
**LAATUKÄSIKIRJA TOIMEKSIANTOSUHTEISEEN
PERHEHOITON**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Sosiaalialan koulutus

Lahdensivu, syksy 2016

Aino Muuri



LAHDENSIVU

Sosiaalialan koulutus

Suuntautumisvaihtoehto

Tekijä

Aino Muuri

Vuosi 2016

Työn nimi

Laatukäsikirja toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda malli laatukäsikirjalle, jota voidaan käyttää toimeksiantosuhteisessa aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö ja toive laatukäsikirjan mallista oli tullut toimeksiantajalta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää perhehoidon yksikön ja perhehoitajien yhteistyötä, vahvistaa perhehoitajien osaamista sekä nostaa esiin perhehoidon laatua.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostui kehitysvammaisuudesta, perhehoidosta sekä laadusta. Opinnäytetyössä haastateltiin kolmea perhehoitajaa, pirkanmaalaisen kunnan vammaispalvelujen työntekijää sekä Perhehoitoliiton työntekijää. Haastatteluiden avulla selvitettiin, millaisia odotuksia on aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaista perhehoitoa kohtaan ja millaisista tekijöistä laatu perhehoidossa muodostuu. Laatukäsikirjan malli luotiin teorian ja haastatteluiden pohjalta.

Laadukkaan perhehoidon lähtökohta on perhehoidon perustehtävän toteutuminen, eli turvallinen ja kodinomainen arki, pysyvät ihmissuhteet sekä yksilöllinen hoito ja huolenpito. Perustehtävän laadukkaan toteutumisen mahdollistaa perhehoidon järjestämisen tapa, perhehoitajien koulutus, palvelut ja tuki sekä perhehoitajalle että perhehoidossa olevalle henkilölle sekä toimiva yhteistyö eri toimijoiden kanssa.

Kehitysvammaisten perhehoidon laatua on syytä tutkia lisää, sillä siitä on tehty vain harvoja tutkimuksia. Laadun tutkiminen voi edesauttaa perhehoidon kehittymistä. Jatkossa laatukäsikirjaan on hyvä liittää arviointimenetelmiä sekä laatukriteereitä, jotta toimintaa voidaan peilata johonkin.

Avainsanat Kehitysvamma, perhehoito, laatu

Sivut 28 s. + liitteet 9 s.

LAHDENSIVU

Degree programme in Social Services

Author

Aino Muuri

Year 2016

Subject of Bachelor's thesis

Quality handbook for informal family care

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to create a prototype for a quality handbook that can be used in the informal family care of adults with intellectual disabilities. The commissioner of this thesis is Pirkanmaa family care unit. The idea for the thesis came from the commissioner. The aims were to develop cooperation between the family care unit and the family care givers, strengthen the family care givers' know-how and to highlight the quality of family care.

The theoretical background of the thesis comprises intellectual disability, family care and quality. Interviews were conducted with three family care givers, a social worker and an employee of family care association. The model for a quality book was created by combining the theory and the information received from the interviews.

The purpose of family care for people with intellectual disabilities is to provide safe and home-like environment, lasting relationships and individual care. In order to guarantee good quality of care, it is essential to have enough resources to organize the family care, to provide support for both providers and recipients of family care, to provide education for the family care givers and to have good cooperation between family care giver and cooperation partners.

As there are only few studies concerning the quality of family care available, further research is needed in order to develop the family care. The quality handbook would benefit from quality criteria and evaluation methods that are not yet used in the family care of people with intellectual disabilities.

Keywords Intellectual disability, family care, quality

Pages 28 p. + appendices 9 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	2
2.1	Lähtökohta.....	2
2.2	Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö.....	3
2.3	Haastattelut.....	3
3	KEHITYSVAMMAISUUS.....	4
3.1	Kehitysvammaisuuden määrittely eri näkökulmista	5
3.2	Kehitysvammaiset henkilöt yhteiskunnassa.....	6
3.3	Kehitysvammaisten asuminen Suomessa.....	8
4	PERHEHOITO	9
4.1	Perhehoidon historia ja nykypäivä	9
4.2	Perhehoidon järjestäminen	11
4.3	Perhehoidon tuki	12
4.4	Toimeksiantosuhteinen perhehoito	13
4.5	Aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikainen perhehoito.....	13
5	LAATU.....	14
5.1	Laatu, laadunhallinta ja laatukäsikirja.....	15
5.2	Valtakunnalliset suositukset.....	16
5.3	Laatu aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa.....	18
6	LAATUKÄSIKIRJAN TOTEUTUS	20
6.1	Perhekodin toiminta	21
6.2	Perhehoidettavat	22
6.3	Yhteistyö ja seuranta	24
6.4	Laatukäsikirjan tekeminen perhekotiin, arviointi ja tulevaisuuden kehittämistarpeet.....	25
7	PROSESSIN POHDINTA.....	26
	LÄHTEET	29

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Laatukäsikirjan malli

1 JOHDANTO

Perhehoito tarkoittaa henkilön hoitoa ja huolenpitoa oman kodin ulkopuolella yksityisessä kodissa. Vuonna 2014 perhehoidossa oli vammaisia henkilöitä 1 295 (Sotkanet, tilastoja n.d.b), eli kyseessä on hyvin marginaalinen palvelu. Perhehoitoa on kehitetty viime vuosina paljon niin valtakunnallisesti kuin alueellisestikin. Vuonna 2015 tuli voimaan uusi perhehoitolaki ja perhehoidon kehittäminen on mukana Sipilän hallituksen kärkihankkeissa. Perhehoidon alueellisia yksiköitä on alettu perustaa ja yksi näistä on opinnäytetyön toimeksiantaja Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö, johon on syksyllä 2016 liitetty myös ikäihmisten perhehoito. Opinnäytetyön aiheeseen läheisesti liittyen Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöllä oli keväeseen 2016 asti hanke, jonka tavoitteena oli luoda laatusuositus perhehoitoon. Hankkeesta ei ole opinnäytetyöprosessin aikana tulleet vielä julkaisuja.

Opinnäytetyön aihe on saatu talvella 2015 Pirkanmaan maakunnallisen kehitysvammaisten perhehoidon yksikön työntekijöiltä yksikössä suoritetun syventävän harjoittelun aikana. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja sen lopputuloksena luodaan perhehoidon yksikölle malli laatukäsikirjalle. Laatukäsikirjoja on tarkoitus tehdä tulevaisuudessa pitkäaikaisiin perhekoteihin Pirkanmaalla. Kehitysvammaisten perhehoidon laadusta on tehty harvoja tutkimuksia. Laadun tutkiminen voi edesauttaa perhehoidon kehittämistä, johon on viime vuosina panostettu vahvasti.

Laatu muodostuu palvelulle asetetuista odotuksista ja niihin vastaamisesta (Rousu & Holma, 2004, 8–11). Odotuksia tulee muun muassa asiakkaalta ja hänen läheisiltään, palvelun rahoittajalta tai tilaajalta, ammattialan etiikasta, laeista ja asetuksista sekä valtakunnallisista suosituksista. Opinnäytetyössä selvitetään haastatteluiden avulla perhehoitoon kohdistuvia odotuksia sekä tutustutaan perhehoidon, kehitysvammaisuuden ja laadun teoriaan ja luodaan näiden pohjalta malli laatukäsikirjalle.

Opinnäytetyötä varten haastatellaan kolmea perhehoitajaa kahdesta perhehoidosta, pirkanmaalaisen kunnan vammaispalvelujen työntekijää sekä Perhehoitoliiton työntekijää. Laatukäsikirjan pohja luodaan yhteistyössä yksikön työntekijöiden sekä kahden perhehoitajan kanssa.

2 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön aiheena on laatu aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa ja työn tarkoitus on luoda malli laatukäsikirjalle. Laatukäsikirjan tavoitteena on perhehoidon yksikön ja perhehoitajien yhteistyön kehittäminen, perhehoitajan osaamisen vahvistaminen sekä laadun esiin nostaminen. Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön lähtökohtia, aiheeseen liittyviä tutkimuksia sekä haastatteluiden toteutusta ja analysointia. Haastatteluiden tuloksia käsitellään kappaleessa 5.4. laatu aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa. Tässä luvussa esitellään myös työn toimeksiantaja.

2.1 Lähtökohta

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö, josta käytetään jatkossa lyhennettä KePe. Ajatus laatukäsikirjan mallin luomisesta on lähtenyt yksikön työntekijöiltä ja sen tarkoituksena on nostaa esiin perhehoidon laatua ja olla osa yksikön laatutyötä.

Opinnäytetyössä perehdytään toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon, kehitysvammaisuuteen sekä laadun määrittelyyn. Teorian, asiantuntijoiden haastatteluiden sekä toimeksiantajan toiveiden pohjalta luodaan malli laatukäsikirjalle, joka soveltuu käytettäväksi toimeksiantosuhteista perhehoitoa tarjoaviin perhekoteihin.

Perhehoitoon liittyen viriää erilaisia kehittämishankkeita ympäri Suomen. Perhehoidon laatuun liittyen sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut käynnissä perhehoidon laatukriteerien määrittelyä käsittelevä hanke ja perhehoito mainitaan Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeissa. Kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon järjestämiseen alueellisesti on käynnissä erilaisia maakunnallisia hankkeita ja Perhehoitoliitolla on käynnissä ikäihmisten perhehoidon juurruttamiseen ja kehittämiseen tähtäävä hanke. Myös KePen toiminta on lähtenyt vuonna 2012 liikkeelle hankkeesta.

Perhehoidosta on tehty useita opinnäytetöitä, joista suurin osa koskee lastensuojelun perhehoitoa. Opinnäytetöinä on tehty myös laatukäsikirjoja perhehoitoon, mutta lähinnä ammatilliseen perhehoitoon ja lastensuojelun sijaishuoltoon. Laatukäsikirjoja opinnäytetöinä on tehty myös muihin sosiaalialan yksiköihin. Aikaisemmin tehtyjä opinnäytetöitä hyödynnetään taustatietona laatukäsikirjan sisällön hahmottelussa. Tutkimuksia kehitysvammaisten perhehoidosta on tehty vain vähän. Tiina Peräinen (2014) on tutkinut aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaista perhehoitoa ja tästä tutkimuksesta on ollut merkittävästi hyötyä opinnäytetyössä. Tutkimusten vähäisyyden takia haastattelut ovat suuressa osassa aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisen perhehoidon laatua käsittelevässä kappaleessa sekä laatukäsikirjan mallin luomisessa.

2.2 Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö

Kehitysvammaisten perhehoidon yksikön toiminta alkoi vuonna 2012 kaksivuotisesta hankkeesta. Hanke päättyi keväällä 2014, jonka jälkeen yksikkö vakiinnutti toimintansa. Yksikköön ovat sitoutuneet kaikki Pirkanmaan kunnat ja se on Tampereen kaupungin hallinnoima. Yksikön tehtävänä on ylläpitää perhepankkia, rekrytoida ja kouluttaa uusia perhehoitajia, tukea perhehoitajia työssään, kehittää perhehoitoa sekä toimia kunnille kumppanina perhehoitoprosessissa. Lisäksi yksikkö järjestää koulutusta ja virkistystä perhehoitajille, seuraa perhekotien toimintaa ja organisoii sijaisjärjestelyitä. Perhehoitajien tukeminen työssään on yksi KePen tärkeimmistä työtehtävistä. Syksyllä 2016 yksikköön liitettiin myös ikäihmisten perhehoito, johon on sitoutunut 17 Pirkanmaan kuntaa. (Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö 2015.)

Yksikön ja kuntien kesken on tehty sopimus yksikön toiminnasta ja toimintaa ohjaa toimintaohje. Sopimus ja toimintaohje ovat kuntia ja yksikköä sitovia ja niillä varmistetaan yhtenäiset toimintatavat Pirkanmaalla. Toimintaohje pohjautuu maakunnallisesti sovittujen asioiden lisäksi perhehoitolaikiin. Toimintaohjeessa on määritelty muun muassa hoitopalkkiot ja muut perhehoitajalle maksettavat korvaukset, perhehoitajien vapaat sekä kunnan ja yksikön välinen työnjako. Yksikön myötä perhehoidon järjestämiseen ja perhehoitajien tukeen on käytössä enemmän resursseja, asiantuntijuus perhehoidon asioissa on vankemmalla pohjalla ja perhehoitoa on mahdollista kehittää alueellisesti. (Pirkanmaan maakunnallinen perhehoidon yksikkö 2015.)

2.3 Haastattelut

Laatukäsikirjan mallin luomisen taustatyönä selvitettiin neljän haastattelun avulla, millaisista tekijöistä koostuu laadukas perhehoito. Haastatteluissa selvitettiin myös sitä, millaisista asioista arki perhehoidossa koostuu, millaista yhteistyötä eri toimijoiden välillä on sekä millaisia odotuksia on perhehoitoa kohtaan.

Haastatteluihin osallistui kolme perhehoitajaa kahdesta perhekodista, yksi pirkanmaalaisen kunnan vammaispalvelun työntekijä sekä Perhehoitoliiton työntekijä. Haastateltavilla on pitkä kokemus perhehoidosta ja eri toimijoiden valitseminen haastateltaviksi antoi monipuolisen näkökulman perhehoidon laatuun. Perhehoitajat tavoitettiin KePen kautta siten, että yksikkö välitti tiedon opinnäytetyöstä ja haastatteluista perhehoitajille ja opinnäytetyöhön osallistumisesta kiinnostuneet perhehoitajat antoivat yksikön työntekijöille luvan luovuttaa yhteystietonsa. Alkuperäinen suunnitelma oli haastatella yhtä perhehoitajaa. Lopulta perhehoitajien haastatteluista pidettiin kuitenkin kaksi, koska kiinnostuneita oli enemmän kuin alun perin toimeksiantajan kanssa oli odotettu. Yhteensä kuusi perhehoitajaa neljästä perhekodista ilmoitti kiinnostuksensa osallistua opinnäytetyöhön ja näistä valittiin kaksi perhekotia haastatteluun sekä lisäksi yksi perhekoti osallistumaan laatukäsikirjan toteutukseen. Haastattelut pidettiin 19.4.–12.5.2016. Kaikki haastattelut tapahtuivat kasvokkain ja aikaa yhteen haastatteluun meni 1-2 tuntia. Kysymykset oli lähetetty haastateltaville etukäteen. Yhtä

haastattelua lukuun ottamatta haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Yhdestä nauhoittamattomasta haastattelusta tehtiin kirjalliset muistiinpanot ja lisäksi haastateltava antoi käyttöön omat muistiinpanonsa haastattelukysymyksistä.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä ole tarpeen käyttää tutkimuksellisia menetelmiä tai niitä voidaan käyttää väljemmin. Haastatteluissa ei ole kyse tutkimuksen tekemisestä, vaan ennemminkin selvityksestä. Selvityksen tekeminen on ollut välttämätöntä opinnäytetyössä, sillä aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisen perhehoidon laadusta ei löydy riittävästi tietoa. Haastatteluissa on sovellettu teemahaastattelun menetelmää. Haastattelukysymykset vaihtelivat hieman eri toimijoiden kohdalla, mutta jokaisessa haastattelussa teemoina olivat arki, yhteistyö ja perhehoidon laadun elementit. Arki, yhteistyö ja laadun elementit valikoituivat haastattelujen teemoiksi perhehoidon ja laadun teoriaan perehtymisen myötä sekä opinnäytetyön tavoitteiden pohjalta. Perhehoitajien haastattelut aloitettiin kysymällä perheen arjesta ja tämä osoittautui hyväksi valinnaksi. Arjen kautta perhehoitajat kertoivat arjen tärkeimpiä asioita ja sitä kautta laadun elementtejä. Kaikissa haastatteluissa ei tarvinnut erikseen kysyä laadusta, sillä keskustelu ohjautui arjen ja yhteistyön kautta itsestään laatuun. Yhteistyöstä kysymällä hahmotettiin sitä, keiden kaikkien toimijoiden kanssa perhehoitajat ovat tekemisissä ja miten laatukäsikirja voisi tukea yhteistyötä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastatteluissa esille nousseet laadun elementit olivat hyvin samankaltaiset jokaisessa haastattelussa. Toimijoiden välillä vastauksien erot liittyivät näkökulmiin. Haastatteluaineisto analysoitiin yhtenä aineistona eikä eri toimijoiden vastauksia eroteltu. Haastattelujen tavoitteena oli saada yksi yhtenäinen kuva aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisesta perhehoidosta laatukäsikirjan luomisen pohjaksi, joten aineiston analysoiminen yhtenä kokonaisuutena toimi tarkoitukseen parhaiten. Haastattelujen analysointi tapahtui teemoittelun menetelmällä. Litteroidusta materiaalista eroteltiin ensimmäisenä yhteen kaikki laatuun liittyvät asiat. Näistä liitettiin yhteen samaan aihepiiriin liittyvät asiat ja kirjoitettiin niistä yhteenveto. Huomio kohdistettiin aineistossa erityisesti niihin asioihin, jotka toistuivat useammassa kuin yhdessä haastattelussa. Luvussa 5.4 on yhdistetty nämä yhteenvedot muuhun löytyneeseen tietoon aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisen perhehoidon laadusta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93.)

3 KEHITYSVAMMAISUUS

Kehitysvammaisuutta voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista, kuten lääketieteellisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta, ja syitä kehitysvamman syntymiseen on useita. Tässä luvussa lähestytään kehitysvammaisuutta käsittelemällä yleisimpiä kehitysvammaisuuden määrittelyjä sekä kehitysvammaisten yhteiskunnallista asemaa. Luvun lopussa käsitellään kehitysvammaisten asumista Suomessa.

3.1 Kehitysvammaisuuden määrittely eri näkökulmista

Kehitysvammalla tarkoitetaan sitä, että henkilön kyky ymmärtää ja oppia uusia asioita on huomattavasti keskimääräistä heikompi. Kehitysvamma voi tulla jo ennen syntymää tai sen jälkeen ja syitä kehitysvammalle on useita. Se voi johtua geeniperimästä, raskauden tai synnytyksen aikana ilmenneistä ongelmista tai lapsuusiässä tapahtuneesta onnettomuudesta. Kehitysvammaan voi usein liittyä myös lisäsairauksia ja -vammoja, kuten aisti-, puhe- ja liikuntavammoja, epilepsiaa tai autismia. Kehitysvammaisen henkilön toimintakyky riippuu hänen elämäntilanteestaan sekä ympäristön vaatimuksesta. Kehitysvamma tai toimintarajoitteet eivät saa määrittää henkilöä kokonaisuutena, vaan on keskityttävä myös vahvuuksiin ja kykyihin. Suomessa on arvioiden mukaan noin 40 000 henkilöä, jolla on kehitysvamma. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 15–19; Vernerin n.d.)

WHO (World Health Organization) määrittelee älyllisen kehitysvamman tilaksi, jossa henkilön kognitiivisten, kielellisten, motoristen ja sosiaalisten taitojen kehitys on estynyt tai epätäydellinen. AAIDD (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) lähestyy älyllistä kehitysvammaa ympäristön vaatimusten ja henkilön älyllisten ja adaptiivisten taitojen vuorovaikutuksen kautta. WHO:n määritelmä edustaa lääketieteellistä näkökulmaa kehitysvammaisuuteen ja AAIDD:n toimintakyvyn näkökulmaa. Näiden lisäksi kehitysvammaisuutta voidaan tarkastella myös sosiaalisesta näkökulmasta. (Kaski ym. 2012, 16.)

Lääketieteellinen näkökulma on perinteinen tapa määritellä kehitysvammaisuus. Suomessa on käytössä WHO:n ICD-10 -tautiluokitus, jossa kehitysvammaisuus jaetaan neljään eri asteeseen: lievä, keskivaikea, vaikea ja syvä. Luokittelu perustuu älykkyyssosamäärään ja älykkyyssosamäärää verrataan väestön keskimääräiseen älylliseen suorituskyykyyn. Henkilön suorituskyykyä arvioidaan standardoiduin psykologisin testeillä ja niiden avulla lasketaan älykkyyssosamäärä. Älyllisesti kehitysvammaisia ovat ne henkilöt, joiden älykkyyssosamäärä on alle 70. Luokittelun tarkoitus on kuvata henkilön terveydentilaa sekä siihen liittyviä piirteitä ja tarpeita. Älylliset kyvyt voivat muuttua henkilön elämän aikana esimerkiksi kuntoutuksen myötä ja WHO:n luokitus edellyttää, että kehitysvammaisuuden aste perustuu senhetkiseen suorituskyykyyn. ICD-10-tautiluokituksen ongelmaksi nähdään se, että se ottaa huomioon vain yksilön näkökulman. (Kaski ym. 2012, 16–18.)

Toimintakyvyn näkökulmassa kehitysvammaa tarkastellaan laajemmasta näkökulmasta kuin lääketieteellisessä näkökulmassa. AAIDD:n mallin lisäksi toimintakyvyn näkökulmaa edustaa WHO:n luoma ICF-luokitus, jota käytetään myös muun kuin kehitysvammaisuuden luokitukseen. ICF-luokituksessa kuvataan vammaisuutta ruumiin, suorituksen, osallistumisen ja ympäristön käsitteillä. Luokituksessa tarkastellaan terveyden osatekijöitä toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kautta. Luokituksessa toimintakyky koostuu kehosta ja sen fysiologisista toiminnoista, mielekkästä tekemisestä ja osallistumisesta sekä yhteiskunnasta ja elinympäristöstä. Henkilön toimintakykyä kuvataan numerokoodien avulla ja numeroista voi nähdä toimintakykyä haittaavan tai edistävän tekijän, ongelman laajuuden sekä sen, mihin toimintakyvyn alueeseen tekijä liittyy. ICF-luokituksessa otetaan

huomioon sekä yksilö että hänen ympäristönsä ja rakennetaan käsitystä siitä, miten henkilö käytännössä suoriutuu erilaisista toiminnoista. (Malm, Matero, Repo & Talvela 2012, 11; Miettinen 2010, 50–51.)

Sosiaalisessa mallissa vammaisuuteen liittyvä toimintarajoite nähdään ympäristön luomana rajoitteena eikä yksilön ominaisuutena. Vammaisuus ei siis itsessään luo toimintarajoitteita. Tämän mallin mukaan vammaisuuden mukanaan tuomien ongelmien ratkaisuksi nähdään yhteiskunnan ja henkilön elinympäristön muuttaminen. Toimintarajoitteiden nähdään johtuvan muun muassa yhteiskunnassa esiintyvistä syrjinnästä, ennakkoluuloista sekä rakennettuun ympäristöön sisältyvistä esteistä. Sosiaalinen malli on lähtökohtana esimerkiksi vammaispoliittisissa ohjelmissa, joiden tavoite on poistaa sosiaalisessa tai fyysisessä ympäristössä olevia epäkohtia. Sosiaalinen malli onkin tuonut mukanaan paljon hyvää, mutta sitä on myös kritisoitu yksipuolisesta näkökulmastaan. Sosiaalinen malli ei ota lainkaan huomioon yksilön vammasta johtuvia erityistarpeita. (Malm ym. 2012, 11–12; Miettinen 2010, 49.)

Näiden mallien lisäksi kehitysvammaisuutta ja vammaisuutta määritellään haettaessa palveluja tai tukia. Määrittely on riippuvainen siitä, mitä palvelua tai tukea haetaan. Kelan vammaistukea saava henkilö ei esimerkiksi ole automaattisesti oikeutettu vammaispalvelulain mukaiseen kuljetuspalveluun. Määritelmien ja luokittelun tehtävä on pohtia henkilön erityistarpeita tai määritellä sitä, onko henkilö oikeutettu tiettyyn palveluun tai tukeen. On kuitenkin tärkeää tiedostaa, että luokitusjärjestelmät muovaavat käsityksiä luokittelun kohteena olevista ihmisistä ja vaikuttavat näiden henkilöiden minäkuvaan sekä muiden ihmisten käsityksiin heistä. Mikään määrittely ei kuitenkaan voi kuvata henkilöä kokonaisvaltaisesti, vaan jokainen on ainutlaatuinen yksilö. (Malm ym. 2012, 12; Miettinen 2010, 42.)

3.2 Kehitysvammaiset henkilöt yhteiskunnassa

Vammaisten henkilöiden asema yhteiskunnassa on sidoksissa aikakauden olosuhteisiin sekä voimassa oleviin ajatussuuntauksiin. Tällä hetkellä keskustellaan paljon perus- ja ihmisoikeuksista sekä osallisuudesta yhteiskunnassa ja yhteisössä. Suomen vammaispoliittisessa ohjelmassa vuosille 2010–2015 tavoitteita olivat ratifioida YK:n vammaisten oikeuksien yleisopimus, parantaa vammaisten henkilöiden sosioekonomista asemaa, varmistaa erityispalveluiden ja tuen saaminen eri puolilla Suomea, vahvistaa esteettömyyttä sekä lisätä tietoutta ja tutkimusta vammaisuudesta menetelmien kehittämiseksi. Tärkeitä käsitteitä tämän päivän vammaispolitiikassa ovat integraatio, inklusio sekä positiivinen erityiskohtelu. Integraatio tarkoittaa ympäristön muokkaamista siten, että vammaisen henkilön on mahdollista elää normaalia elämää muiden kansalaisten tavoin ja käyttää esteettömästi palveluja. Inklusio-käsite korostaa voimakkaasti tasa-arvoisuutta ja yhteisyyttä ihmisten välillä. Inklusio tarkoittaa mukaan ottamista, ja siinä tärkeää on aito yhteiskunnallinen osallisuus ja eläminen samoissa elinpiireissä kuin kaikki muutkin kansalaiset. Positiivinen erityiskohtelu tarkoittaa sitä, että tietyille ihmisryhmälle tarjotaan yleisten palveluiden lisäksi

erityispalveluita, jotka turvaavat yhdenvertaisuuden yhteiskunnassa. (Sosi-aali- ja terveystieteiden ministeriö 2010, 23–24; Malm ym. 2012, 13–26, Kaski ym. 2010, 148.)

Kehitysvammaiset henkilöt voivat hakea yleisten palvelujen lisäksi vammais- ja kehitysvammais- ja kehitysvammalain mukaisia palveluja ja tukia sekä Kelan tukia. Palvelujen ja tukien tavoite on vähentää vammasta aiheutuva eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta. Vammais- ja kehitysvammalain mukaisia palveluja ovat kuntoutusohjaus ja sopeutumisvalmennus, taloudellinen apu vammasta aiheutuviin erityiskustannuksiin, henkilökohtainen apu, kuljetuspalvelu sekä tulkkipalvelut (VPL 8§). Kehitysvammalain mukaisia palveluja ovat tutkimukset, jotka mahdollistavat yksilöllisen suunnitelman, terveydenhuolto, tarpeellinen ohjaus ja kuntoutus, työtoiminta, asuminen, yksilöllinen hoito ja huolenpito, läheisten ohjaus ja neuvonta sekä kehityshäiriöiden neuvonta (KehitysvammaL 2§). Kelan tärkeimpiä vammaisia koskevia etuuksia ovat sairaanhoitokustannusten korvaukset, lapsen hoitotuki, erityishoitoraha, vammaistuki sekä eläkkeensaajan hoitotuki (Malm ym. 2012, 376–379). Lakien mukaisten sekä Kelan palvelujen ja tukien lisäksi erilaiset järjestöt ja yhdistykset tarjoavat palveluita kehitysvammaisille henkilöille.

Sini Mäkinen (2010, 29–32) on tutkinut opinnäytetyössään asumisyksiköissä asuvien kehitysvammaisten henkilöiden osallisuuden kokemuksia. Tutkimuksessa kehitysvammaisilla henkilöillä oli runsaasti harrastuksia kodin ulkopuolella ja asumisyksikössä asuminen lisäsi yhteisöllisyyttä heidän elämässään. Moni ei kuitenkaan maininnut tärkeitä ihmisiä perheen ja asumisyksikön ulkopuolelta. Osallisuuden kokemusta heikensi sosiaalisten suhteiden vähyys ja yksinäisyys sekä heikot mahdollisuudet vaikuttaa omiin asioihin. Osallisuutta vahvistivat harrastustoimintaan osallistuminen sekä asumisyksikössä asumisen myötä tuleva yhteisöllisyys. Tutkimuksessa tuotiin esille se, että osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen vaatii resursseja ja tukea henkilökunnalta. Annukka Mustajärvi (2014, 39–41) on tutkinut osallisuutta työssä sekä kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa. Tutkimuksessa mahdollisuudet vaikuttaa työtoimintaan sekä vapaa-ajan toimintoihin koettiin hyväksi. Myös Mustajärven tutkimuksessa nousi esille henkilökunnan resurssien merkitys kehitysvammaisten toiveiden kuulemisessa, tukemisessa ja huomioon ottamisessa.

Sekä Mäkisen (2010, 21) että Mustajärven (2014, 18.) tutkimuksiin osallistuneet kehitysvammaiset henkilöt osasivat tuoda ajatuksensa ilmi puheella. Mustajärvi on maininnut opinnäytetyössään, että haastateltavat olivat lievästi tai keskivaikeasti kehitysvammaisia. Ne henkilöt, joilla on syvä älyllinen kehitysvamma sekä merkittäviä vaikeuksia kommunikoinnissa, jäävät yleensä tutkimusten ulkopuolelle. He ovat kuitenkin niitä, joiden itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen on kaikkein eniten toisten ihmisten varassa. Heidän kohdallaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus ovat suurimmassa riskissä toteutua heikosti.

Itsemääräämisoikeus onkin ollut vahvasti esillä Suomessa viime vuosina. Keväällä 2016 Suomi on ratifioinut YK:n vammaisten oikeuksien sopimuksen. Sopimuksen ratifiointi on kestänyt kauan, koska tarkoitus on ollut

muuttaa Suomen lainsäädäntö yhdenmukaiseksi sopimuksen kanssa. Viimeinen, ja pisimpään kestänyt, muutos lainsäädännössä on koskenut itsemääräämisoikeutta. Alun perin tarkoitus on ollut tehdä itsemääräämisoikeuslaki, joka koskettaisi kaikkia kansalaisia, mutta monen lain yhteensovittaminen osoittautui liian haastavaksi. Jotta sopimus saatiin ratifioitua, lainsäätäjät päättivät lisätä itsemääräämisoikeutta koskevia pykäläiä kehitysvammalakiin. Itsemääräämisoikeuslain valmistelu kuitenkin jatkuu yhä. (Eduskunta 2016.)

3.3 Kehitysvammaisten asuminen Suomessa

Valtioneuvosto teki vuonna 2010 periaatepäätöksen kehitysvammaisten asumisen ohjelmasta ja ohjelman päämääränä on, että vuoteen 2020 mennessä kukaan ei asu pitkäaikaisesti laitoksessa. Laitoshoidon vähentäminen on kuitenkin alkanut jo 1970-luvun lopulta, kun avohuollon palveluihin on alettu panostaa. Asumisohjelman tavoitteena on mahdollistaa laitoksista ja lapsuudenkodista muuttaville kehitysvammaisille henkilöille yksilöllinen asuminen tavallisessa asuinympäristössä sekä riittävät ja yksilölliset palvelut. Vammaisuus ei itsessään edellytä asumista toisten vammaisten kanssa tai tietyllä tavalla ja asuminen tulisi ensisijaisesti järjestää etsien tavallisesta asuntokannasta sopivia asuntoja. Kehitysvammaisella henkilöllä tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa asumismuotoonsa ja suuria asumiskeskittymiä tulisi välttää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 11–12.)

Avohuollon asumismuotoja ovat tuettu-, ohjattu- ja autettu asuminen. Nimitykset viittaavat asumispalvelujen henkilökunnan mitoitukseen ja asukkaankaan tuen tarpeeseen. Tuettu asuminen on itsenäistä asumista omassa asunnossa ja asukas saa tukihenkilöltä ohjausta tarvitsemansa määrän. Ohjatussa asumisessa henkilökunta on paikalla päiväaikaan ja se sopii henkilöille, jotka tarvitsevat jonkin verran apua päivittäisissä toimissaan. Autetussa asumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Asumispalveluun kuuluu asumisessa tarvittava apu, riittävä hoiva sekä ohjaus lähipalveluiden käytössä. Opetus-, sairaanhoito ja kuntoutuspalvelut eivät kuulu asumispalveluun. Avohuollon asumispalvelut eivät sovi niille henkilöille, jotka tarvitsevat jatkuvasti sairaanhoito- tai kuntoutuspalveluja. Avohuollon asumismuotojen lisäksi pitkäaikainen perhehoito on yksi asumisen muodoista. (Kaski ym. 2012, 158.)

Kehitysvammaisten asumisen ohjelman loppuraportissa todetaan, että vuoden 2015 loppuun mennessä laitoksissa asui pitkäaikaisesti 966 henkilöä. Ohjelman tavoitteena oli, että 2015 vuoden loppuun mennessä laitoksessa asuisi enää 500 henkilöä. Vuonna 2014 autetussa asumisessa asiakkaita oli 7 145, ohjatussa asumisessa 1 987 ja tuetussa asumisessa 1 274. Vammaisia henkilöitä oli vuonna 2014 perhehoidossa 1 295 ja lisäksi osa aikuisista kehitysvammaisista henkilöistä asuu vanhempiensa luona. Laitoshoidon purkamisen lisäksi ikääntyvien vanhempiensa luona asuvat kehitysvammaiset henkilöt luovat tulevaisuudessa paineita kasvattaa avohuollon asumispalveluiden tarjontaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b, 17; Sotkanet, tilastoja n.d.a; Sotkanet, tilastoja n.d.b.)

Asumismuotoon vaikuttaminen toteutuu loppuraportin mukaan vaihtelevasti eri puolilla maata. Erityisesti itsenäisen asumisen tukea tarvitaan lisää, mutta kuntien ongelmana on henkilöstöressurssien vähyys. Erilaisia asumismuotoja on pääosin tarjolla, mutta useimpia muotoja tarvitaan lisää. Erityisesti pitkäaikaista perhehoitoa kaivataan lisää. Loppuraportissa todetaan, että palvelujen ja asumisratkaisujen suunnittelussa on usein omaisten ääni kehitysvammaisen henkilön ääntä painavampi. Tuettuun päätöksentekoon ja vaihtoehtoisten kommunikointimenetelmien käyttöön panostamisella kehitysvammaisten oma ääni voisi olla mahdollista saada paremmin esille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b, 31–35.)

4 PERHEHOITO

Perhehoito tarkoittaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevan henkilön hoitamista oman kodin ulkopuolella yksityisessä kodissa. Perhehoidossa henkilö on tasavertaisessa asemassa perheen muiden jäsenten kanssa ja perhehoitoa järjestetään sekä pitkäaikaisena että tilapäisenä. Perhehoitoa on kehitysvammaisille lapsille, nuorille ja aikuisille, huostaan otetuille tai avohuollon tukitoimenpitein sijoitetuille lapsille ja nuorille, mielenterveyskuntoutujille sekä ikäihmisille. Perhehoidon vahvuutena on se, että perhehoidossa oleva henkilö saa pysyviä ja läheisiä ihmissuhteita sekä perheenomaista hoitoa. (Ketola 2008, 20.)

Tässä luvussa käsitellään perhehoitoa ja sen järjestämisen tapaa. Luvun lopussa kahdessa viimeisessä alakappaleessa tarkennetaan käsitettä toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon ja aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaiseen perhehoitoon.

4.1 Perhehoidon historia ja nykypäivä

Perhehoidosta on puhuttu jo 1800-luvun lopulla, kun perhehoitoa kokeiltiin osana mielisairaiden avohoitoa. Perhehoidon historiaan yhdistetään kuitenkin usein elätehoito, ja sen huono maine on vaikuttanut pitkään perhehoidon kehittämistyössä. Elätehoitoon kuului ruotuhoido, jossa vaivaisia kierrätettiin talosta toiseen, sekä vaivaishuutokaupat, jossa vaivainen annettiin vähintään pyytävään perheeseen. Elätehoidossa ja perhehoidossa ei ole kyse samasta asiasta ja elätehoito kiellettiin vuonna 1923 köyhäinhuoltolain tullessa voimaan. (Hautamäki 2013, 46–47; Ketola 2008, 15.)

Perhehoitoa kokeiltiin ensimmäistä kertaa vuonna 1887 mielisairaiden hoitomuotona, jolloin laitoksen läheisyydessä oleviin talonpoikaisperheisiin sijoitettiin potilaita lääkärin valvonnan alaisuuteen. 1800-luvun lopulla alettiin keskustella mielisairaiden hoidon ajanmukaistamisesta ja laitoshoidon täydentävistä vapaista hoitomuodoista, joista yksi oli perhehoito. Vuonna 1901 Sipoossa Nikkilän sairaalan yhteyteen käynnistyi psykiatrinen perhehoito. Nikkilään muodostui perhehoitosiirtola, jossa perhehoidossa oli parhaimmillaan jopa 600 henkilöä. Nikkilän sairaala on lakkautettu vuonna 1999, mutta perhehoito jatkuu yhä ja perhehoitajia on jo kolmannessa polvessa. 1920- ja 1930-luvuilla perhehoitoa alettiin kokeilla laajemmin ym-

päri Suomen. Perhekodit sijaitsivat mielisairaaloiden läheisyydessä ja hoitoa valvoi mielisairaalan henkilökunta. 1900-luvun alussa kirjoitettiin hyvän perhehoidon kriteereistä, joita olivat muun muassa hoitajan huolellinen valinta, lääkärin kanssa tapahtuva neuvottelu, mielisairaalan henkilökunnan käynnit silloin tällöin, kodikas ylläpito, hellä kohtelu ja huolenpito. 1960- ja 1970-luvuilla alettiin purkaa laitoshoidoa sekä kehittää avohuollon palveluja ja samalla perhehoito alkoi vähentyä aikuisten hoitomuotona. (Hautamäki 2013, 32–49; Perhehoitolehti 2/2013.)

Vuonna 1923 voimaan tulleessa köyhäinhoitolaissa oli useita säännöksiä huollossa olevien lasten perhehoidosta. Ennen sijaishoitoon sijoittamista kodin sopivuus oli tutkittava ja oli selvitettävä, onko koti terveystieteellisesti tyydyttävä sekä olivatko sijaisvanhemmat kykeneviä pitämään huolta lapsesta. Sijoitetun lapsen oli saatava sopivan kodin lisäksi oppivelvollisuuslain mukainen opetus ja mahdollisesti myös ammattikasvatus. Laissa korostettiin perhehoitoa lastensuojelun hoitomuotona. 1936 tuli voimaan lastensuojelulaki, jossa sosiaalilautakunnan sijoittamien lasten perhehoitopaikasta käytettiin nimitystä hoitokoti ja lapsesta huolehtivasta henkilöstä nimitystä hoitaja. Lisäksi vanhemmat sijoittivat lapsiaan kodin ulkopuolelle ja näistä käytettiin nimityksiä kasvatuskoti ja kasvattaja. Vuoden 1936 laissa ei ollut mainintaa hoitomuotojen ensisijaisuusjärjestyksestä, mutta perhehoitoa kuitenkin suositeltiin ensisijaisena. Perhehoitoa käytettiin tuolloinkin paljon lastensuojelussa ja 1960-luvulle asti perhehoidossa olevien lasten määrä, kasvattilapset mukaan lukien, oli vuosittain noin 15 000. Laitoksiin sijoitettuja lapsia oli noin 5 000. (Ketola 2008, 16; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016a, 29–32.)

Perhehoitaja-nimike on tullut käyttöön vuonna 1992, jolloin syntyi perhehoitajalaki. Perhehoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka hoitaa omassa kodissaan huostaan otettuja tai avohuollon tukitoimenpitein sijoitettuja lapsia, nuoria, kehitysvammaisia aikuisia, mielenterveyskuntoutujia tai vanhuksia. Lapsia ja nuoria hoitavista vanhemmista käytetään perhehoitaja-nimikkeen rinnalla edelleen nimitystä sijaisvanhempi. (Ketola 2008, 18–19.)

Vuonna 2015 astui voimaan uusi perhehoitolaki, johon koottiin yhteen perhehoidon lainsäädäntöä. Merkittäviä uuden lain mukana tulleita muutoksia olivat, että laki rajasi perhehoidettavien määrän aiemmasta kuudesta henkilöstä neljään, sukulais- ja läheissijaisvanhemmat saivat oikeuden hoitopalkkioon ja korvauksiin, sekä se, että perhehoitoa voidaan antaa myös hoidettavan kotona. 2016 kesällä lakiin tehtiin muutoksia, joiden mukaan perhehoitajien vapaan vähimmäismäärä lisääntyy, perhehoidosta maksettava vähimmäispalkkio nousee ja päätoimisille perhehoitajille turvataan säännölliset hyvinvointi- ja terveystarkastukset. Tällä hetkellä perhehoitoa kehitetään erityisesti ikäihmistien saralla. Ikäihmistien perhehoitoa pyritään lisäämään ja esimerkiksi Pirkanmaan maakunnalliseen perhehoidon yksikköön liitettiin syksyllä 2016 kehitysvammaisten lisäksi ikäihmistien perhehoito. (Perhehoitoliitto n.d.a)

4.2 Perhehoidon järjestäminen

Kunnat vastaavat perhehoidon järjestämisestä sekä päättävät, keille he tarjoavat perhehoitoa hoitomuotona ja miten he järjestävät perhehoitopalvelut. Kunnat voivat järjestää perhehoitopalvelut itsenäisesti, alueellisten yksiköiden kautta tai ostaa palvelut niitä tuottavilta tahoilta. Perhehoitopalveluiden järjestämiseen kuuluu rekrytointi, tiedotus, ennakkovalmennus sekä perhehoidon tuki ja täydennyskoulutus. Perhehoitoa on toimeksiantosuhteista sekä ammatillista. Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhehoitaja on toimeksiantosuhteessa kuntaan ja ammatillisessa perhehoidossa perhekoti toimii aluehallintoviraston myöntämällä luvalla ja sitä koskee perhehoitolain lisäksi laki yksityisistä sosiaalipalveluista. (Hakkarainen, Kuukkanen & Piispanen 2014, 9.)

Perhehoitolaissa määritellään perhekodissa hoidettavien määrä, edellytykset perhekodin olosuhteille ja perhehoitajan kelpoisuudelle sekä perhehoitajan palkkion, korvausten ja vapaapäivien vähimmäismäärät. Lain mukaan perhekodin on olosuhteiltaan vastattava siellä annettavaa hoitoa. Olosuhteilla tarkoitetaan perhekodin tiloja, asuinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita sekä perhehoitajan kykyä vastata perhehoidettavan tarpeisiin. Lähtökohtana ovat perhehoidettavan yksilölliset tarpeet sekä mahdollisuus saada perheessä tasavertainen asema muihin perheenjäseniin nähden. Perhehoitajaksi voi ryhtyä henkilö, joka on henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan, koulutuksen tai kokemuksen perusteella kykenevä antamaan perhehoitoa. Perhehoitajaksi aikovan on suoritettava tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus ennen perhehoidon aloittamista. Toimeksiantosuhteisessa perhekodissa saa hoitaa samanaikaisesti enintään neljää henkilöä, mutta erityisistä syistä lukumäärästä voi poiketa. Erityinen syy voi olla esimerkiksi se, että hoidettavat ovat sisaruksia tai saman perheen jäseniä. (Perhehoitolaki 1–9§.)

Pirkanmaalla kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoitopalveluista vastaa Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikkö. Yksiköllä on toimintaohje sekä kehitysvammaisten että ikäihmisten perhehoidosta. Toimintaohjeissa määritellään, miten perhehoitopalvelut järjestetään, yhtenäiset palkkiot, kulukorvaukset ja vapaiden määrät sekä yksikön ja kunnan tehtävänjako ja yhteistyö. Yksikköön kuuluvat kunnat ovat hyväksyneet toimintaohjeen ja se on kaikkia osapuolia sitova. Yksikkö vastaa perhehoitajien rekrytoinnista, valmennuksesta ja koulutuksesta, tuesta, vapaiden järjestämisestä sekä perhepankin ylläpidosta. Lisäksi yksikön tehtävä on markkinoida ja kehittää perhehoitoa. Sijoittava kunta ja maakunnallinen perhehoidon yksikkö tekevät yhteistyötä perhehoitoprosessissa. Yksikön työntekijä osallistuu perhehoitoon sijoittamisen organisoimiseen ja osallistuu tarvittaessa asiakkaan hoitoisuuden arvioimiseen sekä toimeksiantosopimuksen laatimiseen. Yksikön työntekijä toimii perhehoitajan vastuutyöntekijänä ja seuraa perhekodin toimintaa. Sijoittavan kunnan työntekijä vastaa perhehoidossa olevan henkilön palveluista sekä perhekodin lakisääteisestä valvonnasta ja tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa. (Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö 2015.)

4.3 Perhehoidon tuki

Perhehoitajan tuki perustuu perhehoitolakiin sekä toimeksiantosopimukseen kirjattuihin yksilöllisiin tuen tarpeisiin. Perhehoitajalle on nimettävä vastuutyöntekijä jokaista perhehoidettavaa kohtaan ja vastuutyöntekijän tehtävä on huolehtia siitä, että perhehoitaja saa tarvittavaa tukea (Perhehoitolaki 15§). Pirkanmaalla perhehoidon yksikön työntekijä toimii perhehoitajien vastuutyöntekijänä. Oikea-aikainen ja oikeanlainen tuki on ensiarvoisen tärkeää perhehoidon onnistumisen kannalta ja se helpottaa perhehoidon laadun varmistamista sekä sijoituksen seurantaan. Perhehoidon tuen muotoja ovat taloudellinen tuki, tiedollinen tuki, emotionaalinen tuki sekä käytännön tuki arkeen. (Hakkarainen ym. 2014, 27–30.)

Taloudelliseen tukeen kuuluvat perhehoitajalle maksettava hoitopalkkio ja kulukorvaukset. Palkkion ja korvausten tulee perustua hoidon vaativuuteen ja sitovuuteen. Tärkeää on varmistaa perhehoitajan taloudellinen toimeentulo, jotta perhehoitaja voi keskittyä perhehoitotehtävään. Monet perhehoitajat jäävät kokopäiväisesti kotiin perhehoidossa olevan henkilön edun vuoksi. Tiedollista tukea on täydennyskoulutus ja työnohjaus, joilla vahvistetaan perhehoitajan osaamista ja jaksamista. Emotionaalista tukea on sekä vertaistuki että intensiivinen tuki. Vertaistuki koetaan usein tärkeäksi tuen muodoksi, koska perhehoito on yksinäistä ja sitovaa työtä, eikä arjen keskellä usein ole mahdollista jakaa ajatuksiaan. Vertaistukea voi saada vertaistukiryhmistä, uudesta tuen muodosta mentoroinnista sekä perhehoitajien yhteisistä koulutuksista ja muista tapaamisista. Intensiivistä tukea tarjotaan sijoituksen alussa ja sillä pyritään vahvistamaan perhesuhteiden muotoutumista ja koko perheen tottumista uuteen tilanteeseen. Käytännön apua on esimerkiksi perhehoidossa olevien henkilöiden harrastuksien tukeminen, avustaminen perhehoidossa olevien henkilöiden läheisten kanssa tehtävässä yhteistyössä sekä vuonna 2016 lakiin lisätty oikeus perhehoitajalle tarvittaessa päästä hyvinvointi- ja terveystarkastukseen. Muiden tuen muotojen lisäksi perhehoitoperheille annetaan tukea erityistilanteissa, kuten sairastapauksissa, läheisen kuolemassa tai avioerossa. Myös sijoituksen päättyessä on tärkeää antaa perheelle mahdollisuus purkaa tunteitaan ja kokemuksiaan. (Hakkarainen ym. 2014, 28–30; Perhehoitolaki 15a§.)

Perhehoitajan tuen lisäksi perhehoidon onnistuminen vaatii tukea myös perhehoidossa olevalle henkilölle. Perhehoidossa olevan henkilön tuki perustuu hänen asiakas-, hoito-, tai palvelusuunnitelmaansa. Perhehoidossa olevaa aikuista henkilöä tukevat muun muassa kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, päiväaikainen toiminta sekä erilaiset harrastus- ja virkistystoiminnot vapaa-ajalle. Täysi-ikäiselle henkilölle voidaan hakea myös edunvalvontaa, mikäli henkilö ei itse ole kykenevä päättämään itseään ja omaisuuttaan koskevista asioista. Perhehoitaja on vastuussa perhehoidossa olevan henkilön palvelujen hakemisesta. (Hakkarainen ym. 2014, 27–33.)

Tukea perhehoitoon tarjoaa myös Perhehoitoliitto ja alueelliset perhehoidon jäsenyhdistykset. Perhehoitoliitto ry on valtakunnallinen perhehoidon asiantuntijajärjestö, joka vaikuttaa ja kouluttaa perhehoitoon liittyvissä asioissa sekä tekee yhteistyötä kuntien ja järjestöjen kanssa. Perhehoitoliittoon

kuuluu jäsenyhdistyksiä ympäri Suomen ja perhehoitajat liittyvät Perhehoitoliittoon alueellisten jäsenyhdistyksien kautta. (Perhehoitoliitto n.d.b; Hakkarainen ym. 2014, 33.)

Perhehoitajien kokemukset tuen saamisesta ja omasta jaksamisesta ovat vaihtelevia. Kokemukset voivat olla riippuvaisia siitä, minkä asiakasryhmän parissa toimii tai kyseessä voivat olla alueelliset erot. Seppälän (2010, 35) tutkimuksessa perhehoidon haasteista perhehoitajat kokivat saavansa läheisiltä hyvin henkistä tukea, mutta sijoittavan kunnan puolelta tukea oli järjestetty huonosti eikä vertaistukea ollut saatavilla. Kotilaisen (2013, 32) tutkimuksessa perhehoitajien jaksamisesta perhehoitajat taas kokivat saavansa hyvin vertaistukea toisilta perhehoitajilta. Kotilaisen (2013, 34) tutkimuksessa esille nousi vapaa-ajan puute ja sen heikentävä vaikutus perhehoitajan jaksamiseen arjessa. Myös Nurmen (2015, 36) tutkimuksessa ikäihmisten perhehoitajien saamasta tuesta vapaa-ajan puute oli yksi kehityksen kohde. Sekä Seppälän (2010, 37–38) että Nurmen (2015, 35) tutkimuksissa perhehoitajat eivät kokeneet, että taloudellinen tuki vastaa tehtävän vaativuutta ja sitovuutta.

4.4 Toimeksiantosuhteinen perhehoito

Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhehoitaja tekee toimeksiantosopimuksen jokaisesta perhehoidossa olevasta henkilöstä sijoittavan kunnan kanssa, eli perhehoitaja ei ole työsuhteessa kuntaan. Kyse ei siis ole ammatillisesta toiminnasta, vaan tavallisesta perhe-elämästä ja arjesta. Toimeksiantosopimukseen kirjataan perhehoitoon liittyvät oikeudet ja velvollisuudet ja se tehdään aina ennen perhehoitoon sijoittamista. Toimeksiantosopimukseen kirjataan maksettavien palkkioiden ja korvausten määrä sekä sen suorittaminen, hoidon arvioitu kesto, perhehoidossa olevan henkilön oikeudet ja tukitoimet, perhehoitajan oikeus vapaaseen, koulutukseen ja tukeen sekä sopimuksen irtisanomisesta. Toimeksiantosopimukseen kirjatut asiat perustuvat perhehoitolakiin, perhehoidossa olevan henkilön palvelusuunnitelmaan sekä perhehoidon yksikön toimintaohjeeseen. (Hakkarainen ym. 2014, 16.)

Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhehoitajalta ei vaadita erityistä ammatillista koulutusta, mutta perhehoitajan on käytävä tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus ennen perhehoidon aloittamista. Ennakkovalmennus antaa valmiuksia toimia perhehoitajana ja se on tärkeä henkilökohtainen prosessi tehtävään valmistautumisessa. Valmennuksessa annetaan tietoa siitä asiakasryhmästä, jonka perhehoitajaksi on ryhtymässä, kerrotaan perhehoitajan oikeuksista ja velvollisuuksista sekä pohditaan valmiuksia yhdessä valmennuksen järjestäjän kanssa. (Hakkarainen ym. 2014, 12.)

4.5 Aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikainen perhehoito

Perhehoidossa olevien aikuisten määrä vuonna 2014 oli alle 2000 ja lukuun kuuluu myös ikäihmiset sekä mielenterveyskuntoutujat. Aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikainen perhehoito on siis hyvin marginaalinen palvelu. Kehitysvammaisten laitoshoidon tarkoitus purkaa vuoteen 2020 mennessä

ja laitoshoidon purkamisen lisäksi toinen tulevaisuuden haaste ovat ikään-tyneiden vanhempien luona asuvat aikuiset kehitysvammaiset henkilöt. Perhehoito on yksi mahdollisuus vastata kasvavaan asumispalvelujen tarpeeseen. (Hakkarainen ym. 2014, 6; Kuukkanen 2008, 78–79.)

Perhehoito määritellään pitkäaikaiseksi, jos se kestää kuukaudessa yli 14 vuorokautta kolmen kuukauden ajan. Aloitettaessa pitkäaikaista perhehoitoa, pidetään ensin kokeilujakso. Kokeilujakson aikana on mahdollista arvioida, sopiiko perhehoito asumisratkaisuksi kehitysvammaiselle henkilölle ja onko kyseinen perhe sopiva. Perhehoidossa on tärkeää, että kehitysvammaisella henkilöllä on mahdollisuus saada perheessä tasavertainen asema muihin perheenjäseniin nähden ja että koko perhe hyväksyy perhehoidon aloittamisen. (Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö 2015, 4; Perhehoitolaki 5§.)

Aikuiselle kehitysvammaiselle henkilölle pitkäaikainen perhehoito voi olla hyvä ratkaisu silloin, kun aikuinen tai nuori on itsenäistymässä syntymäkodistaan, kriisitilanteissa tai jos asuminen tuetusti ei onnistu. Perhehoidossa on toimintakyvyltään ja hoidon ja huolenpidon tarpeiltaan hyvin erilaisia henkilöitä. Perhehoito tarjoaa turvallisen ja yksilöllisen ympäristön elää ja yhteisön, johon kuulua. Perhehoidossa asuvalla henkilöllä, kuten muillakin kehitysvammaisilla henkilöillä, on oikeus kodin ulkopuoliseen työ- ja päivätoimintaan sekä avustus- ja kuljetuspalveluihin. Kodin ulkopuolinen elämä on tärkeä huomioida aikuisen kehitysvammaisen elämässä, sillä se laajentaa elämänpiiriä sekä tukee kehitystä ja itsenäisyyttä. (Hakkarainen ym. 2014, 7; Kuukkanen 2008, 67.)

Tiina Peräinen (2014, 42–44) on tutkinut perhehoitajien ja kehitysvammaisten asumispalveluista vastaavien organisaatioiden edustajien kokemuksia ja näkemyksiä aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisesta perhehoidosta. Tutkimuksessa kuntien edustajat pitivät perhehoitoa hyvänä asumismuotona aikuiselle kehitysvammaiselle henkilölle. Kunnan edustajat sekä perhehoitajat kokivat, että perhehoito ei sovi silloin, kun henkilö tarvitsee hoitoa yöaikaan tai jos hän on hyvin omatoiminen. Tutkimuksessa perhehoidon vahvuudeksi nousi perheenomainen yhteisö, joka mahdollistaa läheiset ja syvät ihmissuhteet sekä tavallisen elämän ympäristön monipuolisine kokemuksineen. Perhehoito tarjoaa myös pysyvyyttä ja sitä kautta turvallisuutta, kun läheiset ihmiset kehitysvammaisen henkilön ympärillä eivät jatkuvasti vaihdu.

5 LAATU

Laadun määritelmä riippuu siitä, missä yhteydessä laadusta puhutaan. Laatua määriteltäessä tärkeimpänä kysymyksenä on, kenen hyvästä on kyse. Hyvä laatu muodostuu palvelun saajan tarpeisiin vastaamisesta sekä erilaisilta tahoilta tulevien odotusten ja vaatimusten täyttämisestä. Hyvän laadun takaamiseksi tarvitaan laadunhallintaa, joka tarkoittaa muun muassa laatu- tavoitteiden määrittelyä sekä laadun ja sen kehittämisen seuraamista. (Holma 2008, 7–11.)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes sekä Kuntaliitto yhdessä ovat laatineet laatusuosituksen sosiaali- ja terveydenhuollolle ja lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto ovat laatineet suositukset vammaisten ihmisten asumispalveluille. Tässä luvussa laadun käsitettä lähestytään määrittelemällä laadun, laadunhallinnan ja laatukäsikirjan käsitteet sekä edellä mainittujen suositusten pohjalta.

Perhehoidon laadusta ei ole paljon tutkimustietoa eikä perhehoidolla ole omia laatusuosituksia. Osana opinnäytetyötä on haastateltu perhehoidon toimijoita perhehoidon laadusta ja luvun lopussa pohditaan perhehoidon laatua ja sen määrittelyä haastatteluiden, perhehoitoliiton tuottamien materiaalien sekä perhehoidosta tehtyjen tutkimusten pohjalta.

5.1 Laatu, laadunhallinta ja laatukäsikirja

Laadussa on kyse siitä, että kyetään täyttämään palvelulle asetetut vaatimukset ja odotukset. Hyvän laadun edellytyksenä on, että selvitetään eri tahojen tarpeet sekä palveluun kohdistuvat vaatimukset ja odotukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vaatimuksia ja odotuksia tulee muun muassa asiakkaalta ja hänen läheisiltään, palvelun rahoittajalta tai tilaajalta, ammattialan etiikasta, laeista ja asetuksista sekä valtakunnallisista suosituksista. (Rousu & Holma, 2004, 8–11.)

Laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista. Laadunhallintajärjestelmä on organisaation toiminnan ohjaus- ja johtamisjärjestelmä, joka koostuu käytännön toiminnan kuvauksesta, toimintaan liittyvistä sopimuksista ja suunnitelmista, määritellyistä tavoitteista sekä parantamisen menettelystä. Laadunhallintajärjestelmässä olennaista on toiminnan arviointi ja kehittäminen, sillä ilman niitä puhutaan vain toiminnan kuvauksesta. (Pesonen 2007, 53; Rousu & Holma 2004, 8–11.)

Laadunhallinnan työvälineitä ja suunnannäyttäjiä ovat valtakunnalliset laatusuositukset, kansalliset ohjelmat sekä erilaiset kansainväliset laatukriteerit ja laatustandardit. Yksi kansainvälinen laatustandardi on ISO 9001, jota voidaan soveltaa kaikissa organisaatioissa. Standardissa määritellään vaatimuksia asioille, joiden tulee olla kunnossa organisaation laadunhallintajärjestelmässä, mutta siinä ei määritellä tapaa hoitaa asioita. ISO 9001-standardin vaatimusten takana on kahdeksan laadunhallinnan periaatetta, jotka ovat asiakaskeskeisyys, johtajuus, henkilöiden huomioiminen, prosessimainen ajattelutapa, systeemiajattelu, jatkuva parantaminen, faktoihin perustuva päätöksenteko sekä yhteistyösuhteet. (Pesonen 2007, 74–80.)

Laatukäsikirja on yksi tapa tuoda näkyväksi organisaation laadunhallintajärjestelmä. Sen tarkoitus on ohjata työskentelyä ja osoittaa suunta, mihin pyritään. Ydinasioita, joita laatukäsikirjassa kuvataan, ovat esimerkiksi kuvaukset organisaation tehtävästä ja toimintaympäristöstä, perusarvoista ja keskeisistä toimintaperiaatteista, asiakkaista, yhteistyökumppaneista, keskeisistä palveluista, toiminnan arviointimenetelyistä sekä toiminnan parantamisen ja kehittämisen muodoista. Laatukäsikirjan tekemiseen ei ole yhtä

ohjetta, vaan jokainen organisaatio tekee siitä oman näköisensä ja omaa toimintaansa vastaavan. (Rousu & Holma 2004, 55–58.)

5.2 Valtakunnalliset suositukset

Aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaiseen perhehoitoon liittyviä valtakunnallisia laatusuosituksia ovat valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta, vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus sekä yksilöllisen tuen laatukriteerit. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan suositus sekä vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus koskevat lähinnä perhehoidon rakenteita, kuten perhehoidon järjestämisen tapaa, ja yksilöllisen tuen laatukriteerit ovat lähempänä perhehoidon arkea.

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen laadunhallinnan suosituksen tarkoitus on edistää asiakaslähtöistä toimintaa, kuvata hyvän palvelutoiminnan tukemista laadunhallinnalla, edistää laadunhallinnan kehittämistä sekä kannustaa toimimaan yhteisesti hyväksytyjen laadunhallinnan päämäärien ja periaatteiden mukaisesti. Valtakunnallisessa suosituksessa on seitsemän suositusta, jotka kohdistuvat asiakaslähtöisyyden parantamiseen, prosessien hallintaan ja laatujohtamisen kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto 1999, 3–4.)

Suosituksen mukaan johtamisen tulee perustua ihmisten osallistumiseen, yhteistyöhön, jatkuvaan laadun parantamiseen, tietoon perustuvaan päätöksentekoon sekä prosessisuuntautumiseen. Arvot ja päämäärät on tehtävä selväksi koko organisaatiolle sekä yhteistyökumppaneille. Osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta on edellytys hyvälle laadulle ja suosituksessa kehoitetaan kohtelemaan henkilöstöä voimavarana ja panostamaan lisäkoulutukseen. Suosituksessa painotetaan prosessien hallinnan merkitystä laadun perustana. Prosessien toimivuudesta on kerättävä tietoa ja asiakkailta tulee olla mahdollisuus antaa palautetta jokaisessa prosessin vaiheessa. Toiminnan kehittämisen ja arvioinnin pohjana on käytettävä näyttöön perustuvaa tietoa sekä valtakunnallisia tietovarantoja. Suositus kehottaa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköitä kuvaamaan omaa toimintajärjestelmäänsä sekä lisäämään laadunhallinnan järjestelmällisyyttä. Lisäksi suosituksessa kannustetaan palvelukohtaisten laatusuositusten ja -kriteerien laatimiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1999, 7–32.)

Valtakunnallisen laadunhallinnan suosituksen jälkeen vuonna 2008 Stakes teki tilannekatsauksen laadunhallinnan kehittymisestä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suosituksen myötä palvelukohtaisia laatusuosituksia alettiin laatia, laadunhallinnan järjestelmiä otettiin käyttöön useissa organisaatioissa sekä uusia arviointimenetelmiä kehitettiin. Tilannekatsauksessa käsitellään myös asiakasryhmäkohtaisesti hyvinvointia ja siitä saatavilla olevaa tietoa. Vammaisten henkilöiden hyvinvoinnista ei tilannekatsauksen mukaan ole riittävän kokonaisvaltaista tietoa saatavilla ja kokonaisvaltainen huomioiminen jää vähälle myös kunnallisessa päätöksenteossa. (Pekurinen, Räikkönen, Leinonen 2008, 11, 65–68.)

Vuonna 2003 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto laativat vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuosituksen. Suosituksen lähtökohchia ovat asiakaslähtöisyys, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus. Laatusuosituksen tavoite on antaa näkökulmia ja suuntaviivoja päätöksenteon tueksi ja palveluiden toteuttamiseksi. Hyvään ja laadukkaaseen asumiseen vaikuttavat merkittävästi henkilön saamat yksilölliset palvelut asumisen tueksi, mutta myös yleisten palveluiden saatavuus ja arjen yleinen sujuminen asuinkunnassa nähdään olennaiseksi osaksi laadukasta asumista. Suosituksessa on viisi osa-aluetta, jotka ovat päätöksenteko ja strategiat, rakentaminen, asunnot sekä yleiset ja yksilölliset palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 5.)

Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksen mukaan kunnan päätöksenteossa ja suunnittelussa on otettava huomioon se, että myös vammaisilla henkilöillä tulee olla yhtäläiset mahdollisuudet yhteiskunnalliseen osallisuuteen. Tämän mahdollistamiseksi tulee hankkia mahdollisimman monipuolisesti asiantuntijatietoa suunnittelun ja päätöksenteon tueksi sekä huomioida esteettömyys niin tiloissa kuin tiedon saamisessa. Esteettömyys on huomioitava myös ympäristön suunnittelussa ja yleisten palveluiden saatavuudessa. Kunnan asuntopolitiikassa on muistettava se, että vammaisuus ei voi olla esteenä valinnanvapaudelle ja jokaisella kuntalaisella on oltava mahdollisuus valita itse asumismuotonsa. Yleisten palveluiden lisäksi yksilölliset palvelut tukevat vammaisten henkilöiden arjen sujumista ja näiden palveluiden riittävyyteen ja laatuun tulee kiinnittää huomiota. Palvelukokonaisuuksien on mahdollistettava turvallinen asuminen, laadukas hoito ja huolenpito, mahdollisimman itsenäinen toimiminen sekä kodin ulkopuolinen elämä. Laatusuosituksessa korostetaan asiakkaan oman äänen kuulemisen tärkeyttä palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 14–40.)

Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta on tehnyt vuonna 2011 yksilöllisen tuen laatukriteerit. Kriteereissä on kuusi osa-aluetta: yksilölliset palvelut, tuettu päätöksenteko, kunnioittava kohtelu, lainmukaiset palvelut, ihmisoikeuksien turvaaminen sekä osallisuus lähiyhteisössä ja yhteiskunnassa. Laatukriteerit on kuvattu yksilön, palvelun tuottajan sekä valtakunnallisen ohjauksen näkökulmasta. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

Yksilöllisen tuen laatukriteerien mukaan palveluissa on otettava huomioon asiakaslähtöisyys ja valinnanvapaus. Asiakaslähtöisyyttä kuvataan kriteereissä asukkaan oman äänen kuulumisena sekä hänen näköisen elämän mahdollistamisena ja tukemisena. Yksilöllisten palveluiden on mahdollistettava välttämättömän avun lisäksi myös kodin ulkopuolinen elämä, kanssakäyminen toisten kanssa sekä yhteiskunnallinen osallisuus. Palveluista on annettava tietoa asiakkaalle hänelle ymmärrettävällä tavalla ja tehtävä valintojen teosta mahdollista tukemalla seurausten ymmärtämistä ja vastuun ottamista. Palvelujen laatua on arvioitava henkilön hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta. (Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

5.3 Laatu aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa

Perhehoidon laatua määriteltäessä on otettava huomioon perhehoitoon liittyvät lait ja asetukset, perhehoidon perustehtävä ja sen toteutumisen mahdollisuudet sekä eri osapuolilta tulevat odotukset perhehoitoa kohtaan. Edellisessä kappaleessa esitetyt laatusuosituksot tulee ottaa myös huomioon perhehoidon laatua pohtiessa. Kehitysvammaisten perhehoidossa ei ole käytössä vakiintuneita arviointi- tai seurantamenetelmiä eikä laatukriteereitä tai -suositusta. Sosiaali- ja terveysministeriöllä on ollut hanke, jonka tavoitteena oli luoda perhehoidolle laatusuositus. Hanke on päättynyt keväällä 2016, mutta opinnäytetyön aikana hankkeesta ei ole tullut julkaisuja. Tässä kappaleessa keskitytään siihen, millaisista tekijöistä laatu koostuu aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa haastatteluiden, perhehoitoliiton tuottaman materiaalin sekä aiheeseen liittyvien tutkimusten perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.)

Laadukkaan perhehoidon lähtökohtana on perhehoidon perustehtävän toteutuminen, eli turvallisen ja kodinomaisen arjen, pysyvien ihmissuhteiden sekä yksilöllisen hoidon ja huolenpidon tarjoaminen. Perustehtävän laadukkaan toteutumisen mahdollistaa perhehoidon järjestämisen tapa, perhehoitajien koulutus, palvelut ja tuki sekä perhehoidettavalle että perhehoitajalle sekä toimiva yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Samat teemat esiintyivät jokaisessa haastattelussa ja vastaavat hyvin valtakunnallisia laatusuosituksia. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016.)

Keskeistä perhehoidon laadussa on se, miten perhehoito järjestetään. Suomessa on eri alueilla erilaisia tapoja järjestää perhehoito ja laadun kannalta alueelliset yksiköt ovat todettu hyväksi järjestämisen tavaksi. Oleellista on, että prosessit ovat kuvattu ja toimintamallit ovat selkeät. Alueellisten yksiköiden etu on se, että sitä kautta marginaaliselle palvelulle on mahdollista luoda paremmat resurssit sekä luoda selkeät toimintatavat siihen, miten perhehoitajia valmennetaan ja tuetaan, miten asiakkaita ohjataan perhehoitoon sekä miten tehdään yhteistyötä perhehoitajien kanssa ja valvotaan niitä. Silloin, kun perhehoidon prosessiin ei ole vakiintuneita toimintatapoja, on mahdollisuus sattumanvaraisuuteen laadun kannalta. Perhehoidon järjestämisen tapa nähdään yhtenä valtakunnallisena perhehoidon kehityskohteenä. Peräisen tutkimuksessa tuotiin esille se, että perhehoitajien palkkiot, koulutus ja tuki sekä yhteydenpito vaihtelevat paljon kunnittain ja tutkimuksessa toivottiin valtakunnallista yhtenäistä perhehoidon toimintaohjetta. Merkittävää perhehoidon laadun kannalta on myös se, miten perhehoitoon ohjataan asiakkaita ja että sijoittamiset olisivat onnistuneita. Tietämys perhehoidosta on tärkeässä osassa siinä, että perhehoitoon ohjataan ne asiakkaat, joita se ensisijaisesti palvelee. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Peräinen 2014, 62.)

Perhehoidon laatuun vaikuttavat myös kuntien palveluiden saatavuus. Perhehoidon laatua tukee se, että kehitysvammaisille henkilöille on saatavilla muun muassa päivä- ja työtoimintaa, henkilökohtaista apua ja kuljetuspalveluja. Myös toimivan terveydenhuollon ja kunnan yleisten palveluiden saatavuus on tärkeää. Tukipalveluiden avulla perhehoidossa olevan henkilön yhdenvertaisuus ja osallisuus yhteiskunnassa toteutuvat paremmin. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Peräinen 2014, 58.)

Perhekodin olosuhteilta odotetaan, että tilat ovat turvalliset, ajanmukaiset ja tehtävään sopivat sekä sitä, että perhehoito on perheenomaista. Perheenomaisuutta luo se, että perhehoidossa olevat henkilöt ovat tasavertaisessa asemassa muihin perheenjäseniin nähden, perhehoitajan läheiset hyväksyvät perhehoidossa olevat henkilöt ja että perhekodin tilat ovat kaikkien käytössä. Perhekodin odotetaan usein olevan lähellä perhehoidossa olevan henkilön lapsuudenkotia ja palveluita. Perhekodilta vaadittavia olosuhteita kuvataan myös perhehoitolaissa. Laissa sanotaan, että perhekodin on oltava terveystieteiltä ja muilta olosuhteiltaan sopiva annettavaan hoitoon. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitolaki 5 §.)

Perhehoitajaksi ryhtyvän on käytävä tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus. Ennakkovalmennuksessa annetaan tietoa perhehoidosta, pohditaan perhehoitajan valmiuksia sekä kehitysvammaisten henkilöiden hoidon ja huolenpidon erityiskysymyksiä. Hyvin järjestetty ennakkovalmennus tukee sitä, että perhehoitaja sitoutuu tehtävään, hänellä on realistinen kuva perhehoidosta ja että hän kykenee huolehtimaan jaksamisestaan ja tätä kautta tarjoamaan laadukasta perhehoitoa. Ennakkovalmennuksessa kiinnitetään huomiota myös siihen, että perhehoitajan perhe hyväksyy perhehoidon aloittamisen. Perhehoidossa on tärkeää, että perhehoidossa olevalla henkilöllä on tasavertainen asema suhteessa muihin perheenjäseniin. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitoliitto 2012; Perhehoitolaki 6 §.)

Kun perhehoito on käynnistynyt, merkittävin yksittäinen laatuun vaikuttava tekijä on perhehoitajan tuki. Tärkeintä tuessa on yhteydenpito perhekotiin sekä selkeät toimintamallit tuen järjestämiseen, kuten työnohjaus ja mentoointi. Säännöllinen yhteydenpito varmistaa sen, että ulkopuolinen taho tietää, mitä perhekodissa tapahtuu ja tukea voidaan tarjota oikea-aikaisesti. Haastatteluissa perhehoitoa kuvailtiin yksinäiseksi ja haastavaksi tehtäväksi, jota tehdään ympäri vuorokauden ja siksi perhehoitajan jaksamisesta huolehtiminen on laadukkaan perhehoidon kulmakiviä. Peräisen tutkimuksessa yhdeksi perhehoidon kehittämiskohteeksi nousi perhehoitajan tuki ja sen saatavuus. Perhehoitajat toivat tutkimuksessa esille palkkioiden pienuuden ja sen, että palkkio ei vastaa tehtävän haastavuuteen ja sitovuuteen. Myös lomien järjestämisessä, sijaishoitajan saamisessa sekä sosiaaliturvassa on kehitettävää. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Peräinen 2014, 57)

Haastatteluissa tuotiin esille, että toimiva yhteistyö perhehoidossa olevan henkilön läheisten kanssa voi olla perhehoitajalle voimavara ja tukea jaksamista. Kyky tehdä yhteistyötä onkin yksi perhehoitajalta odotettavista ominaisuuksista. Kehitysvammaisen henkilön ympärillä on usein paljon eri ammattilaisia, hoitohenkilökuntaa sekä hänen läheisensä ja perhehoitajan on osattava toimia ja tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa. Toimiva yhteistyö edellyttää, että osapuolet voivat keskustella avoimesti ja yhteistyön tavoitteena on perhehoidossa olevan henkilön hyvä. Toimiva ja säännöllinen yhteistyö parantaa myös perhehoidon laadun valvontaa ja perhekodin toiminnan seuranta. Haastatteluissa keskusteltiin paljon perhehoitajan roolista yhteistyössä, mutta esille tuotiin myös se, että sosiaalityöntekijöiden ja mui-

den kehitysvammaisen henkilön ympärillä olevien ammattilaisten vaihtuvuus tuo haasteita yhteistyöhön. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitoliitto 2012; Peräinen 2014, 59)

Turvallisuus ja yksilöllisyys nousivat haastatteluissa vahvasti esille tärkeinä laadun elementteinä. Turvallisuudessa on otettava huomioon fyysisen turvallisuuden, kuten asianmukaisten tilojen, lisäksi psyykinen turvallisuus. Psyykkistä turvallisuutta luo ihmissuhteiden pysyvyys, välittäminen ja hyväksyntä. Perhehoidossa olevalla henkilöllä tulee olla mahdollisuus näyttää turvallisesti tunteensa ja keskustella niistä. Perhehoidolla on hyvät edellytykset tarjota perhehoidossa olevalle henkilölle turvallinen yhteisö, johon kuulua ja josta löytää oma paikkansa. Perhehoidossa kehitysvammaisen henkilö tunnetaan hyvin ja fyysisen hoidon lisäksi on mahdollista ottaa huomioon muut yksilölliset tarpeet. Yksilöllisyyttä tukee perhehoidossa olevan henkilön historian tunteminen sekä kiinnostus ja keskustelu hänen asioistaan. Monilla kehitysvammaisilla henkilöillä saattaa olla haasteita ilmaista itseään ja perhehoidossa olevan henkilön hyvä tunteminen edesauttaa huomamaan, jos henkilöllä on jokin huonosti tai esimerkiksi terveydentila alkaa heikentyä. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016.)

Turvallisuus on tärkeää kehitysvammaisten henkilöiden arjessa, mutta aikuisilla kehitysvammaisilla henkilöillä on oltava mahdollisuus myös hallitujen riskien ottamiseen ja itsensä toteuttamiseen. Itsemääräämisoikeus on otettava huomioon ja sovitettava perhehoidossa olevan henkilön tarpeet ja toiveet sekä realiteetit yhteen. Arjessa on jatkuvasti etsittävä tasapainoa turvallisuuden ja itsemääräämisoikeuden välillä. Peräisen tutkimuksessa perhehoitajat toivoivatkin ohjeistuksia ja tietoa itsemääräämisoikeudesta. Arjessa on keskityttävä myös siihen, miten osallisuus toteutuu. Osallisuus on kuulluksi, nähdyksi ja huomioduksi tulemista ja perhehoitajan tehtävä on tukea perhehoidossa olevaa henkilöä näissä asioissa hänen yhteisössään ja yhteiskunnassa. Itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen tukee ja mahdollistaa kokonaisvaltaisesti laadukkaan perhehoidon toteutumista. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Peräinen 2014, 61.)

Perhehoidossa olevan henkilön elämässä on oltava mielekästä ja aktiivista toimintaa, jotta on mahdollista vahvistaa ja ylläpitää toimintakykyä. Arjen tulee olla mielekästä ja perhehoidossa olevalla henkilöllä tulee olla hänen toimintakykyään vastaavaa ja onnistumisen tunteita tarjoavaa toimintaa. Arjen askareisiin osallistuminen ja harrastusmahdollisuuksien läheisyys tukevat toimintakykyä. Toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vahvistamiseen sekä hyvään elämään nähdään aikuisten kehitysvammaisten kohdalla kuuluvaksi myös kodin ulkopuolinen elämä. Kodin ulkopuolista elämää ovat työ- tai päivätoiminta, omat harrastukset ja yhteydenpito läheisiin. Kodin ulkopuolisen elämän tueksi tarvitaan usein palveluja, kuten henkilökohtaista apua ja kuljetuspalveluja. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016.)

6 LAATUKÄSIKIRJAN TOTEUTUS

Laatukäsikirjan mallin (Liite 2) luomisen prosessissa lähdin ensimmäisenä tutustumaan laadun käsitteeseen ja siihen, mistä asioista koostuu laatu perhehoidossa. Perhehoidon laatua selvitin haastatteluiden, perhehoitolain,

perhehoitoliiton tuottamien materiaalien sekä perhehoidosta tehtyjen tutkimusten perusteella.

Ensimmäinen haaste laatukäsikirjan mallin luomisessa oli nimetä työ. Perhehoidossa ei ole kyse organisaation tai yrityksen toiminnasta eikä perhehoitaja ole työsuhteessa kuntaan. Tällöin tyypillisiä laatukäsikirjoissa käsiteltäviä asioita, kuten johtamista, ei voida käsitellä. Perhehoidossa ei myöskään ole tällä hetkellä käytössä vakiintuneita tapoja arvioida toimintaa. Huolenani oli myös se, viittaako nimitys laatukäsikirja liikaa yritysten ja organisaatioiden maailmaan. Toimeksiantajan kanssa keskustelimme, että työn nimi voisi olla myös laatulupaus. Lopulta tulin kuitenkin siihen tulokseen, että nimi laatulupaus viittaa työhön nähden liian suppeaan asiaan. Haastatteluiden ohessa kertoessani laatukäsikirjan mallin luomisesta, sain hyvin positiivista palautetta kaikilta haastattelemltani toimijoilta. Päätin pitää laatukäsikirja-nimessä, sillä se kuvastaa mielestäni työtä parhaiten eikä nimitys tuntunut saavan aikaiseksi negatiivista kaikua.

Perhehoidon laatuun paneutumisen myötä päädyin neljään pääotsikkoon, jotka ovat perhekodin toiminta, perhehoidettavat, yhteistyö sekä toiminnan seuranta. Laatukäsikirjan sisältö on rakennettu pitkälti haastatteluissa nousseiden asioiden pohjalta, mutta taustalla vaikuttavat myös yhteiskunnan käsitys kehitysvammaisten hyvästä hoidosta sekä valtakunnalliset laatusuosituksukset ja -kriteerit. Laatukäsikirjan mallin luomisen prosessin aikana olen ollut yhteydessä toimeksiantajaan sekä sähköpostitse että kasvotusten tapaamalla. Olen esittänyt heille suunnitelman laatukäsikirjan sisällöstä suunnittelutyön alku- ja loppuvaiheessa varmistaakseni, että sisältö vastaa heidän odotuksiaan.

Tässä luvussa esittelen pääotsikot ja niiden sisällöt sekä perustelen tehdyt valinnat. Lopussa arvioin laatukäsikirjan laatimista perhehoitajien kanssa sekä pohdin laatukäsikirjan mallin toimivuutta ja kehityskohteita.

6.1 Perhekodin toiminta

Perhekodin toiminta -otsikon alla käsitellään perhehoitolakia, perhehoidon yksikön toimintaohjetta, toimeksiantosopimusta, perhekodin tiloja, arjen kulkua ja arvoja sekä perhehoitajaa. Mallissa on valmis teksti perhehoitolaista, toimintaohjeesta sekä toimeksiantosopimuksesta ja perhehoitaja itse kuvailee perhekodin tiloja, arvoja ja arkea sekä omia valmiuksiaan, osaaamistaan ja jaksamisestaan huolehtimista. Näihin sisältöihin olen päätenyt tutustumalla muihin sosiaalialan yksiköihin tehtyihin laatukäsikirjoihin, joissa usein kuvataan toimintaympäristöä, henkilöstöä ja arvoja sekä haastatteluiden johdosta, joissa nostettiin perhehoitajan tuki ja jaksaminen hyvin tärkeäksi laatuun vaikuttavaksi tekijäksi.

Perhehoitolaki ja perhehoidon maakunnallisen yksikön toimintaohje luovat raamit, joiden mukaan perhehoitoa järjestetään ja toteutetaan. Perhehoitolaissa määritellään perhekodissa hoidettavien määrä sekä edellytykset perhekodin olosuhteille ja perhehoitajan kelpoisuudelle. Lakiin on myös kirjattu se, miten perhehoito tulee kunnissa järjestää. Maakunnallisen perhehoidon yksikön toimintaohjeessa on määritelty yksityiskohtaisemmin se,

miten perhehoito järjestetään Pirkanmaalla sekä yksikön ja kuntien roolit ja yhteistyön toteuttaminen. Perhehoitajan ja kunnan väliseen toimeksiantosopimukseen kirjataan molemminpuolisista oikeuksista ja velvollisuuksista. Sopimus tehdään aina ennen perhehoitoon sijoittamista ja se on osapuolia sitova. Toimeksiantosopimus tarkistetaan tilanteen muuttuessa ja sopimuksen muuttaminen edellyttää neuvottelua osapuolten välillä. (Perhehoitolaki 1–9 §; Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö 2015; Hakkarainen ym. 2014, 16–17.)

Perhehoitolain mukaan perhekodin on olosuhteiltaan vastattava siellä annettavaa hoitoa. Olosuhteilla tarkoitetaan perhekodin tiloja, asuinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita sekä perhehoitajan kykyä vastata perhehoidettavan tarpeisiin. Lähtökohtana ovat perhehoidettavan yksilölliset tarpeet sekä mahdollisuus saada perheessä tasavertainen asema muihin perheenjäseniin nähden. (Perhehoitolaki 5 §.)

Perhehoitolakiin ja KePen toimintaohjeeseen perustuen perhekodin tulee olla rakenteeltaan, tiloiltaan ja varustetasoltaan annettavalle hoidolle sopeva. Esteettömyys ja turvallisuus on huomioitava mahdollisimman hyvin ja perhekotiin tulee tehdä palo- ja pelastussuunnitelmat. Perhekodin tiloissa on huomioitava mahdollisuus sekä yhteisöllisyyteen että yksityisyyteen. Perhekodin yhteisten tilojen on oltava kaikkien käytössä ja on suositeltavaa, että perhehoidossa olevalla henkilöllä on mahdollisuus omaan huoneeseen. (Perhehoitolaki 5 §, Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö 2015, 6–7.)

Perhehoitajan valmiudet, osaaminen ja jaksaminen nousivat eri lähteissä sekä tekemissäni haastatteluissa selvästi tärkeimmäksi laatuun vaikuttavaksi tekijäksi ja on siten hyvin tärkeä osa laatukäsikirjaa. Perhehoitaja-otsikon alle kirjataan muun muassa perhehoitajan omia vahvuuksia, tärkeimpiä käytyjä koulutuksia ja mahdollisia koulutustarpeita, tuen muotoja sekä keinoja, joilla perhehoitaja huolehtii jaksamisestaan. Perhehoitajien tuki, erityisesti taloudellinen sekä vapaisiin liittyvä tuki, koettiin Peräisen tutkimuksessa yhdeksi haasteeksi ja kehittämisen kohteeksi. Perhehoitajan vahvuuksien ja osaamisen esille nostamisen tavoitteena on tukea perhehoitajan, kunnan työntekijän ja yksikön työntekijän yhteistyötä sekä perhehoitoon sijoittamisen onnistumista. Perhehoitajan tehtävä on antaa hyvää, hoidettavan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa perhehoitoa ja hänellä tulee olla valmiudet tukea hyvän elämän toteutumista, tukea kehitystä ja toimintakykyä voimavaralähtöisesti, tukea perhesuhteita ja yhteydenpitoa muihin läheisiin sekä sitoutua perhehoitajan tehtävään. Jaksamiseen vaikuttavat merkittävästi vapaan pitäminen, koulutus ja tuki sekä tasapaino perhehoidon ja vapaa-ajan välillä. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitoliitto 2012; Peräinen 2014, 67.)

6.2 Perhehoidettavat

Perhehoidossa olevia henkilöitä käsittelevän otsikon alle kirjataan yksilöllisen hoidon ja huolenpidon varmistamisesta, toimintakyvyn tukemisesta, itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutumisesta sekä kodin ulkopuo-

lisen elämän tukemisesta. Kehitysvammaisen henkilön hoitoon ja huolenpitoon liittyen on paljon erityiskysymyksiä, joihin voisi keskittyä, mutta laatukäsikirjassa käsiteltävät asiat ovat sellaisia, jotka nousivat vahvasti esille ja joita painotettiin jokaisessa haastattelussa. Laatukäsikirjan mallin luomisessa olen pyrkinyt pitämään laajuuden sopivana toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon ja siksi rajaan käsiteltävät asiat erityisesti niihin asioihin, jotka haastatteluissa puhuttivat.

Yksilöllinen hoito ja huolenpito on yksi perhehoidon vahvuuksista ja eduista, sillä samana pysyvä hoitaja mahdollistaa perhehoidossa olevan henkilön kokonaisvaltaisen tuntemisen ja pieni yksikkö mahdollistaa tarpeiden hyvän huomioimisen. Yksilöllisen hoidon ja huolenpidon toteutumiseen liittyy perhehoidossa olevaan henkilöön tutustuminen ja hänen tarpeidensa ja unelmiensa löytäminen sekä erityistarpeisiin vastaaminen. Myös perhehoidettavan saamat palvelut mahdollistavat yksilöllisen hoidon ja huolenpidon ja perhehoitaja vastaa perhehoidossa olevan henkilön palvelujen hakemisesta. Myös tuki perhehoidettaville koettiin yhdeksi perhehoidon haasteeksi Peräisen tutkimuksessa. Perhehoitajat toivat tutkimuksessa esille, että perhehoidossa olevat henkilöt eivät saa välttämättä riittävästi tukea ja perhehoitajat kaipaisivat lisää tietoa tukien saamisesta. Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunnan laatimissa laatukriteereissä painotetaan riittävien asumista tukevien palveluiden tärkeyttä, jotta kehitysvammaisen henkilö voi elää oman näköistä elämäänsä ja saada yksilöllistä tukea. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Peräinen 2014, 67; Perhehoitoliitto 2012; Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

Toimintakyvyn tukeminen on yksi perhehoitajan tehtävistä ja haastatteluissa puhuttiin paljon siitä, miten perhehoidossa voidaan hyvin tukea tavallisen arjen kautta perhehoidossa olevan henkilön toimintakykyä. Kehitysvammaisilla henkilöillä on usein rajoitteita toimintakyvyssä ja toimintakyvyn kehittäminen vaatii pitkäjänteistä opettelua. Kehitysvammaisilla henkilöillä puutteellinen kokemusmaailma voi haitata toimintakyvyn kehittymistä ja sitä voidaan tukea osallistumalla tavalliseen arkeen. Vammaisuudesta johtuvat erityistarpeet aiheuttavat kuitenkin sen, että arkeen osallistuminen saattaa edellyttää erityisiä järjestelyjä. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitoliitto 2012; Kaski ym. 2012, 173–174.)

Itsemääräämisoikeus ja osallisuus ovat tärkeitä pohtimisen aiheita jokaisen kehitysvammaisen henkilön kohdalla, koska heidän itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen ovat enemmän tai vähemmän riippuvaista toisista ihmisistä. Itsemääräämisoikeus ja osallisuus ovat vahvasti esillä myös vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksissa sekä yksilöllisen tuen laatukriteereissä. Itsemääräämisoikeus on lisäksi ajankohtainen asia, sillä kesällä 2016 kehitysvammalakiin tuli muutoksia itsemääräämisoikeuteen liittyen. Tekemieni haastatteluiden ja Peräisen tutkimuksen mukaan itsemääräämisoikeus on asia, josta perhehoitajat toivovat lisää tietoa ja ohjeistusta. Itsemääräämisoikeuden nostamisella laatukäsikirjaan pyrin myös helpottamaan asian puheeksi ottamista ja keskustelua aiheesta. (Peräinen 2014, 61; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 31; Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

Kodin ulkopuolinen elämä on oleellinen asia aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisessa perhehoidossa. Aikuisuuteen ajatellaan kuuluvan itsenäisyyttä ja kotia laajempi elämänpiiri. Sen tukemiseksi on tärkeää, että kehitysvammaiselle henkilölle on tarjolla päiväaikaista toimintaa, henkilökohtaisen avun palveluja ja kuljetuspalveluja. Niiden ja perhehoitajan tuen avulla kehitysvammaisen henkilö voi luoda itselleen oman kodin ulkopuolisen yhteisön, johon kuuluu. Päiväaikaisen toiminnan lisäksi kodin ulkopuoliseen elämään voivat kuulua yhteydenpito läheisiin ja ystäviin sekä erilaiset harrastukset. Kodin ulkopuolisen elämän tärkeydestä puhutaan myös yksilöllisen tuen laatukriteereissä. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta 2011.)

6.3 Yhteistyö ja seuranta

Yhteistyökyky on yksi perhehoitajalta odotettavista valmiuksista, sillä kehitysvammaisen henkilön ympärillä oleva verkosto voi olla hyvinkin laaja (Perhehoitoliitto 2012). Kehitysvammaisen henkilön verkostoon kuuluvat muun muassa perhehoidettavan läheiset, kunnan sosiaalityöntekijä, terveydenhuollon ammattilaisia ja työ- tai päivätoiminnan henkilökunta. Lisäksi perhehoitaja on yhteistyössä maakunnallisen perhehoidon yksikön työntekijöiden kanssa. Yhteistyö-otsikon alle olen nostanut kunnan sekä perhehoidon yksikön ja näiden lisäksi perhehoitaja lisää itse muut tärkeimmät yhteistyötahot. Eri toimijoiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä kirjataan se, millaisissa tilanteissa ja asioissa kuhunkin tahoon ollaan yhteydessä ja miten yhteistyötä toteutetaan.

Yhteistyössä on tärkeää, että vuorovaikutus on avointa, osapuolilla on selkeät roolit ja yhteistyöllä on yhteinen tavoite. Toimiva yhteistyö edesauttaa perhehoidossa olevan henkilön arjen sujumista ja perhehoidon laatua. Haasteita yhteistyölle voivat luoda yhteistyöverkoston laajuus, pitkät välimatkat, sosiaalityöntekijöiden ja muiden ammattihenkilöiden vaihtuvuus, eriävät ajatukset perhehoidon tavoitteista sekä tunnelataukset. Perhehoitaja tarvitseekin erinomaisia vuorovaikutustaitoja pystyäkseen toimimaan monenlaisten yhteistyökumppaneiden kanssa. (Haastattelut 19.4.–12.5.2016; Perhehoitoliitto 2012)

Seurantaan kuuluvat toiminnan arvioiminen, perhehoidon sujumisen seuranta sekä perhekodin valvonta. Perhehoitolain mukaan sijoittavan kunnan on valvottava, että sijoitus toteutuu perhehoitolain mukaisesti. Sijoittava kunta voi tehdä perhekotiin tarkastuskäynnin, jos siihen on perusteltu syy. Lakisääteinen valvonta on reaktiivista valvontaa, joka tapahtuu silloin, kun perhekodissa on selvästi jokin huonosti. Perhehoidon sujumisen seuranta ovat perhehoidon yksiköstä vuosittain tehtävät seurantakäynnit, kunnan sosiaalityöntekijän tapaamiset sekä muu yhteydenpito yksikön ja sijoittavan kunnan sekä perhekodin välillä. Perhehoidossa ei ole tällä hetkellä käytössä vakiintuneita arviointimenetelmiä. Toiminnan arviointi ja seuranta ovat laadunhallinnassa hyvin keskeisiä asioita ja niihin kannustetaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan suosituksessa sekä vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuosituksessa. Vaikka vakiintuneita arviointimenetelmiä ei ole vielä käytössä, on tärkeää, että toiminnan seuranta nostetaan esille myös laatukäsikirjassa. (Perhehoitolaki 22 §; Haastattelut 19.4.–

12.5.2016; Pesonen 2007, 53; Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1999, 29–30; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003, 36–40.)

6.4 Laatukäsikirjan tekeminen perhekotiin, arviointi ja tulevaisuuden kehittämistarpeet

Syyskuussa 2016 tein laatukäsikirjan perhekotiin yhdessä kahden perhehoitajan kanssa. Opinnäytetyöni tuotos on laatukäsikirjan malli, ja laatukäsikirjan laatimisen tarkoitus oli arvioida mallin toimimista käytännössä. Tapasin perhehoitajien kanssa kaksi kertaa, jolloin kävimme laatukäsikirjan sisältöä läpi keskustelemalla ja kirjoitin samalla asioita ylös laatukäsikirjaan. Ensimmäisellä kerralla työstimme laatukäsikirjaa viisi tuntia ja toisella kerralla kolme tuntia. Ennen ensimmäistä tapaamista lähetin laatukäsikirjan sähköpostitse perhehoitajille nähtäväksi ja pyysin pohtimaan erityisesti arvoja ja omia vahvuuksia etukäteen. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen lähetin heille laatukäsikirjan uudelleen, johon olin kirjoittanut ensimmäisellä tapaamisellamme keskustellut asiat, jotta heillä on mahdollisuus kommentoida tekstiä. Kahden tapaamisen jälkeen toimitin perhekotiin laatukäsikirjan sekä paperisena että muistitikulla.

Tapaamisissa kävimme jokaisen otsikon aiheen läpi keskustellen. Keskustelussa perhehoitajat kertoivat aiheista ja omasta tavastansa toimia ja minä kysyin tarkentavia kysymyksiä. Jokaisen aiheen päätteeksi luin käsikirjaan kirjoittamat asiat ja varmistin, että olen ymmärtänyt sanoman oikein. Kirjoittaessani pyrin käyttämään sanoja ja ilmaisuja, joita perhehoitajat puheessaan käyttivät. Ensimmäisellä tapaamisella saimme laatukäsikirjan suurimmaksi osaksi tehtyä ja seuraavalle kerralle jäi aiheiksi yhteistyö sekä seuranta. Laatukäsikirjan aiheista perhehoitajilla oli paljon asiaa ja aiheista syntyi rikasta keskustelua. Erityisen paljon keskustelua ja pohdintaa syntyi itsemääräämisoikeudesta ja siitä, miten sitä voi vahvistaa niiden henkilöiden kohdalla, joiden toimintakyky on erityisen heikko. Laatukäsikirjan laatimisen jälkeen lisäsin käsikirjan malliin vielä muutaman sanan itsemääräämisoikeuden tukemisesta henkilön toimintakyky huomioiden. Toinen paljon puhuttanut aihe oli taloudellinen tuki ja sen riippuvuus perhehoitavien määrästä.

Sain perhehoitajilta paljon positiivista palautetta laatukäsikirjasta, sen sisällöstä sekä lopputuloksesta. Perhehoitajat pitivät laatukäsikirjaa ja opinnäytetyöni aihetta tärkeinä ja uskoivat sen kehittävän perhehoitoa. Laatukäsikirjan sisältö oli heidän mielestään hyvä ja siinä oli perhehoidon kannalta oleelliset asiat kuvattuina. Laatukäsikirjaa tehdessä olin itse huolissani siitä, saanko kirjoitettua perhehoitajien näköistä tekstiä ja tuntuuko laatukäsikirja heistä omalta toisen kirjoittamana. Lopputuloksesta sain kuitenkin palautetta, että laatukäsikirjassa kuvaillaan juuri heidän näköistään perhehoitoa.

Kehittävänä palautteena perhehoitajat pohtivat sitä, miten laatu tulee esille käsikirjassa. Kehitysvammaisten perhehoitoon ei ole laatukriteereitä eikä laatua ole paljoa tutkittukaan. Laatukäsikirjan sisältö pohjautuu tekemiini haastatteluihin sekä muuhun materiaaliin, joista kokosin yhteen tärkeimmät laatuun vaikuttavat tekijät sekä perhehoitoon kohdistuvat odotukset. Näistä loin laatukäsikirjan sisällön ja käsikirjassa kuvaillaan asioita, joihin on hyvä

kiinnittää huomiota, jotta perhehoidon on mahdollista toteutua laadukkaasti. Laatukäsikirjassa ei kuitenkaan käsitellä sitä, millä tasolla näiden asioiden tulisi toteutua, jotta perhehoitoa voi sanoa laadukkaaksi. Laatukäsikirjan yksi tulevaisuuden kehittämiskohde onkin se, että siihen liitetään laatukriteereitä, joihin perhehoitajat voivat peilata omaa toimintaansa. Laatunäkökulmaa selkiyttääkseni liitin perhehoitajien palautteen pohjalta laatukäsikirjaan saatekirjeen (Liite 1), jossa kerrotaan, minkä pohjalta laatukäsikirja on luotu ja mikä on sen tarkoitus.

Perhehoitajien kanssa työskentelyn aikana pohdin sitä, mikä olisi paras tapa toteuttaa laatukäsikirjan laatiminen. Itse toteutin sen perhehoitajien kanssa siten, että lähetin mallin perhehoitajille etukäteen nähtäväksi ja kerroin hieman sen sisällöstä sekä pyysin pohtimaan muutamaa aihetta etukäteen. Työstimme käsikirjaa siten, että perhehoitajat keskustelivat ja minä kirjasin asiat ylös. Tässä tavassa minua mietityttää se, voiko laatukäsikirja jäädä hieman ulkopuolelta tulevaksi asiaksi ja kuinka omaksi perhehoitajat kokevat käsikirjan, jonka joku toinen on kirjoittanut. Prosessi on myös nopea, jolloin asioita ei välttämättä ehdi syvästi pohtimaan. Tämä toteutustapa on kuitenkin vähätisempi perhehoitajille. Ulkopuolisen kirjoittaessa laatukäsikirjaa on hyvä painottaa sitä, että laatukäsikirja tehdään perhehoitajaa varten, hänen tehtävänsä tueksi ja että hänellä on oikeus määrittää se, mitä laatukäsikirjaan kirjoitetaan.

Toinen mahdollinen tapa olisi pyytää perhehoitajaa kirjoittamaan laatukäsikirjan itse. Yksikön työntekijät voisivat ensin keskustella perhehoitajan kanssa laatukäsikirjan sisällöstä ja perhehoitaja itsenäisesti kirjoittaisi käsikirjan sisällön tai ennen tapaamista perhehoitaja olisi kirjoittanut asioita käsikirjaan ja työntekijöiden kanssa viimeistellään työ keskustellen. Tällöin laatukäsikirjasta varmasti tulisi oman näköinen ja vaativampi prosessi voi tuoda laatukäsikirjan läheisemmäksi perhehoitajalle. Näin toteutettuna laatukäsikirjan tekeminen vaatisi enemmän aikaa ja panostusta perhehoitajalta perhehoidon ohessa ja vaarana on se, että perhehoitajalla ei ole aikaa laatia laatukäsikirjaa. Laatukäsikirja on joka tapauksessa työläs tehdä ensimmäistä kertaa ja on pohdittava sitä, miten paljon perhehoitajia on mahdollista työllistää sen teossa.

Olen tyytyväinen lopputulokseen ja mielestäni laatimastamme käsikirjasta tuli selkeä kokonaisuus, josta saa hyvän ja kattavan kuvan kyseisestä perhekodista. Runsaan keskustelun ansioista laatukäsikirjaa oli helppo kirjoittaa. Perhehoitajien erittäin positiivinen suhtautuminen laatukäsikirjaan tarttui myös minuun ja prosessi oli mukava. Toivon, että laatukäsikirjan malli jatkaa kehittymistään entistä paremmaksi ja käyttäjälähtöisemmäksi kokonaisuudeksi ja että perhehoitoon saadaan laatukriteerit, joihin toimintaa voidaan peilata.

7 PROSESSIN POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli alusta alkaen innostava ja mielenkiintoa työhön lisäsi se, että opinnäytetyölläni tuotan materiaalia, jonka tiedän tulevan käyttöön. On ollut mielenkiintoista ja opettavaista kehittää jotakin aivan uutta, sillä laatukäsikirjoja ei toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon ole ennen

tehty. Aikuisten kehitysvammaisten pitkäaikaisen perhehoidon laatuakaan ei ole paljoo tutkittu. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut luovuutta ja taitoa soveltaa tietoa.

Opinnäytetyösuunnitelmassa hahmottelemani aikataulu on pitänyt hyvin. Olin suunnitellut, että tutustun teoriaan alkuvuodesta 2016 ja teen haastattelut maaliskuun ja huhtikuun aikana. Haastattelut sain tehtyä toukokuun alkuun mennessä, eli olin hieman aikataulusta jäljessä. Kesän 2016 aikana olin suunnitellut hahmottelevani laatukäsikirjan mallia ja elokuun ja syyskuun aikana tekevänä laatukäsikirjan perhehoitajan kanssa. Kesän ja syksyn aikataulu toteutui suunnitellusti ja lokakuussa keskityin vain opinnäytetyön raportointiin viimeistelyyn. Opinnäytetyötä suunnitellessa tein hyvin realistisen aikataulun ja hahmottelin opinnäytetyöhön kuuluvat vaiheet huolellisesti. Hyvästä suunnittelusta on ollut hyötyä opinnäytetyöprosessissa. Proessin aikana on ollut jatkuvasti selvää, mitä seuraavaksi tulee tehdä ja opinnäytetyö on edennyt ilman suurempia ongelmia.

Opinnäytetyön ja laatukäsikirjan tavoitteita olivat KePen ja perhehoitajien yhteistyön kehittäminen, perhehoitajan osaamisen vahvistaminen sekä perhehoidon laadun esiin nostaminen. Laatukäsikirjan malliin nostin teemoja, jotka tukevat yhteistyön kehittämistä ja perhehoitajien osaamisen vahvistamista. Näitä teemoja ovat muun muassa perhehoitajien osaaminen ja koulutustarpeet sekä itsemääräämisoikeus. Haastatteluiden kautta sain mielestäni hyvän ja kattavan kuvan niistä asioista, joista perhehoidon laatu koostuu. Haastatteluissa olisi voinut kysyä tarkemmin siitä, miten näiden asioiden tulisi toteutua, jotta voidaan puhua laadukkaasta perhehoidosta. En koe, että olisin näiden haastatteluiden ja muiden tutkimuksien perusteella voinut määritellä laatukriteereitä, mutta syvemmällä paneutumisella laadun elementteihin työhön olisi tullut lisää mielenkiintoista näkökulmaa. Laatukäsikirjan mallista sain positiivista palautetta sekä perhehoitajilta että toimeksiantajalta. Kehittävää palautetta olisin toivonut enemmän. Kehittävän palautteen vähäisyys voi johtua siitä, että toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon ei ole tehty ennen laatukäsikirjoja, joten ei ole mitään mihin laatukäsikirjan mallia suoraan vertaisi.

Opinnäytetyöprosessin alussa minulla oli hyvä käsitys kehitysvammaisten perhehoidosta KePessä suorittamani harjoittelun johdosta sekä hieman ymmärrystä kehitysvammasta oman työkokemukseni pohjalta. Laadun käsite oli itselleni vierain ja vaati eniten paneutumista. Laatuun lähdin tutustumaan valtakunnallisten suositusten ja erilaisiin sosiaalialan yksiköihin tehtyjen laatukäsikirjojen kautta ja tietoa syvensin laadunhallintaa yleisesti käsittelevien teoksien kautta. Erityisesti laatukäsikirjoihin tutustuminen oli hedelmällistä opinnäytetyöni kannalta, sillä niistä nousi hyviä ajatuksia laatukäsikirjan sisältöön. Haastavaa laatukäsikirjan mallin luomisessa toimeksiantosuhteiseen perhekotiin oli se, että kyse ei ole ammatillisesta toiminnasta ja se oli muistettava jatkuvasti sisältöä ja laajuutta suunnitellessa. Laatukäsikirjan sisältöön valikoitui mielestäni perhehoidon arjen kannalta oleellisia asioita ja tätä näkemystä vahvisti se, että perhehoitajien kanssa laatukäsikirjaa laadittaessa kaikista teemoista nousi paljon keskustelua.

Toimeksiantosuhteisen perhehoidon laatua on kannattavaa tutkia lisää sekä nostaa laatua enemmän näkyville. Perhehoito on mielestäni hyvä ja yksilöllinen vaihtoehto asumiselle, mutta vielä usealle tuntematon palvelu. Perhehoito on myös kunnille edullinen vaihtoehto. Laatukäsikirja on hyvä alku nostaa laatua esille. Laatukäsikirjaa on hyvä kehittää vielä eteenpäin lisäämällä siihen muun muassa itsearviointimenetelmiä ja jonkinlaiset laatuksiteerit, joihin toimintaa voi peilata. Kokonaisuudessaan koen, että opinnäytetyöni on onnistunut hyvin ja siitä on hyötyä käytännössä. Opinnäytetyöprosessi on ollut antoisa ja olen aiheeseeni hyvin tyytyväinen. Erityisen hienoa on ollut tavata perhehoitajia ja kuulla heidän arjestaan.

LÄHTEET

- Eduskunta. 2016. Vammaisten oikeuksien yleissopimuksen ratifiointi. Verkkosivut. Viitattu 21.10.2016.
https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/vammaisten-oikeuksien-yleissopimuksen-ratifiointi.aspx
- Hakkarainen, P., Kuukkanen, M., Piispanen, H. 2014. Parasta perhehoitoa. Perhehoidon tietopaketti. Jyväskylä: Perhehoitoliitto
- Hautamäki, I. 2013. Mielisairaala avohoidon kehityksen perustana Suomessa. Perhehoito 1900-luvun alkupuoliskolla ja Erik Anttisen johtama sairaalareformi Pitkäniemessä 1960- ja 1970-luvuilla. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.
- Holma, T. 2008. Laatu vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämissuunnitelmaan. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 7–11.
- Ketola, J. 2008. Perhehoito ennen ja nyt. Teoksessa Ketola, J. (toim.) Si-
joita perheeseen. Jyväskylä: PS-Kustannus, 15–26.
- Kehitysvamma-alan asumisen neuvottelukunta. 2011. Yksilöllisen tuen laatu-
kriteerit.
- Kotilainen, J. 2013. Työ elämäntapana – Perhehoitajan henkinen jaksami-
nen. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.
- Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E. 2012. Esteistä mahdolli-
suuksiin. Vammaistyön perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Miettinen, S. 2010. Vammaisuutta kuvaamassa. Maailman terveysjärjestön
toimintakykyluokitukset vammaisuutta koskevat tiedon tuottamisen käy-
tännä. 42–64. Teoksessa Teittinen, A. (toim.) Pois laitoksista! Vammai-
set ja hoivan politiikka. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press,
42–64.
- Mustajärvi, A. 2014. Kehitysvammaisten henkilöiden osallisuuden koke-
muksia työssä sekä kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa. Opinnäytetyö. So-
siaalialan koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Mäkinen, S. 2010. Kehitysvammaisten osallisuuden kokeminen. Opinnäy-
tetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Saimaan ammattikorkeakoulu.
- Nurmi, T. 2015. Kokemuksia ikäihmisten perhehoidosta ja perhehoitajien
saamasta tuesta. Opinnäytetyö. Vanhustyön koulutusohjelma. Satakunnan
ammattikorkeakoulu.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O. Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali-
ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Hel-
sinki: Stakes.

Perhehoitolaki. 263/2015. Viitattu 6.10.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

Perhehoitoliitto. n.d.a Ajankohtaista. Viitattu 5.10.2016.
http://www.perhehoitoliitto.fi/ajankohtaista/muuta_ajankohtaista

Perhehoitoliitto. n.d.b Perhehoitoliitto ry. Viitattu 6.10.2016.
http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoitoliitto_ry

Perhehoitoliitto 2012. Kouluttajakansio. KeVa-perhehoidon valmennus. Jyväskylä: Perhehoitoliitto

Perhehoitoliitto 2013. Perhehoitolehti 2/2013. Anopin opetukset pätevät yhä. Porvoossa ja Sipoossa perhehoitajia kolmannessa polvessa. Viitattu 5.10.2016.
http://www.perhehoitoliitto.fi/files/66/kolmannessa_polvessa.pdf

Peräinen, T. 2014. Kehitysvammaisten aikuisten pitkäaikainen perhehoito. Perhehoidon vahvuudet ja haasteet sekä kehittämistarpeet perhehoitajien ja kehitysvammaisten asumispalveluja järjestävien organisaatioiden edustajien kokemina. Pro gradu -tutkielma. Kasvatustieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto

Pesonen, H. 2007. Laatua! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Infor

Pirkanmaan maakunnallinen kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö. 2015. Pirkanmaan maakunnallisen kehitysvammaisten perhehoidon yksikön toimintaohje. Viitattu 6.10.2016.
http://www.tampere.fi/tiedostot/k/6Lu6O218g/Toimintaohje_KePe_5_2015.pdf

Rousu, S., Holma, T. 2004. Lastensuojelupalvelujen laadunhallinta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto

Seppälä, A. 2010. Perhehoitajan työn haasteita vammaisen tai pitkäaikais-sairaana lapsen lyhytaikaisessa hoidossa pohjoiskymenlaaksossa. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Perhehoidon laatusuositus -työryhmä. Hankkeet ja säädösvalmistelu. Viitattu 25.10.2016.
<http://stm.fi/hanke?selectedProjectId=7201>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Laitoksista yksilölliseen asumiseen. Valtakunnallinen suunnitelma palvelujen kehittämiseksi lähiyhteisöön. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:5. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:22. Lastensuojelun sijaishuollon epäkohdat ja lasten kaltoinkohtelu 1937–1983. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Laitoksesta yksilölliseen asumiseen. Kehitysvammaisten asumisen ohjelman toimeenpanon arviointi ja tehostettavat toimet vuosille 2016–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes & Suomen Kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes.

Sotkanet, tilastoja. n.d.a Kehitysvammaisten autetun asumisen asiakkaat 31.12. yhteensä. 2014. Kehitysvammaisten ohjatun asumisen asiakkaat 31.12. yhteensä. 2014. Kehitysvammaisten tuetun asumisen asiakkaat 31.12. yhteensä. 2014. Viitattu 23.10.2016.

https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_ZMji-wAAA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f

Sotkanet, tilastoja. n.d.b. Vammaisten perhehoidossa asiakkaita 31.12.2014, kunnan kustantamat palvelut (2006 alkaen). Viitattu 23.10.2016.

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sw5OAgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Vernerin. n.d. Kehitysvammaisuus. Viitattu 23.10.2016.
<http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus>

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

HAASTATTELUT

Haastattelut 19.4.–12.5.2016. Kolme perhehoitajaa, kunnan sosiaalityöntekijä & Perhehoitoliiton työntekijä.

SAATEKIRJE

Laatukäsikirja

Saatekirje

Laadussa on kyse siitä, että kyetään täyttämään palvelulle asetetut vaatimukset ja odotukset. Hyvän laadun edellytyksenä on, että selvitetään eri tahojen tarpeet sekä palveluun kohdistuvat vaatimukset ja odotukset. Perhehoidolle odotuksia tulee muun muassa lainsäädännöstä, sijoittavilta kunnilta sekä perhehoidettavalta itseltään ja hänen läheisiltään. Odotuksia luovat myös yhteiskunnassa yleisesti vaikuttavat ajatukset kehitysvammaisten henkilöiden hoidosta ja hyvästä elämästä.

Laatukäsikirjan sisältö on laadittu keväällä 2016 tehtyjen perhehoidon parissa toimivien henkilöiden haastatteluiden sekä perhehoitoa koskevien tutkimuksien, perhehoitoliiton materiaalin sekä perhehoitolain pohjalta. Laatukäsikirjan tavoitteena on nostaa esiin perhehoidon laadun kannalta tärkeitä asioita ja herättää pohtimaan niitä.

Perhehoidon vahvuuksia ovat mahdollisuus kodinomaiseen arkeen, yhteisöllisyys, yksilöllisyys ja turvallisuus. Niiden toteutumiseksi tarvitaan jaksava perhehoitaja, palveluita perhehoidossa olevalle henkilölle sekä toimivaa yhteistyötä perhehoidettavan verkoston ja perhehoitajan välillä. Lisäksi laadukkaaseen perhehoitoon kuuluu itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden kunnioittaminen toimintakyky huomioiden, sillä itsemääräämisoikeus ja osallisuus kuuluvat jokaisen elämään, mutta kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla niiden toteutumiseen tarvitaan erityistä tukea toisilta. Aikuisten kehitysvammaisten perhehoidossa on tärkeää myös tukea aikuisuutta, itsenäisyyttä ja kodin ulkopuolista elämää.

Laatukäsikirjassa kuvataan edellä mainittuja asioita sekä perheen arjen tärkeimpiä asioita ja arjen kulkua. Laatukäsikirja voi olla työkalu, joka kulkee mukana perhekodin arjessa, sekä väline yhteistyössä.

LAATUKÄSIKIRJAN MALLI

Laatukäsikirja

Toimeksiantosuhteiseen perhekotiin

Kansisivulle voit halutessasi laittaa kuvan perheestä



Sisällysluettelo

<u>Perhekodin toiminta</u>	4
<u>Perhehoitolaki ja toimintaohje</u>	4
<u>Toimeksiantosopimus</u>	4
<u>Perhekodin tilat</u>	5
<u>Perhekodin arki</u>	5
<u>Perhehoitaja</u>	5
<u>Perhehoidettavat</u>	6
<u>Yksilöllinen hoito ja huolenpito</u>	6
<u>Toimintakyvyn tukeminen</u>	6
<u>Itsemääräämisoikeus ja osallisuus</u>	6
<u>Kodin ulkopuolisen elämän tukeminen</u>	7
<u>Yhteistyö</u>	8
<u>Perhehoidettavien läheiset</u>	8
<u>Kunta</u>	8
<u>Maakunnallinen perhehoidon yksikkö</u>	8
<u>Muut toimijat</u>	8
<u>Seuranta</u>	9

Perhekodin toiminta

Perhehoitolaki ja toimintaohje

Perhehoito on henkilön hoidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa ja sen tavoitteena on antaa kehitysvammaiselle henkilölle mahdollisuus kodinomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalisia suhteitaan. Perhehoitolaissa määritellään perhekodissa hoidettavien määrä sekä edellytykset perhekodin olosuhteille ja perhehoitajan kelpoisuudelle (Perhehoitolaki 5-9§). Lakiin on myös kirjattu se, miten perhehoito tulee kunnissa järjestää. (Perhehoitolaki 1-3§)

Perhekodin on olosuhteiltaan vastattava siellä annettavaa hoitoa. Olosuhteilla tarkoitetaan perhekodin tiloja, asuinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita sekä perhehoitajan kykyä vastata perhehoidettavan tarpeisiin. Lähtökohtana ovat perhehoidettavan yksilölliset tarpeet sekä mahdollisuus saada perheessä tasavertainen asema muihin perheenjäseniin nähden. (Perhehoitolaki 5-9§)

Perhehoitajaksi voi ryhtyä henkilö, joka henkilökohtaisilta ominaisuuksiltaan, koulutuksen tai kokemuksen perusteella on kykenevä antamaan perhehoitoa. Perhehoitajaksi aikovan on suoritettava tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus ennen perhehoidon aloittamista. Perhehoitaja on toimeksiantosuhteessa kuntaan ja on oikeutettu hoitopalkkioon ja kulukorvaukseen, vapaaseen sekä tukeen ja koulutukseen. (Perhehoitolaki 6§, 13–17§)

Pirkanmaalla perhehoitajien rekrytoinnista, valmennuksesta ja koulutuksesta, tuesta, vapaiden järjestämisestä sekä perhepankin ylläpidosta vastaa maakunnallinen perhehoidon yksikkö. Lisäksi yksikön tehtävä on markkinoida ja kehittää perhehoitoa. Yksikön toiminta perustuu toimintaohjeeseen, jonka Pirkanmaan kunnat ovat hyväksyneet. Toimintaohje on sitova. Toimintaohjeessa on määriteltä muun muassa yhtenäiset käytännöt vapaapäivien ja palkkioiden määrästä sekä se, miten palvelut perhehoitajille järjestetään. Toimintaohje löytyy kokonaisuudessaan yksikön [www-sivuilta tampere.fi/kepe](http://www.sivuilla.tampere.fi/kepe).

Yksikön työntekijä toimii perhehoitajan vastuutyöntekijänä ja seuraa perhekodin toimintaa. Sijoittavan kunnan työntekijä vastaa perhehoidossa olevan henkilön palveluista sekä perhekodin lakisääteisestä valvonnasta. Sijoittava kunta ja maakunnallinen perhehoidon yksikkö tekevät yhteistyötä perhehoitoprosessissa. Yksikön työntekijä osallistuu perhehoitoon sijoittamisen organisoimiseen ja tarvittaessa osallistuu asiakkaan hoitoisuuden arvioimiseen sekä toimeksiantosopimuksen laatimiseen.

Toimeksiantosopimus

Toimeksiantosopimuksessa kunta ja perhehoitaja sopivat molemminpuolisista oikeuksista ja velvollisuuksista. Sopimus tehdään aina ennen perhehoitoon sijoittamista ja se on osapuolia sitova. Toimeksiantosopimus tarkistetaan tilanteen muuttuessa ja sopimuksen muuttaminen edellyttää neuvottelua osapuolten välillä.

Toimeksiantosopimukseen kirjataan maksettavien palkkioiden ja korvausten määrä ja sen suorittaminen, hoidon arvioitu kesto, perhehoidossa olevan henkilön oikeudet ja tukitoimet, perhehoitajan oikeus vapaaseen sekä koulutukseen ja tukeen sekä sopimuksen irtisanomisesta. Toimeksiantosopimukseen kirjatut asiat perustuvat perhehoitolakiin, perhehoidossa olevan henkilön palvelusuunnitelmaan sekä perhehoidon yksikön toimintaohjeeseen.

Perhekodin tilat

Perhehoitolakiin ja maakunnallisen perhehoidon yksikön toimintaohjeeseen perustuen perhekodin tulee olla rakenteeltaan, tiloiltaan ja varustetasoltaan annettavalle hoidolle sopiva. Esteettömyys ja turvallisuus on huomioitava mahdollisimman hyvin ja perhekotiin tulee tehdä palo- ja pelastussuunnitelmat. Perhekodin tiloissa on huomioitava mahdollisuus sekä yhteisöllisyyteen että yksityisyyteen. Perhekodin yhteisten tilojen on oltava kaikkien käytössä ja on suositeltavaa, että perhehoidossa olevalla on mahdollisuus omaan huoneeseen.

Kuvaile perhekodin tiloja: mitä yhteisiä tiloja kodissa on, onko perhehoidossa oleville henkilöille oma huone, miten esteettömyys on huomioitu, onko asuntoon tehty palotarkastus, ovatko palo- ja pelastussuunnitelmat ajan tasalla.

Perhekodin arki

Millaiset arvot ohjaavat toimintaa?

Miten yhteisöllisyys ja yksityisyys näkyvät arjessanne ja miten niitä tuetaan?

Kuvaile arkeanne ja sen tärkeimpiä asioita. Tähän voi liittää myös viikko/vuosikellon visualisoimaan arjen kulkua

Perhehoitaja

Perhehoidon perusta, ja merkittävin yksittäinen laatuun vaikuttava tekijä, on osaava, sitoutunut ja jaksava perhehoitaja. Perhehoitajan tehtävä on antaa hyvää, hoidettavan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa perhehoitoa ja hänellä tulee olla valmiudet tukea hyvän elämän toteutumista, tukea kehitystä ja toimintakykyä voimavaralähtöisesti, tukea perhesuhteita ja yhteydenpitoa muihin läheisiin sekä sitoutua perhehoitajan tehtävään.

Jaksamiseen vaikuttavat merkittävästi vapaan pitäminen, koulutus ja tuki sekä tasapaino perhehoidon ja vapaa-ajan välillä. Vapaan pitäminen antaa mahdollisuuden irrottautua sitovasta tehtävästä ja tukee jaksamista, ja siten palvelee myös perhehoidossa olevan henkilön hyvinvointia. Osallistuminen täydennyskoulutukseen ja työnohjaukseen vahvistaa osaamista ja osaltaan vaikuttaa jaksamiseen. Perhehoitajan tuen sekä vapaan järjestämisestä ja koulutuksesta vastaa perhehoidon yksikkö ja perhehoitajan tehtävänä on tuen vastaanottaminen ja omasta jaksamisesta huolehtiminen.

Kuvaile, millaisia vahvuuksia ja erityisosaamista sinulla on ja miten hyödynnät niitä arjessa

Millaisissa koulutuksissa olet käynyt? Minkälaista lisäkoulutusta kaipaisit tai minkälaista osaamista haluaisit kehittää?

Kuvaile, miten huolehdit omasta jaksamisestasi. Mikä on sinulle tärkein tuen muoto? Kirjoita ylös myös kehittämistarpeita tuen suhteen, jos sellaisia on.

Perhehoidettavat

Voit kirjoittaa tähän yleisen esittelyn perhekodissa asuvista henkilöistä, esimerkiksi keitä he ovat ja kuinka kauan he ovat perhekodissa asuneet. Tähän voi liittää myös kuvia perheestä

Yksilöllinen hoito ja huolenpito

Perhehoidossa on tärkeää vastata perhehoidossa olevan henkilön yksilöllisiin tarpeisiin, etsiä hänen kiinnostuksen kohteitaan ja tukea niitä sekä kunnioittaa ja tukea hänelle sopivaa elämäntyyliä. Hyvä elämä tarkoittaa jokaiselle erilaisia asioita ja perhehoitajan tehtävä on selvittää, millaista elämää perhehoidossa oleva henkilö haluaa elää. Perhehoidon vahvuus on samana pysyvä hoitaja, joka mahdollistaa perhehoidossa olevan henkilön kokonaisvaltaisen tuntemisen ja hänen tarpeidensa kuulemisen. Perhehoidossa olevan henkilön saamat palvelut tukevat yksilöllistä hoitoa ja huolenpitoa, ja perhehoitajan tehtävä on varmistaa, että hän saa tarvitsemansa palvelut.

Kuvaile, millaisia erityistarpeita perhehoidossa olevilla henkilöillä on ja miten näihin tarpeisiin vastataan

Kuvaile, millä keinoin varmistetaan yksilöllinen hoito ja huolenpito. Miten esimerkiksi tutustut perhehoidettaviin ja etsit heidän yksilöllisiä tarpeitaan?

Millaisia palveluita perhehoidossa olevat henkilöt käyttävät? Onko heillä tarvetta lisäpalveluille?

Toimintakyvyn tukeminen

Kuvaile, miten tuet perhehoidossa olevien henkilöiden toimintakykyä? Onko esimerkiksi arjessanne toimintatapoja, jotka kehittävät ja tukevat toimintakykyä

Itsemääräämisoikeus ja osallisuus

Itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen ei ole itsestäänselvyys kehitysvammaisen henkilön elämässä. On tärkeää, että henkilöllä on mahdollisuus tehdä itse elämänsä koskevia valintoja oman toimintakykynsä rajoissa. Valintojen tekemisessä on kyse suurien valintojen tekemisestä, kuten valinnat palveluihin ja asumiseen liittyen, mutta myös arjen pienistä valinnoista. Aikuisten kehitysvammaisten perhehoidossa on tärkeää ottaa huomioon myös mahdollisuus hallittujen riskien ottamiseen. Turvallisuus perhehoidon vahvuutena ei saa kääntäytyä itseään vastaan, vaan perhehoidossa olevan henkilön on saatava kokeilla myös rajojaan ja sitä kautta löytää oma tapansa elää.

Usein kehitysvammainen henkilö tarvitsee tukea näiden valintojen ja päätösten tekemiseen. Tukeminen valintojen ja päätösten tekemisessä voi tarkoittaa esimerkiksi tukea tiedon etsimiseen ja sen omaksumiseen sekä erilaisten vaihtoehtojen pohtimista yhdessä.

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen vahvistaa myös kehitysvammaisen henkilön osallisuutta yhteisössään ja yhteiskunnassa. Kehitysvammaisilla henkilöillä tulee olla yhtäläinen mahdollisuus olla osallisena yhteiskunnassa ja se edellyttää kuulluksi tulemista, johon kehitysvammainen henkilö tarvitsee usein toisen henkilön apua ja tukea. Riippuvuus toisista rajoittaa kehitysvammaisen henkilön osallisuutta ja siksi siihen on kiinnitettävä erityistä huomiota.

Osallisuus on omiin asioihin, elinympäristöön ja yhteisöön vaikuttamista, osallistumista muiden kansalaisten tavoin esimerkiksi harrastus- ja kulttuuritoimintaan sekä palveluiden saatavuus. Osallisuus sisältyy myös muihin laatukäsikirjassa käsiteltäviin asioihin, kuten yhteisöllisyyteen ja kodin ulkopuoliseen elämään.

Kuvaile, miten tuet perhehoidossa olevia henkilöitä valintojen ja päätösten tekemisessä

Miten itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja vahvistaminen näkyy arjessa?

Miten tuet perhehoidossa olevien henkilöiden kuulluksi tulemista ja osallisuutta?

Kodin ulkopuolisen elämän tukeminen

Aikuisten kehitysvammaisten perhehoidossa on tärkeää huomioida mahdollisuus itsenäisyyteen ja aikuisuuteen ja siinä kodin ulkopuolinen elämä on tärkeässä osassa. Kodin ulkopuolista elämää on muun muassa työ- ja päivätoiminta, harrastukset sekä yhteydenpito sukulaisiin ja ystäviin. Näiden mahdollistamiseen aikuinen kehitysvammainen tarvitsee tukipalveluita, kuten kuljetus- ja avustuspalveluja. Lähellä ja saavutettavissa olevat kunnan muut palvelut rikastavat myös kodin ulkopuolista elämää.

Mitä kaikkea kuuluu perhehoidossa olevien henkilöiden elämänpiiriin? (esimerkiksi työ- ja päivätoiminta, harrastukset, ystävät ja läheiset)

Millaisia vapaa-ajan palveluita kotikunnassanne on tarjolla ja ovatko ne perhehoidossa olevien henkilöiden saatavilla?

Kuvaile, miten tuet perhehoidossa olevien henkilöiden kodin ulkopuolista elämää ja perhettä laajempaan yhteisöön kuulumista?

Yhteistyö

Yhteistyön tekeminen on yksi perhehoitajan valmiuksista ja yhteistyö on avainasemassa onnistuneessa perhehoidossa. Yhteistyössä on tärkeää, että jokaisella on selkeä roolinsa, vuorovaikutus on avointa ja osapuolet kunnioittavat toistensa näkemyksiä. Yhteistyön tavoitteena on suunnitella perhehoidossa olevan henkilön parasta.

Perhehoidettavien läheiset

Kuvaile otsikoiden alle, miten yhteistyötä eri toimijoiden kanssa toteutetaan. Millaisissa tilanteissa toimijoihin otetaan yhteyttä? Onko yhteydenpito säännöllistä vai tapahtuuko se tarvittaessa? Millaisista asioista eri toimijoiden kanssa keskustellaan? Onko yhteydenpidossa kehitettävää?

Kunta

Maakunnallinen perhehoidon yksikkö

Muut toimijat

Seuranta

Laatukäsikirja päivitetään kerran vuodessa maakunnallisen perhehoidon yksikön työntekijän seurantakäynnin yhteydessä sekä silloin, jos perheessä tapahtuu merkittäviä muutoksia.

Jos sinulla on käytössäsi menetelmiä seurantaan tai sinulla on ideoita toiminnan kehittämiseen, voit kirjoittaa niistä tähän. Seurannan tai toiminnan kehittämisen menetelmiä on esimerkiksi palautteen pyytäminen perhehoidossa olevan henkilön läheisiltä.