

KOKEMUKSIA PERHEHOIDOSTA

Pirkanmaalaisten perheiden kokemuksia
kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäen kampus, Sosiaalialan koulutus

Kevät 2018

Marina Heinonen

Sosiaalialan koulutus
Visamäen kampus

Tekijä	Marina Heinonen	Vuosi 2018
Työn nimi	Kokemuksia perhehoidosta. Pirkanmaalaisten perheiden kokemuksia kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta.	
Työn ohjaaja	Liisa Harakkamäki	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa pirkanmaalaisten perheiden kokemuksia kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikkö. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää perhehoidon kehittämistyössä.

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen muodostivat perhehoito, kehitysvammaisuus, laatu ja asiakaskokemus. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselyllä, joka lähetettiin perheille, joille on tarjottu tai järjestetty yksikön kautta kehitysvammaisten tilapäistä perhehoitoa vuosina 2012-2017. Kysely lähetettiin 160 perheelle ja vastausprosentti oli 21.25%. Tavoitteena oli kartoittaa perheiden kokemuksia ja etsiä perhehoitoon liittyviä vahvuuksia ja kehittämiskohteita.

Pääsääntöisesti perheet olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun, yhteistyöhön perhehoitajan kanssa ja kokivat saaneensa tukea perheelleen. Kyselyn perusteella kehitysvammaisten tilapäisessä perhehoidossa on paljon hyviä käytäntöjä, joita kannattaa tukea ja levittää. Negatiiviset kokemukset olivat yksittäisiä, mutta niistä löytyi yhdistäviä tekijöitä. Kehittämiskohteina voidaan nähdä erityisesti perheiden ja perhehoitajien välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön tukeminen. Kehittämistyön näkökulmasta aineistoa täydennettiin perhehoidon yksikön työntekijöiden haastattelulla, jossa todettiin että vireillä olevaan mentoritoimintaan kannattaa panostaa. Lisäksi nousi esiin ajatus uudesta toimintamallista, jossa perhehoidon yksiköstä ollaan yhteydessä perhehoidettavan perheeseen sijoituksen alkuvaiheessa.

Avainsanat Perhehoito, kehitysvammaisuus, laatu, asiakaskokemus

Sivut 73 sivua, joista liitteitä 7 sivua

Degree programme in Social Services
Visamäki campus

Author	Marina Heinonen	Year 2018
Subject	Experiences of temporary family care. Families' experiences of temporary family care for people with intellectual disabilities in Pirkanmaa.	
Supervisor	Liisa Harakkamäki	

ABSTRACT

The aim of this thesis was to survey families' experiences of temporary family care for people with intellectual disabilities. The commissioner of this thesis was Pirkanmaa family care unit. The results of this study will be used in developing the family care services. The theoretical background of this thesis comprises family care, intellectual disability, quality and customer experiences. The survey was executed among families who have used or considered using temporary family care during years 2012-2017. A questionnaire was sent to 160 families in Pirkanmaa and the response rate was 21,25%. The purpose of this thesis was to examine the experiences of families and find the strengths and needs for development of the temporary family care.

A major part of the respondents were satisfied with the family care and with the collaboration with the family care giver. Most of them said that family care supports their family's wellbeing. According to the results of the survey, there are several good practices that are worth of maintaining and sharing. Negative experiences were sporadic, but there were also a few recurring themes. The target of development could be to support the interaction and collaboration between families and family care givers.

After the results of the survey were analyzed, the staff of the family care unit were interviewed. The purpose was to think of possible ways to develop the temporary family care. The interviewees suggested that a pre-planned mentor program could be a useful way to support the family care givers. A whole new idea that the family care unit staff could contact the families in the beginning of a new family care placement was also generated.

Keywords Family care, intellectual disability, quality, customer experiences

Pages 73 pages including appendices 7 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	2
2.1	Perhehoito.....	2
2.1.1	Perhehoidon eri muodot ja perhehoitoon sijoittuminen.....	3
2.1.2	Perhehoitajana toimiminen.....	4
2.1.3	Pirkanmaan kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö.....	5
2.2	Kehitysvammaisuus.....	6
2.2.1	Kehitysvammaisten perhehoito	8
2.2.2	Kehitysvammaisten tilapäinen perhehoito Pirkanmaalla	8
2.2.3	Kehitysvammaisten perhehoitajan ennakkovalmennus	9
2.3	Laatu palvelussa	11
2.4	Asiakaskokemuksen merkitys kehittämistyössä	13
2.5	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus.....	15
2.6	Kysely.....	16
3	AIEMMAT TUTKIMUKSET.....	19
3.1	Laatukäsikirja.....	21
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA AINEISTON KERUU	22
4.1	Opinnäytetyön rajaus ja tutkimuskysymykset	22
4.2	Kysely perheille	23
4.2.1	Kyselyn suunnittelu	24
4.2.2	Kyselyn sisältö.....	26
5	AINEISTON ANALYYSI.....	28
5.1	Strukturoidut kysymykset	29
5.2	Avoimet kysymykset.....	30
5.3	Tulosten raportointi	31
6	KYSELYN TULOKSET.....	33
6.1	Vastaajien taustatiedot	34
6.2	Yhteistyö perhehoitajan kanssa	39
6.3	Perhehoidon laatu ja sisältö.....	44
6.4	Avoimet kysymykset.....	47
7	PERHEHOIDON YKSIKÖN TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELU	49
7.1	Bikva-malli	49
7.2	Teemahaastattelu	50
7.3	Haastattelun tulokset.....	51
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
8.1	Kysely.....	53
8.2	Perhehoidon vahvuudet.....	54

8.3	Kehittämiskohteita	56
8.4	Vuorovaikutus ja yhteistyö.....	56
8.5	Yhteenvedo ja jatkokehitys.....	60
8.6	Arviointi	61
LÄHTEET		63

Liitteet

Liite 1	Kyselyn paperiversio
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Teemahaastattelun runko

1 JOHDANTO

Toimeksiantosuhteinen perhehoito tarkoittaa hoitoa tarvitsevan henkilön hoidon järjestämistä yksityiskodissa. Useimmiten hoito järjestetään perhehoitajana toimivan henkilön kodissa, mutta hoito voidaan toteuttaa myös perhehoidettavan kotona. Perhehoidon vahvuuksina voidaan nähdä turvallisuus ja osallisuus tavalliseen perhe-elämään, mahdollisuus kiintymyksen ja pysyviin ihmissuhteisiin, yhteisöllisyys sekä järjestetyn hoidon ja arjen yksilöllisyys. Perhehoitoa järjestetään valtakunnallisesti eniten lastensuojelun sijaisvanhemmuutena, jonka lisäksi perhehoitoa on tarjolla mielenterveyskuntoutujille, ikäihmisille sekä kehitysvammaisille. Perhehoitoa järjestetään pitkäaikaisena, tilapäisenä ja osavuorokautisena. Tilapäinen perhehoito on lyhytaikaista ja yksi vaihtoehto mm. eripituisiin tilapäishoidon tarpeisiin. (Perhehoitoliitto A n.d.; KeiPe toimintaohje 2017, 5-6.)

Työn toimeksiantajana ja työelämäyhteytenä toimii Tampereen kaupungin hallinnoima Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikkö, jossa suoritin opintoihini kuuluvan syventävän harjoittelun tammi-maaliskuussa 2017. Vuonna 2012 alkaneen hankkeen kautta perustettu yksikkö koordinoi kehitysvammaisten perhehoitoa 22 ja ikäihmisten perhehoitoa 17 kunnan alueella Pirkanmaalla ja vastaa mm. perhehoitopaikkojen välittämisestä kuntiin, kuntien kumppanina toimimisesta perhehoitoprosessissa ja perhehoitajien rekrytoinnista, valmennuksesta sekä tuesta. Yksikön toimintaa rahoittavat kaikki sen toiminta-alueella sijaitsevat kunnat asukaslukuun perustuen. (KeiPe n.d.; KeiPe toimintaohje 2017, 4.) Tutkimuslupa haettiin Tampereen kaupungilta. Yksikölle on aiemmin tehty yksi sosiaalialan opinnäytetyö, jonka tuloksena syntyi laatukäsikirja työkaluksi pitkäaikaisen perhehoidon kehittämiseksi (Muuri 2016, 2). Laatukäsikirja oli yhtenä lähtökohtana tämän työn suunnittelussa.

Perhehoito on vielä melko marginaalinen tapa järjestää palveluita, mutta sen kehittäminen on yksi nykyisen (2015-2019) hallituksen kärkihankkeista. Tavoitteena on organisoidun perhehoidon vakiinnuttaminen osaksi monipuolista palvelujärjestelmää (STM n.d.). Lisäksi Tampereen kaupungin listaamista tutkimuksen kärkiaiheista perhehoitoon voidaan nähdä tämän opinnäytetyön näkökulmasta liittyväksi seuraavat teemat: Ennaltaehkäisevät ja hyvinvointia edistävät palvelut, palvelujärjestelmän toimivuus asiakkaan näkökulmasta sekä kotiin annettavat ja kodinomaiset palvelut. (Tampere 2017.)

Tämä on Hämeen ammattikorkeakoulun sosiaalialan koulutusohjelman opinnäytetyö, jonka toteutus ajoittui touko-kesäkuusta 2017 alkuvuoteen 2018. Opinnäytetyössä keskitytään pirkanmaalaisten perheiden kokemukseen kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta. Tutkimus toteutui

kvantitatiivisena eli määrällisenä, mutta siinä on myös laadullisen tutkimuksen elementtejä. Aineisto kerättiin pääasiassa puolistrukturoidun kyselyn avulla, joka toteutettiin tilapäisen perhehoidon asiakasperheille kesän 2017 aikana. Lisäksi toteutettiin perhehoidon yksikön työntekijöiden haastattelu. Työn tarkoituksena oli tuottaa tietoa mm. perhehoidon kehittämistyön tueksi.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen sisältyy perhehoito, kehitysvammaisuus, laatu sekä asiakaskokemus. Laatua tarkastellaan eri näkökulmista ja sitä voidaan arvioida ja kehittää myös asiakaskokemuksen tuoman tiedon kautta. Lisäksi keskeisiä käsitteitä tälle opinnäytetyölle ovat kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus sekä kysely.

2.1 Perhehoito

Nykyisen palvelumuodon marginaalisuudesta huolimatta perhehoidolla on Suomessa kuitenkin pitkälle ulottuva historia. Vielä 1800-luvulla oli tapana, että sukulaiset ja kyläläiset huolehtivat toisistaan ja he, keillä tukiverkostoa ei muutoin ollut, saivat apua kirkolta ja muilta hyväntekijöiltä. Keisarin kielteisessä kerjäyksen 1800-luvun alkupuolella syntyi tilalle eläte- ja ruotuhoito sekä vaivaistalot. Kunta antoi huolenpitoa tarvitsevat hoidettavaksi siihen kotiin, joka pyysi pienimmän rahallisen korvauksen. Tähän liittyvät - ja ikävän maineen saaneet - köyhäinhuutokaupat ovat valitettavasti vaikuttaneet myös perhehoidon kehittämistyöhön muun muassa siihen liittyvien miellejhtymien ja asenteiden vuoksi. Vuonna 1923 laadittu köyhäinhuoltolaki määritteli hädänalaisten auttamisen kunnan velvollisuudeksi. Myös silloin apua tarvitsevia sijoitettiin kunnan ylläpitämien laitoksien lisäksi myös yksityiskoteihin. Laissa oli säännöksiä lasten perhehoidosta, jotka vuonna 1936 siirtyivät lastensuojelulakiin. Perhehoitoon liittyviä säännöksiä tuli myös vuoden 1990 lastensuojelulakiin varsinaisen perhehoitolain valmistelun viivästyessä. (Kuukkanen 2008, 15-17.)

Nykyisin perhehoidon toteuttamista Suomessa ohjaa vuonna 2015 voimaan tullut perhehoitolaki. Perhehoitolaki määrittelee perhehoitoa ja sen järjestämistä, perhehoitajan kelpoisuutta sekä perhehoitajana toimivan oikeuksia. Lain tarkoituksena on turvata hoidettavalle kodinomainen ja hänen tarpeitaan vastaava perhehoito, mahdollisuus läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. (Perhehoitolaki 263/2015 § 1). Muita perhehoitoa normittavia lakeja ovat mm. laki kehitysvammaisten erityishuollosta, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista, laki yksityisistä sosiaalipalveluista sekä sosiaalihuoltolaki.

Lisäksi perhehoitajan asemaan liittyviä lakeja ovat mm. kunnallinen eläkelaki, työsopimuslaki sekä tapaturma- ja ammattitautilaki. (KeiPe toimintaohje 2017, 4.)

Nykyisin perhehoito on kunnan tai kuntayhtymän järjestämää palvelua, joka tyypillisimmin toteutetaan solmimalla perhehoitajana toimivan kanssa toimeksiantosopimus. Perhehoitaja ei siis ole työsuhteessa kuntaan. Perhehoitoa toteutetaan tyypillisimmin perhehoitajan omassa kodissa, jota kutsutaan tässä yhteydessä perhekodiksi, mutta perhehoitoa voidaan toteuttaa myös hoidettavan kotona. Omassa kodissaan yksi perhehoitaja voi hoitaa kerralla korkeintaan neljää perhehoidettavaa, mukaan lukien perheessä asuvat alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä huolenpitoa tarvitsevat henkilöt. Perhehoitajia voi olla myös kaksi, esimerkiksi pariskunta, jolloin heillä saa yhteensä olla enintään kuusi hoidettavaa. Toisella heistä on oltava tehtävään soveltuva koulutus. Perhehoidettavien määrästä voidaan erityisistä syistä poiketa, esimerkiksi jos kysymys on saman perheen sisaruksista tai aikuisista ihmisistä, joiden keskinäinen kanssakäyminen ja hoidon tarve mahdollistavat poikkeamisen. Pirkanmaalla on määritelty, että jos perhehoitajia on kaksi, voi perhehoidossa olla 5-7 perhehoidettavaa samanaikaisesti. (Hakkarainen, Kuukkanen, Leinonen & Sipilä 2016, 4-5; KeiPe 2017, 8; Perhehoitolaki 263/2015).

Perhehoidon vahvuuksina voidaan pitää turvallista ja tavallista perhe-elämää ja –yhteisöä, joka mahdollistaa pysyvyyden ja kiintymyksen muodostumisen hoitajan ja hoidettavan välillä. Perhehoitajan koti toimii myös perhehoidettavien kasvu- ja elinympäristönä. Tavallinen perhe-elämä rutiineineen toimivat perustavana eheälle arjelle. Perhehoito tarjoaa mahdollisuuden läheisiin, joskus jopa läpi elämän kestäviin ihmissuhteisiin. Perhehoito on yksilöllinen ja yhteisöllinen tapa toteuttaa hoitoa tarvitsevan ihmisen hoito ja asuminen. (Hakkarainen ym. 2016, 4-5; Perhehoitoliitto A n.d.).

2.1.1 Perhehoidon eri muodot ja perhehoitoon sijoittuminen

Perhehoitoa voi olla osavuorokautista, tilapäistä tai jatkuvaa, eli pitkäaikaista. Osavuorokautinen perhehoito vastaa usein esimerkiksi ikäihmisten päiväkeskuskäyntiä. Tilapäinen perhehoito voi kestää muutamasta päivästä muutamaa viikkoon. Tilapäistä perhehoitoa voidaan järjestää esimerkiksi omaishoitajien vapaiden, kehitysvammaisen lapsen tilapäishoidon järjestämiseksi tai ikäihmisen tueksi hänen siirtyessä sairaalajaksolta kotiin. Tilapäinen perhehoito tukee sekä lapsen kehitystä ja hyvinvointia että hänen vanhempiensa jaksamista. Näin voidaan myös ennaltaehkäistä raskaampien palvelumuotojen tarvetta. Vanhempien ja perhehoitajan välinen (kasvatus)kumppanuus ja yhteistyö myös kannattelee lasta ja parhaimmillaan vahvistaa lapsen ja vanhemman välistä kiintymyssuhdetta. Perhehoito myös laajentaa kehitysvammaisen lapsen elämämpiiriä tarjoamalla uusia ihmissuhteita ja kokemuksia. Perhehoito järjestetään useim-

miten perhehoitajan kodissa, mutta sitä voidaan järjestää myös perhehoitettavan omassa kodissa. Pitkäaikaisessa perhehoidossa asiakas muuttaa perhehoitajan luokse pysyvästi. Kehitysvammaisen lapsi voi sijoittua perhehoitoon joko erityishuollollisista tai lastensuojelullisista syistä. (Hakkarainen ym. 2016, 4; KeiPe 2017, 5-6; Perhehoitoliitto B n.d.)

Päätöksen asiakkaan perhehoidosta tekee aina kunnan työntekijä ja perhehoito sisältyy asiakkaan erityishuolto-ohjelmaan tai palvelusuunnitelmaan. Sijoittamisen lähtökohtana on aina asiakkaan elämäntilanne, aiemmat elämänkokemukset sekä tuen, ohjauksen, hoivan ja huolenpidon tarve. (KeiPe toimintaohje 2017, 5; 22). Perhehoito soveltuu monille erilaisille asiakkaille, joilla on hoidon, tuen ja ohjauksen tarpeita. Joitain reunaehtoja kuitenkin on, esimerkiksi yleensä perhehoidon asiakkaan tulee olla yhden avustettava ja hänellä ei pääsääntöisesti ole yöaikaista avun tarvetta. Perhehoitajilla on erilaista osaamista ja osalla heistä on valmiuksia sekä halua hoitaa myös vaikeasti vammaisia henkilöitä. Perhehoitaja voi valmiuksiinsa peilaten itse määrittellä, millaisiin perhehoitettavan tarpeisiin hän pystyy vastaamaan. Asiakkaan kotikunta myöntää perhehoidon palvelun. Perhehoidon yksikön työntekijät auttavat arvioimaan asiakkaan soveltuvuutta perhehoitoon ja lisäksi he etsivät asiakkaan tarpeisiin sopivan perhehoitajan Perhehoidon yksikön perhepankista. (K. Somppi ja L. Airosto, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2017)

2.1.2 Perhehoitajana toimiminen

Perhehoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka kunnan kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella toteuttaa perhehoitoa omassa kodissaan tai perhehoitettavan kotona. Perhehoitajaksi voidaan hyväksyä henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella on sopiva antamaan perhehoitoa. Kehitysvammaisten perhehoitajan valmiuksiin kuuluvat mm. hyvän elämän toteutumisen tukeminen, kehityksen ja toimintakyvyn tukeminen voimavaralähtöisesti, yhteistyö ja perhesuhteiden tukeminen sekä sitoutuminen perhehoitajan tehtävään. Ennen perhehoidon aloittamista henkilön on suoritettava tehtävän edellyttämä ennakkovalmennus, jossa muun muassa arvioidaan edellä mainittuja valmiuksia. Koska perhehoidon aloittaminen koskettaa koko perhettä, tulee perheenjäsenten välisten suhteiden olla kunnossa ja taloudellisen tilanteen vakaa. Lisäksi edellytetään tehtävän vaatimaa sitoutumista ja yhteistyökykyä. Perhehoitajana ei voi toimia hoidettavan oma lapsi, vanhempi tai avo- tai aviopuoliso. (Perhehoitolaki 263/2015; KeiPe toimintaohje 2017, 7-8). Perhehoitajaksi ryhtyvältä ei siis edellytää ammatillista koulutusta, joskin useilla sellainen tai muuta kokemusta alalta voi kuitenkin olla.

Alaikäisiä hoitavalta perhehoitajalta tarkastetaan rikosrekisteriote ja kaikilta perhehoitajilta sekä samassa taloudessa heidän kanssaan asuvilta ns. kotikuntalausunto henkilön ja perheen sopivuudesta perhehoitoon. Ehdottomia esteitä perhehoitajana toimimiselle ovat mm. akuutti, toistuva

tai pitkäaikainen toimeentulotuen tai lastensuojelun asiakkuus, mielenterveysongelma perheessä sekä akuutti huoltajuuskiista tai muu kriisitilanne perheessä. Esteitä ovat myös perhehoitajaksi aikovan yhteistyökyvyttömyys tai epärealistiset odotukset perhehoitoa kohtaan tai kodin tilojen sopimattomuus. Myös yhdenkin perheenjäsenen vastustus on este perhehoidon alkamiselle. (KeiPe toimintaohje 2017, 7-8).

Kunnan kanssa tehtävässä toimeksiantosopimuksessa määritellään perhehoitajan ja kunnan osalta hoitosuhteeseen liittyvät molemminpuoliset oikeudet ja velvollisuudet. Siihen kirjataan tehtävästä maksettava palkkio ja kulukorvaus sekä esimerkiksi lakisääteisesti kertyvät vapaat joihin perhehoitaja on oikeutettu. Sopimus tehdään jokaisen sijoitetun osalta erikseen. Tarvittaessa sopimusta voidaan tarkastaa kesken sopimuskauden. Pirkanmaalla maksettavat palkkiot määritellään yhteisesti Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikön toimintaohjeessa. Sama toimintaohje määrittelee perhehoitolakiin perustuen myös mm. perhehoitajan vakuutuksia sekä hänelle toiminnan aikana kuuluvia palveluita, joiden tarkoituksena on tukea perhehoitajan työssä jaksamista ja kehittymistä. (KeiPe toimintaohje 2017, 4; 8; 15.)

2.1.3 Pirkanmaan kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö

Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikkö perustettiin vuonna 2012 alkaneen hankkeen kautta, jonka tarkoituksena oli koordinoida kehitysvammaisten perhehoitoa maakunnallisesti koko Pirkanmaan alueella. Syksyllä 2016 yksikön vastuulle tuli myös ikäihmisten perhehoito. Yksikköä hallinnoi Tampereen kaupunki ja sen toimintaa rahoittavat toiminnassa mukana olevat pirkanmaalaiset kunnat. Yksikkö koordinoi kehitysvammaisten perhehoitoa 22 ja ikäihmisten perhehoitoa 17 kunnan alueella. Yksikkö toimii sekä kuntien kumppanina perhehoidon prosessissa että perhehoitajien tukena. Yksikön toimintaa ja perhehoidon järjestämistä sen toiminta-alueella määritellään tarkemmin Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikön toimintaohjeessa. Uusi toimintaohje tuli voimaan 1.1.2017 ja se sitoo kaikkia yksikön toimintaan sitoutuneita pirkanmaalaisia kuntia. Toimintaohje määrittelee perhehoidon sisällön lisäksi mm. perhehoitajan ja perhekodin hyväksymistä, perhehoitajan saamia palkkioita ja korvauksia, perhehoitajan asemaa, perhehoidossa olevaa asiakasta koskevia asioita sekä perhehoidon yksikön toimintaa. (KeiPe toimintaohje 2017, 4.)

Perhehoidon yksikkö vastaa myös uusien perhehoitajien rekrytoinnista sekä ennakkovalmennuksen järjestämisestä Pirkanmaalla. Yksikkö kokoaa perhekodin tiedot yksikön perhepankkiin, huolehtii perhehoitajien sijaisjärjestelyistä, osallistuu kuntien tukena perhehoitoprosessiin, toimii yhteistyöverkostoissa sekä markkinoi, kehittää, tiedottaa ja arvioi perhehoitoa maakunnallisesti. Lisäksi yksikön vastuulle kuuluu perhekotien seuranta, mikä toteutetaan pääsääntöisesti kerran vuodessa tapahtuvien kotikäyntien avulla, joiden aikana on tarkoitus huomioida perhehoitajan

työssä jaksamisen tuki sekä koulutustarpeet. Lisäksi yksikön työntekijät toimivat perhehoitajien lakisääteisinä vastuutyöntekijöinä. Perhehoitajilla on oikeus toimeksiantosopimukseen kirjattavalla tavalla saada riittävästi tukea ja mahdollisuus tavata omaa vastuutyöntekijää. Lisäksi yksikkö vastaa perhehoitajien tuen järjestämisestä ja tukimuotojen kehittamisestä. Yksikkö järjestää mm. koulutusta, sijoituksen alun intensiivistä tukea, pienryhmätoimintaa, yksilö- ja ryhmätyönohjausta, tehostettua tukea, vertaistukea ja virkistystoimintaa. (KeiPe toimintaohje 2017, 29-32.)

Myös tilapäisinä perhehoitajina toimivien perhehoitajien on mahdollista saada tarvittaessa työnohjausta yksikön kautta. Tällä hetkellä ryhmätyönohjausta ei kuitenkaan ole ollut, koska siihen ei ole saatu mukaan riittävästi osallistujia. Toinen perhehoitajille suunnattu tukimuoto, vertaistukiryhmätoiminta, on myös nyt alkamassa. Vertaistukiryhmän toimintaa on yritetty käynnistää aikaisemminkin, mutta niihin ei ole saatu osallistujia ja tapaamiset on siten jouduttu perumaan. Yksikkö järjestää myös täydennyskoulutusta. Vuonna 2016 järjestettiin neljä kertaa ja niihin osallistui yhteensä 24 tilapäisinä perhehoitajina toimivaa henkilöä. Vuonna 2017 täydennyskoulutusta on järjestetty kolme kertaa ja koulutuksiin on osallistunut yhteensä 14 tilapäistä perhehoitajaa. Tämän lisäksi yksittäiset tilapäisinä perhehoitajina toimivat henkilöt ovat järjestäneet itselleen lisäkoulutusta niin, että perhehoidon yksikkö on vastannut koulutuksen kustannuksista. (K. Somppi ja L. Airosto, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2017)

2.2 Kehitysvammaisuus

Kehitysvammalla tarkoitetaan vammaa ymmärryksen ja käsityskyvyn alueella, joka vaikuttaa mm. oppimiseen ja käsitteelliseen ajatteluun, joskin hyvin yksilöllisin tavoin. Kehitysvammalain mukaan kehitysvammaiseksi katsotaan henkilö, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä (alle 18v) saadun sairauden tai vamman vuoksi, eikä hän voi saada tarvitsemiaan palveluita muun lain nojalla. Kehitysvammaisuuden syyt vaihtelevat. Prenataalisiin, eli ennen syntymää ilmaantuviin syihin kuuluvat mm. erilaiset kromosomimuutokset ja –häiriöt sekä periytyvät ja tuntemattomista syistä johtuvat sairaudet. Perinataaliset syyt liittyvät puolestaan synnytyksen aikoihin ja näitä ovat esimerkiksi äidin raskausmyrkytys, lapseen tarttuva herpesinfektio sekä lapsen hapenpuute tai keskosoisuus, jotka saattavat olla kehitysvammaisuuden syynä. Syntymänjälkeisiä, eli postnaalisia syitä, ovat esimerkiksi keskushermoston infektiot. Suomessa eri tavoin kehitysvammaisia arvioidaan olevan n 0,6% väestöstä. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977; Mäntö 2006, 165-175.)

Kehitysvammaisuutta voidaan määritellä lääketieteen lisäksi myös toimintakyvyn näkökulmasta, jolloin kysymys on yksilön ja ympäristön välisestä suhteesta – Toimintakyky voi siis näyttäytyä eri ympäristöissä erilaisena, riippuen siitä kuinka ihminen pystyy toimimaan sen luomien odotusten mukaisesti. Vammaisuus siis näyttäytyy käytännössä silloin, kun ihminen

kohtaa ei-vammaisten ehdoilla rakennetun ympäristön ja yhteiskunnan sekä niiden asettamat vaatimukset. Tällöin tulee esille myös vammaisuuden aiheuttama sosiaalinen haitta. Kun kehitysvammaisen ihmisen toimintakyky ei riitä tilanteesta selviytymiseen, hän tarvitsee ohjausta, auttamista tai hoitoa. Erilaisten tukitoimien lisäksi yksilön toimintakykyä voidaan lisätä vaikuttamalla toimintaympäristöön. Toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta. Lista voidaan lisätä myös kokemuksellinen toimintakyky. Maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut ICF 2001-luokituksen, joka kuvaa toimintakykyä ja vammaisuutta. Kyseinen malli huomioi sekä yksilön toimintakykyyn että hänen elinympäristöönsä liittyviä tekijöitä. Arvioitaessa yksilön toimintakykyä tämän mallin mukaan, käytetään apuna suorituskyvyn ja kapasiteetin käsitteitä. Suorituskyky kertoo siitä, kuinka yksilö kykenee nykyisessä elinympäristössään toimimaan ja kapasiteetti puolestaan siitä, mihin hän kykenisi ympäristössä, josta on poistettu toimintaa haittaavat rajoitteet. (Repo 2006, 10-11; Verner, 2017.)

Vammaisuutta voidaan määritellä myös ns. sosiaalisen mallin mukaan, joka oli edellä mainittua pitkälti yksilötasolla toimintakykyä arvioivaa ICF 2001 –mallia yhteiskunnallisempi. Sosiaalisessa mallissa sopeutuminen on ensisijaisesti yhteiskunnan, eikä vammaisen ihmisen ongelma ja ongelmien ratkaisemiseksi on esitetty ensisijaisesti poliittista vaikuttamistoimintaa. Tämän näkemyksen mukaan ympäristöstä löytyy sekä syy, että ratkaisu vammaisuuteen. Mallin mukaan kysymys ei ole siis fyysisistä ominaisuuksista vaan se pitää vammaisuutta sosiaalisesti tuotettuna tilana. Tämä malli onkin lähtökohtana monissa vammaispoliittisissa ohjelmissa, joiden pyrkimyksenä on poistaa vammaisten ihmisten sosiaalisessa tai fyysisessä elinympäristössä olevia epäkohtia. Tämä malli on nähty kuitenkin ongelmallisena kuntoutumisen näkökulmasta, sillä se ei huomioi yksilön omien toimien tai valintojen vaikutusta. (Repo 2006, 11-12.)

Määritelmästä riippumatta on kuitenkin tärkeä muistaa se, että kehitysvammainen ihminen on ennen muuta ainutlaatuinen yksilö omine, ainutlaatuisine piirteineen, eikä yksilöä voida kuvata minkään yksittäisen määritelmän mukaisesti. Vamma on vain yksi häntä luonnehtiva, eikä aina edes kovinkaan merkittävä, ominaisuus muiden joukossa. Määritelmän ja diagnoosin ensisijaisena tarkoituksena onkin auttaa huomaamaan hänen yksilölliset erityistarpeensa sekä oikeus osallisuuteen erilaisista yhteiskunnan tarjoamista tukitoimista ja muista palveluista. (Repo 2006, 12.)

Kehitysvammaisen asiakkaan soveltuminen perhehoitoon ratkaistaan aina tilannekohtaisesti. Perhehoitoon sijoittuvan asiakkaan toimintakykyä, tuen ja ohjauksen tarvetta sekä hoidon vaativuutta sekä niiden edellyttämiä valmiuksia perhehoitajalle arvioidaan yksilöllisesti ja nämä vaikuttavat myös perhehoitajalle maksettavaan korvaukseen. Tarvittaessa perhehoidon yksikön työntekijät avustavat kunnan työntekijää arvion tekemisessä. (KeiPe toimintaohje 2017, 5; 12)

Nämä eivät siis sellaisenaan anna yksiselitteistä määritelmää sille, millainen on perhehoitoon sijoittuva kehitysvammaisen henkilö, vaan perhehoitoon voi sijoittua hyvinkin erilaisia asiakkaita. Perhehoidon yksikön työntekijät toimivat kuntien apuna sijoituksissa ja etsivät kullekin perhehoidettavalle sopivaa perhehoitopaikkaa. Perhehoidettavan yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi sijoitusmahdollisuuksiin vaikuttavat kunkin perhehoitajan yksilölliset valmiudet hoitaa eri tavoin vammaisia lapsia, nuoria ja aikuisia.

2.2.1 Kehitysvammaisten perhehoito

Kehitysvammaisia lapsia, nuoria ja aikuisia sijoitetaan Pirkanmaalla pitkäaikaiseen, tilapäiseen ja osavuorokautiseen perhehoitoon yksilölliseen palvelusuunnitelmaan perustuen. Tilapäistä perhehoitoa voidaan järjestää mm. vanhempien jaksamisen tukemiseksi tai omaishoitajan vapaan järjestämiseksi. Tavoitteena on näin tukea perheiden jaksamista ja vähentää raskeampien palveluiden tarvetta. Perhehoito on tilapäistä, mikäli se kestää yhtäjaksoisesti alle kolme kuukautta. Yleensä tilapäisen perhehoidon kesto on alle 14 vuorokautta kalenterikuukauden aikana. Perhehoitoa voidaan järjestää esimerkiksi erityishuoltolakiin perustuen, omaishoidon lakisääteisen vapaan järjestämiseksi tai ennakoivan lastensuojelun toimenpiteenä. Pitkäaikaiseen perhehoitoon Kehitysvammaiset lapset ja nuoret sijoitetaan pääsääntöisesti lastensuojelun kautta. (KeiPe toimintaohje 2017, 5-6; Kuukkanen 2008, 66.)

Lapsen kehitysvammaisuuden asettaessa haasteita vanhemmuudelle on perheellä oikeus saada tukea ja palveluita. Varhaiset tukitoimet tukevat vanhemmuutta sekä suojaavat ja vahvistavat lasta. Tilapäinen perhehoito tukee sekä lapsen kehitystä ja hyvinvointia että vanhempien jaksamista. Kumppanuussuhde syntyy perhehoitajan kuulevasta ja kunnioittavasta asenteesta vanhempia kohtaan ja parhaimmillaan tukee kiintymyssuhdetta omiin vanhempiinsa. Tilapäinen perhehoito myös laajentaa kehitysvammaisen lapsen elämänpiiriä. (Kuukkanen 2015, osa 1, 9-10.)

Kuten jo aiemmin mainitsin, on perhehoito yhä melko marginaalinen tapa tuottaa erilaisiin kehitysvammaisten tilapäishoidon tarpeisiin vastaavaa palvelua. Se on hyvin yksilöllisesti räätälöityä ja yksi toiminnan suurimpia haasteita onkin löytää kullekin asiakasperheelle sopiva perhehoitaja.

2.2.2 Kehitysvammaisten tilapäinen perhehoito Pirkanmaalla

Kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö perustettiin Pirkanmaalle vuonna 2014 hankepohjaisena ja vuonna 2016 mukaan liitettiin myös ikäihmisten perhehoito. Ennen maakunnallista perhehoidon yksikköä tilapäistä perhehoitoa järjesti Kehitysvammaisten palvelusäätiö ja Pirkanmaan sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, joka purettiin v. 2008. Sosiaalipalvelujen kuntayhtymän lakkauttamisen jälkeen perhehoidon järjestäminen

siirtyi kuntien omaksi tehtäväksi, kunnes perhehoidon yksikkö alkoi maakunnallisesi koordinoimaan ja järjestämään perhehoitoa. (KeiPe toimintaohje 2017, 4; K. Somppi ja L. Airosto, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2017)

Ennen perhehoidon yksikön hankkeen aloittamista Pikassos (Pirkanmaan, Satakunnan ja Kanta-Hämeen alueella toimiva sosiaalialan kehittämiskeskus) teki vuonna 2011 selvityksen, jonka mukaan Pirkanmaalla perhehoidon asiakkaita oli tuolloin yhteensä 117, joista tilapäistä perhehoitoa käyttäviä oli 59 asiakasta. Tuolloin perhehoitajia arvioitiin olevan 49, mutta luvussa on osittain päällekkäisyyksiä johtuen siitä, että osa perhehoitajista oli toimeksiantosuhteessa useamman kuin yhden kunnan kanssa. (Aalto-Siuro 2011, 5-6.) Vuonna 2014 tilapäistä perhehoitoa järjestettiin 40 perhekodissa ja vuonna 2015 60 perhekodissa. Tuorein tilasto on vuodelta 2016, minkä mukaan tilapäistä perhehoitoa oli Pirkanmaalla jo 80 perhekodissa ja pirkanmaalaisia kehitysvammaisia tilapäisessä perhehoidossa 111 asiakasta. Marraskuussa 2017 Pirkanmaalla on kehitysvammaisten tilapäisen perhehoidon aktiivisia perhekoteja (eli joihin voimassa olevia sijoituksia) yhteensä 64 kappaletta. Vuonna 2016 perhehoidon yksikön kautta sijoitettiin 47 asiakasta tilapäiseen perhehoitoon. Vuonna 2017 syyskuun loppuun mennessä oli sijoitettu 35 asiakasta tilapäiseen perhehoitoon. Tilapäistä perhehoitoa yksikön kautta on vuosina 2012-2017 käyttänyt yhteensä 160 perhettä, joille kaikille kysely lähetettiin. Yksikkö on vuosien 2013-2017 aikana valmentanut seitsemässä eri valmennusryhmässä yhteensä 72 uutta perhehoitajaa. Tilapäinen perhehoito on käytetyin perhehoidon muoto kehitysvammaapuolella; esimerkiksi 2016 pitkäaikaisia perhekoteja oli 24 ja niissä sijoitettuna yhteensä 42 asiakasta. (K. Somppi ja L. Airosto, henkilökohtainen tiedonanto 17.11.2017)

2.2.3 Kehitysvammaisten perhehoitajan ennakovalmennus

Kehitysvammaisten perhehoitaja käy ennen perhehoidon aloittamista Kehitysvammaisten perhehoidon (myöhemmin myös KeVa-perhehoito) ennakovalmennuksen. Valmennuksen yhtenä – ja tärkeimpänä – tavoitteena on antaa realistista tietoa perhehoidosta ja arvioida yhteistyössä valmennukseen osallistujan kanssa hänen valmiuksiaan ja haluaan toimia perhehoitajan tehtävässä. Valmennus on prosessi, joka sisältää seitsemän ryhmätapaamista, joista kullekin on oma teemansa. (Hakkarainen ym. 2016, 19-20).

1	•Tietoa perhehoidosta
2	•Turvallisuutta pysyvyydestä ja jatkuvuudesta
3	•Lapsen, nuoren ja aikuisten tuki
4	•Minä ja kehitysvammainen ihminen
5	•Lapsi, nuori ja aikuinen sekä perheet muutoksessa
6	•Kokemuksia perhehoidosta
7	•Perhehoitajan asema

Taulukko 1. Kuva 1. KeVa-perhehoidon valmennuskertojen teemat (Kuukkanen 2015.)

Ensimmäinen tapaaminen sisältää tietoa mm. ennakoivalmennuksen tavoitteista, yleistä tietoa perhehoidosta ja perhehoitajan valmiuksista. Se antaa myös erilaisia näkökulmia kehitysvammaisuuden määrittelyyn ja tietoa kehitysvammaisille henkilöille kuuluvista asumisen palveluista. Kehitysvammaisten perhehoitajan valmiuksia kuvataan kyvyksi ja valmiuksiksi tukea asiakkaan hyvän elämän toteutumista yksilöllisten tarpeiden mukaan. Valmiuksiin kuuluu myös perhehoidettavan kehityksen ja toimintakyvyn tukeminen voimavaralähtöisesti, kyky tukea hänen perhesuhteitaan sekä tehdä yhteistyötä tarvittavien tahojen kanssa. Perhehoitajan tulee kyetä sitoutumaan perhehoitajan tehtävään. On tärkeää huomioida, että perhehoitajan rooli riippuu myös perhehoidon muodosta. (Hakkarainen ym. 2016, 19-20; Kuukkanen 2015, osa 1, 1-3).

Iso osa kehitysvammaisten tilapäisen perhehoidon asiakkaista on vanhempiensa luona asuvia lapsia ja nuoria. Valmennusmateriaalissa tuodaan esiin se, että perhehoitoa tarvitaan monenlaisista syistä ja lähtökohtana on jokaisen lapsen oikeus kasvaa ja psyykkistä hyvinvointia tukevaan kasvuympäristöön. Lapsilähtöisyys ja osallisuus arjessa toteutuvat perhehoidossa lapsen ainutkertaisuutta kunnioittamalla, lasta kuunnellen ja hänen tarpeisiinsa vastaten. Perhehoito tukee myös perheen vanhempia, sillä lapsen vammaisuus asettaa usein haasteita vanhemmuudelle: Hän tarvitsee enemmän ja pidempään hoivaa, ohjausta ja valvontaa kuin vammauton ikätoveri. Joskus vammaisen lapsen syntymä on perheelle kriisi. Voi olla myös tilanteita, joissa perheen voimavarat eivät ole enää riittävät ja kodin ulkopuoliseen hoitoon siirtyminen saattaa olla tarpeen myös pysyvästi. Vammaiset lapset voivat tarvita perhehoitoa sekä erityishuollollisista että lastensuojelullisista syistä. (Kuukkanen 2015, osa 1, 9-10.)

Toisella tapaamisella käydään läpi mm. perhehoidon taustalla olevaa lainsäädäntöä sekä perhehoitajalle kuuluvaa tukea, viranomaisyhteistyön

merkitystä sekä perushoitoon liittyviä asioita sekä jatkuvuuden ja turvallisuuden näkökulmaa perhehoidossa. Pysyvyydellä ja jatkuvuudella perhehoidossa tarkoitetaan mm. yhteenkuuluvuutta ja tasavertaisuutta perheessä – Eli oikeutta tulla hyväksytyksi omana itsenään. Se edellyttää mm. luottamusta ja huolenpitoa, asiakkaan elämänhistorian tuntemista sekä asiakkaan mahdollisuutta toteuttaa omaa elämäntapaansa ja vaikuttaa omiin asioihinsa. Pysyvyys luo turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa asiakkaan omien voimavarojen käyttöönoton. Tilanteet tietenkin vaihtelevat, mutta perhehoidossakin luotettava, hyväksyvä vuorovaikutussuhde tukee perhehoidettavan hyvää kehitystä. Valmennusmateriaali nostaa myös esiin tekijöitä ja menetelmiä, jotka vaikuttavat toimivan perhehoitosuhteen syntyyn. Niitä ovat esimerkiksi sijoituksen aloitusvaiheen huolellinen toteutus ja suunnittelu, lapsen yksilöllisten tarpeiden tunteminen, toimivan yhteistyön perustan rakentaminen sekä perhehoitajan saama tuki. Perhehoidon onnistumisen kannalta merkittävää siis on, että perhehoitaja saa perushoitoon tulevaa henkilöä koskevat välttämättömät tiedot. Tämän lisäksi myös muunlainen perushoitoon tulevaan henkilöön tutustuminen on tärkeää. Tutustumista tukevia menetelmiä ovat esimerkiksi valokuvat, videot ja esineet (kotoa) sekä yhden sivun esittely ja kommunikatiopassi, joihin tutustutaan valmennuksen aikana. Lisäksi hyödyllisiä voivat olla elämänpolku, sukupuu ja verkostokartta. Näihin harjoituksiin valmennukseen osallistuvat tutustuvat osana tapaamiskertoihin liittyviä kotitehtäviä. (Kuukkanen 2015, osa 2, 1-2; 4; 8-9.)

Kolmannella tapaamiskerralla valmennuksessa käydään läpi yleisimpiä kehitysvammaisuuteen liittyviä liitännäisvammoja ja sairauksia sekä tutustutaan erilaisiin erityisen tuen tarpeisiin ja toimivan vuorovaikutuksen periaatteisiin. Neljännellä kerralla mm. jatketaan vuorovaikutukseen liittyvää teemaa itsemääräämisoikeuden ja tuetun päätöksenteon näkökulmasta ja pohditaan esimerkiksi haastavia asiakastilanteita, seksuaalisuuden kohtaamista ja päihteiden käyttöä perhehoidossa. (Kuukkanen 2015, osat 3-4.)

Viidennellä kerralla käydään läpi mm. lapsen, nuoren ja aikuisen elämään liittyviä muutoksia, asiakkaiden sijoittumista perushoitoon sekä läheisyhteistyön merkitystä. Kuudes tapaamiskerta järjestetään usein esimerkiksi tutustumiskäyntinä jo toimivaan perhekotiin, jossa valmennukseen osallistuvilla on mahdollisuus myös kysellä työstä kokeneelta perhehoitajalta. Seitsemännellä tapaamiskerralla käydään läpi perhehoitajan asemaa. (Kuukkanen 2015, osat 5-7.)

2.3 Laatu palvelussa

Sosiaalipalveluissa laatua voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Tässä kappaleessa tarkastelen sitä, mitä eri lait ja Talentian ammattieettiset ohjeet sanovat laadusta, hyvästä palvelusta tai asiakkaiden kohtaamisesta. Näitä laadun elementtejä on huomioitu ja peilattu muuhun taustaineistoon kyselyä suunniteltaessa.

Talentian ammattieettisissä ohjeissa todetaan, että sosiaalialan ammattihenkilön työ perustuu ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittamiseen. Muun muassa YK:n ihmisoikeuksien julistus korostaa vapautta, tasavertaisuutta ja turvallisuutta. Sosiaalialan työn kentällä erityisen tärkeitä näkökulmia ovat esimerkiksi itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, osallisuuden edistäminen, henkilön ja hänen voimavarojensa kokonaisvaltainen huomioiminen sekä sosiaalinen oikeudenmukaisuus. (Talentia 2017, 10; 23.)

YK laati vuonna 2006 ns. vammaisten oikeuksien sopimuksen, jonka Suomi ratifioi vuonna 2016. Tämä sopimus pyrkii erittelemään jo olemassa olevien ihmisoikeuksien täytäntöönpanokeinoja vammaisten henkilöiden olosuhteet huomioiden ja osoittaen millaiset mukautukset ovat tarpeen, jotta vammaiset henkilöt voivat nauttia oikeuksistaan ja vapauksistaan täysimääräisesti ilman syrjintää. Sopimus korostaa vammaisia henkilöitä omien oikeuksiensa haltijoina, painottaen osallistumista, osallisuutta ja tasa-arvoa. Sopimuksen yhteensä 50 artiklassa tuodaan myös esiin mm. vammaisen ihmisen oikeus vapauteen, turvallisuuteen, yksityisyyteen, esteettömyyteen, palveluiden saavutettavuuteen sekä yhdenvertaisuuteen. (Suomen YK-liitto 2015, 4-6; 25-65.)

Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikön toimintaohjeessa (2017, 4) listataan perhehoidon järjestämisen taustalla vaikuttaviksi laeiksi muun muassa laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) ja asetus kehitysvammaisten erityishuollosta (988/1977), sosiaalihuoltolaki (1301/2014) sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), joista on löydettävissä näkökulmia myös liittyen asiakkaan aseman ja laadukkaan palvelun määrittelyyn.

Kehitysvammaisten erityishuoltolaki puhuu itsemääräämisoikeuden vahvistamisesta sekä ihmisarvon ja yksityisyyden kunnioittamisesta. Laki turvaa henkilön oikeuden osallistua ja vaikuttaa omiin asioihinsa, sekä hänen turvallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin ylläpidon ja edistämisen. Perhehoidon kannalta merkittävää on huomioida, ettei se lukeudu niihin palveluihin, joissa voidaan toteuttaa erityishuoltolaissa määritellyjä rajoitustoimenpiteitä. (519/1977, § 42.)

Sosiaalihuoltolain tarkoituksena on muiden tavoitteiden ohella edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Se määrittelee myös, että asiakkaan etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota miten eri ratkaisut parhaiten turvaavat mm. asiakkaan ja hänen läheistensä hyvinvoinnin sekä asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen. Huomiota tulee kiinnittää myös siihen, kuinka ratkaisut parhaiten turvaavat asiakkaan omatoimisuuden, osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistumisen sekä jatkuvat ihmissuhteet ja luottamuksellisen asiakassuhteen. Lisäksi laki painottaa, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on *”kiinnitettävä erityistä huomiota erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden edun toteutumiseen.”* (1301/2014, § 1; § 4.)

Lisäksi sosiaalihuoltolaki määrittelee sen keskeisiksi periaatteiksi mm. asiakkaan oikeuden hyvään kohteluun ilman syrjintää, yksityisyyden kunnioittamisen ja perheenjäsenien mahdollisuuden asua yhdessä sekä ihmisarvon ja vakaumuksen loukkaamattomuuden. Lisäksi tiloissa, joissa sosiaalihuoltoa toteutetaan, tulisi huomioida asiakkaiden sosiaalisen osallisuuden tukeminen, yksilölliset tarpeet, esteettömyys sekä yksityisyys. Laki määrittää myös sen, että asiakasta itseään tulisi mahdollisuuksien mukaan kuulla hänen palvelutarpeen arviointia tehdessä. Palveluita järjestäessä tulisi myös oikea-aikaisilla ja tilapäisillä palveluilla pyrkiä ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta ja tuen tarpeen ollessa jatkuvaa tai toistuvaa, tulisi palveluita järjestämällä pyrkiä tukemaan asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja tuen tarpeen lakkaamista myöhemmin. Pysyvän tai pitkäaikaisen tuen tarpeen mukaisia palveluita järjestäessä tulisi pyrkiä palveluiden jatkuvuuteen, ellei asiakkaan etu muuta edellytä. (1301/2014, § 30; § 37-38.)

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, § 4; § 8; §15) todetaan, että asiakkaalla on oikeus saada laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Asiakkaan vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava, eikä hänen ihmisarvoaan saa loukata. Lisäksi on huomioitava hänen toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielensä ja kulttuuritaustansa. Lisäksi hänen itsemääräämisoikeuttaan on muutoinkin kunnioitettava ja hänelle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Häntä koskevat asiat on ratkaistava siten, että ensisijaisesti asiakkaan etu on huomioitu.

2.4 Asiakaskokemuksen merkitys kehittämistyössä

Laatua voidaan tarkastella myös siitä näkökulmasta, millaisena asiakas on saadun hoidon tai muun palvelun kokenut. Tutkimuksessa tärkeänä näkökulmana ja teoreettisena viitekehyksenä on asiakaskokemus laadun tarkastelun, todentamisen ja kehittämisen elementtinä ja työkaluna. Rousu ja Holma totesivat laadun muodostuvan palvelulle asetetuista odotuksista ja niihin vastaamisesta. (2004, 10-11.) Odotuksia palvelulle tulee mm. lakien ja asetusten lisäksi esimerkiksi asiakkailta ja heidän omaisiltaan (Muuri 2016, 1). Laatu voidaan nähdä siis asiakkaiden tarpeisiin vastaamisena ja täten asiakkaiden oman kokemuksen kuuleminen antaa meille tietoa myös palvelun laadusta.

Myös esimerkiksi edellä mainitussa laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, § 8) on säädetty asiakkaan itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisoikeudesta. Säädos liittyy palveluiden suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä muihin asiakkaan sosiaalihuoltoon liittyviin toimenpiteisiin. Se painottaa perustuslakiin kirjattua säännöstä osallistumisoikeudesta ja mahdollisuudesta vaikuttaa itseä koskevaan päätöksentekoon ja säännös pyrkii edistämään asiakkaan omaa aktiivisuutta sekä hänen myönteistä kohtelua. Laissa puhutaan erityisesti osallistumisoikeudesta palvelu-

ja hoitosuunnitelman laatimiseen, mutta itse näen, että laista löytyy perusteluita myös sille, että perhehoidon laatua arvioitaessa ja kehittäessä ensiarvoisen tärkeää on kuulla myös heitä, jotka perhehoidossa asuvat.

Asiakaskokemuksen muodostumisesta sosiaalipalveluissa oli haastava löytää kirjallisuutta. Löytänä ja Kortesus kirjoittavat aiheesta yleisemmällä tasolla teoksessaan ”Asiakaskokemus, palvelubisneksestä kokemusbisnekseen”. He kuvaavat asiakaskokemusta mielikuvien ja kohtaamisten summaksi, jonka asiakas yrityksen toiminnasta muodostaa. (2011, 11.) Mielestäni voidaan myös ajatella, että vastaava kokemus muodostuu myös asiakkaan käyttäessä sosiaalipalveluita: Vastaako saatu palvelu odotuksia, saanko asiakas toivomansa avun ja kuinka hän kokee tullessa kohdelluksi.

Itseasiassa mielestäni näinkin henkilökohtaisella alueella liikuttaessa kohtaamisella ja niissä muodostuvilla mielikuvilla on erityisen suuri merkitys – toisaalta toiselle perheelle kyse on oman, rakkaan lapsen hoivasta ja huolenpidosta, toisaalta toinen osapuoli eli perhehoitaja tekee työtä yleensä omassa kotonaan, joka on lähtökohtaisesti ihmiselle yksityinen alue. Kysymys ei siis ole tässä tapauksessa mistään ”kasvottomasta” yrityksestä vaan ihmisistä, persoonista ja heidän välisestä henkilökemiasta.

Löytänä ja Kortesus huomauttavat, että asiakaskokemus on yksittäisten tulkintojen summa, kokemus johon vaikuttavat myös tunteet, ei siis rationaalinen päätös. Emme voi ennalta päättää, millaisena asiakas palvelun kokee, mutta voimme määritellä sen, millaisia kokemuksia pyrimme luomaan. Asiakaskokemuksen näkökulmasta ei ole kysymys ainoastaan palveluiden tuottamisesta, vaan kokemuksien luomisesta, jolloin on tärkeää nostaa asiakas kokemuksineen palvelun keskiöön. Vaikka kirjoittajat puhuvatkin yleisellä tasolla yritysmaailmasta ja johtamisesta, pätee tämä ajatus mielestäni myös sosiaalialalla. Hyvässä palvelussa asiakas on keskiössä, hänen yksilölliset tarpeensa on huomioitu ja saadusta palvelusta jää hyvä kokemus: Olen tullut kuulluksi, kohdatuksi ja huomioituksi yksilönä. Asiakaskokemuksen huomiointi on myös ikään kuin jatkumoa laatujohtamiselle – Niiden ero kulkee siinä, että laatujohtaminen keskittyy yrityksen tai palvelun sisäisiin tekijöihin, kun kokemusta arvioitaessa ja hyödyntäessä nostetaan keskiöön asiakas. (2011, 11; 19-20.)

Teoksessa puhutaan myös neljästä näkökulmasta asiakaskokemuksen muodostumiseen: Hyvä palvelu tukee asiakkaan minäkuvaa, yllättää ja luo elämyksiä, jää mieleen sekä saa asiakkaan haluamaan lisää. Vaikka esimerkit ovat jälleen kaukana sosiaalialasta, voidaan niistä löytää mielestäni teemoja myös sosiaalipalveluista saatavaan hyvään asiakaskokemukseen. Minäkuvan tukeminen tarkoittaa sitä, että palvelun yksilöllisyys tukee asiakkaan koko identiteettiä – ja toisaalta palvelu, joka ei ole yksilöllistä, loukkaa sitä. Kysymys on siis melko syvästäkin kokemuksen tasosta. Yllättäminen ja elämyksien luominen tuo taas helposti mielikuvia asioista, jotka eivät ensisijaisesti kuulu perinteisiin sosiaalipalveluihin, mutta ne voidaan mie-

lestäni käsittää myös palvelussa ja sen sisältämissä kohtaamisissa muodostuneiksi tunteiksi. Kirjoittajat toteavat, ettei arkinen ja tavallinen riitä elämykseksi – Mielestäni tämä ei kuitenkaan päde sosiaalipalveluissa. Mutta mieleen jääminen taas liittyykin vahvemmin sosiaalialaan – Positiivinen kokemus ja muistijälki ovat olennainen osa hyvää asiakaskokemusta. Samoin se tosiasia, että hyvän kokemuksen saanut asiakas on tyytyväinen saamaansa palveluun ja (palvelua tarvitessaan) haluaa sitä lisää. Lisäksi kirjoittajat erittelevät palvelun tai tuotteen arvon lähteiksi kaksi eri näkökulmaa: Utilitääriset ja hedonistiset lähteet. Utilitääriset lähteet tarkoittavat rationaalisia asioita, jotka liittyvät palvelun mitattaviin ominaisuuksiin, kuten tuotteen teknisiin tai palvelun mitattaviin ominaisuuksiin. Sosiaalipalveluissa näitä voisivat olla esimerkiksi saadun palvelun määrä, hoidon tarpeen huomiointi ja tarjotun palvelun ajoitus. Hedonistiset lähteet tarkoittavat subjektiivisia, emotionaalisia asioita kuten kokemuksia tai tuntemuksia. Sosiaalipalveluissa tällainen arvo voisi olla esimerkiksi koettu turvallisuudentunne tai hyväksi ja arvostavaksi koettu kohtaaminen. (Löytänä ja Korteso 2011, 43-49; 54-55.)

Teoksen tekstissä siis korostuu asiakkaan saaman kokemuksen ja mielikuvan merkitys liittyen siihen, kuinka hyväksi tai huonoksi hän palvelun kokee. Siksi mielestäni palveluiden laatua arvioitaessa ja kehittäessä erityisen tärkeää olisi kuulla, millaisena sitä käyttävät ihmiset sen kokevat. Tämän merkitys korostuu mielestäni erityisesti sosiaalialalla, jossa liikutaan asiakkaiden näkökulmasta katsottuna hyvin herkillä ja haavoittuvilla elämän osa-alueilla - ja asiakkaiden usein ollessa tavalla tai toisella erityisen tuen tarpeessa. Jo meidän eettinen vastuumme alalla olisi huolehtia siitä, että asiakas kokee tullessa kohdatuksi ja kohdelluksi hyvän kohtelun periaatteiden mukaisesti. Näin ollen vain asiakaskokemuksia kuulemalla voidaan löytää palveluista ne kehittämistarpeet, jotka ovat näiden hyvien asiakaskokemusten edellytys.

2.5 Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus

Tutkimus voi olla joko teoreettinen, joka hyödyntää valmista tietomateriaalia tai empiiristä, eli havainnoivaa, jossa tutkija itse kerää materiaalin. Empiirinen tutkimus jakaantuu kvalitatiiviseen, eli laadulliseen tutkimukseen ja kvantitatiiviseen, eli määrälliseen tutkimukseen. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi yksilö- ja ryhmähaastattelut, osallistuva havainnointi sekä erilaiset valmiit aineistot, kuten päiväkirjat. Määrälliselle tutkimukselle tyypillisiä menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset kyselyt, strukturoidut haastattelut ja systemaattinen havainnointi. Usein jompikumpi valikoituu tutkimuksen lähtökohdaksi, mutta ne voivat toimia myös toisiaan täydentävinä samassa tutkimuksessa. Määrällinen tutkimus vastaa mm. kysymyksiin mikä, missä, paljonko, kuinka usein. Asioita kuvataan numeerisesti, havainnollistaen erilaisin taulukoin ja kuvioin. Sen avulla voidaan selvittää myös asioiden välisiä riippuvuuksia tai muutoksia. Laadullinen tutkimus puolestaan auttaa ymmärtämään ja selittämään esimerkiksi tutkimuskohteen käyttäytymisen tai

päätöksien syitä. Se vastaa mm. kysymyksiin miksi, miten ja millainen ja se sopii hyvin esimerkiksi kehittämistoiminnan tueksi. Empiiriset tutkimukset voidaan jakaa eri tyyppisiin esimerkiksi tutkimuksen tarkoituksen, aikaperspektiivin, tutkimusotteen tai tiedonkeruumenetelmän mukaan. Kuvailtava, eli deskriptiivinen tutkimus on empiirisen tutkimuksen perusmuoto ja se vastaa kysymyksiin mikä, kuka, millainen, missä milloin. Se vaatii mahdollisimman laajan aineiston, jotta tulos on yleistettävissä. Esimerkiksi mielipidetiedustelut voivat olla kuvailevia tutkimuksia. (Heikkilä 2014, 12-15.)

Kvantitatiivisessa, eli määrällisessä tutkimuksessa keskeistä on aiemmat teoriat sekä johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, hypoteesien esitys (mikäli se on mielekästä) ja tutkittavien henkilöiden valinta. Lisäksi tärkeää on huolellinen suunnitelma aineistonkeruusta, jotta saatu aineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Saatua aineistoa käsitellessä on tärkeää saattaa aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tehdä johtopäätökset havaintoaineiston analysointiin perustuen. Vaikka kvantitatiivista ja kvalitatiivista, eli laadullista tutkimusta pidetään joskus toistensa vastakohtina, ovat ne ennemminkin toisiaan täydentäviä lähestymistapoja, joita on usein käytännössä vaikea tarkkarajaisesti erottaa toisistaan. Kun ajatellaan kvantitatiivisen tutkimuksen sisältävän numeroita ja kvalitatiivisen merkityksiä, voidaan myös ajatella niiden olevan vastavuoroisesti toisistaan riippuvaisia ja ne voivat olla myös toisiaan selittäviä tai täydentäviä. Siksi myös lähtökohdiltaan kvantitatiiviseen tutkimukseen voi sisältyä kvalitatiivisia elementtejä. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan metodeja, joissa tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät esille, kuten teemahaastattelua tai osallistuvaa havainnointia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 136-137; 140; 164.) Tässä tutkimuksessa laadullisen tutkimuksen elementtejä tuo mukaan kyselylomakkeen avoimet kysymykset, joiden oli tarkoitus toimia strukturoituja kysymyksiä täydentävinä, sekä perhehoidon yksikön työntekijöille toteutettu haastattelu, jonka tarkoitus oli täydentää kyselyllä kerättyä aineistoa.

Laajana, puolistrukturoituna kyselynä toteutettu tutkimus on lähtökohtaisesti kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Avoimet kysymykset sekä asiakaskokemuksen tutkiminen tuovat tähän työhön mukaan myös kvalitatiivisia eli laadullisia elementtejä. Myös myöhemmin mukaan otettu teemahaastattelu lisäsi opinnäytetyön laadullisen tutkimuksen näkökulmaa. Mielestäni laadullisen tutkimuksen elementit täydentävät työtä hyvin, jotta on mahdollisuus saada monipuolisemmin kuvattua asiakkaiden omakohtaisia kokemuksia kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta.

2.6 Kysely

Kysely on yksi perinteisimmistä tavoista kerätä tutkimusaineistoa ja sen muoto vaihtelee tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Kysely voidaan toteuttaa kerralla isommalle joukolle joko tutkijan tai muun henkilön valvonnassa. Kysely voidaan toteuttaa myös verkossa tai postitettuna kyselynä,

jolloin vastaaja toimii itsenäisesti saamiensa ohjeiden mukaisesti. Kysymysten teossa ja muotoilussa tulee olla huolellinen, sillä kysymykset luovat perustan koko tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muotoilu aiheuttaa eniten virheitä ja vääristymiä tutkimustuloksiin, sillä riskinä on, ettei vastaaja ymmärrä kysymystä kuten tutkija on sen tarkoittanut. Kysymysten tulee olla siis yksiselitteisesti ymmärrettäviä, eivätkä ne myöskään saa olla vastaajaa johdattelevia. Kysymyksiä lähdetään rakentamaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimuskysymysten mukaisesti. Niiden tulisi olla tarkentuneet ennen kyselyn toteuttamista, jotta tiedetään tarkasti, mitä tietoa kyselyllä halutaan kerätä. Usein kyselyä rakentaessa ollaan tilanteessa, ettei tutkittavalle asialle ole valmista mittaria. Tässä tilanteessa tutkija joutuu itse operoimaan käyttämänsä käsitteet mittariksi eli käytettäväksi kysymyksiksi. Tätä ennen on tärkeää tutustua tutkittavan aiheen teoriapohjaan sekä aiempiin tutkimuksiin. (Valli 2015, 84-85.)

Tässä opinnäytetyössä ison ja laajalla asuvan vastaajajoukon vuoksi kerralla toteutettu kysely ei ollut mahdollinen. Kysely toteutettiin yhdistettynä paperi- ja verkkokyselynä siten, että kullekin perheelle postitettiin paperinen kyselylomake (liite 1) ja linkki vastaavaan verkkokyselyyn. Näin jokainen vastaaja sai valita, kummalla tavalla haluaa osallistua. Tähän päätettiin, koska osa vastaajista olisi saattanut esimerkiksi ikänsä puolesta kokea verkkokyselyyn vastaamisen vieraaksi. Kyselyn päätyttyä siirsin paperilla saadut vastaukset verkkokyselypohjaan, jolloin kaikki vastaukset olivat sen avulla käsiteltävissä ja analysoitavissa. Koska kyselyssä oli kaksi erilaista vastaustapaa, oli tärkeä laatia myös ohessa kulkenut saatekirje (liite 2) huolella, jottei kukaan vastaajista vastannut kyselyyn kahta kertaa. Lisäksi pohdimme kyselyn ajankohtaa sen sijoittuessa kesäaikaan. Useat perheet lomailevat enemmän heinäkuussa, joten arvioimme elokuun paremmaksi ajankohdaksi kyselyn lähettämiseksi.

Kyselylomakkeessa asioita voidaan kysyä monella eri tavalla ja niiden muotoiluun on syytä kiinnittää huomiota. Usein käytetään järjestysasteikkoisia mittareita, joita on valmiina olemassa lukuisia erilaisia. Niissä vastaaja usein vastaa kysymykseen tai väittämään numeraalisella tai visuaalisella mitta-asteikolla, jonka ääripäistä löytyy vastakohtat (esimerkiksi täysin samaa mieltä – täysin erimieltä). Usein mukana on myös ”en osaa sanoa” tai muu vastaava vaihtoehto. Kysymyksissä voi olla myös valmiita vastausvaihtoehtoja, joista vastaaja valitsee sopivimman. Vastausvaihtoehdot laaditaan kuviteltujen vastausten pohjalta. Tärkeää on, että vastaajalle löytyy aina sopiva vaihtoehto, joten tähänkin kysymystyyppiin on yleensä syytä lisätä myös ”muu/mikä” –tyylinen vaihtoehto. Kyselyssä voi olla myös avoimia kysymyksiä joita pystytään analysoimaan myös tilastollisin menetelmin. Tällöin tutkijan tehtäväksi tulee luokitella vastaukset eri ryhmiin. Aluksi vastauksia kannattaa jakaa pieninkin vivahde-eroin ja tarvittaessa luokiteltuja ryhmiä voi myöhemmin yhdistää. Avoimien kysymysten tarkasteluun voidaan valita myös laadullinen menetelmä, jolloin yleensä käytetään vastausten teemoittelua. (Valli 2015, 98-106.)

Tässä kyselyssä käytettiin kaikkia edellä mainittuja kysymystyypppejä. Valmiit vastausvaihtoehdot tulivat käyttöön erityisesti taustatietoja kerätessä. Niiden osalta tuli huomioida, etteivät ne yksilöi vastaajia liikaa, vaan vastaajien anonyymius säilyy. Isoin osa varsinaisista kysymyksistä toteutettiin numeraalisen järjestysasteikon avulla, mikä helpottaa vastausten analysointia. Mutta koska tutkimme nimenomaan perheiden kokemuksia, tarvitsimme mielestäni myös avoimia kysymyksiä. Niiden määrä haluttiin pitää maltillisena. Oli siis tärkeä valita olennaisimmat näkökulmat, jotta avoimilla kysymyksillä sai aidosti täydentäviä vastauksia tutkimuskysymysten näkökulmasta.

Kyselyä laatiessa kannattaa pohtia myös kysymysten järjestystä. Kyselyssä kerätään usein taustatietoja niin sanotuin taustakysymyksiin, jotka ovat yleensä selittäviä muuttujia, eli tutkittavaa asiaa tai ominaisuutta tarkastellaan suhteessa niihin. Taustakysymykset voivat koskettaa esimerkiksi sukupuolta, ikää ja koulutusta. Taustakysymykset asetetaan usein heti kyselyn alkuun, jolloin ne toimivat samalla vastaajien "lämmittelijänä". Niiden jälkeen on usein hyvä esittää helppoja kysymyksiä, joissa ei vielä käsitellä arkoja aiheita, vaan vasta johdatellaan niitä kohden. Niiden jälkeen voidaan esittää vaikeammat ja arkaluontoiset kysymykset. Loppuun on usein hyvä asettaa ns. jäädyttelykysymykset, eli jälleen muutamia helpompia kysymyksiä. Toinen tapa on muutoin vastaava rakenne, mutta siirretään myös taustakysymykset kyselyn loppuun. Tätä vaihtoehtoa tukee näkemys, että usein vastaajan motivaatio laskee kyselyn loppua kohden ja taustakysymyksiin on helppo vastata. Tämän vuoksi on tärkeä miettiä myös lomakkeen pituutta, sillä liian pitkä lomake voi saada vastaajan luovuttamaan ennen kuin hän on edes tutustunut kunnolla siihen. Lomakkeen pituutta pohtiessa kannattaa huomioida myös kysymystyyppit, sillä esimerkiksi avoimiin kysymyksiin vastaaminen vie enemmän aikaa kuin strukturoituihin kysymyksiin. (Valli 2015, 86-87.)

Tilastollisessa tutkimuksessa ja kyselyä suunniteltaessa oleellista on miettiä myös otantamenetelmän valintaa. Otantamenetelmiä on useita, mutta niitä yhdistää satunnaisuus. Otantamenetelmä ja otannan koko on aina mietittävä tarkasti, sillä mitään aina toimivaa ratkaisua ei ole olemassa. Otannan onnistuminen mahdollistaa yleistämää tutkimuksessa saatuja tuloksia koko tutkimuksen kohteena olevaan perusjoukkoon. Vaihtoehtoja ovat esimerkiksi yksinkertainen satunnaisotanta, jolloin osallistujat valikoidaan tutkimukseen sattumanvaraisesti. Tämä edellyttää, että perusjoukon koko on tiedossa. Systemaattisessa otannassa esimerkiksi listan muotoon järjestetystä perusjoukosta valikoidaan osallistujat matemaattisella toimenpiteellä (esimerkiksi joka viides). Tämä edellyttää yhtenäistä, eli homogeenistä perusjoukkoa. Jos perusjoukko on heterogeeninen (eli epäyhtenäinen), on parempi käyttää ositettua otantaa, jolloin perusjoukko ryhmitellään haluttujen taustamuuttujien mukaan. Näin voidaan varmistaa, että perusjoukon erilaiset ryhmät näkyvät otannassa. Joskus on mielekästä tutkia koko perusjoukkoa, jolloin puhutaan kokonaistutkimuksesta. (Valli 2001, 13-17.)

Tässä työssä kysymyksessä on kokonaistutkimus, sillä kysely postitettiin kaikille perusjoukkoon kuuluville perheille (160 perhettä). Mahdollinen valinta olisi ollut myös satunnaisotanta, mutta tämä olisi luonut paineita isommalle vastausprosentille ja edellyttänyt mm. vastauslomakkeiden numeroimista ja kyselyn uudelleen lähettämistä. Mahdollista olisi ollut käyttää myös ositettua otantaa, jolloin tutkimukseen olisi valittu tietty määrä perheitä kolmesta eri ryhmästä (lyhytaikaista perhehoitoa käyttävät perheet; perheet, joiden kohdalla perhehoito on jo päättynyt; perheet, jotka eivät ole aloittaneet perhehoitoa). Kokonaistutkimus oli kuitenkin järkevin valinta, sillä perusjoukko oli kuitenkin maltillisen kokoinen huomioiden sen, että oli oletettavaa, etteivät kaikki kuitenkaan osallistu kyselyyn.

3 AIEMMAT TUTKIMUKSET

Mustonen (2013, 8) on Kehitysvammaisten Tukiliiton kartoituksessa ”Kartoitus vammaisen tai sairaan lapsen tilapäishoidon järjestämisestä” selvittänyt vanhempien kokemuksia, joissa tuli ilmi, että tyytyväisimpiä olivat vanhemmat, joiden lasten tilapäishoito oli järjestetty joko kotona tai perhehoitona. Tämä herätti osaltaan kiinnostusta kartoittaa pirkanmaalaisten perheiden kokemuksia kehitysvammaisten tilapäiseen perhehoitoon liittyen, sillä siitä saatava tieto olisi tärkeää perhehoidon kehittämistyölle, joka on yksi perhehoidon yksikölle määritellyistä tehtävistä (KeiPe toimintaohje 2017, 29-32).

Jonkin verran opinnäytetöitä on viime vuosina tehty myös kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoitoon liittyen, joskin yhä tutkimuksia on enemmän löydettävissä liittyen lastensuojelun perhehoitoon eli sijaisperheisiin ja -vanhemmuuteen. Löysin erityisesti tämän tutkimuksen aihepiiriin, kehitysvammaisten tai pitkäaikaissairaiden lasten tilapäiseen perhehoitoon, liittyen kolme opinnäytetöitä.

Muita kuin AMK-opinnäytetöitä en aihepiiriin liittyen löytänyt lukuun ottamatta jo aiemmin mainittua Pikassoksen selvitystä. Siinä selvitettiin Pirkanmaan kuntien yhteistyömallin valmisteluprosessia liittyen kehitysvammaisten perhehoidon järjestämiseen. Selvityksen aikana kartoitettiin yhteistyötarpeiden lisäksi perhehoidon sen hetkistä tilaa. Tilapäistä perhehoitoa kuvaillaan selvityksessä ihmisläheiseksi ja kodinomaiseksi vaihtoehdoksi. Selvityksessä todettiin myös, että perhehoidon järjestämisen siirtyminen erityishuoltopiireiltä kunnille on paikoin heikentänyt kehitysvammaisten perhehoitajien rekrytointia, tukea ja valvontaa. Tämän lisäksi edessä siintäneiden perhehoitolain muutoksien nähtiin luovan tarvetta perhehoidon järjestämisen alueellisessa kehittämisessä. (Aalto-Siiro 2011, 2-5.) Muuan muassa näihin tarpeisiin nykyinen perhehoidon yksikkö vastaa.

Kanervo (2012, 2) selvitti opinnäytetyössään ”Vammaisten ja pitkäaikais-sairaiden lasten omaishoitajien kokemuksia ja kehittämistarpeita tilapäisestä perhehoidosta Etelä-Kymenlaaksossa” perheiden kokemuksia Kotkan ja Haminan alueella. Kysely lähetettiin 13 perheelle, joista 6 palautti sen. Lisäksi opinnäytetyötä varten tehtiin yksi haastattelu.

Tutkimuksensa yhteenvedossa Kanervo toteaa perhehoidon vaikuttaneen positiivisesti vastaajaperheiden hyvinvointiin. Vanhempien jaksamiselleen saaman tuen lisäksi lapset ovat saaneet mahdollisuuksia uusiin ihmissuhteisiin ja pärjäämisen kokemuksia. Vammaisen lapsen perhehoitojaksot ovat mahdollistaneet myös perheiden muiden lasten huomioimisen. Perhehoidon jatkuvuus ja hoitajan tuttuus on ollut merkittävää, sillä se on tukenut lapsen sopeutumista perhehoitoon. Lisäksi sopeutumiseen ja perhehoidon sujumiseen on vaikuttanut luottamus ja avoin suhde perheen ja perhehoitajan välillä. Vanhemmat ovatkin odottaneet perhehoitajalta avoimuutta, luotettavuutta ja rehellisyyttä sekä lapsen yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Kanervon tutkimukseen osallistuneiden perheiden odotukset olivat täyttyneet hyvin, eikä varsinaisia koulutustarpeita lääkeshoidon osaamisen lisäksi noussut esiin. Sen sijaan kehittämistarpeena nähtiin perhehoitajien palkkauksen ja työhyvinvoinnin parantaminen sekä mahdollisuus sopia hoitoajoista joustavammin. Epäkohdaksi koettiin juurikin se, jos hoidon järjestäminen koettiin vaikeaksi tai epävarmaksi. (2012, 52-53.)

Mäkilä (2014, 2) selvitti puolestaan opinnäytetyössään ”PERHEIDEN KOKEMUKSIA PERHEHOIDOSTA: Kartoitus Arvokas elämä –hankkeen kehittämistyölle” perhehoidon merkitystä perheille sekä siihen liittyviä kehittämistarpeita. Kyseinen hanke oli Keski-Suomen vammaispalvelusäätiön hanke, jossa etsittiin keinoja ja tukimuotoja vastaamaan vammaisten lasten ja heidän perheidensä tarpeisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Hankkeen painopiste oli erityisesti ennakoivassa lastensuojelussa sekä perhehoidon määrän ja laadun kehittämisessä. Tässäkin opinnäytetyössä toteutettiin kysely, johon vastasi 13 perhettä.

Mäkilän mukaan kyselyyn osallistuneiden vastauksista nousi selkeästi esiin perhehoidon myönteinen vaikutus perhehoidettavaan erityisesti uusien kokemusten, ihmissuhteiden ja vuorovaikutuksen kautta. Osa oli kokenut perhehoidon tukevan myös lapsen toimintakykyä erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa, uusien taitojen oppimista sekä lapsen itsenäistymistä. Perhehoidon koettiin mahdollistavan myös sellaista tekemistä, mikä ei kotioloissa olisi mahdollista. Perheet kokivat saaneensa hyvin tukea jaksamiselleen perhehoidon ansiosta. Jaksamista tuki myös luottamus perhehoitajaa kohtaan, jolloin lapsen pystyi jättämään hoitoon turvallisin mielin. Perhehoitajien hyväksi ominaisuuksiksi koettiin mm. läsnäolo, lapsen yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen ja niiden kokonaisvaltainen huomiointi, luottamuksellisuus, joustavuus sekä sitoutuneisuus. Lisäksi arvostettiin mm. lempeyttä – mutta toisaalta myös jämäkkyyttä, vilpittömyyttä, muka-

vuutta, empatiakykyä ja lapsirakkautta. Hyvän perhehoidon ominaisuuksina pidettiin mm. säännöllistä, tavallista arkea ja kodinomaisuutta, turvallisuutta sekä yksilöllistä hoitoa. Tärkeänä kriteerinä hyvälle hoidolle pidettiin myös sitä, että lapsi menee hoitopaikkaan mielellään. Haasteellisiksi perhehoidon osalta vastaajaperheet olivat kokeneet perhehoitopaikkojen rajallisen määrän sekä pitkät välimatkat. Huolta aiheutti myös perhehoitajien palkkioiden pienuus sekä oikeanlainen koulutus. Osa oli kokenut myös viestinnän ja vuorovaikutuksen perhehoitajan kanssa haasteelliseksi. Lisäksi kritiikki sai asioiden hidaskäytön kunnan taholta. He toivoivat kunnalta enemmän tukea perhehoitajille sekä perhekotien parempaa valvontaa. (2014, 30-37.)

Laajimman vastaajajoukon saavuttivat Oksala ja Toiminen (2010, 3;5) opinäytetyössään ”Kehitysvammaisten palvelusäätiön lyhytaikaisen perhehoidon laatu”, jossa lähetettyyn kyselyyn vastasi peräti 45 perhettä 60:sta. Kyselyn toteuttamishetkellä Kehitysvammaisten palvelusäätiöllä oli lyhytaikaista perhehoitoa Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa, Lapin alueella, Pohjanmaalla, Keski-Suomessa, Etelä-Karjalassa sekä Lappeenrannan alueella.

Oksalan ja Toimisen toteuttaman kyselyn vastauksista ilmeni, että vastaajien perheiden tyytyväisyyden perusteella lyhytaikainen perhehoito täyttää asiakkaiden tarpeet. Vastaajat olivat tyytyväisiä myös perusturvallisuudesta huolehtimiseen ja lapsen yksilölliseen huomioimiseen. Lisäksi säätiön arvot ja toimintatavat toteutuivat lyhytaikaisessa perhehoidossa. Haasteellisempaa oli hoitojakson saaminen, sillä puolet vastaajista ei ollut saanut hoitojaksoa haluamaansa ajankohtaan. Kritiikin tai ehdotusten esittämisen koki helpoksi puolet vastaajista. Tulosten perusteella perheiden ja perhehoitajan välisessä viestinnässä oli osin parannettavaa. Näiden kahden lisäksi kehittämistarvetta ilmeni riittävän tiedon saamisessa hoitojakson sisältöä koskien. (2010, 32-33.)

Edellä esitetyissä töissä kysely on toteutettu tilapäistä perhehoitoa sillä hetkellä käyttäville perheille. Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena ottaa mukaan myös ne perheet, joiden kohdalla perhehoito on päätynyt, jotta saadaan selville mahdollisia syitä perhehoidon päättymiselle.

3.1 Laatuksikirja

Tämän työn lähtökohtana on osin ollut yksikössä vuonna 2016 toteutettu sosiaalialan opinäytetyö, jonka tuloksena valmistui laatuksikirja kehitysvammaisten pitkäaikaiseen perhehoitoon. Työssä kartoitettiin perhehoidon laadun elementtejä ja sitä varten haastateltiin kolmea perhehoitajaa, pirkanmaalaisen kunnan vammaispalveluiden työntekijää sekä perhehoitoliiton työntekijää. Lisäksi suunnittelussa huomioitiin mm. valtakunnalliset laatusuosituksot ja -kriteerit mm. kehitysvammaisten asumispalveluiden järjestämiseen liittyen. Laatuksikirjan pääotsikot ovat perhekodin toi-

minta, perhehoidettavat, yhteistyö sekä toiminnan seuranta. Laatukäsikirjan tarkoituksena on perhehoitajien ja perhehoidon yksikön yhteistyön kehittäminen, perhehoitajien osaamisen vahvistaminen sekä perhehoidon laadun esiin nostaminen. Laadukkaan perhehoidon lähtökohtana on sen perustehtävän toteutuminen, eli turvallisen ja kodinomaisen arjen, pysyvien ihmissuhteiden sekä yksilöllisen hoidon tarjoaminen. Perhehoitajien haastatteluissa korostuivat yksilöllisen hoidon lisäksi mm. turvallisuus ja mielekäs arki. Laatukäsikirja nostaa esiin osana laatua myös mm. perhehoitajan osaamisen ja sen kehittämisen, toimintakyvyn tukemisen, osallisuuden toteutumisen sekä toimivan yhteistyön ja vuorovaikutuksen. (Muuri 2016, 1-2; 18; 21-24).

Yksikössä aloitettiin laatukäsikirjan käyttöönotto alkuvuodesta 2017 ja tavoitteena on täyttää se jokaisen yksikön alaisuudessa pitkäaikaisena perhehoitajana toimivan perhehoitajan kanssa. Harjoitteluni aikana olin myös itse mukana ottamassa käyttöön tätä laatukäsikirjaa. Oman kokemukseni ja perhehoitajilta saamani palautteen perusteella laatukäsikirja on monipuolinen ja hyvä työkalu perhehoitajien tukemiseen, sillä se sanoittaa perhekodin arkea ja nostaa esiin laadukkaan perhehoidon elementtejä ja kunkin perhekodin yksilöllisyyttä.

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA AINEISTON KERUU

Perhehoidon yksikössä on aiemmin jo tehty opinnäytetyö (Muuri 2016), jonka tuloksena syntyi laatukäsikirja pitkäaikaiseen perhehoitoon. Tähän tutustuessani havaitsin kuitenkin, ettei perhehoitajien kanssa tehty laatukäsikirja nosta esiin asiakkaan ääntä ja näkökulmaa, josta kävimmekin yksikön työntekijöiden kanssa keskustelua harjoittelun aikana. Harjoitteluun liittyvänä kehittämistehtävänä pohdin myös vaihtoehtoja asiakkaiden äänen kuuluvaksi saamiseen ja päädyimme siihen, että olisi tärkeää kartoittaa perheiden ja perhehoidettavien kokemuksia perhehoidosta, sillä myös asiakaskokemukset ovat osa laadun tutkimista ja palveluiden kehittämistä.

4.1 Opinnäytetyön rajaus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyöstä sopiessamme päädyimme rajaamaan tämän opinnäytetyön kohderyhmäksi tilapäisessä perhehoidossa käyvät ja käyneet kehitysvammaiset läheisineen, sillä kehitysvammaisten perhehoidolla on pidempi historia Pirkanmaalla kuin esimerkiksi ikäihmisten perhehoidolla. Aineistonkeruutavaksi sovimme kyselyn, sillä se on järkevä tapa kerätä kokemuksia isolta joukolta. Tutkimus on siis kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, mutta tutkimukseen liittyy myös laadullisia, eli kvalitatiivisia elementtejä.

Kysely päätettiin lähettää perheille, joille on hankkeen ja yksikön toiminnan ajan eli vuosien 2012-2017 aikana joko tarjottu tai järjestetty lyhytaikaista perhehoitoa perhehoidon yksikön toimesta. Perhehoidossa käynyt kehitysvammainen on voinut olla joko ala- tai täysi-ikäinen. Mukaan kutsuttujen perheiden perhehoidettava voi siis tälläkin hetkellä käydä tilapäisessä perhehoidossa, perhehoito voi olla joko tilapäisesti keskeytynyt tai päättynyt kokonaan tai se ei ole syystä tai toisesta edes alkanut. Kyselyn avulla haluttiin siis kartoittaa perheiden kokemuksiensa lisäksi myös sitä, mistä syistä perhehoito on päättynyt tai miksi se ei ole alkanut lainkaan.

Tilapäisen perhehoidon järjestämisen syyllä ei ole tutkimuksen kannalta merkitystä. Tilapäinen perhehoito on voitu järjestää esimerkiksi omaishoidon tuen, kehitysvammaisten erityishuollon tai ennaltaehkäisevän lastensuojelun toimenpiteenä. Rajauksena on kuitenkin se, että toteutunut perhehoito on järjestetty tai tarjottu Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmistien perhehoidon yksikön kautta. Ryhmästä pois on rajattu ne kehitysvammaiset, jotka asuvat pitkäaikaisessa perhehoidossa ja ovat käyneet tilapäisessä perhehoidossa ainoastaan pitkäaikaisen perhehoitajan vapaiden aikana. Lisäksi pois on rajattu ikäihmistien tilapäinen perhehoito sekä ne kehitysvammaiset, joiden perhehoitoa ei ole järjestetty Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmistien perhehoidon yksikön kautta.

Muun muassa Perhehoitoliitto kertoo perhehoidon vahvuuksiksi kodin-omaisuuden, pysyvät ihmissuhteet sekä yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden. Tämän työn tarkoituksena on selvittää perhehoidettavien sekä heidän läheistensä kokemuksia perhehoidosta, sen vahvuuksista ja kehittämistarpeista.

Tutkimuskysymykset olivat:

- Mitkä ovat kehitysvammaisten lyhytaikaisen perhehoidon vahvuudet perhehoidettavien ja heidän läheisten näkökulmasta?
- Mitä kehittämistarpeita lyhytaikaisella perhehoidolla on perhehoidettavien ja heidän läheisten kokemuksiensa perusteella?

4.2 Kysely perheille

Tämän työn aineisto kerättiin ensisijaisesti perheille suunnatun puolistrukturoidun kyselyn avulla. Kyselyyn oli mahdollista vastata joko verkossa tai paperilla. Tämä haluttiin valita toimintatavaksi vastaamiskynnyksen mataltamiseksi, sillä vastaajien joukossa oli oletettavasti hyvin eri ikäisiä ihmisiä. Koska kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, oli ennalta vaikea arvioida vastausten määrää. Paperikysely sekä linkki verkkoversioon lähetettiin kaikille niille kehitysvammaisten perhehoidon yksikön tiedossa oleville perheille, joiden kehitysvammaiselle lapselle on tarjottu tai järjestetty yksikön kautta lyhytaikaista perhehoitoa vuosien 2012-2017 välillä. Kysely suunniteltiin ja testattiin kesä-heinäkuussa ja toteutettiin elokuussa 2017. Kysely lähetettiin yhteensä 160 pirkanmaalaiselle perheelle. Vastauksia

saatiin 29 kirjeitse ja 6 sähköisesti, eli yhteensä 35 kappaletta. Yksi paperisista vastauksista jouduttiin hylkäämään, sillä sen oikea tulkitseminen oli mahdotonta. Mukaan kyselyyn otettiin siis 34 vastaajaa. Vastausprosentti oli täten 21,25%. Kyselyn päätyttyä ajoin saadut paperivastaukset käytettyyn verkkokyselypohjaan, jotta pystyin käsittelemään aineistoa yhtenä kokonaisuutena. Aineisto käsiteltiin yksittäisen vastaajan näkökulmasta anonyymina, eikä valmiista raportista pysty erittelemään yksittäisen ihmisen tai perheen vastauskokonaisuuksia tunnistettavasti.

Kysely lähetettiin perheen vanhemman tai vanhempien nimellä. Alun perin oli ajatuksena, että osa kysymyksistä olisi suunnattu perhehoidossa käyneille henkilöille, mutta tämä osio jäi pois kyselyn selkeyttämiseksi ja vastauskynnyksen madaltamiseksi, sillä perhehoidossa käyvien kehitysvammaisten toimintakyky voi vaihdella suuresti. Saatekirjeessä tuotiin kuitenkin esiin, että perhehoidossa käynyt henkilö voi mahdollisuuksien mukaan osallistua kyselyn täyttämiseen ja yksi kysymyksistä koski perhehoidettavan viihtymistä perhehoidossa. Osa toi (lapsen) viihtymiseen liittyviä seikkoja esiin myös avoimien kysymyksien kautta.

Puhuimme myös mahdollisuudesta haastatella osaa perheistä, jolloin olisi voitu saada syvempää tietoa kyselyä täydentämään, mutta tämä jäi pois potentiaalisen vastaajajoukon ollessa niin suuri. Myöhemmin päätettiin kuitenkin järjestää aineiston analyysivaiheen tueksi ryhmähaastattelu Pirkanmaan kehitysvammaisten perhehoidon yksikön työntekijöille.

4.2.1 Kyselyn suunnittelu

Heikkilä kirjoittaa kyselylomakkeen laatimisen vaiheista. Lomakkeen suunnittelu edellyttää mm. kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Myös tutkimuksen tavoite tulee olla täysin selvillä ennen lomakkeen laatimista. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon myös se, kuinka aineisto tullaan myöhemmin käsittelemään. Lomakkeen suunnitteluvaiheet ovat siten tutkittavien asioiden nimeäminen, lomakkeen rakenteen suunnittelu, kysymysten muotoilu, lomakkeen testaus ja siitä saadun palautteen perusteella rakenteen ja kysymysten korjaaminen, jonka jälkeen tuloksena on valmis lomake. (2014, 45-46)

Hyvän tutkimuslomakkeen piirteisiin kuuluu sekä yleiseen ulkoasuun että itse kysymyksiin liittyviä seikkoja. Lomakkeen tulisi olla selkeä ja houkutteleva, sisältäen yksiselitteiset vastausohjeet, hyvin asetellut tekstit sekä selkeät, loogisesti etenevät ja hyvin ryhmitellyt kysymykset. Lomakkeen rakenteessa voidaan huomioida mm. helpompien kysymysten asettaminen lomakkeen alkuun ns lämmittelykysymyksiksi sekä lomakkeen sopiva pituus. Tutkijan ja tulosten käsittelyn kannalta oleellista on myös helppous käsitellä saadut tulokset tilasto-ohjelmalla. Hyvien kysymysten ominaispiirteitä puolestaan ovat mm. yksiselitteisyys, tarpeellisuus, kohteliaisuus sekä se, etteivät kysymykset ole johdattelevia. Huolellisestikin suunniteltu

lomake on hyvä testata. Yleensä testaajajoukoksi riittää 5-10 henkeä. He selvittävät mm. kysymysten ja ohjeiden selkeyttä, vastaamisen työläyttä, kyselyn sisällöllistä toimivuutta ja sitä, onko mukana tarpeettomia tai puuttuuko tarpeellisia kysymyksiä. (Heikkilä 2014, 47; 54; 58)

Myös kysymyksien muotoiluun kannattaa siis panostaa. Selkeäksikin laaditun kyselylomakkeen käsittely- ja analyysivaiheessa voi tulla eteen haasteita myös strukturoitujen kysymysten kohdalla, mikäli vastaaja ei ole ymmärtänyt niitä tutkijan tarkoittamalla tavalla. Esimerkiksi kysymyksessä, jossa on valmiit vaihtoehdot, vastaaja saattaa valita useamman vaihtoehdon, vaikka tutkija olettaa vastausvaihtoehtojen olevan toisensa pois sulkevia. Ongelmallinen voi olla myös tilanne, missä lukuisat vastaajat käyttävät ”muu, mikä” –vaihtoehtoa. Tämä tarkoittaa, ettei tutkija ole lomaketta suunnitellessaan onnistunut kovin hyvin ennakoimaan mahdollisia vastauksia. Toinen mahdollinen tilanne on kysymys, jossa vastataan numeraalisella asteikolla, jossa vastaaja saattaa asettaa vastauksensa kahden numeron väliin. (Valli 2015, 241-253.) Itse pyrin tämänkaltaiset seikat huomioidaan jo kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa panostamalla hyvään ohjeistukseen, selkeisiin kysymyksiin sekä lomakkeen ennakkotestaukseen. Näin toivoin, että myös aineiston käsittely- ja analysointivaihe helpottuu.

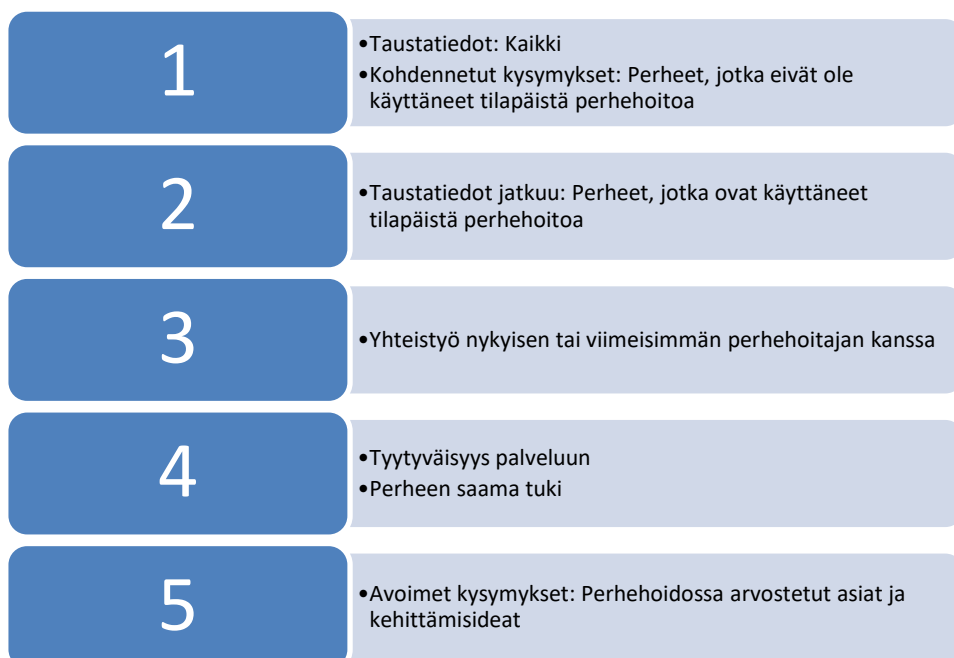
Itse aloitin lomakkeen suunnittelun tutustumalla aiempiin tutkimuksiin sekä tutkimukseeni liittyviin taustateorioihin. Näin pystyin nimeämään tutkimuskysymyksien kannalta oleelliset asiat, joita kyselyllä halutaan selvittää. Varsinaisen kyselylomakkeeni (liite 1) työstin yhdessä perhehoidon yksikön työntekijöiden kanssa. Lähetin heille yhteensä kolme eri versiota lomakkeesta, ennen kuin katsoimme sen olevan valmis. Tämän jälkeen testasin lomakkeen yhteensä kuudella opiskelijalla saadakseni siitä palautetta myös sellaisilta henkilöiltä, joille perhehoito palveluna ei ole tuttu. Lomaketta työstin suoraan Webropol-ohjelmalla ja valmiin lomakkeen muutin lisäksi vastaavaan paperiseen muotoon.

Tutkimuslomakkeeseen liittyy varsinaisen kyselyn lisäksi myös saatekirje. Saateen tehtävänä on motivoida vastaajia täyttämään lomake ja samalla selvittää tutkimuksen taustaa ja tavoitteita. Saatekirjeestä on hyvä selvittää myös mm. tutkimuksen toimeksiantaja ja toteuttaja, tutkimuksen tavoite ja vastustietojen käyttötapa, vastausaika ja palautusohje, maininta ehdottomasta luottamuksellisuudesta sekä kiitos vastaamisesta. (Heikkilä 2014, 59.) Oman kyselylomakkeeni oheen tuli saatekirje, jossa kerroin itsestäni, tutkimusluvasta ja osoitetietolähteistä sekä tutkimuksen tavoitteista ja toteutustavasta. Lisäksi saatekirje sisälsi ohjeet vastaamiseen ja linkin verkkokyselyyn. Verkkokyselyn saatekustissa kerrottiin pääpiirteittäin samat asiat sen varmistamiseksi, ettei sama ihminen vastaisi kyselyyn kahta kertaa. Lisäksi saatekirjeessä ja –tekstissä kiitettiin jo etukäteen vastaamisesta ja kerrottiin vastaamisen olevan vapaaehtoista, mutta tärkeää perhehoidon kehittämistyön näkökulmasta.

4.2.2 Kyselyn sisältö

Kyselyn (Liite 1) sisältöä suunniteltiin yhteistyössä perhehoidon yksikön työntekijöiden kanssa ja muun muassa Muurin opinnäytetyön esiin nostamiin perhehoidon laadun elementteihin peilaten. Lisäksi huomioitiin edellä mainittujen lakien, Talentian eettisten ohjeiden ja muiden dokumenttien sekä asiakaskokemuksen näkökulma. Tutustuin myös aihepiiriin liittyvien aiempien opinnäytetöiden kohdalla tehtyihin kyselyihin.

Lomakkeessa oli yhteensä viisi sivua ja 16 kysymystä. Riippuen siitä, olivatko perheet käyttäneet perhehoitoa vai eivät, vastasivat he joko neljään tai 14 kysymykseen. Avoimia kysymyksiä lomakkeessa oli kuusi kappaletta, joista viisi perhehoitoa käyttäneille ja yksi perheille, jotka eivät ole käyttäneet perhehoitoa. Strukturoiduista kysymyksistä kolme oli järjestysasteikkoisia ja loput vaihtoehtokysymyksiä.



Kuva 2. Kyselylomakkeen sisältö.

Ensimmäisellä sivulla oli neljä kysymystä. Ensin kaikilta vastaajilta tiedusteltiin taustatietoina sitä, mistä perhe on saanut tietoa perhehoidosta ja kuinka kauan perhe on tilapäistä perhehoitoa käyttänyt. Kaksi muuta kysymystä oli suunnattu perheille, jotka eivät olleet päätyneet käyttämään tilapäistä perhehoitoa ja niillä kartoitettiin syytä tähän sekä asioita, jotka saisivat heidät valitsemaan perhehoidon jatkossa. Heidän ei tarvinnut vastata enää muihin kysymyksiin. Tällä ratkaisulla halusimme tehdä mahdollisimman selvän jaottelun sille, mihin kysymyksiin kenenkin toivotaan vastaavan. Perhehoitoa käyttäneet vastaajat siirtyivät suoraan sivulle kaksi, jossa kartoitettiin täydentävinä taustatietoina perhehoidossa käyneen lapsen ikää, onko perhe jostain syystä joskus vaihtanut perhehoitajaa ja käyttävätkö he perhehoitoa tällä hetkellä.

Kolmannella sivulla vastaajat arvioivat tyytyväisyyttään yhteistyöhön nykyisen tai viimeisimmän perhehoitajan kanssa. Arvioitavia asioita olivat tiedonkulku, luottamus, käytännön asioista sopiminen, perhehoitajan osaaaminen, lapsen yksilöllinen huomioiminen ja lapsen viihtyminen perhehoitajassa. Yhteistyöstä sai kertoa lisää avoimessa kysymyksessä. Perheen ja perhehoitajan väliselle yhteistyölle haluttiin tehdä oma kysymys, koska sen merkitys oli tullut selkeästi esiin tausta-aineistoihin tutustuesssa.

Neljännellä sivulla kartoitettiin perheiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun sen perusteella, kuinka perhehoidon vahvuuksiksi mielletyt asiat ja laadukkaan sosiaalipalvelun ominaisuudet ovat heidän arvionsa mukaansa toteutuneet. Perhehoidon vahvuuksiksi kuvattuja ominaisuuksia pyydettiin arvioimaan perheen saaman lyhytaikaisen perhehoidon kohdalla. Teemat valikoitiin perustuen aiempiin tutkimuksiin, lakeihin ja muuhun tausta-aineistoon. Kaikki kyselyyn arvioitavaksi valikoidut ominaisuudet oli mainittu vähintäänkin kahdessa eri lähteessä.



Kuva 3. Perhehoidon vahvuuksia

Lisäksi neljännellä sivuilla kartoitettiin sitä, millaista tukea vastaajat kokivat perhehoidon avulla perheelleen saaneen. Tälle oli varattu sekä strukturoitu- että avoin kysymys jotta saisimme koetun tuen määräästä laajemmän kuvan. Avoimessa kysymyksessä pyysimme vastaajia kertomaan tarkemmin siitä, millaista tukea perhe on perhehoidon kautta saanut.

Viimeiselle, kuudennelle sivulle sijoitetut avoimet kysymykset laadittiin täydentämään muuta kyselylomaketta tarjoamalla vastaajille kertoa asioita, jotka eivät olleet tulleet esille muissa kysymyksissä. Niissä kysyttiin sitä, mitä perheet perhehoidossa arvostavat sekä kehittämisehdotuksia tai muita mahdollisia mielipiteitä.

5 AINEISTON ANALYYSI

Työn tulokset tilastoitiin, raportoitiin ja tallennettiin perhehoidon yksikön käyttöön. Tavoitteena oli löytää ja tuoda esiin vastauksista löytyviä yhteneväisyyksiä ja siten löytää mahdolliset esiin nousevat vahvuudet ja kehittämistarpeet liittyen kehitysvammaisten tilapäiseen perhehoitoon. Tavoitteena oli, että työn tuloksia voidaan hyödyntää perhehoidon kehittämisessä. Mahdollisesti yksikön työntekijät voivat hyödyntää tuloksia myös esimerkiksi perhehoidon markkinoinnissa tai perhehoitajien valmennuksessa ja työnohjauksessa.

Vallin mukaan kyselyllä toteutettavassa tutkimuksessa ennakkosuunnittelun merkitys korostuu, sillä tutkija ei pysty jälkikäteen tarkentamaan kysymyksiä – Aineistonkeruu on siis siinä mielessä peruuttamaton vaihe tutkimuksessa. Mittausmenetelmien valinta on oleellinen vaihe myös siksi, että ne määrittelevät myös käytössä olevat tilastolliset menetelmät. Hyvästään aineistosta voidaan saada todellisuutta vastaamattomia tuloksia käyttämällä sopimattomia mittausmenetelmiä. (2001, 20-23 & 2015, 226.) Näin aineiston analyysivaihe alkaa jo kyselyä suunniteltaessa. Kyselyn tuloksia raportoidessa on tärkeä myös tilastoida vastaukset vertailukelpoisessa muodossa, minkä mahdollistamiseksi asiaa on syytä pohtia jo kyselyä laatiessa.

Valli kirjoittaa, kuinka numeroiden kautta kuvataan todellisuutta, eikä aineiston määrällinen tarkastelu rajoitu ainoastaan numeeriseen aineistoon. Myös esimerkiksi avoimien kysymyksiä sisältöä voidaan tarkastella määrällisesti ja toisaalta numeerisesta aineistosta saatua tietoa voidaan hyödyntää myös aineiston laadullisessa tarkastelussa. Avoimien kysymysten käsittely- ja analyysivaiheessa minun tuli aluksi luokitella vastauksia mahdollisimman pienin sävyeroihin eriteltyihin luokkiin. Tämä on tärkeää, sillä myöhemmin toisiaan lähellä olevia luokkia voi yhdistää, mutta niiden erotelu jälkikäteen on hankalaa, jopa mahdotonta. Strukturoitujen kysymysten numeerisen aineiston kohdalla tilastoidaan taas mm. vastausten jakautumista ja keskiarvoa. Tutkimuksen kannalta myös ”en osaa sanoa” vaihtoehto on merkittävä, mutta Vallin mukaan sille ei aina kannata antaa numeerista arvoa, ettei se vääristä tuloksia. (2015, 226-229; 239.)

Luokittelu- eli nominaaliasteikossa muuttujat voidaan jakaa eri ryhmiin ja kertoa, ovatko ne samanlaisia vai erilaisia, mutta muita vertailuja ei voida tehdä. Tämä on yksinkertainen mitta-asteikko, joka antaa vähiten informaatiota. Tällainen on esimerkiksi kysymys vastaajan sukupuolesta. Järjestys- eli ordinaaliasteikko on monimuotoisempi, jolloin havainnot voidaan järjestää valitun ominaisuuden määrän mukaiseen järjestykseen. Tyypillisimpiä näistä ovat mielipidekysymykset, joihin vastataan vaihtoehtojen pohjalta (täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä jne). Järjestysasteikkoisia mittareita ovat esimerkiksi Likert-asteikko, semanttinen differentiaali ja

Fletchen-asteikko. Semanttisessa differentiaalissa vastaaja vastaa adjektiiviparin välille (esimerkiksi yksipuolinen – monipuolinen) valitsemalle niiden väliin sijoittuvasta 5-9 portaisesta asteikosta haluamansa vaihtoehdon. Vaihtoehtoja on hyvä olla pariton määrä, jotta keskimmäisen neutraalius säilyy. Likert-asteikko eroaa semanttisesta differentiaalista selkeimmin siinä, että vastausvaihtoehdot ovat nimettyjä. Tässäkin portaita on usein pariton määrä, jolloin keskimäinen jätetään neutraaliksi ”en osaa sanoa” –vaihtoehdoksi. Näin voidaan välttää pakkovastaamisen paine. (Valli 2001, 20-23; 34-35.) Asteikkoja on muitakin, mutta tähän työhön liittyvät strukturoidut kysymykset lukeutuvat edellä mainittujen asteikkojen alle.

Muuttujalla tarkoitetaan mitä tahansa mitattavaa ominaisuutta tai muuta suuretta, jonka arvoissa esiintyy vaihtelua. Tilastollisessa tutkimuksessa informaatio voidaan pelkistää ja tiivistää muutamaaan muuttujia kuvaavaan tunnuslukuun. Tunnusluvuissa sijaintia kuvaavia tunnuslukuja kutsutaan sijaintiluvuksi ja niistä keskiarvo, moodi ja mediaani ovat ns. keskilukuja. Keskiarvolla tarkoitetaan yleensä artimeettista keskiarvoa, joka saadaan jaksamalla havaintoarvojen summa havaintojen lukumäärällä. Mediaani tarkoittaa suuruusjärjestykseen asetetuista havainnoista keskimäistä, eli sen ylä- ja alapuolella on yhtä monta havaintoa. Moodi, eli tyyppi-arvo on puolestaan se arvo, joka esiintyy useimmin. (Heikkilä 2014, 13; 82-84.) Tämän työn tulosten käsittelyssä on käytetty pääasiassa vastausten keskiarvoja sekä jonkin verran moodia eli tyyppi-arvoa.

5.1 Strukturoidut kysymykset

Strukturoidut, eli suljetut, eli vaihtoehdot antavat kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Niitä kannattaa käyttää jos mahdolliset, selkeästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen eikä niitä ole liian montaa. Niihin vastaaminen on nopeaa ja tilastollinen käsittely on helppoa. On tärkeää huomioida, että kaikille vastaajille löytyy sopiva vaihtoehto ja vaihtoehtojen tulee olla paitsi mielekkäitä, myös toisensa poissulkevia. Mikäli kysymykseen voi valita useamman vastausvaihtoehdon, puhutaan monivalintakysymyksestä. Sekamuotoisissa kysymyksissä on valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi avoin vaihtoehto, joka on usein nimetty ”muu, mikä?” –tyyppisesti. Strukturoituja kysymyksiä ovat myös järjestys- eli ordinaaliasteikkoiset kysymykset, jotka kartoittavat esimerkiksi vastaajien mielipiteitä. Yleisesti käytetty on Likertin asteikko, joka jo edellä esiteltiin. Sitä käyttäessä tulee pohtia mm. kuinka monta arvoa asteikolle otetaan, kuinka eri arvot ilmaistaan sanallisesti ja kuinka keskimäinen vaihtoehto muotoillaan – vai jätetäänkö se kokonaan pois tai sijoitetaan ”en osaa sanoa” viimeiseksi vaihtoehdoksi. (Heikkilä 2014, 49-51)

Ordinaaliasteikkoisten kysymyksien tarkoituksena oli erityisesti kartoittaa vastaajien kokemuksia ja mielipidettä yhteistyöstä, palvelusta ja koetun tuen määrästä. Arvio pyydettiin antamaan asteikolla 1-5 (1= ei lainkaan, 5=

erittäin hyvin), vastausvaihtoehdolle ”En osaa sanoa” ei annettu numeraalista arvoa, jotta se ei vääristäisi keskiarvoja.

Strukturoitujen kysymysten osalta vastauksien käsittelyssä ja tarkastelussa hyödynnettiin ensisijaisesti Webropol-ohjelman antamia valmiita yhteenvedoja sekä Webropol Analytics-työkalua. Raporttia varten taulukoita muokattiin yhtenäisemmäksi ja selkeämmäksi.

5.2 Avoimet kysymykset

Avoimet kysymykset ovat kyselylomakkeessa tarkoituksenmukaisia kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen. Niissä ei siis ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Etuna on mahdollisuus saada vastauksia, joita ei ole osattu odottaa. Niiden käsittely on usein kuitenkin työlästä ja ne houkuttelevat myös vastaamatta jättämiseen. (Heikkilä 2014, 47-48) Avoimia kysymyksiä kyselyssä oli kuusi kappaletta ja lisäksi neljässä kysymyksessä oli mahdollisuus valita valmiin vastausvaihtoehdon lisäksi ”muu, mikä” –vaihtoehto, joihin myös kertyi vastauksia. Avoimet kysymykset ja vastaukset käsiteltiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaan teemoitellen.

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan käyttää esimerkiksi sisällönanalyysia, joka on paitsi yksittäinen metodi, myös väljä teoreettinen viitekehys, joka on liitettävissä erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Pääpiirteittäin sisällönanalyysi etenee seuraavien vaiheiden kautta: Ensin päätetään, mikä aineistossa kiinnostaa ja erotellaan kaikki siihen liittyvät asiat – muut jätetään pois tutkimuksesta. Merkityt asiat kerätään erilleen ja luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään. Lopuksi kirjoitetaan yhteenveto. Laadulliselle aineistolle on tyypillistä, että sieltä löytyy useita mielenkiintoisia asioita, joita kaikkia tutkija ei ole osannut edes ennakoida. Siksi tutkijan on tehtävä rajausta ja kerrottava tuosta rajatusta aihealueesta kaikki mahdollinen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92-93.)

Tässä tutkimuksessa mielenkiinnon kohdetta oli jo osin ennalta rajattu kysymysten asettelua ja muotoilua tehdessä. Hieman vapaampaa sisällönanalyysia oli mahdollista tehdä kysymyksissä liittyen perheiden kokeuksiin perhehoitajan kanssa tehdystä yhteistyöstä, koetusta tuesta perheelle sekä kahdessa viimeisessä kysymyksessä, joissa tiedusteltiin mitä perheet perhehoidossa arvostavat ja mitä kehittämisehdotuksia heillä on. Sisällön analyysissa yksinkertaisin aineiston käsittelytapa on luokittelu, jossa alkeellisimmillaan määritellään selkeät luokat ja lasketaan, kuinka monta kertaa ne esiintyvät aineistossa. Sitä voidaan pitää myös kvantitatiivisena eli määrällisenä analyysinä sisällön teemoin ja sen tulokset voidaan esittää esimerkiksi taulukkona. Teemoittelu on luokittelun kaltaista, mutta siinä painottuu lisäksi se, mitä kustakin teemasta on sanottu. Teemoittelussa lukumäärillä voi olla – mutta ei välttämättä ole – merkitystä. Kaikkiaan kysymys on laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan, jolloin on mahdollista vertailla tiettyjen tee-

mojen esiintymistä aineistossa. Ennen varsinaisten teemojen etsimistä aineisto voidaan ryhmitellä myös vastaajien taustatietojen (esimerkiksi ikä) mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Kyselyn avoimien kysymyksiin vastausten käsittelyyn käytin teemoittelua, sillä havaitsin vastaajien puhuvan paljon samoistakin asioista, mutta eri sanoin.

Aineiston analyysissä laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein joko induktiivisesta, eli yksittäisestä yleiseen tai deduktiivisesta, eli yleisestä yksittäiseen suuntaavasta päättelystä. Tämä kahtiajako ei ole ongelmaton, sillä se unohtaa abduktiivisen päättelyn logiikan, jonka mukaan teorian muodostus mahdollistuu kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtajatus tai johtolanka. Analyysitavan vaihtoehdoiksi voidaan esittää myös aineistolähtöinen, teoriasidonnainen tai teorialähtöinen analyysi. Nämä vaihtoehdot kuvaavat todellisia tilanteita kattavammin korostaen teorian tai teoreettisuuden merkitystä laadullisessa tutkimuksessa. Tässä työssä laadullisen analyysin osilta ohjaavana analyysimuotona on ollut ensisijaisesti aineistolähtöinen analyysi, joka tarkoittaa sitä, että aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Merkityksellistä on se, etteivät analyysiyksiköt ole ennalta määriteltäviä, vaan ne nousevat aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Vaikka asiakaskokemukset eivät luo suoranaista teoriaa, luovat ne avoimien kysymyksiin kautta ennalta määrittelemätöntä kokemuspohjaista tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta palvelusta, eli tilapäisestä perhehoidosta. Avoimien kysymyksiin osalta en siis etukäteen päättänyt, mitä arvioinnin kohteita tai teemoja sieltä etsin, vaan korostuneet teemat nousivat esiin vasta aineistoa käsitellessä. Päättelyssä oli siis induktiivisia piirteitä, kun vastauksia tulkitessa pyrin selvittämään mitä vahvuuksia ja kehittämiskohteita kehitysvammaisten tilapäisellä perhehoidolla on asiakasperheiden näkökulmasta.

5.3 Tulosten raportointi

Tutkimusmenetelmien hallitsemisen lisäksi vaatii käytännön tutkimustyö sopivia työkaluja. Tähän on olemassa sekä maksullisia että maksuttomia ohjelmia. Myös esimerkiksi excel-tilukko-ohjelma tarjoaa joissain tapauksissa riittävät työvälineet aineiston käsittelyä varten. Lisäksi on olemassa internet-pohjaisia tutkimus- ja tiedonkeruuohjelmia. Webropol ja muut vastaavat ohjelmistot ovat verkkokyselyn tekemiseen sopivia ohjelmistoja. Niiden avulla data saadaan valmiina excel-tiedostoina ja ne voidaan halutessa viedä edelleen erilliseen tilasto-ohjelmaan jatkokäsittelyä varten. Toisaalta jo verkko-ohjelma itsessään antaa aineistosta vastausjakaumat taulukkoina ja kuvioina. Webropol-ohjelmaan on saatavilla Webropol Analytics, jossa on erilaisia tilastollisiin testeihin liittyviä toimintoja (Professional Statistics) sekä avoimien kysymysten käsittelyä helpottava Text Mining-työkalu. Usein tulosteita on kuitenkin tarpeen muokata ennen lopulliseen raporttiin siirtämistä. (Heikkilä 2014, 118-119.) Tässä tutkimuksessa on ensisijaisesti hyödynnetty internet-pohjaista webropol-

ohjelmaa ja sen sisältämiä työkaluja. Raporttia varten muokkasin kuvioita ja taulukoita yhtenäisempään muotoon.

Tulosten käsittelyn ja luokittelun jälkeen on vuorossa sen esittäminen lukijalle. Kirjoitetun tekstin tueksi on erilaisia vaihtoehtoja käytettävänä. Tavallisimpia ovat taulukko, kuviointi tai tunnusluku. Taulukon etuna on mahdollisuus sisällyttää siihen yksityiskohtaisempaa tietoa, kuvio eli graafinen esitys antaa taas selkeän yleiskuvan visuaalisessa muodossa. Tunnusluvut, kuten keskiarvo, sisältävät yleensä etenkin yksittäisenä elementtinä vielä vähemmän informaatiota, mutta tarkoituksenmukaisessa tilanteessa selkeyttävät kyllä asiaa helposti. (Valli 2015, 230-231.)

Taulukot ovat taloudellinen ja objektiivinen tapa esittää lukuja pienessä tilassa ja sen avulla lukija voi vertailla esitettyjä lukuja tehden niistä omia johtopäätöksiä. Taulukot sopivat erityisesti raportteihin, esityksissä niitä tulee käyttää harkiten sillä niiden tutkiminen vie aikaa. Taulukon hyvä visuaalinen suunnittelu lisää sen luettavuutta. Taulukkoa tehdessä tulee muistaa seuraavat asiat: Se tulee numeroida ja nimetä, sekä muokata mahdollisimman yksinkertaiseksi ja selkeäksi. Otsikosta tulee ilmetä kuvatun ilmiön paikka ja aika, käytetyt mittayksiköt ja prosenttilaulukossa perusarvo. Alaviitteessä ilmoitetaan tarvittaessa lähteet ja luotettavuuteen liittyvät tekijät. Tekstissä on hyvä kommentoida ja analysoida taulukosta ilmenevät pääasiat. (Heikkilä 2014, 144-145.) Pääasiassa työssä esitettiin yhden muuttujan taulukoita, mutta osin hyödynnettiin myös kahta muuttujaa vertailevaa taulukoita, kun arvioitiin yhteistyötä perhehoitajan kanssa. Tällöin vertailtiin alle puoli vuotta ja yli puoli vuotta perhehoitoa käyttäneiden vastaajien vastauksia. Lisäksi työssä tuloksia on esitetty graafisessa muodossa eli kuvioiden avulla. Kun taulukossa oleellista on tarkkuus, ovat kuvat taas nopean tiedonvälityksen välineitä. Myös kuvion tulee olla selkeä ja yksiselitteinen eikä se saa vääristää tietoihin liittyvää sanomaa. Yleensä kuvioilla kuvataan aineiston keskeisimpiä tuloksia ja samalla sen tehtävänä on saada katsoja kiinnostumaan asiasta ja rohkaista tekemään vertailuja kuvion eri osien välillä. Ne muodostavat kiinteän kokonaisuuden muun aineiston kuvauksen (tässä tapauksessa mm. taulukoiden ja tekstin) kanssa. (Heikkilä 2014, 148-149.)

Aineistoa käsiteltäessä ja analysoitaessa on tärkeä pohtia myös tulosten luotettavuutta ja hyvässä tutkimuksessa tutkija arvioikin koko tutkimuksen luotettavuutta käytettävissä olevien tietojen perusteella. Luotettavuuden kannalta merkityksellistä on siis tarpeeksi suuri ja edustava otoskoko, korkea vastausprosentti sekä hyvin laaditut kysymykset, jotka mittaavat oikeita asioita kattaen koko tutkimusongelman. Mittaamisen luotettavuuden ensimmäinen edellytys on se, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Mittauksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin kautta, jotka muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Validiteetti kuvaa sitä, kuinka on onnistuttu mittaamaan sitä mitä pitikin. Kyselytutkimuksessa tähän vaikuttaa ensisijaisesti valitut kysymykset, eli onko niiden avulla mahdollista saada vastaus tutkimuskysymykseen. Validiteettiin vaikuttavat mm. mahdolliset tulosten

tarkkuuteen vaikuttavat satunnaisvirheet sekä vakavammassa tapauksessa tilastoharhaa luovat systemaattiset virheet, jotka voivat johtua esimerkiksi huonosti muotoillusta kysymyksestä. Reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Sisäinen reliabiliteetti voidaan todeta mittaamalla sama tilastoyksikkö useamman kerran ja tarkastelemalla pysyykö tulos samana. Ulkoista reliabiliteettiä voidaan arvioida sen perusteella, onko mittaus toistettavissa muissa tutkimuksissa tai tilanteissa. Reliabiliteettiin vaikuttavat mm. satunnaisvirheet sekä tiettyyn pisteeseen asti otoskoko – Mitä pienempi otos on, sen sattumanvaraisempia ovat myös tulokset. (Heikkilä 2014, 176-178.)

Lopuksi aineistosta tehdään johtopäätöksiä ja yleistyksiä. Määrällisessä tutkimuksessa ja aineistossa pohditaan, voidaanko saatu tulos yleistää johonkin toiseen, vastaavaan tapaukseen. (Valli 2015, 237-238.) Oleellista tuloksien käsittelyssä on myös niiden raportointi ja julkaisu – ilman tuloksien julkaisua tutkimuksella ei ole suurtakaan merkitystä. Raportoinnin tärkein päämäärä on saada tulokset helposti tulkittavissa olevaan muotoon, jotta niitä voitaisiin käyttää päätöksenteon tukena. Raportista tulee selvittää kaikki tutkimusongelman kannalta oleelliset tulokset. On myös tärkeää huomioida, että yleensä lukijalle ainoa kosketuskohta tutkimukseen on siitä tehty ja julkaistu raportti – hän näkee vain sen, mitä raportissa on kuvattu ja tekee johtopäätöksensä sen pohjalta. Hyväkin tutkimus voidaan siis pilata huonosti tehdyllä raportilla. Tutkijan on raporttia tehdessään tehtävä mm. rajaukseen liittyviä, subjektiivisia valintoja, jotka vaikuttavat myös lukijan tekemään tulkintaan. Hyvässä raportissa onkin mukana asioita, jotka helpottavat myös lukijan orientoitumista aihepiiriin. (Heikkilä 2014, 175-178.)

6 KYSELYN TULOKSET

Paperikysely (liite 1) lähetettiin yhteensä 160 pirkanmaalaiselle perheelle, joiden kehitysvammaiselle lapselle on tarjottu tai järjestetty yksikön kautta lyhytaikaista perhehoitoa vuosien 2012-2017 välillä. Vastauksia kertyi 34 ja vastausprosentti oli siten 21,25%. Kysely luotiin ja aineisto kerättiin Webropol-verkkokyselyohjelmalla. Webropolin luomia yhteenvetoja hyödynnettiin aineiston käsittelyssä ja analysoinnissa. Lisäksi hyödynnettiin Webropol Analytics –työkalua, jolla oli mahdollista tehdä aineistosta tarkempia havaintoja ja esimerkiksi vertailla eri ryhmien vastauksia.

Kyselyn vastaajajoukkoa ei rajattu ennalta, vaan kysely postitettiin kaikille perheille, joille tilapäisen perhehoidon palvelua oli järjestetty tai tarjottu. Vastausprosentti jäi pieneksi, joten tulokset eivät anna totuutta koko joukon mielipiteistä, mutta ne antavat aiheeseen katsauksen omassa laajuudessaan ja kertovat osaltaan palvelua käyttäneiden perheiden kokemuksesta. Esiin nousseet asiat ovat teemoiltaan sellaisia, että niiden huomioiminen on todennäköisesti kannattavaa ja mielestäni tämän opinnäytetyön

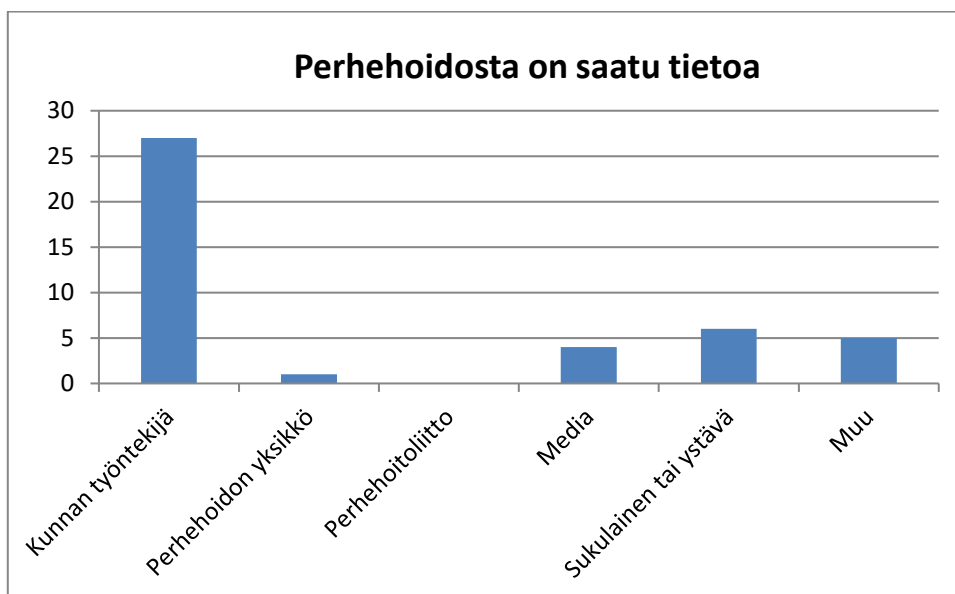
tuloksia voidaan kuitenkin siinä määrin yleistää, koska niitä voidaan hyödyntää kehitysvammaisten lyhytaikaisen perhehoidon laadun arvioinnissa ja kehittämistarpeiden kartoittamisessa.

Vastaajista 10 oli käyttänyt tilapäistä perhehoitoa aiemmin ja heistä 21 määrää käyttää sitä tällä hetkellä. Liki puolet vastaajista oli käyttänyt tilapäistä perhehoitoa 1-4 vuotta. Pääsääntöisesti perheet olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun, yhteistyöhön perhehoitajan kanssa ja kokivat saaneensa tukea perheelleen. Myös mahdollisia kehittämiskohteita nousi esiin. Mielenkiintoista on, että sekä vastaajien arvostamisessa asioissa, että ilmenneissä kehittämiskohteissa toistui samoja teemoja. Voidaan siis olettaa, että perhehoitajilla on olemassa paljon hyviä käytäntöjä ja kokemuksenkin kartuttamaa tietoa ja taitoa, joita kannattaisi kehittää ja jakaa eteenpäin. Kyselyn tuloksia käydään tarkemmin läpi luvun alakappaleissa.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Koska yksi yksikön tehtävistä on markkinoida perhehoitoa ja edistää sen näkyvyyttä, halusimme kysyä vastaajilta mistä he ovat saaneet tietoa lyhytaikaisesta perhehoidosta (kysymys 1). Kysymyksessä oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Kysymykseen vastasivat kaikki mukaan otetut 34 vastaajaa ja vastauksia oli yhteensä 43 kappaletta. Näin ollen osa vastaajista oli saanut tietoa perhehoidosta vähintäänkin kahta eri kautta.

Taulukko 2. Mistä olette saaneet tietoa perhehoidosta? (Kysymys 1)



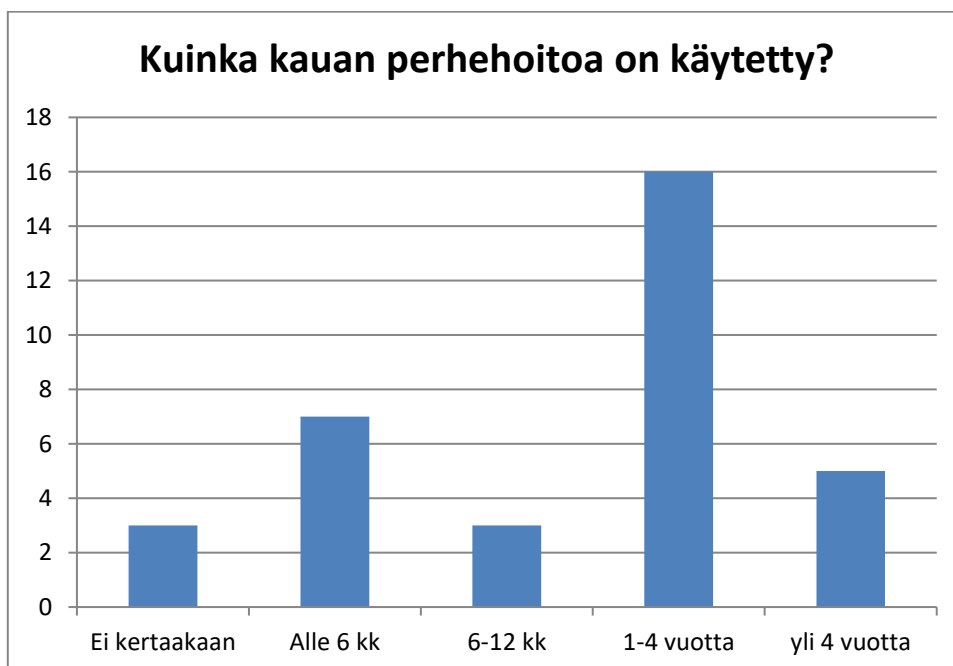
Suurin osa vastaajista (79%) oli saanut perhehoidosta tietoa kunnan työntekijältä. Kunnan työntekijä valittiin kategoriaksi siksi, että sisältäisi muutkin työntekijät kuin perheen oman sosiaalityöntekijän tai palveluohjaa-

jaan. Tämä oli ilmeisesti kuitenkin hieman epäselvä vaihtoehto, sillä avoimeen vastausvaihtoehtoon annetuista vastauksista löytyivät kehitysvammamasosiaalityöntekijä (1 vastaus) sekä kuntoutusohjaaja (2 vastausta), jotka olisivat myös laskettavissa kunnan työntekijöiksi. Nämä huomioiden kunnan työntekijöiltä tietoa perhehoidosta olisi saanut 88% vastaajista.

Lisäksi avoimessa vastausvaihtoehdossa oli mainittu kehitysvammapoliklinikka (1 vastaus) sekä vertaistukitapaaminen ja Tampereen kehitysvammaisten tuki ry. Tästä voi päätellä, että tietoa perhehoidosta on mahdollista levittää myös järjestöjen kautta. Vastaajista 18% olivat saaneet tietoa perhehoidosta myös sukulaiselta tai ystävältä. Median kautta tietoa oli saanut 12% ja perhehoidon yksiköstä yksi vastaaja. Kukaan ei ollut maininnut tiedonlähteeksi perhehoitoliittoa, mikä herättää ajatuksen, ettei perhehoitoliitto ole kovin näkyvä taho asiakasperheille.

Koska kysely lähetettiin myös kaikille perheille, joille perhehoitoa oli tarjottu, kartoitettiin seuraavaksi (kysymys 2) kuinka moni vastaajaperheistä lopulta oli käyttänyt lyhytaikaista perhehoitoa. Samalla kysymyksellä selvitettiin, kuinka kauan perhehoitoa käyttäneet perheet olivat perhehoitoa käyttäneet. Tässä on huomioitava, että osa vastaajista käyttää perhehoitoa tälläkin hetkellä ja osan kohdalla se on jo päättynyt. Liki puolet vastaajista (47%) on käyttänyt perhehoitoa tähän mennessä tai yhteensä 1-4 vuoden ajan. Korkeintaan vuoden ajan perhehoitoa oli käyttänyt 29% ja yli 4 vuotta 15% vastaajista. 21% oli käyttänyt perhehoitoa alle puoli vuotta.

Taulukko 3. Kuinka kauan kyselyyn vastanneet ovat perhehoitoa käyttäneet (Kysymys 2)



Perheet (3kpl), jotka eivät olleet käyttäneet lyhytaikaista perhehoitoa, vastasivat vielä kysymyksiin 3-4. Muut (31 perhettä) siirtyivät suoraan viidennen kysymyksen. Kolme vastaajista eivät olleet käyttäneet lyhytaikaista

perhehoitoa, koska (kysymys 3) sopivaa perhehoitajaa ei ollut löytynyt tai he olivat päätyneet järjestämään lapsen hoidon jollakin muulla tavalla.

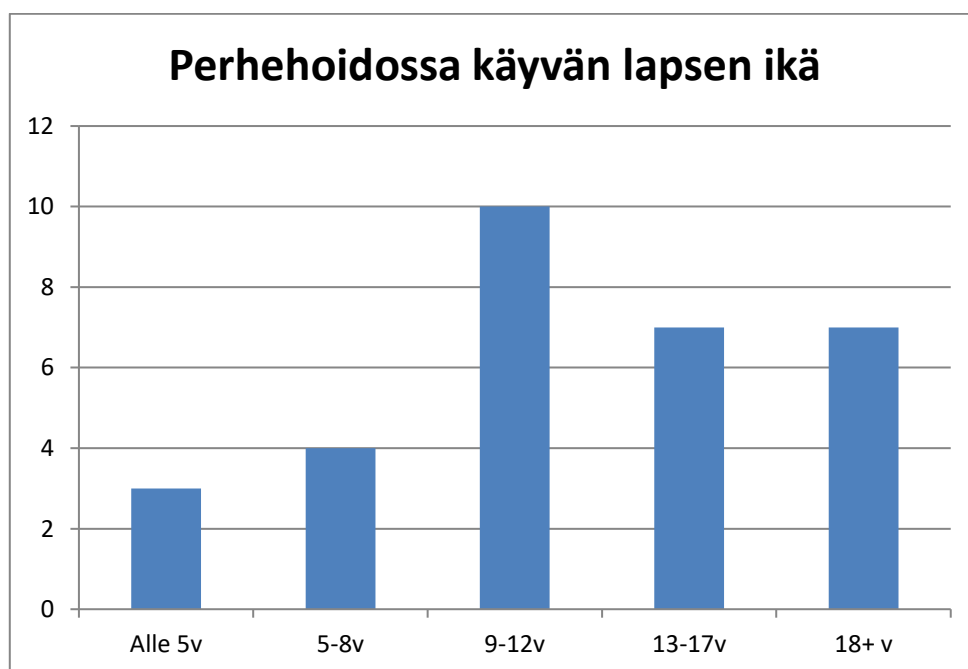
Avoimessa kysymyksessä (4. Mikä saisi teidän valitsemaan perhehoidon jatkossa?) kertyi yhteensä 5 vastausta, vaikka siihen vastausta pyydettiin vain niiltä perheiltä, jotka eivät ole perhehoitoa käyttäneet. Näiden kolmen perhehoitoa käyttämättömän perheen vastaukset olivat kuitenkin tunnistettavissa ja ne avasivat syitä ratkaisulle lisää.

Kaksi vastaajista koki, että ratkaisevaa olisi sijainti, eli perhehoitajan löytyminen läheltä omaa kotia tai hyvien kulkuyhteyksien päästä. Kaksi vastaajista mainitsi myös sen, että valitsisivat perhehoidon, mikäli löytyisi heidän lapsensa tarpeisiinsa sopiva perhehoitaja, jolla olisi realistinen käsitys sekä työstä että lapsen tarvitseman tuen tarpeesta. Tähän avuksi vastaaja toivoi vahvempaa ennakkokoulutusta.

Lisäksi yhdessä vastauksessa mainittiin, että valintaan vaikuttaisi se jos lapsen ja vanhempien sekä perhehoitajan väliset henkilökiemiat kohtaisivat. Tämän voisi tulkita liittyvän myös perheen ”sopivaksi” kokeman perhehoitajan ominaisuudeksi. Yksi vastaaja kertoi, että perhehoito valittaisiin, mikäli heille löytyisi kotiin tuleva hoitaja, sillä lapsella on niin paljon apuvälineitä.

Seuraavaksi tiedusteltiin (kysymys 5) perhehoitoa käyttäneiltä, minkä ikäinen heidän perhehoidossa käyvä lapsensa on tällä hetkellä tai oli perhehoidossa käydessään. Kysymykseen vastasivat kaikki perhehoitoa käyttäneet 31 vastaajaa.

Taulukko 4. Perhehoidossa käyvän lapsenne ikä? (Kysymys 5)

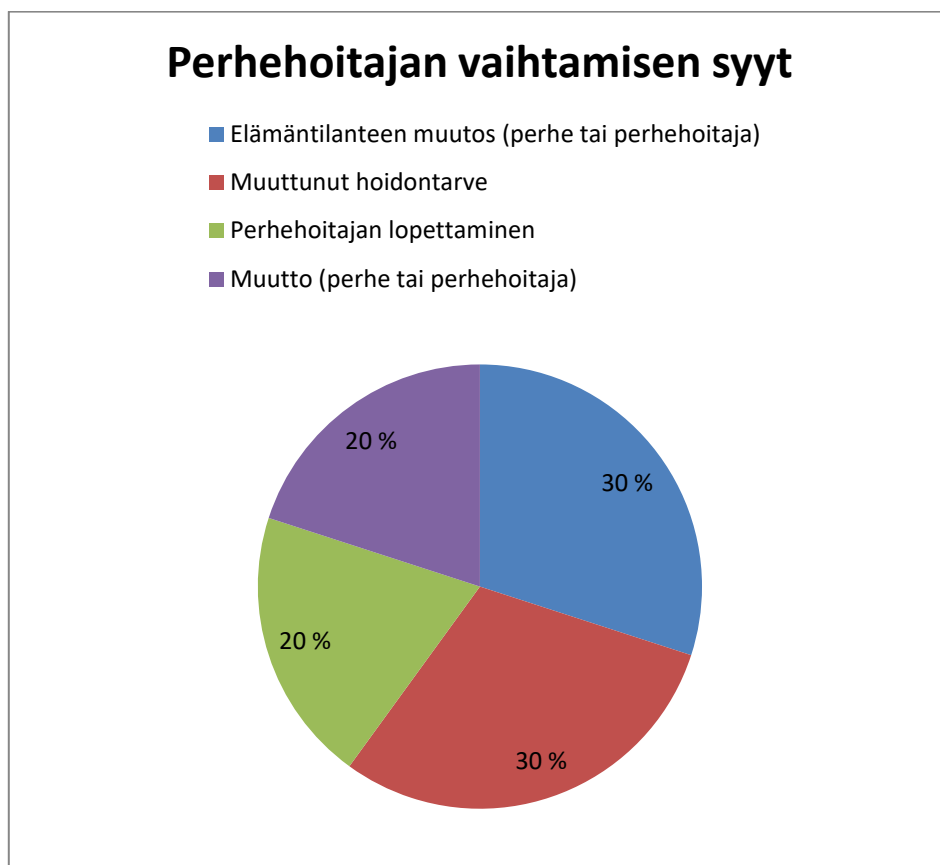


Taulukkoon on merkitty valmiisiin vastausvaihtoehtoihin vastanneiden perheiden vastaukset ja avoimista vastauksista lapsen ikä perhehoidon alkaessa. Kysymyksen avoin vastausvaihtoehto oli niille perheille, joiden lapsi ei tällä hetkellä käy perhehoidossa. Avoimeen kohtaan vastasi kuusi vastaajaa. Heiltä tiedusteltiin, minkä ikäinen lapsi oli perhehoidossa käydessään. Tämä osoittautui tulosten taulukoinnin kannalta hankalasti muotoilluksi kysymykseksi, sillä osa lapsista on käynyt perhehoidossa useamman vuoden ajan ja täten sijoittuivat useampaan kuin yhteen kategoriaan. Tätä en osannut ennakoida kysymystä muotoillessa, mutta ratkaisin asian merkitsemällä taulukkoon lapsen iän perhehoidon alkaessa.

Tämän kysymyksen perusteella voitaisiin siis tehdä johtopäätös, että kysymykseen vastanneista perheistä kuusi ei käytä perhehoitoa tällä hetkellä ja 25 käyttää. Asiaa tiedusteltiin kuitenkin erikseen myös kysymyksessä 8, johon vastanneista 31 vastaajasta vain 21 kertoi käyttävänsä lyhytaikaista perhehoitoa tällä hetkellä. Epäselväksi jäi näiden kysymysten luoma ristiriita. Todennäköisesti osa vastaajista ei ole huomannut 5. kysymyksen avointa vastausvaihtoehtoa tai oli ymmärtänyt kysymyksen väärin. Myös tämän olisi mahdollisesti voinut välttää paremmalla kysymyksen muotoilulla ja asettamalla kysymyksen numero 8 tämän kysymyksen edelle.

Myöhempiä vastauksia ja vastausmääriä tulkitessa voidaan kuitenkin todeta, että 34:stä kyselyyn vastanneesta perheestä 3 ei ole aloittanut perhehoitoa lainkaan, 10 on käyttänyt sitä aiemmin ja 21 vastannutta perhettä käyttää perhehoitoa tälläkin hetkellä.

Lisäksi haluttiin kysyä (kysymys 6), kuinka moni vastaajaperheistä oli vaihtanut perhehoitajaa. Vastaajista 5/31 oli vaihtanut perhehoitajaa yhden tai useamman kerran. Tästä huolimatta avoimeen kysymykseen (7.) ”Mistä syystä olette vaihtaneet perhehoitajaa?” kertyi seitsemän vastausta. Näistä yksi oli selkeästi ylimääräinen (”ei ole ollut aihetta vaihtaa”), mutta silti vastauksia oli edelliseen kysymykseen yksi liikaa. Vastauksista yksi antoi ymmärtää, että perhehoitajan vaihtuminen oli tapahtunut jo kesken ”valintaprosessin”, joka saattaa selittää ristiriidan.

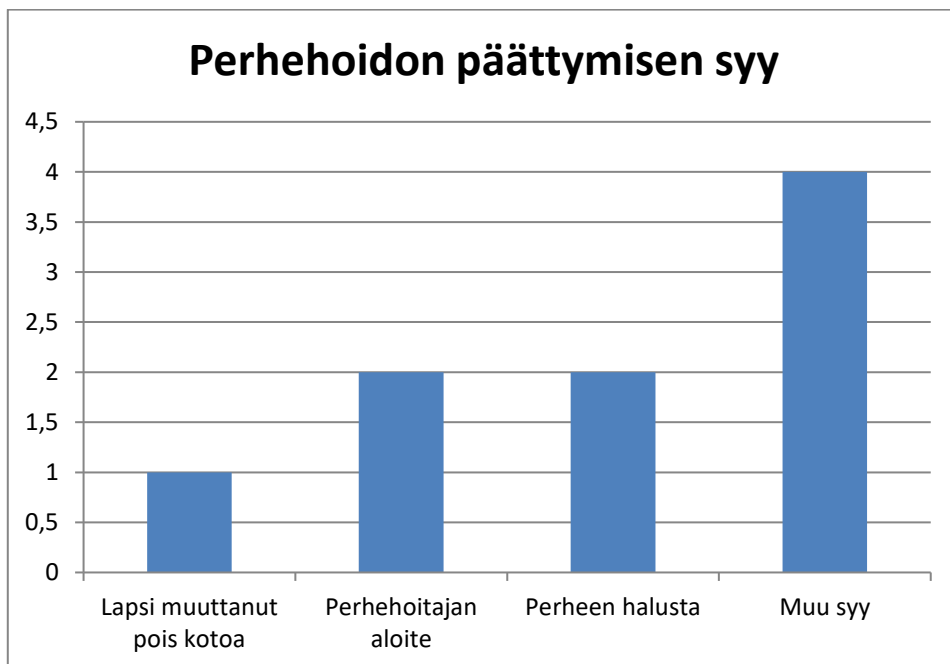


Kuva 4. Vastaajien mainitsemat syyt perhehoitajan vaihtamiselle.

Avoimissa vastauksissa annettuja syitä perhehoitajan vaihtumiselle löytyi sekä hoitajasta (3kpl) että perheestä itsestään (4kpl) johtuvia syitä. Syyt olivat pääasiassa samankaltaisia, esimerkiksi jommankumman osapuolen elämäntilanteen muutos. Lisäksi syiksi mainittiin lapsen hoitoisuuteen liittyvä tai muu muutos terveydentilassa/hoidontarpeessa, perhehoitajan lopettaminen tai jommankumman osapuolen muutto tai liian pitkä etäisyys.

Jo aiemmin mainitussa kysymyksessä (8.) selvisi siis, että vastaajista 10 ei käyttänyt perhehoitoa tällä hetkellä. Heiltä kysyttiin (kysymys 9) seuraavaksi syytä tähän. Heistä yhdeksän vastasi kysymykseen.

Taulukko 5. Perhehoidon päättäneiden mainitsemat syyt (Kysymys 9)



Avoimiin vastausvaihtoehtoisin tuli yhteensä kuusi vastausta. Näistä selvisi, että kahdella vastaajista perhehoidon tarve on jo alunperin ollut tilapäistä, yhden kohdalla perhehoito on päätynyt lapsen tullessa täysi-ikäiseksi ja yhdessä vastauksessa perhehoidon päättymisen syyksi mainittiin opiskelu, muttei tarkennettu kenen opiskelusta oli kysymys.

Kaksi vastaajaa mainitsi syyksi erimielisyydet perhehoitajan kanssa tai kyseisen perhekodin sopimattomuuden lapselle. Tämä herätti kysymyksen siitä, millaisista erimielisyyksistä tai sopimattomuudesta on ollut kysymys ja olisiko tilanteeseen voitu vaikuttaa tarjoamalla apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

6.2 Yhteistyö perhehoitajan kanssa

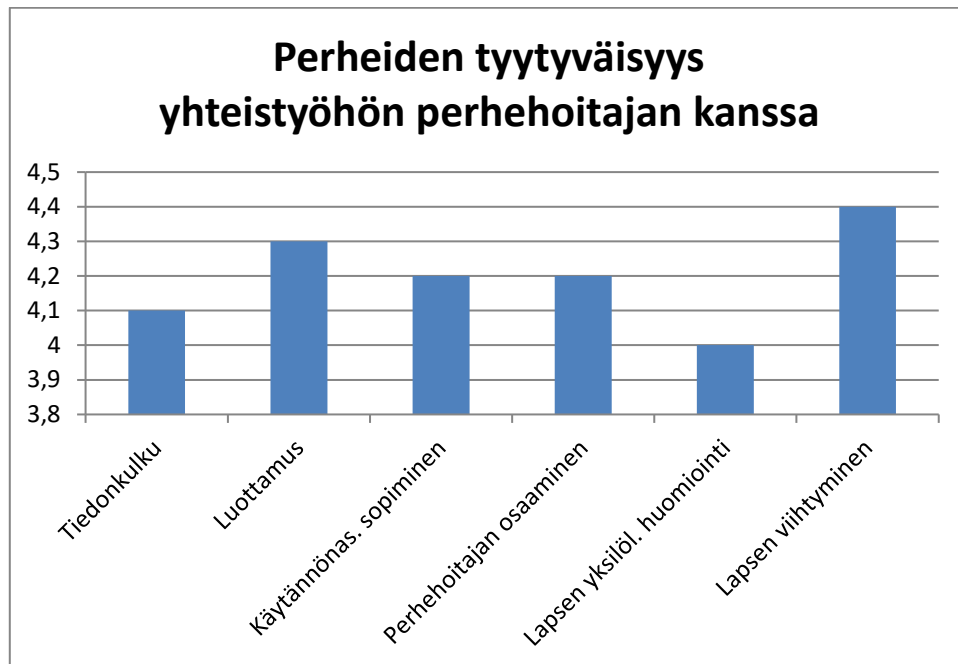
Seuraavaksi vastaajia pyydettiin arvioimaan yhteistyötä nykyisen tai viimeisimmän perhehoitajan kanssa (kysymys 10). Kysymykseen vastasivat kaikki 31 perhehoitoa käyttänyttä vastaajaa. Perheitä pyydettiin arvioimaan asteikolla 1-5 sitä, kuinka mainitut asiat ovat heidän mielestään sujuneet.

Arviointiasteikossa oli määritelty vaihtoehdot seuraavasti:

1= Ei lainkaan, 2 = Heikosti, 3 = Melko hyvin, 4 = Hyvin ja 5 = Erittäin hyvin

Vastaajien oli mahdollista valita myös vaihtoehto ”En osaa sanoa”, jolle en antanut numeraalista arvoa, jotta keskiarvo ei vääristyisi. Webropol-ohjelma ei ilman numeroa annettua vastausta tunnista, joten niiden kohtien osalta (3kpl) joihin oli tämä vaihtoehto vastattu, laskin keskiarvot uudelleen. Kaikkien vastauksien keskiarvoksi asteikossa 1-5 tuli 4,2.

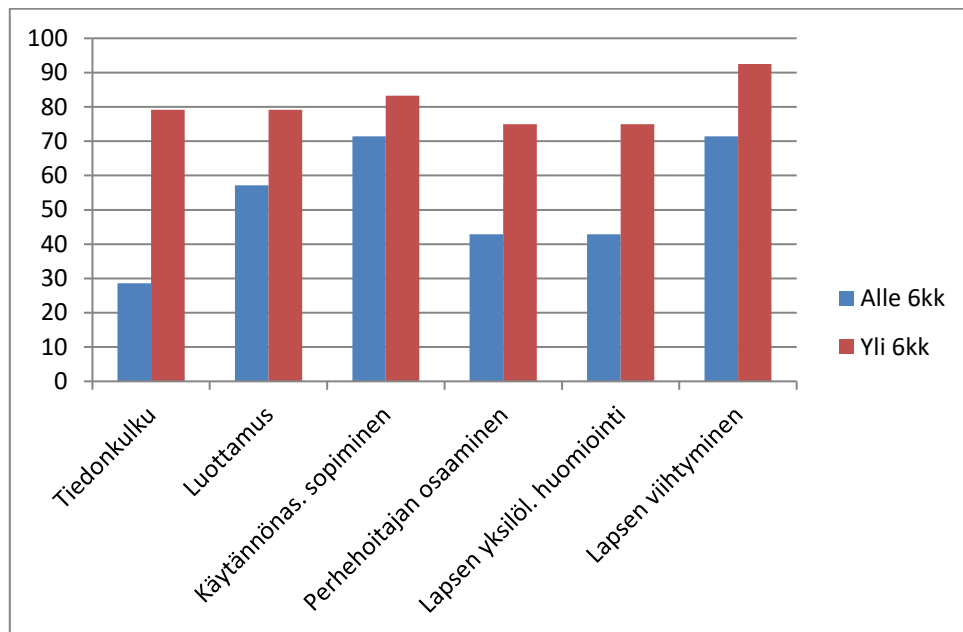
Taulukko 6. Tyytyväisyys yhteistyöhön asteikolla 1-5, keskiarvo (Kysymys 10)



Pääosin vastaajat olivat siis tyytyväisiä perhehoitajan kanssa tehtyyn yhteistyöhön. Erityisen tyytyväisiä oltiin luottamukseen ja lapsen viihtymiseen perhehoidossa. Lapsen yksilöllinen huomioiminen sai hieman muita enemmän matalia arvosana, mutta erot vastauksien keskiarvoissa olivat kaikkiaan pieniä. Tämä voisi kuitenkin olla yksi tärkeä teema korostaa entisestään perhehoitajien valmennuksessa ja työnohjauksessa.

Lisäksi tein vertailua perheiden tyytyväisyydestä yhteistyöhön vertailemalla Webropol Analytics-työkalun avulla perheitä, jotka ovat käyttäneet perhehoitoa alle puoli vuotta niin perheisiin, jotka olivat käyttäneet perhehoitoa pidempään. Vertailun avulla halusin etsiä, nousisiko aineistosta esiin erityisesti joitakin kohtia, jotka olisivat voineet vaikuttaa perhehoidon päättymiseen varhaisessa vaiheessa.

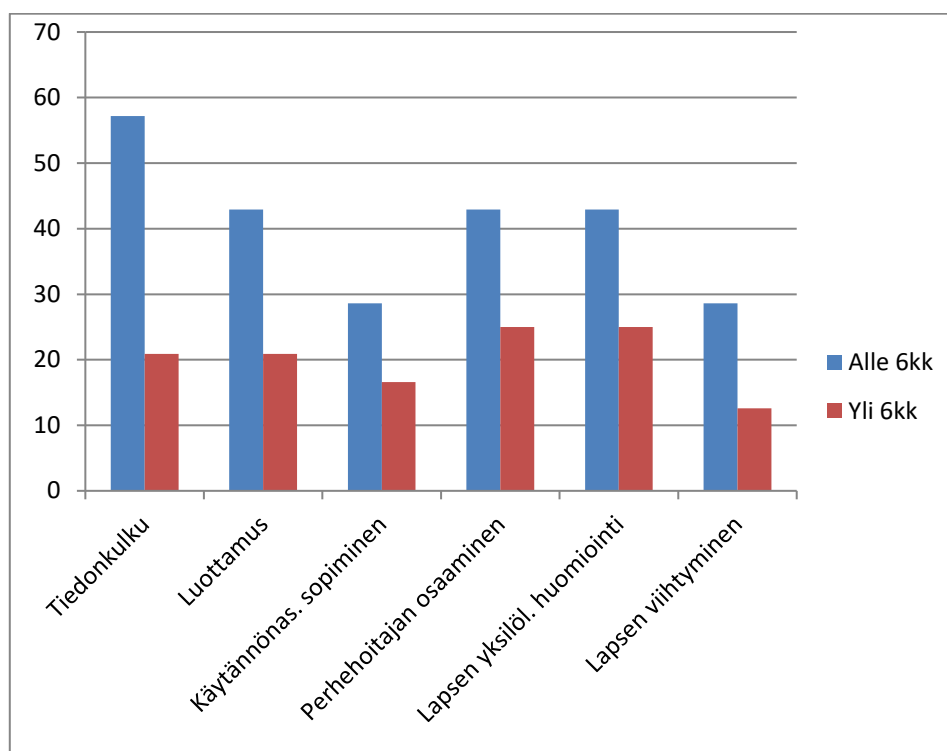
Taulukko 7. Arvosanan 4-5 antaneet (% vastaajista)



Vertailun perusteella alle puoli vuotta perhehoitoa käyttäneistä vastaajista puolestaan eniten tyytyväisiä (arvosana 4-5) oltiin käytännön asioista sopi- miseen (71,4% vastaajista) ja lapsen viihtymiseen perhehoidossa (71,4% vastaajista). Luottamukselle arvosanan 4-5 antoi heistä 57,1%. Yli puoli vuotta perhehoitoa käyttäneet vastaajat olivat tämän jaottelun mukaan yleisesti ottaen tyytyväisempiä yhteistyöhön perhehoitajan kanssa, sillä jokaiseen kohtaan arvosanan 4 tai 5 antoi heistä vähintäänkin 75%.

Tämän perusteella voidaan ajatella, että kun perheelle sopiva perhehoitaja löytyy ja yhteistyö toimii hyvin, sitoutuvat perheet palveluun ja pysyvät asiakkaina pidempään. Kun verrataan näiden kahden ryhmän vastauksia, voidaan havaita, että erityisesti tiedonkulkuun, perhehoitajan osaamiseen ja lapsen yksilölliseen huomioimiseen ovat perhehoitoa kauemmin (yli 6kk) käyttäneet tyytyväisempiä kuin perhehoitoa alle 6kk käyttäneet.

Taulukko 8. Arvosanan 1-3 antaneet (% vastaajista)

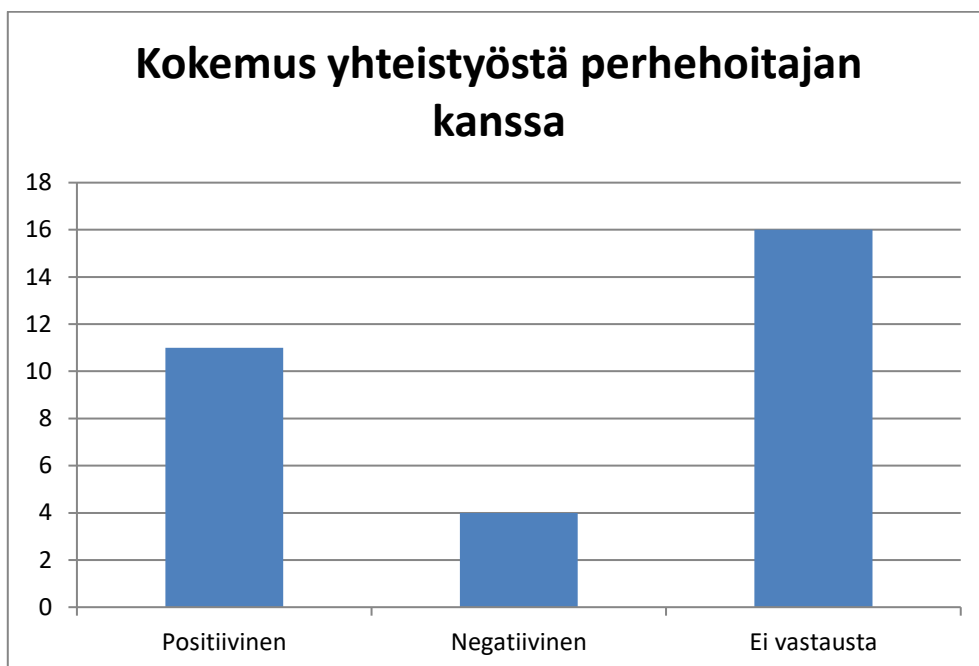


Vastauksista tyytymättömyyttä alle puoli vuotta perhehoitoa käyttäneiden osalta olikin tulkittavissa erityisesti kohdistuen tiedonkulkuun, jolle arvosanan 1-3 antoi 57,2% vastaajista. Yli puoli vuotta perhehoitoa käyttäneistä tiedonkululle arvosanan 1-3 antoi puolestaan 20,9% vastaajista. Lisäksi 42,9% alle puoli vuotta perhehoitoa käyttäneistä antoivat arvosanan 1-3 kohdille luottamus, perhehoitajan osaaminen sekä lapsen yksilöllinen huomioiminen.

Lisäksi esitettiin avoin kysymys (11), jossa sai kertoa halutessaan lisää yhteistyöstä perhehoitajan kanssa. Avoimeen kysymykseen kertyi 15 vastausta, mikä tarkoittaa, että noin joka toinen vastaaja vastasi kysymykseen. Vastauksissa oli myös melko paljon hajontaa. Niitä käsiteltiin kuitenkin laadullisen sisällönanalyysin keinoin teemoitellen ja luokitellen ja esiin nousi hieman tarkempaa kuvausta kokemuksista perhehoitajien kanssa tehtävästä yhteistyöstä.

Kannattaa kuitenkin huomioida, etteivät ryhmien erot ole kovin isoja ja perhehoitoa alle puoli vuotta käyttäneetkin ovat pääosin tyytyväisiä palveluun. Eroihin voi vaikuttaa esimerkiksi se, että erimielisyyksien vuoksi perhehoidon päättäneet ovat lopettaneet sen melko pian ja siten heidän antamansa arvosanat vaikuttavat tämän ryhmän keskiarvoissa.

Taulukko 9. Vastaajien kokemuksia yhteistyöstä perhehoitajan kanssa (kysymys 11)



Positiiviset kokemukset olivat hyvin linjassa aiemman, numeerisesti arvioitavan kysymyksen tuloksien kanssa. Positiivisia kokemuksia kuvanneista suurin osa olikin tyytyväisiä useampaan kuin yhteen yhteistyön osa-alueeseen.

Hyviä kokemuksia perheillä oli erityisesti perhehoitajan pysyvyydestä ja tuuksi tulemisesta (5 vastausta) sekä hyvän yhteistyön elementeistä, kuten luottamuksesta ja hyvästä tiedonkulusta (4 vastausta). Myös perhehoitajan ymmärtävä tai empaattinen asenne sai kiitosta (3 vastausta). Hyviä kokemuksia oli myös lapsen sopeutumisesta perhehoitoon (4 vastausta). Lisäksi yleisesti kaikkeen tyytyväisiä oli kaksi vastaajaa. Kaksi vastaajista mainitsi myös sen, että olivat erityisen tyytyväisiä kotona käyvän hoitajan järjestymiseen.

Hän tekee työtä sydämellään ja yrittää aina mieltä asiaa lapsen kannalta...

Todella hyvin toimivaa, ymmärtävää ja rohkaisevaa.

(Lapsi) Tykkää mennä ja olla siellä.

(Tieto) Kulkee muutenkin kuin vain silloin kun lapsi siellä hoidossa.

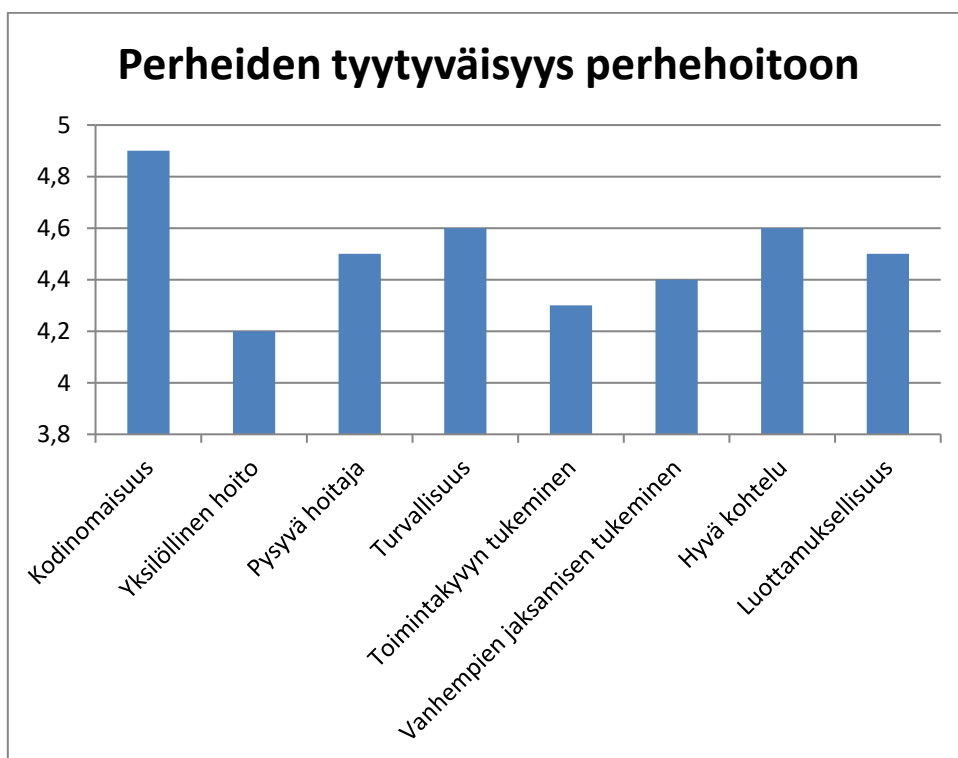
Negatiiviset kokemukset olivat yksittäisiä (4 vastausta), mutta niitä yhdisti vanhempien kokemus puutteellisesta tai ristiriitaisesta vuorovaikutuk-

sesta ja yhteistyön hankaluudesta, huoli tai epäily lapsen yksilöllisen huomioimisen toteutumisesta sekä kokemus tai huoli koskien sitä, ettei perhehoitaja pärjää lapsen kanssa.

6.3 Perhehoidon laatu ja sisältö

Seuraavaksi (kysymys 12) vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka eri lähteissä perhehoidon vahvuuksiksi kuvatut asiat ovat heidän mielestään toteutuneet heidän saamassaan lyhytaikaisessa perhehoidossa. Kysymyksen vastasivat kaikki 31 vastaajaa, joille lyhytaikaista perhehoitoa oli järjestetty. Yksi vastaajista jätti vastaamatta ”luottamuksellisuus” -kohtaan. Arviointiasteikko oli sama, kuin perhehoitajan kanssa tehtävää yhteistyötä arvioivassa kysymyksessä. Myöskään tässä kysymyksessä ”En osaa sanoa” -vaihtoehdolle ei annettu numeraalista arvoa. Näiden vastausten osalta laskin vastausten keskiarvon uudelleen.

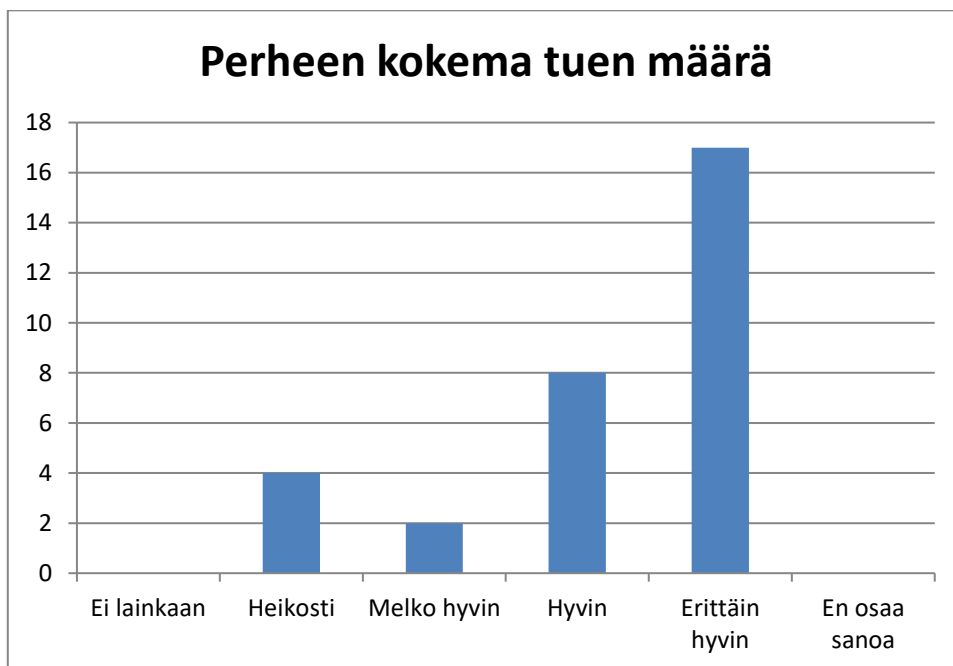
Taulukko 10. Perheiden tyytyväisyys tilapäiseen perhehoitoon, keskiarvot (Kysymys 12)



Myös tämän kysymyksen keskiarvot olivat yleisesti ottaen hyviä ja vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Kaikkien annettujen vastauksien (1-5) keskiarvo oli 4,5. Aavistuksen muita matalammiksi arvioiduiksi vastausjakaumasta erottuivat yksilöllinen hoito ja toimintakyvyn tukeminen, jonka voi tulkita liittyväksi yksilölliseen hoitoonkin, sekä vanhempien jaksamisen tukeminen.

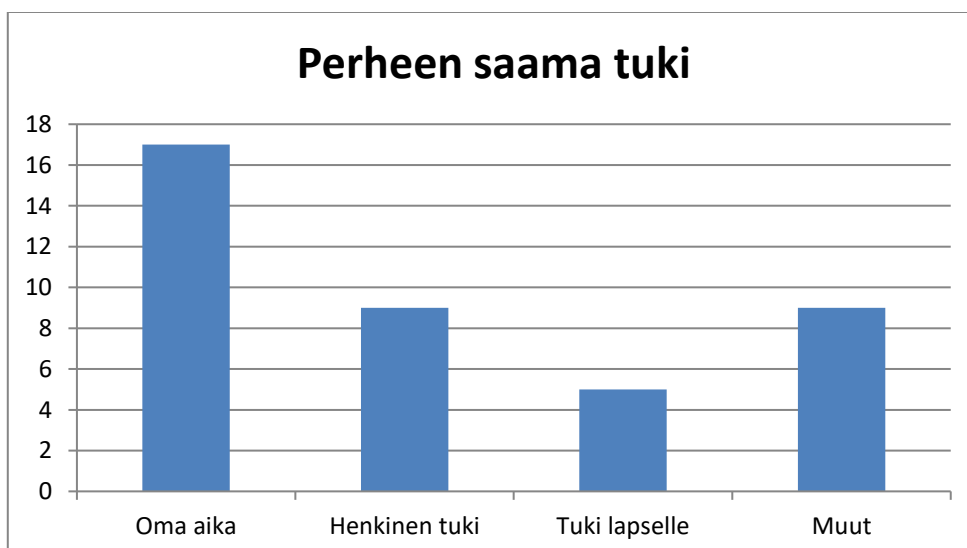
Näihin lisäselitystä löytyi seuraavasta avoimesta kysymyksestä (14), jossa kysyttiin, kuinka perhehoito on perhettä tukenut. Ensin saatua tukea pyydettiin kuitenkin arvioimaan (kysymys 13) edellisiä kysymyksiä vastaavalla asteikolla 1-5. Kysymykseen vastasivat kaikki 31 perhettä. Vastaajista 81% koki, että perhehoito on tukenut heidän perheettään joko hyvin tai erittäin hyvin. Heikosti tukea perheelleen koki saaneensa 4 vastaajaa ja melko hyvin tukea 2 vastaajaa.

Taulukko 11. Perheet kokivat saaneensa tukea perhehoidosta (Kysymys 13)



Avoimen kysymyksen (14. Miten perhehoito on tukenut teidän perhettänne?) vastaukset käsiteltiin jälleen laadullisen sisällönanalyysin keinoin teemoitellen ja luokitellen.

Taulukko 12. Perheen perhehoidon kautta saama tuki (Kysymys 14)



Niiden perusteella korostui erityisesti vanhempien saama tuki sekä omalle jaksamiselleen oman ajan (17 vastaajaa) että koetun henkisen tuen (9 vastaajaa) muodossa. Henkisellä tuella tarkoitan tässä vastaajien kokemaa, perhehoitajalta saamaa ymmärrystä, empatiaa ja esimerkkejä käytännön vinkkejä arkeen lapsen kanssa.

Itse ajattelen, että hyvin toimiva vuorovaikutus perhehoitajan kanssa antaa vanhemmille vahvemman kokemuksen vastuun jakamisesta ja siten tukee heitä muutenkin, kuin vain vapaa-aikaa antamalla. Vastaajien perusteella kysymys ei välttämättä ole isoista asioista, vaan koettu henkinen tuki on voitu saada esimerkiksi lyhyissä keskustelutilanteissa kun lasta on tuotu perhehoitoon tai haettu takaisin kotiin.

Hengähdystaukoja tarjoamalla

... mahdollisuuden edes jollakin tasolla ”normaaliin” elämään...

... keskustella lapsen asioista...

... saatu vinkkejä meidän arkeen...

Ymmärtänyt asioita, joita yksinhuoltajaäiti välillä käy läpi...

Lisäksi tärkeäksi tuen muodoksi esiin nousi perhehoidossa käyvän lapsen saama tuki (5 vastaajaa) sekä perhehoidon mahdollistama aika perheen muille lapsille (2 vastaajaa). Perhehoidettavaa tukevat asiat liittyvät mm. mahdollisuuteen itsenäistyä tai opetella uusia taitoja.

... lapsi saa siellä elämyksiä...

Tukenut lapsen irtautumista vanhemmista...

... toisilta lapsilta oppimista...

... sisarukset saivat enemmän omaa aikaa meidän vanhempien kanssa.

Lisäksi perhettä tukeviksi asioiksi mainittiin joustavuus (2 vastaajaa) sekä luottamuksen merkitys (5 vastaajaa). Luottamukseen sisältyy vahvasti se, että perheen vanhemmat kokevat lapsensa olevan turvallisessa ja hyvässä hoidossa.

Pystymme itsekkin rentoutumaan, kun tiedämme että lapsen on siellä hyvä olla.

Edellisessä kysymyksessä vastaajista neljä oli kokenut perheensä saaneen heikosti tukea perhehoidosta ja avoimista vastauksista kahdessa mainittiin, että perhehoito oli koettu jopa lisäkuormituksena. Näissä vastauksissa mainittiin syiksi se, ettei lapsi viihdy perhehoidossa (1 vastaus) ja perhehoitajan ristiriitainen viestintä pärjäämisestä lapsen kanssa (1 vastaus).

6.4 Avoimet kysymykset

Lopuksi vastaajilta kysyttiin (kysymys 15), mitä he perhehoidossa arvostavat. Kysymykseen vastasi 28 vastaajaa. Suurin osa mainitsi vastauksessaan kaksi tai useamman tekijän, joten käsittelin vastauksia yhtenä kokonaisuutena. Jaottelin vastauksia vanhempien ja lapsen näkökulmiin sekä perhekotiin ja perhehoitajan ominaisuuksiin liittyen.

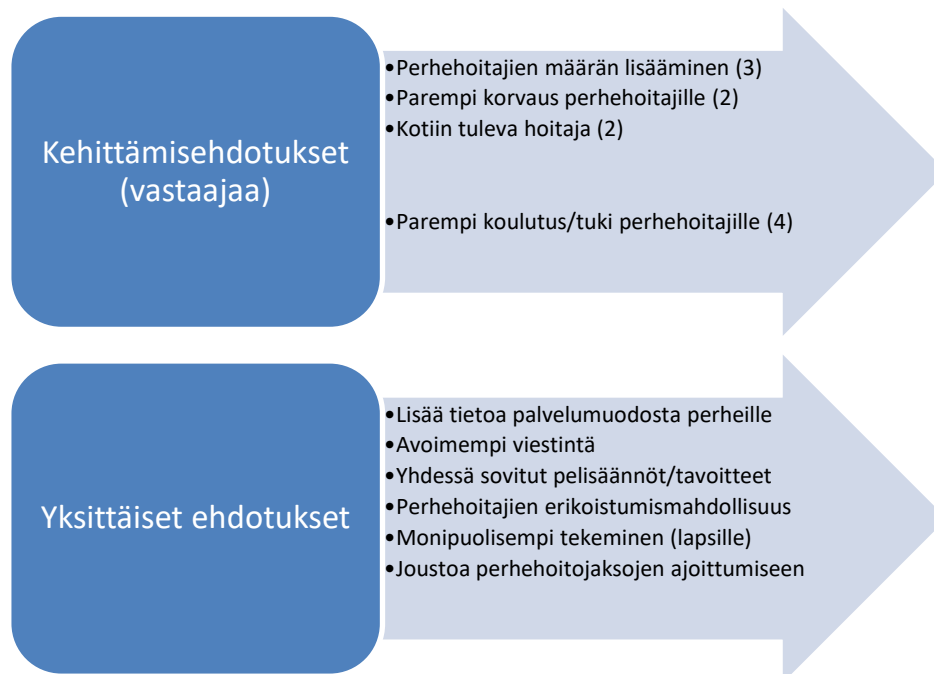


Kuva 5. Perheiden arvostamia asioita perhehoidossa (kysymys 15)

Selkeinä omina kokonaisuuksinaan esiin nousivat lapsen ja hänen tarpeidensa yksilöllinen huomioiminen, toimiva yhteistyö perheen kanssa sekä lapsen viihtyminen perhehoidossa, jotka kaikki mainittiin vastauksissa seitsemän kertaa. Viisi vastaajista arvosti sitä, että he kokivat perhehoitajan aidosti välittävän heidän lapsestaan. Kodinomaisuus mainittiin vastauksissa neljä kertaa. Lisäksi kiitosta sai (3 vastausta) perhehoidon sisältö, eli ne asiat joita lapsen kanssa perhehoidon aikana tehdään. Kaksi mainitsi vielä arvostavansa omalle jaksamiselleen saamaansa tukea.

Lisäksi yhteensä 12 kertaa mainittiin perhehoitajan ominaisuuksiin liittyviä asioita. Näitä olivat joustavuus (3 vastaajaa), turvallisuus (2 vastaajaa), luotettavuus (4 vastaajaa), tuttu hoitaja (2 vastaajaa) ja yleisesti hyväksi koettu perhe(koti) (1 vastaaja).

Kehittämisehdotuksiin (16. kysymys) vastasi yhteensä 16 vastaajaa. Tässä kysymyksessä vastauksien hajonta oli suurempaa kuin aiemmassa kysymyksessä. Vastauksissa toistui osin samoja teemoja kuin aiemmissa kysymyksissä, joten mielestäni nämä ovat vastausten pienestä määrästä huolimatta huomion arvoisia ehdotuksia.



Kuva 6. Vastaajien esittämiä kehittämiskohteita (Kysymys 16)

Yleisesti toivottiin perhehoitajien määrän lisäämistä (3 vastaajaa), parempaa korvausta perhehoitajille (2 vastaajaa) ja mahdollisuutta kotiin tulevaan perhehoitajaan (2 vastaajaa). Lisäksi yksi vastaaja toivoi, että palvelumuodosta välitettäisiin enemmän tietoa perheille.

Perhehoitajien osaamiseen tai toimintaan liittyvissä kehittämisehdotuksissa mainittiin parempi koulutus ja tuki perhehoitajille (4 vastaajaa). Lisäksi yksittäisinä ehdotuksina tuli avoimempi viestintä perhehoitajan ja perheen välillä, yhdessä sovitut pelisäännöt ja tavoitteet, perhehoitajien erikoistumismahdollisuus, monipuolisempi tekeminen (lapsille) perhehoitossa sekä enemmän joustoa hoitojaksojen ajoittumiseen. Näissä toiveissa ja ehdotuksissa näkyy mielestäni jo aiemminkin esiin noussut toimivan vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitys perheen ja perhehoitajan välillä.

7 PERHEHOIDON YKSIKÖN TYÖNTEKIJÖIDEN HAASTATTELU

Kyselyllä saadun aineiston jäätyä suppeahkoksi halusin kerryttää lisäaineistoa aineiston analyysin ja pohdinnan tueksi. Koska perhehoidosta ja erityisesti lyhytaikaisesta perhehoidosta on saatavilla melko niukasti lähdemateriaalia, tuntui järkevältä hyödyntää opinnäytetyön toimeksiantajaosapuolen ammattitaitoa ja kokemusta. Tavoitteena oli samalla esitellä keskeisimmiksi kokemiani havaintoja aineistosta ja käydä samalla keskustelua siitä, millaisia ajatuksia tai kokemuksia heillä niihin liittyen on. Samalla sain asiakaskunnalta kerättyä palautettua välitettyä suoraan yksikölle. Tästä syystä lisäkeinoksi aineistonkeruuseen valikoitui haastattelu, joka toteutettiin melko vapaamuotoisena lokakuussa 2017. Paikalla oli itseni lisäksi yksikön kaksi nimenomaan kehitysvammaisten perhehoidosta vastaavaa työntekijää.

Löyhänä teoreettisena viitekehyksenä haastattelulle toimi myös alempana esitelty Bikva-malli, vaikkei kesken tutkimusprosessin sitä pystynytäkään täysin sellaisenaan toteuttamaan. Tämän haastattelun osalta toteutui kuitenkin perusajatus käyttäjäasiakkailta kerätty palaute työntekijöiden haastattelun pohjana.

7.1 Bikva-malli

Bikva-malli on asiakaslähtöinen tapa arvioida sosiaalipalveluita. Mallin tavoitteena on osallistaa asiakkaat arviointiin ja luoda siten yhteys asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja julkisen intervention välille. Malli on alun perin luotu Tanskassa sosiaalipsykiatrian alalla ja esitelty ensimmäisen kerran 1996-97 ja se syntyi kriittistä perinteisiä (strukturoiduista) asiakastytyväisyysskyselyitä kohtaan, joiden lähtökohtana katsottiin olevan muiden asettamat kriteerit palvelulle. Ajateltiin, etteivät ne tuo esiin sitä, mitä asiakkaiden mielestä olisi tärkeä kertoa. Bikva-mallin katsottiin täydentävän tuota puutetta, sillä siinä asiakkaat määrittelevät itse arviointikysymykset omien kriteeriensä pohjalta. Asiakkaiden osallistamista on perusteltu mm. sillä, että heillä voi olla sellaista tietoa, josta voi olla hyötyä julkisen sektorin kehittämisessä. Asiakkaita osallistamalla voidaan siis saada esiin ongelmakenttiä, joista työntekijöillä tai päättäjillä ei ole tietoa. (Krogstrup 2004, 7-8.)

Bikva-mallissa arviointi käynnistyy asiakkaiden avoimella ryhmähaastattelulla, jonka tavoitteena on, että he kuvailevat saamaansa sosiaalipalvelua omasta näkökulmastaan. Osallistamisen taustalla on ajatus asiakkaiden kiinnostuksen kohteiden, prioriteettien ja valmiuksien kunnioittaminen. Asiakkaiden haastattelun jälkeen kuvaukset esitellään muille sidosryhmille. Koska malli etenee alhaalta ylöspäin, on seuraavana vuorossa kenttätyöntekijöiden (ryhmä)haastattelu, jonka tavoitteena on pohtia, mihin asiakkaiden arviot pohjautuvat. Ensisijaisesti he pohtivat omaa toimin-

taansa, mutta myös siihen vaikuttavia ulkoisia tekijöitä, kuten käytettävissä olevia resursseja. Heidän jälkeensä haastatteluiden tuloksia voidaan esitellä ylemmille tahoille, jopa poliittisille päättäjille asti. Kussakin vaiheessa käsitellään saatua palautetta ja arvioidaan sen sisältävää myönteistä palautetta sekä kritiikkiä. Asiakkaiden näkökulmasta palvelun laatu syntyy kohtaamisissa kenttätyöntekijöiden kanssa ja mallin mukaisissa arvioinneissa palautteesta 80-85% kohdistuu heidän ja asiakkaan väliseen suhteeseen. Heidän odotetaan oppivan eniten asiakkaiden haastatteluista, mutta niillä on vaikutusta myös organisaation muihin tasoihin sekä esimerkiksi poliittisiin päättäjiin. (Krogstrup 2004, 8-10; 13.)

Mallin ensisijainen ja perinteinen keino on siis ryhmähaastattelu ja tiedonkeruu mallissa on kvalitatiivista. Ryhmähaastattelu ei kuitenkaan ole ehdoton edellytys, mutta kuitenkin useimmiten perusteltu valinta. On koettu, että yksilöhaastatteluissa palaute on helposti tunnepitoisempaa ja henkilökohtaisempaa. Myös palautteen, etenkin kritiikin, anto voi olla vaikeampaa. Ryhmähaastattelussa asiakkaat helpommin kokevat puhuvansa asioista yhteisesti. Kuitenkin joskus, esimerkiksi asiakkaiden heikkojen sosiaalisten kykyjen vuoksi, voi kuitenkin yksilöhaastattelu tai esimerkiksi havainnointi olla perusteltua. Bikva-mallia voidaan myös laajentaa esimerkiksi aiempien haastatteluiden pohjalta laaditulla kyselykaavakkeella. (Krogstrup 2004, 10-12.)

Tässä opinnäytetyössä ei siis varsinaisesti toteuteta Bikva-mallia, sillä toteutetun kyselyn pohjana ei ole asiakasryhmälle toteutettu ryhmähaastattelu, vaan työntekijöiden näkemykset, aiemmat tutkimukset sekä erilaiset laki- ja kirjallisuuslähteet. Kyselyn avoimet kysymykset kuitenkin tuovat mukaan myös kvalitatiivisen tutkimuksen elementtejä ja jälkikäteen päätetty työntekijöiden ryhmähaastattelu mukailee Bikva-menetelmän ”alhaalta ylöspäin” -ajatusta. Jatkoa ajatellen Bikva-malli sopisi mielestäni hyvin perhehoidon asiakaskokemuksien kartoittamisen ja laadun kehittämisen menetelmäksi.

7.2 Teemahaastattelu

Aineiston analyysin tueksi suoritettiin perhehoidon yksikön työntekijöille ryhmähaastattelu. Haastattelun tyyppiä valikoitui melko vapaamuotoisena toteutettu teemahaastattelu. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään tiettyjen keskeisten, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja eli niitä merkityksiä, joita he asioille ovat antaneet sekä sitä, kuinka merkitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa. Tavoitteena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymykseen vastaten. Periaatteessa teemat liittyvät tutkimuksen viitekehukseen, eli tutkimuksen aiheesta jo ennalta tiedettyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Haastatteluun osallistui kaksi työntekijää. Teemat valikoituivat sen perusteella, minkä aiheiden koin kyselyaineistosta nousevan esiin mahdollisina kehittämistarpeina. Mukana olevat teemat olivat lapsen yksilöllinen huomioiminen, viestintä ja vuorovaikutus perheen ja perhehoitajan välillä sekä henkilökemioiden ja kasvatuskumppanuuden merkitys. Ennalta valitsemiini teemojen käsittelyn lisäksi haastattelutilanteen alussa käytiin läpi tutkimuksen alustavat tulokset, joita työntekijöiden oli mahdollista myös kommentoida.

Yksikön työntekijöille toteuttavan ryhmähaastattelun (liite 3) tavoitteena oli siis arvioida saatua palautetta sekä pohtia, millaisin toimin esiin nousseisiin asioihin voitaisiin vaikuttaa. Kyselyn tuloksista voidaan tulkita, että asiakkaat sekä arvostivat, että kritisoivat samoja asioita. Merkityksellistä olikin siis pohtia esimerkiksi sitä, kuinka hyväksi koettua palvelutapaa voidaan lisätä ja hyviä toimintamalleja levittää.

7.3 Haastattelun tulokset

Haastatteluaineiston käsittely oli melko vaivatonta, sillä haastattelu toteutettiin yhdellä kertaa ja se oli kestoltaan vain noin tunnin mittainen. Ensimmäisessä litteroin haastattelun ja teemoittelin sen sisällön laadullisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaan. Työskentelyä helpotti myös se, että valitut teemat olivat selkeät ja osaltaan jo suuntasivat vahvasti litteroidun haastatteluaineiston käsittelyä. Lisäksi haastatteluun osallistuneiden työntekijöiden kokemus ja ammattitaito perhehoidon järjestämiseen liittyen vaikutti siihen, että haastattelun aikana löydettiin myös konkreettisia kehittämisehdotuksia. Esiin nousseista kehittämisehdotuksista kaksi liittyi jo olemassa olevien käytäntöjen kehittämiseen ja lisäksi haastattelun aikana nousi esiin yksi täysin uusi toimintamalli, jonka työntekijät kokivat hyvänä mahdollisuutena tukea perhehoidon sijoitusten onnistumista.

Ensimmäisenä kerätyn aineiston perusteella haastattelussa tultiin siihen tulokseen, että jo vireillä olevaan mentoritoimintaan kannattaa panostaa, jotta kokeneille perhehoitajille kertynyttä tieto-taitoa esimerkiksi perhehoidettavien yksilöllisestä huomioimisesta ja hyvästä vuorovaikutuksesta perheiden vanhempien kanssa välittyisi myös uusille, aloittaville perhehoitajille.

Koska vuorovaikutuksen merkitys korostui monessa kohtaa haastatteluaineistoa sekä positiivisena, onnistunutta perhehoitoa tukevana tekijänä, että toisaalta haasteellisissa tilanteissa tarpeellisena kehittämiskohteena, käytiin sitä läpi myös haastattelun aikana. Jo nyt vuorovaikutuksen merkitystä ja siihen liittyviä tekijöitä korostetaan perhehoitajien ennakkovalmennuksessa, mutta sen merkitystä nimenomaan sijoituksen onnistumisessa ja luottamuksen rakentamisessa voitaisiin entuudestaan korostaa.

Lisäksi vuorovaikutusta perhehoitajan ja perheen välillä voitaisiin myös yksikön puolesta tukea erityisesti sijoituksen alkuvaiheessa, mikä on usein se

haavoittuvin kohta ratkaisten sen, jatkuuko perhehoito kyseisen perheen kohdalla missään muodossa. Tähän liittyi esiin noussut, kokonaan uusi ajatus toimintamallista, jota yksikössä päätettiin saman tien kokeilla. Tähän asti sijoituksen alkuvaiheessa yksikön työntekijät ovat toimineet erityisesti perhehoitajien tukena. Yksikön työntekijältä noussut idea oli olla yksiköstä sijoituksen alkuvaiheessa yhteydessä myös lyhytaikaisen perhehoidon aloittaneen lapsen, nuoren tai aikuisen perheeseen, eli yleensä hänen vanhempiansa. Yhteydenoton tarkoituksena olisi kysellä perheen kokemusta ja mielipidettä perhehoidon aloituksen sujumisesta, samalla avaten avoin keskusteluyhteys myös mahdollisille myöhemmille yhteydenoton tarpeille. Näin toivottavasti pystyttäisiin mahdolliset ongelmatilanteet havaitsemaan ennen kuin ne pääsevät kasvamaan isoiksi tai jopa ylitsepääsemättömiksi ristiriidoiksi. Tämä mahdollistaisi varhaisemman puuttumisen ja osapuolten tarvitseman tuen, sillä usein kyseessä voi varmasti olla ratkaistavissa olevia asioita. Molempia osapuolia kuulemalla voitaisiin tukea siis sijoituksen parempaa onnistumista. Lisäksi tämä lisäisi asiakkaiden tulleksi tuleamisen tunnetta myös silloin, kun asiat sujuvat hyvin ja toisaalta saattaisi madaltaa kynnystä olla yhteydessä yksikköön, mikäli joskus myöhemmin tulee eteen haastavia tilanteita tai herää ylipäätään mitä tahansa kysymyksiä perhehoitoon liittyen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli nostaa esiin vuosina 2012-17 kehitysvammaisten tilapäistä perhehoitoa käyttäneiden tai sen aloittamista harkinneiden Pirkanmaalaisten asiakasperheiden kokemuksia. Tutkimus oli pääasiassa tilastollinen, mutta se sisälsi myös laadullisen tutkimuksen elementtejä. Aineistonkeruu toteutettiin asiakasperheille lähetetyllä puolistrukturoidulla kyselyllä. Kyselyitä verkkolinkkeineen lähetettiin yhteensä 160 perheelle. Vastauksia saatiin 35, joista yksi jouduttiin hylkäämään. Vastausprosentiksi jäi täten 21,25%.

Tutkimuskysymykset opinnäytetyölle olivat:

- Mitkä ovat kehitysvammaisten lyhytaikaisen perhehoidon vahvuudet perhehoidettavien ja heidän omaisten näkökulmasta?
- Mitä kehittämistarpeita lyhytaikaisella perhehoidolla on perhehoidettavien ja heidän omaisten kokemusten perusteella?

Tutkimuskysymyksiä lähdettiin käsittelemään tämän vastaajajoukon luoman aineiston pohjalta ja niihin saatiin myös vastaus. Perhehoidon vahvuuksina pidetään turvallista ja tavallista perhe-elämää sekä kotia kasvuympäristönä, mahdollisuutta kiintymykseen ja pysyvyyteen, mahdollisuutta läheisiin ihmissuhteisiin, yksilöllisyyttä sekä yhteisöllisyyttä (Perhehoitoliitto A, n.d.) ja nämä teemat tulivat ilmi myös tämän kyselyn tuloksissa. Vastaajat olivat erityisen tyytyväisiä luottamuksellisuuteen, lapsen

viihtymiseen, kodinomaisuuteen, turvallisuuteen, pysyvyyteen sekä hyvään kohteluun. Myös vanhempien jaksamiselle saatu tuki nousi tärkeänä asiana esiin. Konkreettisen vapaa-ajan lisäksi osa vastaajista koki saavansa myös henkistä esimerkiksi perhehoitajan empaattisen suhtautumisen kautta. Myös perhehoidettavan koettiin hyötyvän perhehoitojaksoista niiden mahdollistaessa esimerkiksi uusien asioiden oppimista. Myönteisiä kokemuksia oli myös toimivasta yhteistyöstä, perhehoitajan ”hyvästä asenteesta” ja lapsen yksilöllisestä huomioimisesta. Saman suuntaisia kokemuksia on tullut esiin myös aiemmissa tutkimuksissa.

Myös kehittämiskohteita tuli esiin vastauksia tarkastellessa. Negatiiviset kokemukset olivat yksittäisiä, mutta niistä löytyi yhdistäviä tekijöitä. Erityisesti kehittämiskohteena tuli esiin perheiden ja perhehoitajien välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön tukeminen. Lisäksi kehittämiskohteeksi voidaan tulkita myös perhehoidettavan yksilöllinen huomioiminen sekä perhehoitajille tarjottava lisäkoulutus perhehoidettavien erityistarpeiden mukaisesti. Huomionarvoista on, että myös vastaajien perhehoidon vahvuuksina pitämässä asioissa oli samoja teemoja: Iso osa vastaajista arvosti nimenomaan hyvää ja yksilöllistä hoitoa, toimivaa yhteistyötä ja avointa vuorovaikutusta. Tästä voidaan päätellä, että perhehoitajilla on olemassa paljon hyvää tietoa ja kokemusta, jota kannattaa jakaa esimerkiksi työnohjauksen tai mentoritoiminnan kautta.

Vastausprosentin ollessa pieni, ei tuloksia voi täysin yleistää, mutta ne antavat osaltaan tärkeän näkökulman tilapäiseen perhehoitoon liittyviin kokemuksiin asiakasperheiden äänellä ja siten ovat hyödynnettävissä perhehoidon kehittämistyössä. Tuloksina esiin nousseet teemat ovat onnistuneen perhehoidon näkökulmasta tärkeitä, joten niiden kehittäminen on mielestäni järkevää. Samat teemat toistuvat myös aiemmin tehdyissä tutkimuksissa, joka myös kertoo siitä, että ne ovat merkityksellisiä myös tämän kyselyn vastaajajoukkoa laajemmassa mittakaavassa.

Asiakasperheille suunnatun kyselyn lisäksi aineistoa täydennettiin perhehoidon yksikön työntekijöille toteutetun haastattelun avulla. Haastattelun tarkoituksena oli luoda katsaus kyselyn tuloksiin ja pohtia sieltä esiin nousevia perhehoidon vahvuuksia ja kehittämistarpeita. Työn tärkeimpinä tuloksina voidaan pitää saatua palautetta lyhytaikaista perhehoitoa käyttäneiltä perheiltä sekä palautteen perusteella yksikön työntekijöiden kanssa käytyä keskustelua ja siinä virinneitä kehitysehdotuksia.

8.1 Kysely

Kyselyyn vastasi lopulta 34 perhettä. Vastaajista suurin osa (80%) oli saanut tietoa tilapäisestä perhehoidosta kunnan eri työntekijöiltä. Liki puolet vastaajaperheistä oli myös käyttänyt perhehoitoa 1-4 vuoden ajan. Vastaajista 10 ei käyttänyt perhehoitoa enää ja kolme perhettä ei ollut aloittanut perhehoitoa lainkaan. Viisi vastaajaa oli vaihtanut perhehoitajaa yhden tai

useamman kerran. Vaihtoon yleisimpänä syynä oli jommankumman osapuolen elämäntilanteen muutos. Vastaajista siis 21 eli reilu 60% käyttää perhehoitoa tälläkin hetkellä.

Pääsääntöisesti perheet olivat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä perhehoitajan kanssa tehtyyn yhteistyöhön. Kun pyydettiin arvioimaan yhteistyötä perhehoitajan kanssa, vaihtelivat arvioitavien asioiden keskiarvot 4,0-4,4 välillä asteikon ollessa 1-5. Kaikkien vastauksien keskiarvoksi tuli 4,2. Eriytyisen tyytyväisiä oltiin perhehoitajan pysyvyyteen, luottamukseen ja hyvään tiedonkulkuun sekä lapsen sopeutumisesta perhehoitoon. Kiitosta sai myös mahdollisuus saada perhehoitaja omaan kotiin.

Negatiiviset kokemukset olivat yksittäisiä, mutta niitä yhdisti vanhempien kokemus puutteellisesta tai ristiriitaisesta vuorovaikutuksesta, lapsen yksilöllisen huomioimisen puutteista sekä kokemuksesta tai huolesta koskien sitä, ettei perhehoitaja pärjää lapsen kanssa. Kun tein vertailua alle ja yli puoli vuotta perhehoitoa käyttäneiden perheiden kesken, tuli vastauksissa hajontaa enemmän. Vastauksista pystyi tulkitsemaan, että usein perheet olivat päättäneet perhehoidon nopeasti, jos he kokivat, ettei palvelu vastannut heidän perheensä ja lapsensa tarpeita. Tästä voidaan päätellä, että sijoituksen alkuvaihe on erityisen tärkeä – ja toisaalta haavoittuva – kohta tilapäisessä perhehoidossa.

Myös arviot tyytyväisyydessä perhehoitoon olivat yleisesti hyviä tai erittäin hyviä keskiarvon vaihdella 4,2-4,9 välillä, kokonaisarvosanan ollessa 4,5. Eriytyisen tyytyväisiä oltiin kodinomaisuuteen, turvallisuuteen ja hyvään kohteluun. Hieman muita matalammalle arvioiduiksi vastausjakamasta erottuivat yksilöllinen hoito ja toimintakyvyn tukeminen sekä vanhempien jaksamisen tukeminen. Erot olivat kuitenkin pieniä.

Pääasiassa perheet kokivat saaneensa tukea perhehoidon avulla. Perhehoitoa käyttäneistä vastaajista 81% koki, että perhehoito on tukenut heidän perheettään joko hyvin tai erittäin hyvin. Heikosti tukea perheelleen koki saaneensa vain 13% vastaajista. Avoimien vastauksien perusteella korostuivat erityisesti vanhempien saama tuki sekä omalle jaksamiselleen oman ajan että koetun henkisen tuen muodossa. Myös perhehoidettavan sekä perheen muiden lapsien koettiin hyötyvän perhehoitajaksoista.

8.2 Perhehoidon vahvuudet

Kyselyn perusteella nousi esiin perhehoidon merkitys ja hyöty sekä vanhempien jaksamiselle että perhehoidettavalle. Vanhemmat kokivat saavansa tukea jaksamiselle mm. perhehoidon mahdollistaman oman ajan kautta. Saman suuntaisia kokemuksia oli nähtävissä myös aiemmissa opinäytetöissä. Kanervon (2012, 41-43) toteuttaman kyselyn tuloksissa mainittiin vanhempien jaksamista tukeneen mm. saatu oma aika, yhteinen parisuhdeaika toisen vanhemman kanssa sekä mahdollisuus antaa enemmän aikaa perheen muille lapsille. Myös ”vapaahetki” lapsen hoitoon liittyvistä

aikatauluista ja lääkityksistä koettiin tärkeäksi. Myös Mäkilän (2014, 31-32) tuloksissa oli samankaltaisia huomioita. Hänen mukaansa kyselyyn vastanneet perheet kokivat saaneensa mm. omaa aikaa ja hengähdystaukoja, jotka mahdollistivat esimerkiksi lepäämisen.

Mielestäni mielenkiintoinen huomio oli se, että toteuttamani kyselyn perusteella osa vanhemmista koki saaneensa myös henkistä tukea perhehoitajalta ja sen auttaneen tukemaan heidän omaa jaksamistaan. Henkisellä tuella tarkoitan tässä yhteydessä sekä perhehoitajan antamia konkreettisia neuvoja lapsen vanhemmille että vanhempien kokemaa perhehoitajalta saatua empatiaa ja ymmärrystä esimerkiksi lapsen hoidon vaatavuuteen liittyen. Osa koki tämän auttavan jaksamaan usein haastavaakin arkea kotona. Vastauksien perusteella kysymys ei lopulta ole isosta asiasta, vaan nämä kokemukset saattavat syntyä jo niissä lyhyissä tilanteissa lasta tuottaessa ja hakiessa. Itse ajattelen, että tässä on kysymys myös toimivasta yhteistyö- ja vuorovaikutussuhteesta sekä siitä, että perheen (vanhempien) ja perhehoitajan väliset henkilökiemiat kohtaavat. Tämä on kuitenkin mielestäni mielenkiintoinen huomio ja se tuo osaltaan esiin perhehoidon vaikutusta koko perheen hyvinvoinnille ja jaksamiselle.

Myös perhehoidossa käyvän lapsen koettiin hyötyneen perhehoidosta. Lapsen saamaksi hyödyksi koettiin muun muassa uusien kokemusten ja elämyksien saaminen, mahdollisuus opetella uusia taitoja sekä perhehoidon mahdollistamat ihmissuhteet. Tämän kyselyn perusteella koetun tuen määrään vaikutti vähentävästi se, jos lapsi ei viihtynyt perhehoidossa tai viestintä perhehoitajan kanssa koettiin haasteelliseksi. Haastava vuorovaikutus saattoi vaikuttaa esimerkiksi siihen, kuinka hyvin vanhemmat pystyivät perhehoitajaan luottamaan. Myös Kanervon tuloksissa näkyi koettu tuki ja hyöty perhehoidossa käyneelle lapsille. Kyselyn tuloksissa mainittiin mm. lapsen itsenäistymisen ja kuntoutumisen tukeminen sekä mahdollisuus uusien kavereiden tapaamiseen. Kanervon kyselyn tuloksissa tuli esiin myös sama asia kuin tässä työssä, eli vanhemmat kokivat tärkeäksi sen, että he kokivat perhehoitajan välittävän heidän lapsestaan aidosti. (2012, 41-42, 47.) Mäkilän (2014, 30-31) tuloksissa perhehoidossa käyneen lapsen osalta nostettiin esiin erityisesti kolme teemaa: uudet kokemukset tekemisen lisäksi ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyen, lapsen itsenäistyminen sekä uusien taitojen oppiminen. Vastaavia teemoja välittyi myös tämän kyselyn vastauksista.

Avoimissa kysymyksissä vastaavat teemat korostuivat myös perheiden arvostamisessa asioissa: He arvostivat perhehoidossa erityisesti lapsen ja hänen tarpeidensa yksilöllistä huomioimista, toimivaa yhteistyötä perheen kanssa sekä lapsen viihtymistä perhehoidossa. Lisäksi useampi vastaaja arvosti sitä, että he kokivat perhehoitajan aidosti välittävän heidän lapsestaan. Muina asioina mainittiin useamman kerran mm. kodinomaisuus, joustavuus, luotettavuus ja tuttu, hyväksi koettu perhehoitaja.

8.3 Kehittämiskohteita

Kehittämistarpeita näkyi kyselyn eri vaiheissa ja osan kohdalla nämä asiat olivat vaikuttaneet perhehoitajan vaihtamiseen tai koko perhehoidon päättämiseen. Merkittävimpänä kehittämiskohteena tuntui korostuvan lapsen yksilöllinen huomioiminen sekä yhteistyö, vuorovaikutus ja viestintä perheen ja perhehoitajan välillä. Osa vastaajista toivoi myös lisätukea ja –koulutusta perhehoitajille erityisesti liittyen perhehoidettavien yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen ja näihin tarpeisiin vastaavaan osaamiseen. Myös perhehoitajien määrään ja korvauksien suuruuteen toivottiin lisäystä.

Vastauksissa näkyy siis useammassa kohtaa korostuneena yhteistyön ja vuorovaikutuksen merkitys, mikä on ymmärrettävää, sillä niiden varaan rakentuu myös vanhempien luottamus perhehoitajaa kohtaan. Henkilöke-mioilla on siis todellakin merkitystä onnistuneessa perhehoidon sijoituksessa. Kyselyn perusteella on mahdotonta sanoa, mitkä asiakasperheiden kokemista ongelmista olisi ollut ehkäistävissä esimerkiksi sijoituksen alkuvaiheen tehostetummalla tuella, mutta tämä on yksi mahdollisista kehittä-miskohteista. Tätä havaintoa vuorovaikutuksen merkityksestä tukee myös Muurin (2016, 19) haastatteluiden esiin nostama perhehoitajien kokemus siitä, että myös he kokevat toimivan yhteistyön läheisten kanssa voimava-raksi omassa työssään. Samoin Oksalan ja Toimisen (2010, 21) kyselyn pe-rusteella toimiva tiedonkulku liittyi muutoinkin hyväksi koettuun yhteis-työhön perheen ja perhehoitajan välillä.

Näitä teemoja pohdittiin lisää yksikön työntekijöille toteutetussa haastat-telussa. Haastattelussa esiin nousi kolme kehittämisisdeaa, joista yksi oli täysin uusi ja joka suunniteltiin otettavaksi käyttöön välittömästi. Jo ole-massa oleviin käytäntöihin liittyen tultiin tulokseen, että vuorovaikutuksen merkitystä voitaisiin entisestään korostaa esimerkiksi perhehoitajien en-nakkovalmennuksessa. Lisäksi vireillä olevan mentoritoiminnan merkitys tuntui tärkeältä, sillä se antaisi mahdollisuuksia kokeneempien perhehoi-tajien tietotaidon siirtämiseen tuoreemmille perhehoitajille.

Uutena ajatuksena ja toimintamallina syntyi ajatus yhteydenotosta asia-kasperheisiin sijoituksen alkuvaiheessa, mikä voisi antaa mahdollisuuksia puuttua mahdollisiin ristiriitatilanteisiin mahdollisimman varhaisessa vai-heessa ja näin edesauttaa onnistuneen sijoituksen toteutumista. Myös asi-akkaat kokisivat tulevansa kuulluksi paremmin.

8.4 Vuorovaikutus ja yhteistyö

Vastauksissa näkyy perhehoitajien ennakkovalmennuksessa esiin nos-tettu yhteistyön ja vuorovaikutuksen merkitys. Tämä on ymmärrettävää, sillä niiden varaan rakentuu perhehoidettavan henkilön läheisten (yleensä vanhempien) luottamus perhehoitoa kohtaan. Tätä pohjaa yhteistyölle

aletaan rakentamaan heti sijoituksen alkuvaiheessa, joten siksi sitä kannattaa tukea ja mahdollisiin ongelmatilanteisiin pyrkiä puuttumaan mahdollisimman varhain. On tärkeä myös huolehtia siitä, että perhehoitaja pääsee aidosti tutustumaan perhehoitoon tulevaan henkilöön. Haasteet tällä alueella voivat pahimmillaan johtaa siihen, ettei perhe halua aloittaa perhehoitoa tai jo alkanut perhehoito päätetään.

Lisäksi tärkeänä näkökulmana on se, että onnistuneessa perhehoidossa myös henkilökemioilla on vaikutusta: On tärkeä huomioida, että asiakkaana on perhehoidettavan (yleensä lapsen) ohella myös muu perhe. Tämän palvelumuodon haasteena onkin yhdistää perheet ja heille sopivat perhehoitajat, sillä lapsien tarpeet – ja toisaalta myös perhehoitajien vahvuudet – ovat hyvin yksilöllisiä. Tähän liittyy myös se, että vuorovaikutussuhde on aina kaksisuuntaista, eikä toimiva yhteistyösuhteen rakentaminen ole yksin perhehoitajan vastuulla. Ennakkovalmennuksessa puhutaan myös kasvatuskumppanuudesta, joskin sen merkitys korostunee enemmän pitkäaikaisessa perhehoidossa, jossa perhehoidettava (lapsi) asuu vakituisesti.

Myös kehitysvammaisten perhehoitajan valmennusmateriaali nostaa esiin tekijöitä ja menetelmiä, jotka vaikuttavat toimivan perhehoitosuhteen syntyyn. Niitä ovat esimerkiksi sijoituksen aloitusvaiheen huolellinen toteutus ja suunnittelu, lapsen yksilöllisten tarpeiden tunteminen, toimivan yhteistyön perustan rakentaminen sekä perhehoitajan saama tuki. (Kuukanen 2015, osa 2, 1-2.) Kuten edellä jo totesin, näkyy näiden tekijöiden merkityksellisyys myös tämän työn tuloksissa. On siis hyödyllistä miettiä, kuinka perheen ja perhehoitajan välisen toimivan yhteistyön syntyä voitaisiin parhaiten tukea.

Toimivan yhteistyön merkitys tuli ilmi myös Kanervon (2012, 52-53) kyselyn tuloksissa: Kyselyyn vastanneet vanhemmat kokivat, että jatkuvuuden ja tutun hoitajan lisäksi lapsen sopeutumiseen ja perhehoidon sujumiseen on vaikuttanut luottamus ja avoin suhde perheen ja perhehoitajan välillä. Vanhemmat kertoivat odottavansa perhehoitajalta avoimuutta, luotettavuutta ja rehellisyyttä sekä lapsen yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Kanervon tutkimukseen osallistuneiden perheiden odotukset olivat täyttyneet hyvin näiltäkin osin.

Samoin toimivan yhteistyön merkitys nousi esiin Mäkilän (2014, 30-37) kyselyssä. Kyselyyn vastanneet vanhemmat kokivat, että luottamus perhehoitajaa kohtaan tuki heidän jaksamistaan, sillä silloin lapsen pystyi jättämään hoitoon hyvillä mielin. Osa vastaajista oli kokenut haasteita viestinnässä ja vuorovaikutuksessa perhehoitajan kanssa. Vuorovaikutus ja viestintä tulivat esiin myös Oksalan ja Toimisen (2010, 32-33) työssä. Heidän toteuttaman kyselyn perusteella kritiikin tai ehdotusten esittämisen perhehoitajalle koki helpoksi puolet vastaajista. Myös tämän työn tulosten perusteella perheiden ja perhehoitajan välisessä viestinnässä oli osin paran-

nettavaa. Lisäksi yksikölle tehty laatukäsikirja nostaa esiin toimivan yhteistyön ja vuorovaikutuksen osana perhehoidon laatua, sisältäen myös perhehoidettavan läheiset (Muuri 2016, 24).

Korpela tutki opinnäytetyössään läheisyhteistyötä kehitysvammaisten palveluasumisyksikössä. Vaikka kyseinen työ keskittyikin pitkäaikaiseen asumispalveluun, löytyi mielestäni siitä ajatuksia myös tilapäishoidon näkökulmasta katsottuna. Läheisyhteistyö ei ole pelkästään työntekijän ja läheisen välistä yhteistyötä, vaan siinä huomioidaan myös kunkin osapuolen, eli asukkaan, läheisen ja työntekijän näkökulmat ja etsitään yhteisiä ratkaisuja niiden perusteella, mikä luo parempaa hoitoa palveluiden saajalle. Toimiva läheisyhteistyö myös rakentaa luottamuksellista suhdetta, lisää turvallisuuden tunnetta ja kuulluksi tulemisen tunnetta. Vaikka asiakas onkin palvelun keskiössä, on lähipiirin kuulemisella tärkeä merkitys hänen hyvinvointinsa edistämiseksi. Kehitysvammaisen asiakkaan kohdalla toimiva läheisyhteistyö voi tukea myös muun muassa hänen itsemääräämisoikeuttaan, itsenäistymistään ja osallisuuttaan. Läheisyhteistyön tärkeimmäksi työkaluksi nähtiin dialoginen vuorovaikutus, sillä keskustellen ja kuunnellen voidaan saavuttaa yhteinen ymmärrys. Tärkeitä tekijöitä olivat myös avoimuus, rehellisyys ja luottamus. Yhteistyössä myös empatia on tärkeää, sillä itsenäistynvä lapsi saattaa tuntea ikävää ja vanhemmat puolestaan huolta, jopa surua. (2016, 9; 18-19; 42; 53-54.)

Myös kehitysvammaisten perhehoidon valmennusmateriaali nostaa esiin läheisyhteistyön näkökulman. Se muistuttaa, että perhehoidettavan lisäksi perhehoitopaikan valinnassa tulee huomioida myös hänen läheistensä toiveet. Uuteen paikkaan tuleminen on usein myös iso muutos kehitysvammaiselle, joten on tärkeä edetä rauhallisesti, asia kerrallaan, perhehoidettavan yksilölliset tarpeet huomioiden. Esimerkiksi etenkin uudet siirtymävaiheet voivat olla kehitysvammaiselle henkilölle vaikeita. Sopeutumista edistää yhteistyö ja vuorovaikutus läheisten kanssa, sillä he tuntevat perhehoidettavan henkilön kaikista parhaimmin. Lapsen sopeutumisen lisäksi yhteistyö on tilapäishoidossa tärkeää, jotta kaikki tarpeelliset tiedot ja kuulumiset kulkevat sekä kodista perhehoitopaikkaan että toisin päin. (Kuukkanen 2015, osa 5, 6-7; 9; 11.)

Myös Tamminen oli mukana tutkimassa pitkäaikaishoidossa asuvien ikäihmistien omaisten ja läheisten kokemuksia. Vaikka tutkimus oli tehty ikäihmistien puolella, korostui siellä vastaavia teemoja yhteistyön tärkeyden näkökulmasta kuin tämän opinnäytetyön kyselyssä. Aineistosta nousi viisi pääteemaa, jotka olivat emotionaalinen tuki, tunteet, tiedollinen tuki, omaisen voimaannuttaminen ja osallistaminen sekä vertaistukeen ohjaaminen. Näistä erityisesti emotionaalinen tuki sisälsi samanlaisia teemoja kuin tämän opinnäytetyön kyselyn vastauksista tuli esiin liittyen hyvään ja toimivaan yhteistyöhön sekä vuorovaikutukseen. (2012, 8; 10.)

Tammisen työn tuloksena syntyi Kohtaa omainen –opas, jossa emotionaalisen tuen elementeiksi mainitaan mm. kohtaaminen, kuunteleminen, keskustelu ja aito kiinnostuneisuus, jotka ovat hyviä lähtökohtia myös tilapäisen perhehoidon asiakkaiden läheisten kohtaamiseen. Näitä samoja asioita myös vanhemmat arvostivat tai kaipasivat tämän ja aiempien opinnäytetöiden kyselyiden perusteella. Jossain määrin yhteneväisyyksiä oli myös läheisten joskus ristiriitaistenkin tunteiden ymmärtämisessä. Oman läheisen jättäminen hoitoon kodin ulkopuolelle voi joskus olla iso askel ja olla helpotuksen lisäksi myös esimerkiksi syyllisyyttä aiheuttava asia. Lisäksi myös tiedollinen tuki on merkityksellistä tilapäishoidossakin, joskin hie-man erilaista kuin pysyvissä asumispalveluissa. Tilapäisessä perhehoidossa käyvän kehitysvammaisen läheiset tuntuivat kaipaavan tietoa erityisesti siitä, kuinka viikonloppu perhehoidossa on sujunut. Tämän tiedon välittäminen on heille merkityksellinen osa yhteistyötä ja auttaa rakentamaan luottamuksellista suhdetta. Läheisen osallisuutta edistää mm. avoin ilma-piiri ja joustava yhteydenpito. Myös ihan ensikohtaamisella voi olla vaikutusta siihen, millainen hoitosuhteesta muodostuu. (2012, 57; 78-80.)

Omaisena edelleen ry on julkaissut oppaan liittyen omaisyhteistyöhön, jossa sivutaan myös tilapäishoitoa. Siinä huomautetaan, että jaksolle voi kohdistua suuria odotuksia ja toisaalta omainen voi joutua työstämään asiaa paljon jo etukäteen oman läheisensä kanssa. Hoitoon tuleva asiakas saattaa joskus vastustaa asiaa niin kovin, että hoitojakso jopa perutaan. Joskus vastuusta luopuminen tilapäisestäkin voi olla myös omaishoitajalle iso askel, jota ei uskalleta ottaa, vaikka se tukisi koko perheen jaksamista. Julkaisun mukaan omaisyhteistyö onkin mm. luottamuksen rakentamista, huolien kuulemista ja turvallisuuden vahvistamista. Erityisesti tilapäishoidon tärkeiksi kehittämiskohteiksi mainitaan mm. rohkaisu hoitojakson aloittamiseen, onnistunut ensitapaaminen, jakson tavoitteet, ajantasainen tieto hoidosta ja lääkkeistä sekä muut tiedottamisen käytännöt. Näitä samoja teemoja tuntui nousevan esiin myös tämän tutkimuksen tuloksista. (Kotiranta 2015, 12; 15.)

Vuorovaikutus on siis noussut yhtenä merkittävänä tekijänä esiin tämän työn aikana. Mitä sitten on hyvä ja toimiva vuorovaikutus? Kauppila mainitsee sen elementeiksi mm. luottamuksen, tunneyhteyden, havaitsemisen ja kiinnostuksen, avoimuuden ja rehellisyyden, hyväksymisen ja ymmärtämisen sekä aktiivisuuden (2011, 72). Myös dialogisuus on tärkeä osa hyvää vuorovaikutusta, sillä se tarkoittaa avoimuutta ja yhteisen ymmärryksen etsimistä. Dialogisuudessa annetaan tilaa ja hyväksyntää osapuolten erilaisille näkemyksille ja asiakkaan kuuleminen auttaa kehittämään myös sosiaali- ja terveyspalveluita. Dialogissa asiakkaalle välittyy kunnioituksen, kiinnostuksen ja myötätunnon kokemuksia. (THL 2016.) Jatkoa ajatellen yksi kiinnosta tutkimuskohde olisikin tutkia perhehoidossa tapahtuvaa vuorovaikutusta ja sen elementtejä, koska sillä on ilmeisen suuri vaikutus sijoituksen onnistumiseen ja perheiden kokemuksiin.

8.5 Yhteenveto ja jatkokehitys

Pääosin vastaajat olivat siis tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä tilapäiseen perhehoitoon negatiivisten kokemusten ollessa yksittäisiä poikkeuksia. Tämä kertonee siitä, että tilapäisessä perhehoidossa on jo olemassa paljon hyvää, jonka esiin nostaminen ja kehittäminen sekä osaamisen välittäminen myös tuoreemmille perhehoitajille on kannattavaa. Tätä pystytään toteuttamaan ennakkovalmennuksen lisäksi esimerkiksi aiemmin mainitulla mentoritoiminnalla, jonka käyntiin saaminen on tärkeä tavoite. Lisäksi tärkeää olisi perhehoitajien kyky arvioida omaa osaamistaan ja mahdollisia lisäkoulutustarpeita, jotta he pystyisivät parhaiten vastaamaan asiakkaiden erilaisiin ja hyvinkin yksilöllisiin tarpeisiin.

Vanhempien negatiivisiin kokemuksiin ja huoleen lapsen kanssa pärjäämisestä voi osaltaan vaikuttaa sekin, että erityislapsen vanhemmuuskin on tietyllä tapaa erityistä. Siihen liittyy aina erityistä sitovuutta – ja myös huolta – verrattuna vammattoman lapsen kanssa elämiseen. Lapsen vammaisuus aiheuttaa sen, että usein lapsen kehityksen etenemisen eteen joutuu tekemään erityisen paljon töitä. Lapsen vamma tai sairaudet aiheuttavat usein lisähuolta ja –kuormitusta koko perheelle ja tyyppillistä on myös tilanteiden muuttuminen. Usein koko perhe joutuu opettelemaan myös uusia taitoja, kuten erilaisia kommunikointimenetelmiä. Vammainen lapsi tarvitsee apua enemmän ja pidempään kuin vammaton lapsi, useat heistä koko elämänsä ajan. Näin vanhemmuus säilyy ja jatkuu erilaisena koko vanhempien eliniän ajan. Moni vanhemmista voikin haluta hoitaa lastaan kotona mahdollisimman pitkään. Vammaisen lapsen vanhempien kokemuksia tutkittaessa on havaittu, että heillä on monenlaisia, joskus ristiriitaisiakin tunteita ja kokemuksia vanhemmuuteen liittyen. Useimmille lapsen vammaisuus on alkuun kriisi, joka kuitenkin sisältää myös kasvun mahdollisuuden. Kriisin läpi käyminen lisää usein vanhempien suojelun halua lastaan kohtaan sekä vastuun tunnetta lapsen hyvinvoinnista. Monet vammaisten lasten vanhemmat ovatkin valmiita taistelemaan siitä, että heitä ja heidän lastaan kuultaisiin ja kohdeltaisiin oikein. (Ponkilainen & Pöysti 2014, 24-26, 28, 31; Sivonen 2012, 18-20; Tonttila 2006, 100, 101-102, 106.)

Kaikkiaan kysely antoi tietoa kehitysvammaisten tilapäisestä perhehoidosta nimenomaan asiakaskokemuksen näkökulmasta. Löytänä ja Korteso kirjoittivat, että asiakaskokemus on mielikuvien ja kohtaamisten summa, jonka asiakas yrityksen toiminnasta muodostaa. (2011, 11.) Tämä näkyi tuloksissa mielestäni juurikin vuorovaikutuksen onnistumisen ja henkilökemioiden kohtaamisen merkityksenä. Vastaajat, jotka olivat tyytyväisiä saamaansa perhehoitoon, kuvasivat myös yhteistyötä perhehoitajan kanssa toimivaksi.

Jatkoa ajatellen Bikva-mallin mukaisesti toteutettu arviointi voisi antaa entistä syvällisempää tietoa perhehoidon laadusta ja sen kehittämisestä. Ryhmähaastatteluketjun voisi aloittaa haastattelemalla perhehoidossa

käyviä asiakkaita läheisineen. Heidän jälkeen haastateltavaksi olisi hyödyllistä ottaa perhehoitajia, jolloin saataisiin mukaan myös heidän näkökulma – Ja toisaalta välitettyä perhehoidettavilta palautetta. Näiden haastatteluiden tulosten kanssa voitaisiin haastatella perhehoidon yksikön työntekijöitä, joilla on kokemuksen kautta muodostunut näkemys perhehoitoon eri näkökulmista. Heidän kauttaan tietoa voitaisiin välittää kuntiin perhehoidon kehittämiseksi. Asiakaskokemusten lisäksi kiinnostava tutkimuskohde olisi perheiden ja perhehoitajien välinen vuorovaikutus ja sen kehittäminen.

8.6 Arviointi

Kun arvioidaan prosessia kokonaisuutena, voidaan peilata sitä esimerkiksi Heikkilän (2014, 27) kuvaamiin hyvän tutkimuksen perusvaatimuksiin. Heikkilän mukaan validiteetti, eli pätevyys tarkoittaa, että tutkimus mittaa sitä, mitä oli tarkoituskin selvittää. Tämä edellyttää täsmällisten tavoitteiden asettamista ja huolellista etukäteissuunnittelua ja mitattavien asioiden määrittelyä. Myös esimerkiksi korkea vastausprosentti edesauttaa hyvää validiteettia. Tässä työssä vastausprosentti jäi valitettavasti alhaiseksi, mutta tuloksia voidaan silti hyödyntää perhehoidon kehittämistyössä. Tutkimuksella saatiin vastauksia asetettuihin tutkimiskysymyksiin. Täten voidaan todeta, että se mittasi niitä asioita, mitä oli tarkoituskin.

Rehabiliteetti, eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta. Tämä edellyttää esimerkiksi kattavaa otantaa perusjoukosta kyselyä tehdessä. Luotettavuuteen voi vaikuttaa esimerkiksi suuri kato vastauksissa. Pienen vastausprosentin vuoksi tutkimuksen luotettavuus ei ole sillä tasolla, että siitä voitaisiin tehdä kaikkea kehitysvammaisten lyhytaikaista perhehoitoa koskevia päätöksiä, mutta omassa laajuudessaan se antaa luotettavan katsauksen tutkitun joukon kokemuksiin. (Heikkilä 2014, 28.)

Objektiivisuus eli puolueettomuus liittyy siihen, että jokaiseen tutkimukseen liittyy erilaisia tutkijan tekemiä valintoja ja myös tahattomat virheet ovat mahdollisia. Tutkijan vastuulla on ke, ettei tutkimuksessa tapahdu tulosten tahallista vääristelyä tai helposti saatavilla olevien kontrollikeinojen käyttämättä jättämistä. Erityisesti haastattelutilanteissa läsnäolevan tutkijan puolueettomuuden merkitys korostuu. (Heikkilä 2014, 28-29.)

Myös avoimuus on tärkeää, niin tutkittavia kohtaan tutkimustilanteessakin (mitä, miten ja miksi tutkitaan) kuin tuloksia ja johtopäätöksiä raportoidessakin – Tutkija ei saa pitäytyä ainoastaan toimeksiantajan kannalta edullisissa näkökulmissa (Heikkilä 2014, 29). Tämän olen pyrkinyt itse huomioimaan tuloksia käsitellessä ja raporttia kirjoittaessa. Olen halunnut tuoda rehellisesti esiin sekä vastaajien kokemat hyvät puolet, että esiin nousseet kehittämis ehdotukset. Tämä on tärkeää, jotta työn tuloksia voitaisiin pyrkiä hyödyntämään perhehoidon kehittämisessä. Heikkilä korostaa myös vastaajien tietosuojan tärkeyttä. Tutkimus ei saa vaarantaa kenenkään yksityisyyttä, eikä aineistosta saa tunnistaa yksittäistä vastaajaa. (2014, 29.)

Tämä on huomioitu niin kyselyä suunniteltaessa, aineistoa käsiteltäessä, että tätä raporttia kirjoittaessa. Näiden kahden tasapaino on ollut tavoitteeni: Kirjoittaa asioista avoimesti vastaajien yksityisyyttä kunnioittaen. Erytystä huomiota asiaan on ollut syytä kiinnittää tutkittavan palvelun marginaalisuuden vuoksi. Liian tarkkoilla yksilöidyillä tiedoilla vastaajat saattaisivat olla helposti tunnistettavissa.

Lisäksi hyvä tutkimus on myös hyödyllinen ja käyttökelpoinen, jotain uutta esiin tuova. Tämän työn avulla löytyi perhehoidon yksikön työntekijöille yksi kokonaan uusi toimintamalli, joten voidaan todeta, että tutkimus oli hyödyllinen ja uutta esiin tuova. (Heikkilä 2014, 30.) Tämän lisäksi asiakaskokemusten kuuleminen itsessään on mielestäni arvokas asia. Jo se, että ihmisiltä kysytään heidän mielipidettään, viestii mielestäni siitä, että asiaa ja heidän kokemuksiaan siitä pidetään tärkeänä.

Oman oppimiseni näkökulmasta opinnäytetyö oli tärkeä oppimisprosessi ja toimi hyvänä jatkumona perhehoidon yksikössä suorittamalleni työharjoittelulle. Työskentelyn aikana tietämykseni ja ymmärrykseni tilapäisestä perhehoidosta palvelumuotona syventyi. Myös lisääntynyt ymmärrys siitä, kuinka tärkeä – ja toisaalta haavoittuva asia – onnistunut yhteistyö ja vuorovaikutus työntekijän ja asiakkaan välillä on. Tämä vaikuttaa paljon siihen, millaisena asiakas saamansa palvelun ja hoidon kokee ja jopa siihen, haluaako asiakas koko palvelua käyttää.

Mielestäni tämä pätee muuallakin sosiaalialalla: Tämä on ihmissuhde-työtä, jonka onnistunut toteutuminen alkaa jo asiakkaan ensikohtaamisesta, kunnioittavasta kohtelusta ja asiakkaan aidosta kuulemisesta. Vuorovaikutuksen ja toimivan yhteistyön merkitys palvelun tavoitteiden onnistumiselle jatkuu läpi palveluprosessin. Mielestäni tämän asian merkitystä ei voida liiaksi korostaa. Siksi siihen liittyviä hyviä toimintamalleja kannattaa ehdottomasti nostaa esiin, jakaa eteenpäin ja myös panostaa esiin nousseisiin kehittämiskohteisiin.

LÄHTEET

Aalto-Siiro, M. (2011.) *Pirkanmaan kuntien yhteistyötarpeet ja yhteistyömalli kehitysvammaisten asiakkaiden perhehoidon järjestämisessä* – Selvitys yhteistyömallin valmisteluprosessista 5/2011. Pikassos. Haettu 11.1.2018 osoitteesta <http://www.pikassos.fi/aineistot/finish/13-vammaistyo/50-selvitys-pirkanmaan-kuntien-kehitysvammaisten-perhehoidon-jaerjestaemisestae-2011>

Hakkarainen P., Kuukkanen M., Leinonen R. & Sipilä L. (2016). *Hyvää perhehoitoa. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti*. Perhehoitoliitto.

Heikkilä Tarja (2014). *Tilastollinen tutkimus*. 9. uud.painos. Helsinki: Edita Publishing.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. (2014). *Tutki ja kirjoita*. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Kanervo, M. (2012). *Vammaisten ja pitkäaikaissairaiden lasten omaishoitajien kokemuksia ja kehittämistarpeita lyhytaikaisesta perhehoidosta Etelä-Kymenlaaksossa*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Kymen ammattikorkeakoulu. Haettu 17.5.2017 osoitteesta http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49056/kanervo_marleena.pdf?sequence=1

Kauppila, R. (2011). *Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille*. 3. painos. Juva: PS-kustannus.

Korpela, M. (2017). *Läheisyhteistyön kehittäminen itsemääräämiskeutta kunnioittaen asumispalveluyksikössä*. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen (yAMK). Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Haettu 5.3.2018 osoitteesta https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133473/korpela_miaa.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kotiranta, T. (2015). *Omaisyyhteistyö hyvinvointia ja osallisuutta edistämässä*. Pori: Omaisena edelleen ry

Kuukkanen, M. (2008). Kehitysvammaisten perhehoito. Teoksessa J. Ketola (toim.) *Sijoita perheeseen. Perhehoito inhimillisenä ja taloudellisenä vaihtoehtona*. Jyväskylä: PS-kustannus, 61—80.

Kuukkanen, M (2015). *Valmennuskansio. KeVa-perhehoidon valmennus*. Jyväskylä: Perhehoitoliitto.

Krogstrup, H. (2004). *Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt menetelmä-käsikirja*. Stakes. Haettu 23.9.2017 osoitteesta <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=>

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977. Haettu 22.5.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 812/2000. Haettu 23.5.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Matero, M. (2006). Kehitysvammaisuus. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E. *Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet*. (2. painos). Helsinki: WSOY, 165—203.

Mustonen, H. (2013). *Kartoitus vammaisen tai sairaan lapsen tilapäishoidon järjestämisestä*. Kehitysvammaisten tukiliitto. Haettu 22.2.2018 osoitteesta <http://docplayer.fi/11327344-Kartoitus-vammaisen-tai-saira-lapsen-tilapaishoidon-jarjestamisesta.html>

Muuri, A. (2016). *Laatukäsikirja toimeksiantosuhteiseen perhehoitoon. Sosiaalialan opinnäytetyö*. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Hämeen ammattikorkeakoulu. Haettu 14.5.2017 osoitteesta https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120144/Muuri_Aino.pdf?sequence=1

Mäkilä, I. (2014). *Perheiden kokemuksia perhehoidosta : Kartoitus Arvo-kas elämä -hankkeen kehittämistyölle*. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Haettu 17.5.2017 osoitteesta <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/72001/opinnaytetyo.ilona.makila.f7731.pdf?sequence=1>

Oksala, M. & Toiminen, K. (2010). *Kehitysvammaisten Palvelusäätiön lyhytaikaisen perhehoidon laatu*. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Haettu 17.5.2017 osoitteesta http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22722/Oksala_Maija_2010.pdf?sequence=2

Perhehoitolaki 263/2015. Haettu 12.2.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>

Perhehoitoliitto A. Mitä perhehoito on? Haettu 14.5.2017 osoitteesta <https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito>

Perhehoitoliitto B. Perhehoito. Vammaiset lapset, nuoret ja aikuiset. Kennelle perhehoito sopii. Haettu 29.10.2017 osoitteesta https://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/vammaiset_lapset_nuoret_ja_aikuiset/kennelle_perhehoito_sopii

KeiPe toimintaohje (2017). *Pirkanmaan kehitysvammaisten ja ikäihmisten perhehoidon yksikön toimintaohje*. Voimassa 1.1.2017 alkaen. Haettu 8.2.2018 osoitteesta https://www.tampere.fi/tiedostot/k/1f5RYAGBP/Toimintaohje_kevaiki.pdf

KeiPe (2017). Pirkanmaan maakunnallinen ikäihmisten ja kehitysvammaisten perhehoidon yksikkö. Haettu 10.5.2017 osoitteesta www.tampere.fi/keipe

Ponkilainen, N. & Pöysti, K. (2014). *Kehitysvammainen lapsi perheessä*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Karelia-ammattikorkeakoulu. Haettu 28.1.2018 osoitteesta http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/84572/Ponkilainen_Niina%20ja%20Poysti_Karoliina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Repo, M. (2006). Vammaisuus eri näkökulmista. Teoksessa Malm, M., Matero, M., Repo, M. & Talvela, E. *Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet*. (2. painos). Helsinki: WSOY, 9—12.

Rousu, S. & Holma, T. (2004). *Lastensuojelupalvelun laadunhallinta*. Suomen Kuntaliitto. Haettu 13.2.2018 osoitteesta http://shop.kuntat.net/product_details.php?p=167

Sivonen, A. (2012). *Eryyisen ihana vanhemmuus. Ensitieto-opaslehtinen kehitysvammaisten lasten vanhemmille*. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Haettu 28.1.2018 osoitteesta http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43061/sivonen_annariikka.pdf?sequence=1&isAllowed=y

STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. I&O-kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Haettu 14.5.2017 osoitteesta <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Suomen YK-liitto (2015). YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja. Haettu 22.5.2017 osoitteesta http://www.ykliitto.fi/sites/ykliitto.fi/files/vammaisten_oikeudet_2016_net.pdf

Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. Haettu 22.5.2017 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301#Pidp431692480>

Talentia (2017). *Arki, arvot ja etiikka*. Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet. PunaMusta Oy. Haettu 22.5.2017 osoitteesta <http://talentia.ejulkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/>

Tamminen, M. (2012). *KOHTAA OMAINEN – Omaisten tunteet ja tarpeet hoitohenkilökunnan haasteena ympärivuorokautisessa hoidossa*. Opin- näytetyö. Sairaanhoidtaja, kliininen asiantuntija (yAMK). Turun ammatti- korkeakoulu. Haettu 5.3.2018 osoitteesta

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52133/Tamminen_Minna.pdf

Tampere (2017). Tampereen kaupunki. Tutkimukset. Ajankohtaisia tutkimusaiheita. Haettu 14.5.2017 osoitteesta www.tampere.fi/tutkimusluvut

THL (2016). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lapset, nuoret ja perheet. Työn tueksi. Varhainen avoin yhteistoiminta ja dialogiset menetelmät. *Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä*. Päivitetty 14.6.2016. Haettu 5.3.2018 osoitteesta https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus-ammattilaisen-ja-perheen-valilla

Tonttila, T. (2006). *Vammaisen lapsen äidin vanhemmuuden kokemus sekä lähiympäristön ja kasvatuskumppanuuden merkitys*. Helsingin yliopisto. Haettu 28.1.2018 osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19986/vammaise.pdf?sequence=1>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (5. uud. painos). Helsinki: Tammi

Valli, R. (2011). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Valli, R. (2015). Paperinen kyselylomake. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: PS-kustannus, 84—108.

Valli, R. (2015). Numeroiden kautta kuvataan todellisuutta. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Jyväskylä: PS-kustannus, 226—238.

Valli, R. (2015). Tulkintoja erilaisiin vastauskäytäntöihin. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Jyväskylä: PS-kustannus, 239—254.

Vernerinen (2017). Kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Toimintakyvyn näkökulma. Päivitetty 15.2.2017. Haettu 18.5.2017 osoitteesta <http://verneri.net/yleis/toimintakyvyn-nakokulma>

1. Mistä olette saaneet tietoa perhehoidosta? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

- Kunnan työntekijältä
- Perhehoidon yksiköstä
- Perhehoitoliitosta
- Internetistä, lehdestä tai muusta mediasta
- Sukulaiselta tai ystävältä
- Muualta, mistä?

2. Perheemme on käyttänyt lyhytaikaista perhehoitoa

- Emme kertaakaan
- Alle puolen vuoden ajan
- Puoli vuotta - vuoden ajan
- 1-4 vuotta
- Yli 4 vuotta

Mikäli perheenne ei ole käyttänyt lyhytaikaista perhehoitoa kertaakaan, vastatkaa ainoastaan tämän sivun kysymyksiin. Mikäli olette käyttäneet lyhytaikaista perhehoitoa, voitte ohittaa tämän sivun kysymykset nro 3-4 ja siirtyä seuraavalle sivulle.

3. Miksi ette ole käyttäneet lyhytaikaista perhehoitoa?

- Emme ole löytäneet meille sopivaa perhehoitajaa
- Emme ole saaneet perhehoitoa järjestymään meille sopivaan ajankohtaan
- Olemme päätyneet järjestämään hoidon muulla tavalla
- Kunta ei ole myöntänyt perhehoidon palvelua
- Muu syy, mikä?

4. Millaiset asiat saisivat teidät valitsemaan perhehoidon jatkossa? Myös muita ajatuksia ja kehittämisehdotuksia saa esittää.

5. Perhehoidossa käyvän lapsenne ikä?

- Alle 5 vuotta
- 5-8 vuotta
- 9-12 vuotta
- 13-17 vuotta
- 18 vuotta tai vanhempi
- Emme käytä enää perhehoitoa, lapsi kävi perhehoidossa ollessaan (vuotta)

□

6. Oletteko joskus vaihtaneet perhehoitajaa?

- Kyllä
- Ei

7. Mistä syystä olette vaihtaneet perhehoitajaa?

8. Käytättekö lyhytaikaista perhehoitoa tällä hetkellä?

- Kyllä
- Ei

9. Mikäli ette käytä perhehoitoa tällä hetkellä, miksi?

- Lapsi on muuttanut pois kotoa
- Perhehoito päättyi perhehoitajan aloitteesta
- Halusimme päättää perhehoidon itse, koska
- Muu syy, mikä?

10. Arvioikaa nykyisen/viimeisimmän perhehoitajan kanssa tekemääne yhteistyötä.

Ovatko seuraavat asiat teidän mielestänne sujuneet

1: Ei lainkaan

2: Heikosti

3: Melko hyvin

4: Hyvin

5: Erittäin hyvin

EOS: En osaa sanoa

	1	2	3	4	5	eos
Tiedonkulku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luottamus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytännön asioista sopiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perhehoitajan osaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapsen yksilöllinen huomioiminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lapsi viihtyy perhehoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Mitä muuta haluatte kertoa yhteistyöstä perhehoitajan kanssa?

12. Alla olevat asiat ovat eri lähteissä mainittu perhehoidon vahvuuksiksi.

Arvioikaa, ovatko ne teidän mielestänne toteutuneet saamassanne lyhytaikaisessa perhehoidossa

- 1: Ei lainkaan
 2: Heikosti
 3: Melko hyvin
 4: Hyvin
 5: Erittäin hyvin
 EOS: En osaa sanoa

	1	2	3	4	5	eos
Kodinomainen ympäristö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksilöllinen hoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pysyvä hoitaja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Turvallisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintakyvyn tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanhempien jaksamisen tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyvä kohtelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luottamuksellisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Perhehoito on tukenut perhettämme?

- Ei lainkaan
 Heikosti
 Melko hyvin
 Hyvin
 Erittäin hyvin
 En osaa sanoa

14. Miten perhehoito on tukenut teidän perhettänne?

KYSELYN PAPERIVERSIO 5/5

15. Mitä arvostatte perhehoidossa?

16. Kehittämisehdotuksia tai muuta, mitä haluaisitte sanoa?

Kiitos ajastasi ja osallistumisestasi kyselyyn!

Kaikki vastaukset käsitellään anonyymina ja tuloksia tullaan hyödyntämään lyhytaikaisen perhehoidon kehittämistyössä. Tulokset käsitellään siten, ettei niistä pysty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa.

Paperisen kyselyn voit postittaa palautuskuorella perhehoidon yksikköön ohessa olevalla palautuskuorella. Postimaksu on maksettu puolestasi.

Perheiden kokemuksia lyhytaikaisesta perhehoidosta

Hei! Tämä kysely toteutetaan sosionomiopintojen opinnäytetyönä, jonka aiheena on kartoittaa pirkanmaalaisten perheiden kokemuksia kehitysvammaisten lyhytaikaisesta perhehoidosta vuosina 2012-2017. Tavoitteena on löytää perhehoidon vahvuuksia, joita kannattaa säilyttää sekä nostaa esiin perhehoitoon liittyviä kehittämiskohteita nimenomaan perheiden näkökulmasta katsottuna.

Kysely on lähetetty perheille, joille on tarjottu tai järjestetty perhehoitoa Pirkanmaan kehitysvammaisten perhehoidon yksikön kautta. Tutkimusluvan on myöntänyt Tampereen kaupunki, joka hallinnoi yksikköä. Yksikkö toimii opinnäytetyön toimeksiantajana ja työelämäyhteytenä.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja kaikki vastaukset käsitellään anonyymina. Kyselyssä on sekä avoimia että valmiilla vastausvaihtoehdoilla asetettuja kysymyksiä. Vastaaminen vie vain muutaman minuutin. Mikäli mahdollista, voitte kysyä mielipidettä myös perhehoidossa käyneeltä lapseltanne. Mikäli ette ole aloittaneet perhehoitoa tai perhehoito on perheenne kohdalla jo päättynyt, olisi silti tärkeää vastata kyselyyn teille soveltuvien osien. Kaikki saatu palaute on tärkeää.

Tämän kirjeen ohessa on paperiversio kyselystä vastauskuorineen. Huomioitthän, että paperinen kysely on kaksipuoleinen. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Kyselyyn on mahdollista vastata myös sähköisesti osoitteessa:

<https://link.webropolsurveys.com/S/19AF140994312A04> (salasana:)

On ensiarvoisen tärkeää, että vastaatte kyselyyn ainoastaan yhden kerran, jotta tulokset eivät vääristy. Jos siis haluatte vastata kyselyyn ennemmin sähköisesti, teidän ei tarvitse lähettää tätä paperista kyselyä. Kyselyt ovat keskenään samanlaiset ja kaikki vastaukset käsitellään anonyymisti. Saatte vapaasti valita, kummalla tavalla vastaatte.

Postitatthän kyselyn TAI vastaatte siihen verkossa viimeistään sunnuntaina 27.8.2017.

Kiitoksia yhteistyöstä ja ajastanne perhehoidon kehittämistyön hyväksi!

Yst. terveisin, Marina Heinonen, Hämeen ammattikorkeakoulu

Lisätietoja kyselystä ja opinnäytetyöstä voitte kysyä: marina.heinonen@student.hamk.fi

Perjantai 6.10.

Perhehoidon yksikön työntekijöiden haastattelu

Pohjaksi kyselyn tuloksista:

Kyselyyn vastanneet ovat pääosin tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Vastaajat arvostavat mm. perhehoidon kodinomaisuutta, luottamusta ja turvallisuutta, perhehoitajan osaamista ja lapsista välittävää asennetta, sujuvaa asioista sopimista ja lapsen viihtymistä perhehoidossa. Huomioin arvoista oli kuitenkin se, että osaan asioista, joita iso osa vastaajista arvosti, kohdistui myös päinvastaisia kokemuksia ja kritiikkiä. Osa vastaajista ei mm. vaikuttanut luottavan kokemuksensa perusteella perhehoitajan osaamiseen tai muutoin ollut tyytyväinen perhekodin toimintaan, ei kokenut lapsen saamaa hoitoa yksilöllisenä tai koki yhteistyön ja vuorovaikutuksen perhehoitajan kanssa haasteellisena.

(Haastattelutilanteessa liitteenä taulukoituja tuloksia, jotka opinnäytetyössä luvussa 6.)

Kysymys:

Kuinka hyviä käytäntöjä voitaisiin tukea ja levittää (ennakkovalmennuksessa, lisäkoulutuksessa, työnohjeuksessa, kotikäynneillä)?

Alla on listattuna muutamia teemoja, joihin toisaalta iso osa vastaajista oli hyvinkin tyytyväisiä, mutta joita kohtaan esitettiin myös kritiikkiä:

1. Lapsen yksilöllinen huomioiminen
 - Haastavan käytöksen kanssa pärjääminen
 - Mitä merkitsee yksilöllisyys?
 - Kuinka perhehoitaja voi tutustua perhehoitoon tulevan henkilön yksilöllisiin tarpeisiin ja oppia vastaamaan niihin?
2. Viestintä ja vuorovaikutus perhehoitajan ja perheen välillä
 - Avoimuuden merkitys
 - Mikä tukee hyvää vuorovaikutusta
 - Mitä elementtejä hyvässä vuorovaikutuksessa on?
3. Henkilökemioiden merkitys onnistuneessa perhehoidossa
 - "Koko perhe asiakkaana"?
4. Kasvatuskumppanuuden merkitys
 - Onko erityislapsen vanhemmuuskin erityistä?