolla 1–5¹⁴. Kyselyvastausten perusteella toimintapäiviä koetaan olleen riittävästi ja niiden kesto (5–6 tuntia) koettiin sopivaksi. Toimintapäivien sisältöä pidettiin pääsääntöisesti riittävän monipuolisena ja ryhmäkoko sopivana. Omaishoitajat kokivat myös, että osallistuminen toimintapäiviin on ollut helppoa ja että heillä on ollut halutessaan mahdollisuus vaikuttaa toimintapäivien sisältöön. Omaishoitajien henkilökohtaisten tarpeiden koetaan tulleen huomioituksi toimintapäivien sisällöissä. Tukihenkilöjärjestelmää pidettiin kohtuullisen toimivana. Osalle sijaishoidon järjestäminen toimintapäivien ajaksi näyttäisi aiheuttaneen lisähuolta tai vaivaa. Samoin osa vastaajista koki, että omaishoidettavan kriittinen suhtautuminen on vaikeuttanut heidän osallistumistaan toimintapäiviin. Taulukossa 7 on esitetty keskiarvojen avulla omaishoitajien suhtautuminen toimintapäivien sisältöjä ja toteutusta koskeviin väittämiin.

¹² Analyysissä yhdistettiin asteikon arvot 1 ja 2 sekä 4 ja 5. Lopullinen mitta-asteikko oli näin ollen: 1=Täysin tai jokseenkin eri mieltä, 2=Siltä väliltä ja 3=Jokseenkin tai täysin samaa mieltä.

¹³ Jokseenkin (arvo 4) tai täysin samaa mieltä (arvo 5) vastanneiden yhteenlaskettu %-osuus.

¹⁴ 1=Täysin eri mieltä, 2=Jokseenkin eri mieltä, 3=Siltä väliltä, 4=Jokseenkin samaa mieltä, 5=Täysin samaa mieltä

Taulukko 5. Omaishoitajien suhtautuminen kotikäyntien sisältöjä ja toteutusta koskeviin väittämiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5

VÄITTÄMÄT	KESKIARVOT																	
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Nilsiä		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.	
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011
Kotikäynnin ajankohta oli sopiva	4,88	4,71	4,43	4,4	5	5	5	5	4,71	4,75	4,9	4,5	4,57	4,83	4,76	4,75		
Kotikäynnin kesto oli sopiva	4,88	4,67	4,67	4,6	5	5	5	4,83	4,88	4,64	4,38	4,57	4,83	4,83	4,7			
Kotikäynnin sisältö oli onnistunut ja monipuolinen	4,88	4,83	4,71	4,33	4,8	5	4,67	4,71	4,57	4,8	4,71	4,5	4,8	4,75	4,73			
Kotikäynti oli tarpeellinen	4,88	4,67	4,33	4,67	5	4,67	5	4,86	4,75	4,8	4,38	4,5	4,71	4,74	4,7			
Kotikäynti aiheutti minulle ylimääräistä työtä ja huolta	1,25	1	2,57	2	1,4	1	1,5	2,57	2,13	1,2	1,25	1,71	1	1,69	1,44			

Taulukko 6. Omaishoitajien suhtautuminen väittämään ”kotikäynti aiheutti minulle ylimääräistä työtä ja huolta” ryhmän päättymisvuoden mukaan

	Täysin/jokseenkin eri mieltä, %		Siltä väliä, %		Jokseenkin/täysin samaa mieltä, %	
	%	N	%	N	%	N
Päättymisvuosi	76,2	32	11,9	5	11,9	5
2011	90,4	47	0,0	0	9,6	5

Taulukko 7. Omaishoitajien suhtautuminen toimintapäivien sisältöjä ja toteutusta koskeviin väittämiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5¹

VÄITTÄMÄT	KESKIARVOT																			
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Nilsia		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.			
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011		
Toimintapäiviä on ollut projektin aikana riittävästi	4,38	4,75	4,57	4,83	4,4	4,67	4,6	4,8	4,43	4	4,5	4,5	4,57	4,67	4,43	4,62	4,67	4,43	4,62	
Toimintapäivien kesto (noin 5–6 tuntia) on ollut minulle sopiva	5	4,63	4,57	4,8	4,4	4,67	4,4	4,8	4,86	4,88	4,7	4,62	4,71	4,86	4,71	4,62	4,71	4,86	4,69	4,74
Projektiin osallistuneiden omaishoitajien lukumäärä (ryhmäkoko) on ollut sopiva	4,75	4,75	4,57	4,83	4	5	4,8	4,8	4,71	4,75	4,8	4,63	4,43	4,71	4,6	4,63	4,43	4,71	4,6	4,76
Toimintapäivien sisältö on ollut riittävän monipuolinen ^{**}	4,75	4,88	5	4,8	4,2	5	5	3,8	4,29	4,29	4,7	4,25	4,57	4,43	4,65	4,25	4,57	4,43	4,65	4,51
Toimintapäiviin on ollut helppo osallistua	4,75	4,63	4,4	4,5	4,5	5	5	4,6	4,29	4,88	4,7	4,63	4,29	5	4,64	4,63	4,29	5	4,64	4,65
Minulla on ollut mahdollisuus halutessani vaikuttaa toimintapäivien sisältöön	4,13	4,14	4,17	4,6	3,75	4,33	4,4	4,4	3,5	4,13	4,2	4,63	4,43	4,57	4,23	4,63	4,43	4,57	4,23	4,29
Omat henkilökohtaiset tarpeeni on huomioitu toimintapäivien sisällöissä	4,63	4,5	4	3,83	4,25	4,67	4,5	5	4,33	4,25	4,6	4,63	4,14	4,43	4,31	4,63	4,14	4,43	4,31	4,49
Sijaishoidon järjestäminen toimintapäivän ajaksi aiheutti minulle lisähuolta tai vaivaa	3	2,13	2,5	1,83	3,25	2	2,2	3,8	4,2	2,43	2,4	1,75	2,5	2,29	2,67	1,75	2,5	2,29	2,67	2,46
Tukihenkilöjärjestelmä on ollut toimiva	4,8	4,14	4,4	3,5	4	4	2,8	4	4,17	4,71	3,63	2,67	4	4,43	4,12	2,67	4	4,43	4,12	3,81
Omaishoidettavani kriittinen suhtautuminen on vaikeuttanut osallistumistani toimintapäiviin	2,13	1,13	1,2	1,75	3,2	1	1,8	2,6	3,17	2,63	2,4	2	2,67	2,14	2,23	2	2,67	2,14	2,23	2,08

¹ Taulukkoon on merkitty kahdella tähdellä (***) väittämät, joiden kohdalla vastauksissa ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.



Tilastollinen analyysi osoitti, että 70–79-vuotiaat (ka 4,69) ja vähintään 80-vuotiaat (ka 4,58) omaishoitajat kokivat toimintapäivien sisällöt hieman monipuolisemmiksi kuin alle 70-vuotiaat (ka 4,30).

Omaishoitajien suhtautumista väittämiin *”sijaishoidon järjestäminen toimintapäivän ajaksi aiheutti minulle lisähuolta tai vaivaa”* ja *”omaishoidettavani kriittinen suhtautuminen on vaikeuttanut osallistumistani toimintapäiviin”* analysoitiin myös suorien %-jakaumien ja ristiintaulukoinnin avulla¹⁵. Vastausten perusteella hieman alle kolmannes (29,5 %) koki sijaishoidon järjestämisen toimintapäivän ajaksi aiheuttaneen heille lisähuolta tai vaivaa. Noin neljännes (24,7 %) omaishoitajista puolestaan koki, että omaishoidettavan kriittinen suhtautuminen on heidän osallistumistaan toimintapäiviin.

Suhtautumisessa väittämään *”omaishoidettavani kriittinen suhtautuminen on vaikeuttanut osallistumistani toimintapäiviin”* ilmeni seuraavia tilastollisesti merkitseviä eroja ikäluokittain sekä ryhmän päättymisvuoden mukaan tarkasteluna.

Taulukko 8. Omaishoitajien suhtautuminen väittämään *”omaishoidettavani kriittinen suhtautuminen on vaikeuttanut osallistumistani toimintapäiviin”* ryhmän päättymisvuoden sekä vastaajan iän mukaan

		Täysin/jokseenkin eri mieltä, %		Siltä väliltä, %		Jokseenkin/täysin samaa mieltä, %	
		%	N	%	N	%	N
Päättymisvuosi	2009	64,1	25	2,6	1	33,3	13
	2011	62,0	31	20,0	10	18,0	9
Vastaajien ikä luokittain	Alle 70-vuotiaat	44,4	12	25,9	7	29,6	8
	70–79-vuotiaat	72,7	32	9,1	4	18,2	8
	80-vuotiaat tai vanhemmat	58,3	7	0,0	0	41,7	5

Kysely avovastaukset vahvistivat kuvaa omaishoitajien tyytyväisyydestä toimintapäiviin, eikä merkittäviä kehittämistarpeita nostettu kuin nimeksi esille. Seuraavaan on koottu esille nostetut yksittäiset kehittämistarpeet/-toiveet:

”Tietoa omaishoitajien eduista. Erilaisia virkistysmuotojen esittelyä.”

”Enempi retkiä, kun muuten on hankala lähteä. Tietoa erilaisista lisäavusta ja -seteleistäym. mikä helpottaa työskentelyä omaishoitajana.”

”Kahdenkeskinen tilaisuus, keskustelu ammattihenkilön kanssa.”

”Pitäisi varmistaa onko varmasti tukihenkilö käytettävissä toimintapäivänä.”

”Lisätä vielä vaihtoehtoja.”

”Ryhmä olisi voinut olla isompi. Homogeenisuuteen ei valinnassa tule pyrkiä. Erilaisuus on rikkautta.”

”Toimintapäiviä 2 viikon välein. Tai 1 kerta viikossa joka toinen kuukausi.”

”Tietoa omaishoitajien etuuksista voisi jakaa enemmän. Myös terveystoimen asioita voisi pohdiskella enemmän.”

”Toimintapäiviä saisi olla enemmän, sekä liikunnan neuvontaa saisi olla enemmän.”

¹⁵ Analyysissä yhdistettiin asteikon arvot 1 ja 2 sekä 4 ja 5. Lopullinen mitta-asteikko oli näin ollen 1=Täysin tai jokseenkin eri mieltä, 2=Siltä väliltä ja 3=Jokseenkin tai täysin samaa mieltä.



3.3 Hyöty, tulokset ja vaikuttavuus

Keskeinen kysymys arvioinnissa on ollut, mitä konkreettista hyötyä asiakkaat (omaishoitajat) kokevat saaneensa projektista. Kyselylomakkeessa omaishoitajia pyydettiin listaamaan tärkeysjärjestyksessä kolme tärkeintä hyötyä, joita he kokevat saaneensa UNTO-projektiin osallistumisesta. Lisäksi omaishoitajia pyydettiin arvioimaan kirjaamiensa hyötyjen osalta:

- Onko kyseessä pysyvä vai väliaikainen hyöty?
- Olisivatko he saaneet vastaavaa hyötyä myös ilman osallistumista projektiin?

Analyysin kohteeksi valittiin hyödyt, joita omaishoitajat pitivät kaikkein tärkeimpinä. Avovastaukset luokiteltiin analysointia varten kuuteen eri luokkaan esille nousseiden teemojen mukaan.

Kyselyvastausten perusteella 37,6 % omaishoitajista piti tärkeimpänä osallistumisesta saatuna hyötynä vertaistukea. Eri yhteyksissä on nostettu esille, että vertaistoiminnan vaikutukset perustuvat paljolti toisilta saatavaan sosiaaliseen tukeen ja sen suotuisiin terveydellisiin vaikutuksiin sekä siihen, että toiminta antaa elämälle merkitystä silloin, kun terveyden ja työ- sekä toimintakyvyn menetys murtaa entiset elämönhallintakeinot. Toisten samaa sairautta sairastavien tai samasta hankalasta elämäntilanteesta kärsivien kanssa oma tilanne on helpompi tunnistaa ja hyväksyä. Vertaisryhmään osallistuneet oppivat toinen toisiltaan asioita ja huomaavat, etteivät ole hankalassa elämäntilanteessa yksin, vaan myös toiset kokevat tilanteensa hyvin samankaltaiseksi. Oma tilanne hyväksytään askel askeleelta ja annetaan tilaa uusille elämönhallinnan toimintamalleille.¹⁶

Noin viidennes (19,4 %) omaishoitajista nosti tärkeimmäksi hyödyiksi uuden tiedon omaishoitajuuteen liittyvistä kysymyksistä tai voimien saamisen/jaksamisen lisääntymisen/virkistytymisen. 12,9 % omaishoitajista piti tärkeimpänä osallistumisen hyötynä sosiaalista kanssakäymistä/kontakteja ja 8,9 % omaa aikaa/elämään saatua vaihtelua. Omaishoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, etteivät he olisi saaneet vastaavia ilman projektiin osallistumista. Osallistumisen myötä saatu oma aika/vaihtelu elämään koettiin ainoaksi hyödyksi, jota ei pidetty ns. pysyvänä hyötynä pidemmällä aikajänteellä. Taulukossa 9 on esitetty omaishoitajien näkemykset tärkeimmistä osallistumisen hyödyistä, arvio niiden pysyvyydestä sekä siitä, olisivatko he saaneet vastaavaa hyötyä myös ilman osallistumista projektiin.

Taulukko 9. Omaishoitajien näkemykset tärkeimmistä osallistumisen hyödyistä, arvio niiden pysyvyydestä sekä siitä, olisivatko he saaneet vastaavaa hyötyä myös ilman osallistumista projektiin

Tärkeimmäksi koettu hyöty	%	N	Hyötyä piti pysyvänä,%	El olisi saanut vastaavaa hyötyä ilman osallistumista, %
Vertaistuki	37,6	35	71,9	94,1
Uusi tieto omaishoitajuuteen liittyvistä kysymyksistä	19,4	18	94,4	88,9
Voimia, jaksamista, virkistytymistä	19,4	18	62,5	94,1
Sosiaalista kanssakäymistä/kontakteja	12,9	12	75,0	91,7
Omaa aikaa/vaihtelua elämään	8,6	8	42,9	100,0
Jotain muuta	2,2	2	100,0	100,0

¹⁶ Ks. esim. Hyväri 2005; Kittilä 2008; Jalava & Koskela 2010



Kyselyssä omaishoitajia pyydettiin myös ottamaan kantaaväittämiin, jotka koskivat osallistumisen vaikutuksia 1) henkiseen, 2) fyysiseen ja 3) sosiaaliseen hyvinvointiin. Lisäksi selvitettiin, miten hyvin osallistumisen koetaan vastanneen omia henkilökohtaisia tarpeita. Vastausten perusteella UNTO-projektin osallistumisen koetaan edistäneen selkeimmin omaishoitajien henkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Myös vaikutukset fyysiseen hyvinvointiin koetaan positiivisina mutta ei aivan yhtä voimakkaina. Kokonaisuutena katsottuna osallistumisen koetaan vastanneen hyvin osallistujien tarpeisiin. Taulukosta 10 voidaan havaita, että vuonna 2011 päättyneessä Suonenjoen ryhmässä omaishoitajat suhtautuivat muita ryhmiä neutraalimmin väittämään *“UNTO-projektiin osallistuminen on vastannut omia henkilökohtaisia tarpeitane”*. Kokemukset osallistumisen vaikutuksista henkiseen hyvinvointiin olivat Leppävirralla, Nilsissä ja Varkaudessa vuonna 2011 päättyneissä ryhmissä sekä vuonna 2009 päättyneessä Nilsin ryhmässä muita ryhmiä hieman positiivisemmat. Taulukossa 10 on esitetty keskiarvojen avulla omaishoitajien suhtautuminen osallistumisen vaikutuksia sekä osallistumisen vastaavuutta henkilökohtaisiin tarpeisiin koskeviin väittämiin.

Taulukko 10. Omaishoitajien suhtautuminen osallistumisen vaikutuksia sekä osallistumisen vastaavuutta henkilökohtaisiin tarpeisiin koskeviin väittämiin ryhmän mukaan, keskiarvot asteikolla 1–5¹⁷

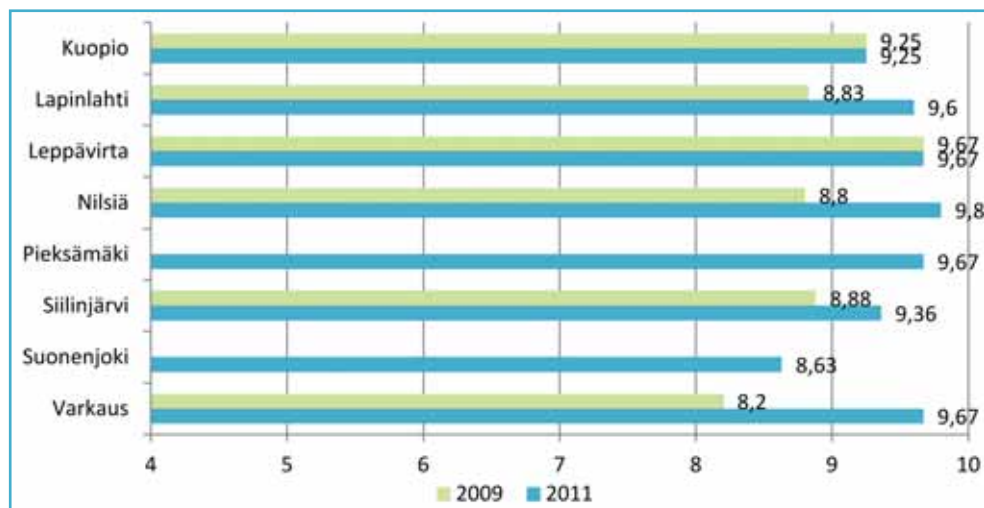
VÄITTÄMÄT	KESKIARVOT																		
	Kuopio		Lapinlahti		Leppävirta		Nilsiä		Pieksämäki		Siilinjärvi		Suonenjoki		Varkaus		Kaikki yht.		
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	
UNTO-projektiin osallistuminen on vastannut omia henkilökohtaisia tarpeitanne **	4,14	4,25	4,57	4,8	4,67	4,67	4,8	4,6	4,71	4,57	4,5	3,75	4,33	4,71	4,46	4,5	4,47	4,53	4,78
UNTO-projektiin osallistuminen on edistänyt henkistä hyvinvointianne **	4,63	4,75	4,57	4,6	4,67	5	5	5	4,86	4	4,82	4,38	4,5	5	4,78	4,53	4,78	4,53	4,78
UNTO-projektiin osallistuminen on edistänyt fyysistä hyvinvointianne	4,63	3,5	4,71	4,4	4,67	4,67	4,6	4,2	4,29	4,25	4,3	4	4,17	4	4,13	4,47	4,47	4,47	4,13
UNTO-projektiin osallistuminen on edistänyt sosiaalista hyvinvointianne	4,63	4,25	4,43	4,8	4,33	5	5	4,8	4,71	4,38	4,5	4,38	4,17	4,71	4,59	4,47	4,47	4,47	4,59

¹⁷ Taulukkoon on merkitty kahdella tähdellä (**) väittämät, joiden kohdalla vastauksissa ilmeni tilastollisesti merkitseviä eroja ryhmien välillä.



Tilastollinen analyysi osoitti myös, että vuonna 2011 päättyneissä ryhmissä (ka 4,78) kokemukset osallistumisen vaikutuksista henkiseen hyvinvointiin olivat hieman positiivisemmat kuin vuonna 2009 päättyneissä ryhmissä (ka 4,53). Vastaavasti vuonna 2009 päättyneissä ryhmissä (ka 4,47) kokemukset osallistumisen vaikutuksista fyysiseen hyvinvointiin olivat hieman vuonna 2011 päättyneitä ryhmiä (ka 4,13) positiivisempia. Erot ovat näiltä osin myös tilastollisesti merkitseviä.

Omaishoitajat antoivat UNTO-projektille kyselyssä erittäin korkeat kouluarvosanat: kaikkien vastausten keskiarvo asteikolla 4–10 mitattuna oli 9,21. Kuviossa 2 voidaan havaita, että vuonna 2009 päättyneissä Lapinlahden, Siilinjärven, Nilsiän ja Varkauden sekä vuonna 2011 päättyneessä Suonenjoen ryhmissä vastausten keskiarvot olivat hieman muita ryhmiä alhaisempia. Kuviossa 2 on esitetty UNTO-projektille annettujen kouluarvosanojen keskiarvot. Erot vastausten välillä ovat myös tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 2. UNTO-projektille annettujen kouluarvosanojen keskiarvot projektipaikkakunnittain, keskiarvot asteikolla 4–10

Tilastollinen analyysi osoitti myös, että vuonna 2011 päättyneissä ryhmissä UNTO-projektille annettujen kouluarvosanojen keskiarvo (9,40) oli hieman korkeampi kuin vuonna 2009 päättyneissä (8,95)ryhmissä. Naiset (ka 9,35) antoivat projektille hieman korkeammat kouluarvosanat kuin miehet (ka 8,84). Erot ovat näiltä osin myös tilastollisesti merkitseviä.

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä omaishoitajat saivat vapaasti tuoda esille näkemyksiään UNTO-projektiin liittyen. Vastauksissa korostettiin projektin tärkeyttä omaishoitajille sekä kaivattiin toiminnalle jatkoa. Omaishoitajien kokemukset UNTO-projektista tiivistyivät seuraavaan kommenttiin: *”Mielestäni Unto-projekti on täyttänyt paikkansa meidän väsyneiden ja ajoittain stressaantuneiden omaishoitajien virkistäjänä. KIITOS!”*



4 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tausta:

- Tässä arviointiraportissa on tarkasteltu UNTO-projektin tavoitteita ja tarvelähtöisyyttä, toteutusta sekä hyötyä, tuloksia ja vaikuttavuutta asiakastyytyväisyyden (=omaishoitajien) näkökulmasta. Asiakastyytyväisyys kytkeytyy odotusten täyttymiseen sekä kokemuksiin toiminnan laadusta.
- Arvioinnin on toteuttanut Kuntoutussäätiön arviointi- ja koulutusyksikkö Huoltoliiton toimeksiannosta.
- Arviointiaineisto on kerätty lomakekyselyn avulla, joka kohdennettiin UNTO-projektin toimintaan osallistuneille omaishoitajille ryhmien päätös- vaiheessa. Arvioinnin tulokset heijastelevat välittömiä kokemuksia UNTO-projektista ja sen hyödyistä.

Tulokset:

- Arvioinnin tulosten valossa UNTO-projektin kohderyhmän valinta näyttäyty asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna tarkoituksenmukaisena.
 - Omaishoitajat pitivät toimintaan osallistumiselle asetettuja valintaperusteita onnistuneina. UNTO-projektiin osallistumiselle oli alun perin määritelty kriteereiksi, että omaishoitaja saa kunnan myöntämää omaishoidon tukea, omaishoitaja sekä hänen tukihenkilönsä ovat valmiita ja pystyvät toimimaan ryhmässä, hoidettava läheinen on yli 65-vuotias ja omaishoitaja ja tukihenkilö pystyvät järjestämään omat kulkemisensa toimintapäiviin.
 - Valintaperusteita piti liian tiukkoina vain noin joka kuudes omaishoitaja.
 - Ensimmäisen toimintavuoden jälkeen tehty päätös valintakriteerien muuttamisesta siten, ettei omaishoidon tuki ollut osallistujilla ehdoton edellytys, näyttäyty tulosten valossa hyvin perusteltuna ratkaisuna.
- UNTO-projektin tavoitteet ovat arvioinnin tulosten perusteella vastanneet erittäin hyvin omaishoitajien tarpeisiin. Omaishoitajat pitivät tärkeimpinä tavoitteina henkisen jaksamisen lisäämistä hoivatyössä, mielialan parantamista sekä tiedonsaannin helpottamista omaishoitajille kuuluvista etuuksista.
 - Naiset pitivät jokaista UNTO-projektin yksittäistä tavoitetta heidän itsensä kannalta tärkeämpänä kuin miehet. Suurin osa omaishoitajista koki, ettei UNTO-projektin tavoitteiden olisi tullut sisältää mitään muuta.
 - Omaishoitajat ovat olleet erittäin tyytyväisiä UNTO-projektin toteutukseen ja sisältöihin. Projektin tavoitteet näyttävät aidosti ohjanneen toimintaa ja omaishoitajien henkilökohtaiset tarpeet on myös kyetty huomioimaan toiminnasta.
 - Toimintapäivissä on hyödynnetty tarpeen mukaan ulkopuolisia asiantuntijoita. Omaishoitajat olivat hyvin tyytyväisiä toimintapäiviin.
 - Arviointiaineistosta ei noussut esille viitteitä siitä, että projektin toimenpiteitä olisi tullut kohdentaa jotenkin toisin tai painottaa eri tavalla.
 - Arvioinnin tulosten valossa tiedottaminen projektin sisällöistä on ollut onnistunutta sekä ennen projektia että projektin aikana.
 - UNTO-projektilla on ollut riittävästi taloudellisia resursseja suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Projekti on kyetty toteuttamaan



- kahden ammattitaitoisen työntekijän toimesta. Osaava ja sitoutunut projektihenkilöstö yhdistettynä riittäviin taloudellisiin resursseihin on ollut keskeisin tekijä onnistumisen kannalta.
- Omaishoitajat eivät nostaneet esille lainkaan asioita tai toimenpiteitä, joissa UNTO-projekti olisi epäonnistunut tai jotka olisivat haitanneet toimintaa. Arvioinnissa ei ole tarkasteltu projektihenkilöstön kokemuk- sia mahdollisista epäonnistumisista tai toimintaa hidastaneista tekijöistä. UNTO-projektin omassa loppuraportissa käsitellään mm. näitä asioita.
 - Arvioinnin tulokset vahvistavat eri tutkimuksissa esille nousseita havaintoja siitä, että kokemukset omaishoitajille suunnatuista ryhmäinterventioista ovat pääsääntöisesti positiivisia. Keskeisimpänä UNTO-projektin hyötynä omaishoitajille näyttäytyy toimintapäivien aikana muilta omaishoitajilta saatu vertaistuki. Hieman yli kolmannes omaishoitajista piti vertaistukea tärkeim- pänä osallistumisesta saatuna hyötynä.
 - Arvioinnin tulosten valossa omaishoitajat ovat saaneet toimintapäivien aikana uutta tietoa omaishoitajuuteen liittyvistä kysymyksistä. Osallistu- misen koetaan myös vaikuttaneen positiivisesti omaishoitajien yleiseen jaksamiseen ja virkistymiseen. Noin 13 % omaishoitajista piti tärkeimpänä osallistumisen hyötynä sosiaalista kanssakäymistä/kontakteja ja 9 % omaa aikaa tai elämään saatua vaihtelua.
 - Omaishoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, etteivät he olisi saaneet vas- taavia hyötyjä ilman UNTO-projektiin osallistumista.
 - Erityisesti toimintapäivien aikana saatu uusi tieto omaishoitajuuteen liit- tyvistä kysymyksistä näyttäytyy pysyvänä hyötynä myös pidemmällä aika- jännteellä. Sen sijaan osallistumisen myötä saatua omaa aikaa tai toivottua vaihtelua elämään ei pidetty kovinkaan pysyvinä hyötöinä omaishoitajien keskuudessa.
 - Kokemukset UNTO-projektin toteutuksesta ja koetuista hyödyistä ovat hyvin samanlaisia riippumatta omaishoitajan iästä, sukupuolesta tai pro- jektipaikkakunnasta muutamia yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta.
 - UNTO-projekti ja osallistumisesta saadut hyödyt ovat vastanneet erittäin hyvin omaishoitajien tarpeisiin. Projektin päätavoitteena on ollut löytää uusia yhteistyömenetelmiä, joilla voidaan helpottaa iäkkäiden omaishoitajien arkea ja aktiivista yhteisöllistä osallistumista. Tältä osin projektin voidaan sanoa saavuttaneen tavoitteen.
 - Omaishoitajia koskevinä välitavoitteina UNTO-projektissa oli fyysisen kun- non koheneminen, henkisen jaksamisen ja mielialan paraneminen sekä tie- don saannin helpottuminen mm. omaishoitajille kuuluvista etuuksista.
 - Fyysisen kunnon kohenemista ei arvioinnissa suoranaisesti mitattu, eikä tavoitteen saavuttamiseen voi näin ollen ottaa kantaa. Omaishoitajat arvioivat itse osallistumisen vaikuttaneen kuitenkin positiivisesti heidän fyysiseen hyvinvointiin. UNTO-projektin omassa loppuraportissa rapor- toidaan muutokset testituloksissa mm. fyysisen kunnon osalta.
 - Muilta osin UNTO-projektin voidaan sanoa saavuttaneen tavoitteensa. Tarve vastaavalle toiminnalle myös jatkossa on ilmeinen omaishoitajien kyselyvastausten perusteella.



Lähteet

EFQM-malli (The EFQM Excellence Model 2003).

European Commission (1999). Evaluation Design and Management. MEANS Collection, Volume 1. Luxemburg: European Commission.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Tampere.

Hyvärinen, Maritta, Saarenheimo, Marja, Pitkälä, Kaisu & Tilvis, Reijo (2003). Vanhusten omaishoitajat ja tukitoimet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2003; 119(20): 1949-1955. Luettavissa osoitteessa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo93845&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Jalava, Janne & Koskela, Tuomas (2010). Vertaistuesta voimia elämään. Suomen Mielen-terveysseuran varhaiskuntoutuksen arviointi. 2.12.2010. Luettavissa osoitteessa: http://www.mielenterveysseura.fi/files/654/Varhaiskuntoutuksen_arviointi_F.pdf

Omaishoitajat ja Läheiset –Liitto ry ; <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

UNTO – UUTTA YHTEISÖLLISYYTTÄ ETSIMÄSSÄ. Hankesuunnitelma 2008.

UNTO – UUTTA YHTEISÖLLISYYTTÄ ETSIMÄSSÄ. Väliraportti, kevät 2011.

Vedung, Evert (1997). Public Policy and Program Evaluation. New Brunswick: Transaction Publishers.

Wikipedia; <http://fi.wikipedia.org/wiki/Asiakastytyv%C3%A4isyys>

