

Ritva Kotilainen

LYHYTAIKAISEN PERHEHOIDON MERKITYS IKÄIHMISEN ARKEEN

Kyselykaavake perhehoidon parissa
toimivien tueksi

Opinnäytetyö

Geronomi

2021



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tutkintonimike	Geronomi
Tekijä/Tekijät	Ritva Kotilainen
Työn nimi	Lyhytaikaisen perhehoidon merkitys ikäihmisen arkeen. -Kyselykaavake perhehoidon parissa toimivien tueksi.
Toimeksiantaja	Perusturvaliikelaitos Saarikka
Vuosi	toukokuu 2021
Sivut	59 sivua, liitteitä 10 sivua
Työn ohjaaja(t)	Merja Nurmi ja Eija-Maria Leppänen

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kyselykaavake Saarikan ikäihmisten perhehoitajien toiminnan avuksi. Kyselykaavake pohjautui lyhytaikaisessa perhehoidossa olevien ikäihmisten ja heidän omaistensa kokemuksiin siitä, millä asioilla perhehoidossa oli eniten merkitystä ikäihmisen hyvinvoinnille sekä kotona pärjäämiselle. Työ toteutettiin yhteistyössä Sote perusturvaliikelaitos Saarikan kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena tutkimuksena. Lyhytaikaisen perhehoidin ikäihmisiä haastateltiin teemoittain etenevällä avoimella haastattelulla. Haastattelun perusteella tehtiin miellekartta/ajatuskollaasi. Miellekartan avulla kerättiin tärkeimmät asiat hyvässä perhehoidossa. Näiden asioiden perusteella laadittiin kyselykaavake, jota perhehoitajat tulevaisuudessa käyttävät varmistaessaan perhehoidon sisällön ikäihmisten arkea tukevaksi.

Tärkeimmiksi asioiksi haastattelujen perusteella tulivat ihan tavalliset arjen asiat eli terveellisen elämäntavan perusasiat kuten uni, lepo, liikunta, hygienia, monipuolinen ravinto ja mielekäs tekeminen. Lisäksi turvallisuus, perhehoitajan ammattitaito, yhteisöllisyys ja sosiaalisuus olivat asioita, jotka lisäsivät perhehoidon kokemuksen positiivisuutta. Mitään erityisiä toiveita ei noussut esille. Tärkeää oli ihan normaali arjen elämä eikä siihen tarvittu mitään ihmetekoja. *”Leipää, lempee ja lämpöä- kolme perusasiaa”* kuten Arja Korisevakin laulaa.

Tämän tutkimuksen perusteella lyhytaikainen perhehoito sopii ikäihmisille kotona pärjäämisen tukimuodoksi erittäin hyvin. Haastattelut onnistuivat hyvin ja opinnäytetyön toteuttamismuoto oli vanhustyöhön sopiva. Miellekarttojen perusteella lyhytaikainen perhehoito lisää ikäihmisten hyvinvointia ja elämänlaatua. Tutkimuksessa saatiin toteutettua ikäihmisten oma osallisuus perhehoidon sisällön- ja laadun kehittämisessä.

Asiasanat: Ikäihmisten perhehoito, perhehoitaja, ikäihmiset, toimintakyky, elämänlaatu

Degree	Bachelor of Social Services and Health Care
Author (authors)	Ritva Kotilainen
Thesis title	The importance of short-term family care for the daily life of the elderly. Questionnaire to support those working in family care.
Commissioned by	Sote Basic Security Agency of Saarikka
Time	May 2021
Pages	59 pages, 10 pages of appendices
Supervisor	Merja Nurmi and Eija-Maria Leppänen

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to prepare a questionnaire to assist the activities of elderly family nurses. The questionnaire was based on the experience of elderly people in short-term family care and their relatives about which issues in family care were most important for the well-being of the elderly person and for coping at home. This thesis was carried out in coordination with the Sote Basic Security Agency of Saarikka.

The thesis was carried out as a functional research. Elderly people from short-term family homes were interviewed in a thematic open-ended interview. Based on the interview, a mind map was made. The mind map was used to gather the most important things in family care. Based on these issues, a questionnaire was developed that family caregivers could use in the future to ensure the content of family care to support the daily lives of the elderly.

Based on the interviews, the most important things became ordinary everyday things, the basics of a healthy lifestyle such as sleep, rest, exercise, hygiene, varied nutrition, and meaningful activities. In addition, safety, the professionalism of the family caregiver, communality and sociality were things that added to the positivity of the family care experience. A normal everyday life was important, and no miracles were needed. "*Bread, gentle and warm- Three basic things*"- as Arja Koriseva also sings.

Based on this study, short-term family care is very well suited for the elderly as a form of support for coping at home. The implementation of the thesis was suitable for elderly work and the interviews with the elderly were successful. Based on mind maps, short-term family care increases the well-being and quality of life of the elderly. This study implemented the elderly's own involvement in the development of the content and quality of family care.

Keywords: family care for the elderly, family nurse, elderly, functional capacity, quality of life.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PERHEHOIDON KEHITTÄMISEN HISTORIA SUOMESSA.....	8
3	PERHEHOITO	10
3.1	Ikäihmisten perhehoito	10
3.2	Perhehoidon muodot	12
3.3	Perhehoitaja	13
3.4	Perhekoti	14
3.5	Toimeksiantosopimus.....	15
3.6	Perhehoitajalle maksettavat korvaukset.....	15
3.7	Perhehoidon asiakasmaksu.....	16
3.8	Perhehoidon nykytila Suomessa.....	17
3.9	Ikäihmisten perhehoito muualla	19
4	PERHEHOITO- TIETÄMYKSEN LISÄÄMINEN	20
5	PERHEHOIDON HYÖDYT	22
6	ELÄMÄNLAATU	23
6.1	Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus	25
6.2	Elämänlaadun psyykinen ulottuvuus	26
6.3	Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus.....	27
6.4	Elämänlaadun ympäristöulottuvuus	27
7	TOIMINTAKYKY.....	27
7.1	Fyysinen toimintakyky	28
7.2	Kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky	29
7.3	Sosiaalinen toimintakyky	29
7.4	Hengellinen toimintakyky	30
8	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	31
8.1	Opinnäytetyön yhteistyökumppani	31
8.2	Opinnäytetyön tarkoitus	32

8.3	Opinnäytetyön tavoitteet	33
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	33
9.1	Koronan tuomat haasteet opinnäytetyölle	33
9.2	Tutkimusmenetelmä ja – aineisto	34
9.3	Opinnäytetyön eteneminen.....	35
9.4	Haastattelut	36
9.5	Havainnointi.....	38
9.6	Miellekartat/ ajatuskollaasit	39
10	TULOKSET	40
10.1	Vanhusten ja omaisten kokemuksista syntyneet miellekartat.....	40
10.2	Arjen toimintojen merkitys perhehoidossa	42
10.2.1	Ruokailun merkitys	42
10.2.2	Unen ja levon merkitys	42
10.2.3	Liikunnan ja ulkoilun merkitys	43
10.2.4	Hygienian hoidon ja puhtauden merkitys	44
10.3	Yksityisyyden ja sosiaalisuuden kokemukset ja niiden merkitys	44
10.4	Perhekodin turvallisuuden merkitys	45
10.5	Perhehoitajan ammattitaidon merkitys	46
10.6	Havainnoinnin tulokset	46
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	47
12	POHDINTA.....	48
12.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	48
13	YHTEENVETOA JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA	50
	LÄHTEET	55

LIITTEET

Liite 1. Kokemuksia perhehoidosta kyselykaavake

1 JOHDANTO

Perhehoidon juuret ulottuvat jo 1800-luvulle. Entisajan elätehoidolla on ollut sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia perhehoidon kehitykselle. Perhehoito on hoitajan tai asiakkaan kotona tapahtuvaa hoivaa ja huolenpitoa. Perhehoidon onnistumisen edellytys on, että kaikkia perhehoidon vaihtoehtoja pitkäaikaisesta osavuorokautiseen sekä hoidettavan kotona annettavaan palveluun löytyy kuntien ja kaupunkien palveluvalikoimista. 2010-luvulta lähtien tähän asiaan on kiinnitetty yhä enenevässä määrin huomiota. Perhehoito on monipuolinen ja joustava vanhusten hoitomuoto. Ikäihmisten perhehoito tarjoaa mahdollisuuden yksilölliseen, asiakaslähtöiseen, omatoimisuutta tukevaan, inhimilliseen, turvalliseen ja mikä tärkeintä osallistavaan kodinomaiseen lähes normaaliin perhe-elämän hoivaan.

Ikäihmisten perhehoitoa on tutkittu suhteellisen vähän sekä Suomessa että muualla. Viime vuosina on kuitenkin tehty muutamia opinnäytetöitä sekä gradu- tutkielmia eri näkökulmista. On selvitetty omais- ja perhehoitajien kokemuksia (Nevalainen 2007, Nisula 2010, Nurmi 2015, Jokitalo 2016, Tiitinen 2018, Närhi 2019, Kiuru & Leino 2020 ym.), ikäihmisten kokemuksia (Pietarinen 2013, Tarkiainen 2015, Puurtinen 2020 ym.) ja viranhaltijoiden ajatuksia (Laukkanen- Abbey 2012, Toiviainen 2017). Suomessa ikääntyneiden perhehoitoa on eniten tutkinut ja tehnyt väitöskirjan nyt viime vuonna Emilia Leinonen (2020).

Suomessa ikäihmisten osuus väestöstä kasvaa edelleen tulevina vuosikymmeninä. Vuoteen 2040 mennessä 75 vuotta täyttäneiden osuus tulee reilusti tuplaantumaan kahdeksasta prosentista seitsemääntoista prosenttiin väestöstä. 85 vuotta täyttäneiden osuus tulee lisääntymään yli 250 000 vanhukSELLA. Heidän määränsä reilusta 90 000 ennustetaan nousevan liki 350 000 vuoteen 2040 mennessä. Ikääntyvien määrän lisääntyminen on suuri haaste vanhuspalveluille. Ikäihmisten palveluita ja hoitoa koskevien laatusuosituksien mukaan laitoshoidon ja tehostettua palveluasumista pitää vähentää ja kotihoitoa pitää edelleen kehittää sekä uusia palveluita tulee lisätä. Ikäihmisten perhehoito on hyvin vartenotettava vaihtoehto. Pitkäkestoinen perhehoito on lisävaihtoehto vanhusten turvallisen asumisen järjestämiseen. Lyhytaikainen

perhehoito kotihoidon lisänä on tuki vanhusten kotona pärjäämiselle sekä erittäin hyvä tuki omaishoitajille, joiden apu on korvaamaton yhteiskunnalle.

Kiinnostuksen lisääntyessä ikäihmisten perhehoitoa kohtaan on huomattu, että siinä ei kuitenkaan ole vielä yhteisiä hyvän perhehoitoarjen suosituksia. Kehittämistyössä on aiemmin painottunut perhehoidon tunnetuksi tekeminen sekä järjestämisen toimintamallien rakentaminen. Kehittämistyötä tulee siirtää perhehoitoarjen laadun varmistamiseen eli siihen, mitä hyvä perhehoito on sisällöllisesti. Ensin on hyvä alueellisesti varmistaa perhehoidon tasalaatuinen toteutuminen ja sen jälkeen valtakunnallinen perhehoidon arjen sisällön hyvä toteutuminen. Tärkeää onkin, että ikääntyneet itse saisivat kertoa kokemuksiaan perhehoidosta ja niistä asioista, joiden he kokevat olevan hyvinvointia lisääviä asioita perhehoidossa. Perhehoitoarjen suositusten tulisikin pohjautua ikäihmisten omaan kokemukseen.

Tämän opinnäytetyön tilaajana oli Sote perusturvaliikelaitos Saarikka, joka vastaa 4 kunnan ja yhden kaupungin sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamisesta Keski-Suomessa. Saarikassa ikäihmisten perhehoitoa on pyritty kehittämään ja siihen on panostettu mahdollisuuksien mukaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Saarikan alueen vanhusten kokemuksia lyhytaikaisesta perhehoidosta. Työ toteutettiin haastattelemalla perhehoidossa olevia vanhuk-sia ja heidän omaisiaan. Haastattelujen perusteella tehtiin miellekartta/ ajatuskollaasi, johon listattiin asiat, mitkä vanhukset kokivat tärkeiksi asioiksi hyvässä perhehoidossa. Omaistenkin haastatteluista tehtiin miellekartta tai ajatuskollaasi, johon merkittiin sellaiset asiat, joilla perhehoidon toiminnot heijastuivat vanhuksen koti elämään. Tämän myötä saatiin pieni kokemusasiantuntijoiden oma mielipide. Näiden tulosten pohjalta laadittiin toimeksiantajan toiveen mukainen kokemuspohjainen kyselykaavake, jota ikäihmisten perhehoitajat tulevat käyttämään työkaluna toimintansa tukena.

Opinnäytetyön läpi käytetään perhehoidon asiakkaista ilmaisuja vanhus tai ikäihminen, jotka ovat neutraalimpia ilmaisuja asiakas sanan sijasta. Perhehoidon arvoja ajatellen on sopivampaa puhua vanhuksista, sillä se tuo mukanaan arvokkuuden ja elämänviisauden merkitykset. Perhehoidon vanhukset hyväksyivät itsekkin termin *vanhus* käytettäväksi.

2 PERHEHOIDON KEHITTÄMISEN HISTORIA SUOMESSA

Perhehoidon historian katsotaan alkaneen jo 1800-luvulla. Silloin oli tapana, että sukulaiset ja kylän väki huolehtivat toisistaan. Kerjääminen kiellettiin 1800-luvun alkupuolella ja tilalle tulivat eläte- ja ruotohoito. Hiukan myöhemmin vaivaistaloissa alettiin huolehtia apua tarvitsevista. (Ketola 2008, 15.) Vuoden 1852 vaivaishoitoasetus ja vuoden 1879 yleinen vaivaishoitoasetus määrittivät vanhusten avustamismuodoiksi ruotohoidon ja elätehoidon. Elätehoidon katsotaankin olevan nykyisen perhehoidon ensimmäinen muoto. Ruotohoidon ja elätehoidon välinen valinta perustui vanhojen ihmisten yleiskuntoon ja hoitokustannusten määrään eikä juurikaan heidän tarvitsemansa avun määrään. (Rintala 2003, 44.) Köyhäinhuutokaupoissa lapset, vaivaiset ja köyhät päätyivät elätehoitoon siihen kotiin, joka pyysi heidän hoidostaan vähiten korvausta.

Tämä asia on vaikuttanut pitkään ja vaikuttaa vielä nykyäänkin negatiivisesti ikäihmisten mielikuvaan perhehoidosta. Tällä mielikuvalla ja vääristyneellä tiedolla on ollut suuri merkitys siihen, että ikäihmisten perhehoidon vakiintuminen yhdeksi vanhustenhoidon palvelumuodoksi on ollut hidasta. Vieläkään kaikissa kunnissa ei ole tarjolla ikäihmisten perhehoidon palveluita. (Ketola 2008, 15.)

Elätehoito kauden jälkeen ja rinnalla alkoi vanhustenhoidossa laitoshoidon osuus kasvaa. Vaivais- ja köyhäinhuutoalojen asukaskanta oli todella kirjavaa. Köyhäinhuutolaki tuli voimaan vuonna 1923, jolloin kunnan täytyi antaa elätystä ja hoitoa jokaiselle hädänalaiselle. Ensisijaisesti hoidettavia avustettiin omiin koteihinsa tai heidät sijoitettiin yksityiskoteihin. Tarvittaessa sijoitus tehtiin kunnalliskotiin. (Ketola 2008, 15–16.)

Vuoden 1923 köyhäinhuutoaloissa oli jo useita säädöksiä huollossa olevien lasten perhehoidosta, mutta vasta 1980-luvulla Suomessa heräsi kiinnostus myös ikäihmisten ja vammaisten perhehoitoa kohtaan (Pietarinen 2013, 12–13). Vuoden 1982 sosiaalihuoltolaissa perhehoitonimitystä alettiin käyttää, kun henkilö sijoitettiin yksityiskotiin. Tällöin se myös luettiin lakisääteisiin sosiaalipalveluihin.

lkosen mukaan (2013, 52) kotipalvelua ja sen tukipalveluita sekä kotisairaanhoidoa alettiin kehittää 1970-luvulla. 1980-luvulla sosiaalihuoltolain uudistus ja avohuollon ensisijaisuus laajensivat entisestään kotipalvelua. 1960–1970-luvulla kunnalliskodit muuttuivat vanhainkodeiksi. Vanhustenhuollon kehittymisen aikaa oli 1970-luvulta aina 1990-luvun lamavuosiin asti. (Leinonen 2020,20.)

Suomen vanhuspolitiikan ja vanhustalveluiden muutosprosessi alkoi vuonna 1990, kun taloudellisen laman myötä haettiin säästöjä. Kunnat olivat tuolloin pakotettuja organisoimaan palvelujaan uudelleen. Alettiin siirtyä raskaasta laitoshoidosta kevyempiin hoitomuotoihin. Vanhustenhoidon järjestelyihin kehitettiin välimuotoja ja erilaisia palveluyhdistelmiä. Vanhustenhoidon yhteiskunnallinen toimenpide oli perhehoitajalain ja lain omaishoidon tuesta säätäminen. (Paasivaara 2002, 102–107.)

1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alkupuolella alettiin ajatella, että vaikka vanhenemismuutoksia ei voida estää, niin elintoimintojen toimivuutta voidaan parantaa. Liikunnan merkitys toimintakyvyn palauttaja- ja parantaja keinona lisääntyi. Kuntoutus tuli osaksi ikäihmisen jokapäiväistä elämää eli kuntoutumista voi tapahtua missä vain. Yhteiskunnalliseksi ajatukseksikin muotoutui, että sairaus ei vie toimintakykyä, vaan alettiin tukemaan eri keinoilla niitä voimavaroja, joita vanhuksella oli vielä käytettävissä. (Rintala 2003, 153–154.)

Vuonna 1992 astui voimaan perhehoitajalaki, jossa ei säädetty itse perhehoidosta vaan perhehoitajaa koskevista asioista. Perhehoito oli silloin käytössä melkein pä ainoastaan lastensuojelussa. (Perhehoitajalaki 312/1992.) Perhehoitajalaki kumottiin 1.4.2015 voimaan tulleella perhehoitolalla. Tässä laissa säädettiinkin sitten itse perhehoidosta. Lain tarkoitus oli turvata perheenomaisen ja hoidettavan tarpeita vastaava hoito. (Perhehoitolaki 263/2015.)

1.7.2016 perhehoitolakiin tuli muutos, jonka tavoitteena oli lisätä ja kehittää ikäihmisten perhehoitoa. Lisäksi näillä muutoksilla (perhehoitajien vähimmäispalkkion määrä, vapaiden määrä, terveystarkastukset, perhekodissa hoidettavien enimmäismäärä) perhehoitajien jaksamista parannettiin. (Kuntainfo 2016.)

2000-luvulla jälleen yhteiskunnassa alettiin ajatella, että koti on paras hoitopaikka ikääntyneelle. 2000-luvulla myös tuli tarjolle sekä yksityistä että julkista hoivapalvelua ikääntyneille. (Leinonen 2020, 20.) Varsinaisemmin ikäihmisten perhehoito yhtenä palveluvaihtoehtona on saanut enemmän kannatusta vasta 2010-luvulta lähtien (Pietarinen 2013, 13). Perhehoitoliitto pitikin viime vuotta ikäihmisten perhehoidon kehittämistäipaleen 10-vuotis- juhluvuotena (Lehtiharju 2020, 6).

3 PERHEHOITO

Perhehoito on kunnan tai kuntayhtymän järjestämää sosiaalipalvelua, josta säädetään vuonna 2015 voimaan tulleessa perhehoitolaissa (Hakkarainen ym. 2019, 4). Perhehoitolain mukaan (263/2015) perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus kodinomaiseen ja perusturvallisuutta edistävään ja tukevaan hoitoon. Perhehoito antaa mahdollisuuden läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hoidettavan yhteisöllisyyttä ja sosiaalisia suhteita. Perhehoidossa voi olla lapsia, nuoria, aikuisia, ikäihmisiä, vammaisia, mielenterveyskuntoutujia tai ketä vain henkilöitä, jotka ovat avun ja hoivan tarpeessa. Vieläkin eniten perhehoitoa käytetään lastensuojelussa. (Hakkarainen ym. 2019, 6.) Kunnat päättävät itse, miten järjestävät perhehoitopalvelut. Kunnat voivat järjestää perhehoitoa toimeksiantosuhteisena ja / tai ostopalveluna. (Hakkarainen ym. 2013, 9.)

Sijoitus perhehoitoon tehdään tapauskohtaisesti lastensuojelu-, sosiaalihuolto-, vammaispalvelu-, kehitysvamma- tai vanhuspalvelulain perusteella perhehoitolakia noudattaen. Lisäksi on muitakin lakeja, asetuksia ja säädöksiä, joita tulee noudattaa toteutettaessa ja järjestettäessä perhehoitoa. (Maakunnallinen toimintaohje 2021, 3.)

3.1 Ikäihmisten perhehoito

Perhehoitoliiton mukaan (2018, 4) perhehoito on yksi vaihtoehto järjestää ikäihmisten hoito- ja asumispalvelua. Perhehoito on kotihoidon ja palveluas-

misen välimuoto. Hoito voi tapahtua perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. (THL 2019.) Perhehoitoa voidaan antaa myös ammatillisessa perhekodissa, jolloin toiminnalla on oltava yksityisten sosiaalipalveluiden tuottamiseen tarkoitettu lupa (Perhehoitolaki 4. §). Hoivamuotona perhehoito on yksilöllistä, inhimillistä, hyvin kodinomaista ja turvallista arjen elämää (Leppänen 2020; JHL 2015, 14). Lisäksi ikäihmisten perhehoidossa korostuu ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioitus, ja omatoimisuuden tukeminen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 5; Maakunnallinen ikäihmisten perhehoidon toimintaohje 2020, 4; Ikäihmisten perhehoidon valmennus 2018, 7–9.)

Perhehoito sopii vanhukselle, joka ei enää pärjää saamiensa palveluiden avulla kotona, mutta ei kuitenkaan tarvitse tehostettua palveluasumista. Erityisen sopiva hoitomuoto perhehoito on silloin, kun vanhuksen toimintakykyä heikentävät muistiin vaikuttava sairaus, iän mukana tullut hauraus, yksinäisyys ja turvattomuus. (Hakkarainen ym. 2019, 10.) Toimintakykyä tulee kuitenkin olla vielä riittävästi jäljellä ja niin, että muistisairaus on alkuvaiheessa tai enintään keskivaikeaa, että vanhus voi olla perhehoidossa. Elämänlaatu yleensä heikkenee, kun turvattomuus, yksinäisyys ja sosiaalinen eristäytyneisyys lisääntyvät. (Leinonen 2017, 198–199.)

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen puheenjohtaja Anttilakin (2017) korostaa, että tärkein ikäihmisten palveluja ohjaava periaate on oman elämän omistaminen elämän loppuun saakka. Tämä tarkoittaa ikäihmiselle hyvää elämää. Silloin tulisi olla mahdollisuus yksilölliseen elämäntyyliin kodinomaisessa ympäristössä, ihmissuhteita, lämpöä ja turvallisuutta. Hyvään elämään tarvitaan hyvää hoitoa ja tämä tarkoittaa sitä, että vanhuksen hoitoon osallistuvat kunnioittavat vanhusta, kuuntelevat vanhuksen toiveet ja kohtelevat vanhusta tasa- arvoisesti. (Tehyn eettinen toimikunta 2017, 17–18.)

Nykyään usein ikäihmisten tarpeet sopeutetaan palvelujärjestelmään ja tällöin tarpeet, kuten yksinäisyys ja turvattomuus, jäävät huomioimatta. Palvelujärjestelmä määrittää vanhukset heidän palvelutarpeidensa kautta. (Tehyn eettinen toimikunta 2017, 18.) Ikäihmisten perhehoito mahdollistaa kuitenkin ikäihmisen hyvän elämän aivan toisella tavalla kuin esim. palveluasuminen.

3.2 Perhehoidon muodot

Perhehoidossa ikäihmisen tarpeisiin vastataan hoivalla ja huolenpidolla ympärivuorokautisesti perhehoitajan kodissa. Lähtökohtaisesti perhehoito on jatkuvaa, pitkäaikaista ja ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa, joka saattaa kestää jopa useiden vuosien ajan, mutta sitä järjestetään muunkin muotoisena toimintana. (Hakkarainen ym. 2019,10.) Ikäihmisten palveluntarpeisiin perhehoidosta löytyy monenlaisia ratkaisuja, kunhan vain kuntien ja kaupunkien työntekijät tunnistavat perhehoidon yhdeksi mahdollisuudeksi ja ovat perhehoidon puolestapuhujia. Työntekijöiden tulee myös tunnistaa vanhukset, kenelle perhehoito sopii. (Nurminen 2019, 24.) Intervallijakso omaishoitajan vapaiden aikana tai muu äkillinen tarve ovat ns. lyhytaikaista perhehoitoa. Omaishoidon piirissä olevat ikäihmiset ovatkin lyhytaikaisen ympärivuorokautisen ja osavuorokautisen perhehoidon keskeisimmät käyttäjät. (Kiertävän perhehoitajan valmennuskansio 2019, 1.) Tämä malli tukee kotona asumista ja omaishoitajan jaksamista. Säännöllinen lyhytaikainen perhehoito voi kestää enintään 14 vuorokautta kuukaudessa. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 4.)

Määräaikainen perhehoito tulkitaan myös lyhyt aikaiseksi perhehoidoksi. Se on väliaikainen järjestely mm. sairaalasta kotiuduttaessa, odotettaessa pitempi aikaista asuinpaikkaa tai pitkäaikaisen perhehoitajan vapaan aikana. Saman vuorokauden aikana enintään 10 tuntia kestävä hoito on osapäiväperhehoitoa. Tämäkin on hyvä muoto omaishoitajan tueksi, kun ikäihmisellä ei ole tarvetta tai halua ympärivuorokautiselle perhehoidolle. Mikäli hoito kestää yön yli silloin hoito on lyhytaikaista perhehoitoa. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 4.)

Säännöllinen, toistuva ja suunnitelmallinen päiväaikainen perhehoito, jonka kesto on 8–10 tuntia, tulkitaan lyhytaikaiseksi perhehoidoksi. Tällainen perhehoito tukee yksin asuvien ikäihmisten kotona asumista. Siinä vanhuksen on mahdollisuus päästä virkistäytymään ja toisten ihmisten seuraan. Lyhytaikaiseksi perhehoidoksi katsotaan myös hoidettavan kotona tapahtuva perhehoito. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 4.)

3.3 Perhehoitaja

Perhehoitaja on henkilö, joka hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan kanssa tekee toimeksiantosopimuksen ja antaa perhehoitolaissa tarkoitettua perhehoitoa yksityiskodissaan tai hoidettavan kotona. Pitkäaikaisessa perhehoidossa hoitaja asuu hoidossa olevien henkilöiden kanssa. Perhehoitajana voi toimia henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella on kykenevä antamaan perhehoitoa. (Hakkarainen ym.2019, 4.)

Ennen toimeksiantosopimuksen tekemistä uusien perhehoitajiksi aikovien henkilöiden on suoritettava seitsemän eri ryhmätapaamista ja kaksi heidän kotonaan tapahtuvaa tapaamista sisältävä ennakkovalmennus. Ennakkovalmennuksen tarkoitus on antaa tietoa valmiuksista, joita ikäihmisten perhehoitajalta edellytetään. Hoitajiksi aikovien tulee perehtyä ikäihmisten perhehoitoon erilaisten tehtävien muodossa. (Perhehoitoliitto ry 2018,1.) Ennakkovalmennuksella varmistetaan henkilöiden soveltuvuus perhehoitajan tehtävään. Kuitenkaan hoitajan ei tarvitse olla sosiaali- eikä terveydenhuollon ammattilainen. (THL 2020.)

Ikäihmisen perhehoitajalta edellytetään, että hän pitää huolta ikäihmisten hyvinvoinnista ja auttaa ja tukee ikäihmistä voimavarojen hyödyntämisessä sekä toimintakyvyn ylläpitämisessä. Perhehoitajan tulee myös mahdollistaa ja tukea ikäihmisten ja tämän läheisten yhteydenpitoa. Lisäksi perhehoitajalta vaaditaan hyviä yhteistyöhaluja sekä yhteistyötaitoja ikäihmisen asioiden hoidossa. Tärkeää on myös se, että perhehoitaja sitoutuu tehtäväänsä, koska pysyvyydellä ja jatkuvuudella on erittäin suuri merkitys ikäihmisen elämässä. (Perhehoitoliitto ry, 2018,2.)

Ennakkovalmennukseen osallistuvien henkilöiden kotikunnan sosiaalitoimi antaa lausunnon valmennettavien soveltuvuudesta perhehoitajaksi. Perhehoidon koordinaattori ja ennakkovalmentaja kouluttaja tekevät kotikäyntien ja ennakkovalmennuksen arvioinnin pohjalta lopullisen päätöksen henkilön soveltuvuudesta perhehoitajaksi. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 6.)

Kiertävä perhehoitaja tekee perhehoitoa joko ympärivuorokautisesti tai tarpeen mukaan vain päivä- tai yöaikaisesti ikäihmisen omassa kodissa. Tämä malli tuli mahdolliseksi 2015 voimaan tulleen perhehoitolain myötä. Myös kiertävän perhehoitajan on suoritettava viiden tapaamiskerran mittainen ennakkovalmennus. Vanhuus elämänvaiheena, ikääntymismuutokset, yleisemmät sairaudet, toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen, yhteistyö ja kiertävänä perhehoitajana toimimiseen liittyvät kysymykset ovat tämän ennakkovalmennuksen tapaamiskertojen aiheita. (Kiertävän perhehoitajan valmennuskansio 2019, 1–3.)

3.4 Perhekoti

Perhekoti on yksityinen perheen koti, jossa annetaan perhehoitoa, jonka sijoittajakunta on hyväksynyt perhekodiksi. Mitään erityisiä määräyksiä ei ole millainen kodin tulee olla, mutta olosuhteiltaan ja tiloiltaan kodin tulee olla perhehoitoon soveltuva. Ainut poikkeava määräys normaaliin kotiin verrattuna on, että palovaroitin on oltava jokaisessa hoidettavan huoneessa. Kodin tulee olla turvallinen, esteetön, virikkeellinen ja ympäristön tulee olla ikäihmisille sopiva. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 5–6.) Pitkäaikaisessa perhehoidossa olevalla aikuisella tulee olla oma huone. Lyhytaikaisessa perhehoidossa hoidettava voi olla kahden hengen huoneessa. Hoidettavan käytössä on kuitenkin kaikki kodin yhteiset tilat. (Hakkarainen ym. 2019, 4.)

Tärkeintä on perhekodissa vallitsevat ihmissuhteet ja se, että perhehoitajalla on kyky vastata hoidettavan tarpeisiin. Hoidettavalla tulee olla tasa-arvoinen asema muihin perheenjäseniin, eli muiden perhekodin jäsenten tulee hyväksyä hoitoon sijoitettava. (Perhehoitolaki 2015, 5. §; Hakkarainen ym. 2019, 4.)

Mikäli perhehoitaja toimii tehtävässään yksin, hoidossa voi olla neljä ikäihmistä. Jos taas perhehoitajia on kaksi ja toisella heistä on ammatillinen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus, voi perheessä olla enintään kuusi hoidettavaa. Erityisistä syistä hoidettavien henkilöiden määrästä voidaan tarvittaessa poiketa. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi, että perhehoidossa on sisaruksia tai saman perheen jäseniä tai hoidossa on vain täysi-ikäisiä, joiden keskinäinen kanssakäyminen on sujuvaa ja hoidettavat ovat toimintakyvyiltään sellaisia, että on mahdollista poiketa hoidettavien enimmäismäärästä. Myös silloin, kun

perhehoitaja sijaistaa toista perhehoitajaa voidaan poiketa hoidettavien enimmäismäärästä. (Perhehoitolaki 7.§ 1.–2. mom.; Hakkarainen ym. 2019, 5; Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 5–6.)

3.5 Toimeksiantosopimus

Perhehoitolain mukaan (10. §) toimeksiantosopimuksen tekee aina kunta tai kuntayhtymä hoitajan kanssa. Sopimuksessa perhehoitaja ja kunta sopivat hoitosuhteeseen liittyvät oikeudet ja velvollisuudet. Toimeksiantosopimuksessa kirjataan sopijapuolet, hoitajalle maksettavan hoitopalkkion määrä, kulkorvauksien määrä, hoidettavan yksilöllisten erityistarpeiden korvaus, hoidon arvioitu kesto, perhehoitajan vapaat, yhteistyö kunnan ja hoitajan kesken, toimeksiantosopimuksen irtisanominen ja muut perhehoitoa ja perhekotia koskevat asiat. Sopimus tehdään jokaiselle hoidettavalle erikseen joko ennen hoidon alkua tai välittömästi sen alettua. Se on joko määräaikainen tai toistaiseksi voimassa oleva. Toimeksiantosuhteinen perhehoitaja ei ole työsuhhteessa kunnan kanssa eikä hän myöskään ole yrittäjä. (Hakkarainen ym. 2019, 16, 66–68.)

3.6 Perhehoitajalle maksettavat korvaukset

Hoitajalle maksetaan hoitopalkkiota, kulukorvausta ja perhehoidon käynnistämisestä aiheutuneista kuluista ns. käynnistämiskorvausta. Tänä vuonna valtakunnallinen hoitopalkkion vähimmäismäärä on 826,90 euroa /kuukausi. Hoitopalkkio vastaa vanhuksen hoidettavuutta. Kunnat voivat maksaa vähimmäismäärää suurempiakin hoitopalkkioita. Erityisistä syistä hoitopalkkio voi olla vähimmäismäärää pienempikin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020.)

Saarikan alueella perhehoidon palkkioluokkia on kolme ja pitkäaikaisessa perhehoidossa on lisäksi neljäs erityismaksuluokka. Keski-Suomen maakunnan alueella ikäihmisten, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten perhehoidon hoitopalkkiot vaihtelevat 870,75 € / kk- 1169,08 €/ kk välillä. Hoitopalkkion suuruus on sidonnainen vanhuksen toimintakykyyn, hoidettavuuteen, avun ja valvonnan tarpeeseen. Vuoden 2021 alusta Saarikan alueella on otettu käyttöön myös erityismaksuluokka pitkäaikaisessa perhehoidossa. Tätä palkkioluokkaa

käytetään ainoastaan erityistilanteissa ja aina määräaikaisena. Tämä palkkioluokka on mahdollinen esim. asiakkaan saattohoitotilanteessa. Erityismaksuluokassa asiakkaalla on avun tarvetta myös yöaikaan. Tällöin palkkio on 1450 €/ kk. Hoitopalkkio on veronalaista tuloa ja se myös kartuttaa hoitajan eläkettä. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 10–11, 22.)

Lyhytaikaisessakin perhehoidossa Saarikan alueella on myös kolme hoitopalkkioluokkaa ja palkkio vaihtelee 56,42 € /hoitopäivä – 101,54 € / hoitopäivä välillä. Lyhytaikaisen perhehoidon hoitopalkkio on myös sidoksissa hoidettavan toimintakykyyn, avun ja valvonnan tarpeeseen. Lyhytaikaisen perhehoidon palkkio maksetaan vain yhtäjaksoisilta hoitopäiviltä. Mikäli perhehoito tapahtuu hoidettavan kotona perhehoitajalle, maksetaan 15 % korotettu hoitopalkkio. Tällöin hoitopalkkio vaihtelee 70 €/hoitopäivä- 116,79 €/ hoitopäivä välillä. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 11, 23.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (2020) kulukorvauksen vähimmäismäärä vuonna 2021 on 424,16 € /kk. Kulukorvaus vastaa hoidettavan henkilön todellisia ja yksilöllisistä tarpeista aiheutuneita kuluja. Yleensä se korvaa hoidettavan henkilön ateriat, asumisen ja muut kulut. Pitkäaikaisessa perhehoidossa Saarikan alueella kulukorvaus on noin 500–600 € / kuukausi/ hoidettava. Lyhytaikaisen perhehoidon kulukorvaus Saarikan alueella on 22,74 € / päivä / hoidettava. Hoidettavan kotona tapahtuva perhehoidon kulukorvaus on 7, 25 € / päivä. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 10,12, 24.)

Perhehoitolain (18. § 1.mom.) mukaan maksetaan aloittavalle perhehoitajalle ns. käynnistämiskorvausta. Käynnistämiskorvausta saa tarpeellisia kustannuksia varten. Näitä ovat esim. asuntoon kohdistuvat välttämättömät muutostyöt, kalusteet ja vuodevaatteet. Vuonna 2021 käynnistämiskorvaus on maksimissaan 3012,25 € / perhehoidossa oleva henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 14–15.)

3.7 Perhehoidon asiakasmaksu

Pitkäaikaisessa perhehoidossa Saarikan alueella asiakkaalta peritään vuokra, ateriamaksu ja ylläpitomaksu, jotka kunnan/ kaupungin asiakasmaksuista päättävä toimielin on vahvistanut. Lyhytaikaisessa perhehoidossa asiakkaalta

peritään vuorokausimaksu. Osapäiväisessä perhehoidossa asiakasmaksu on puolet lyhytaikaisen perhehoidon vuorokausimaksusta. Omaishoitajan lakisääteisen vapaan ajalta perhehoidossa peritään asiakkaalta asiakasmaksulain mukainen asiakasmaksu. (Maakunnallinen perhehoidon toimintaohje 2021, 19.) Saarikassa pitkäaikaisessa perhehoidossa olevalta vanhukselta perittävät vuoden 2021 asiakasmaksut ovat taulukon 1. mukaiset.

Taulukko 1. Pitkäaikaisen perhehoidon asiakasmaksut Saarikassa

Vuokra	Asiakasmaksu
Asiakkaalla oma huone	198,90 € /kk
Kahden hengen huone	166,96 € / kk
Ateriat	277,43 € / kk
Muut maksut: Henkilökohtainen hygienia, vaatehuolto, siivous- ja puhdistuskulut, kohtuulliset virkistys-, matka- ja puhelinkulut.	Vammaiset 280 € /kk. Ikäihmiset 400 € /kk.

(Sote- kuntayhtymä 2020)

Lyhytaikaisesta perhehoidosta vanhuksilta ja pitkäaikaissairailta peritään asiakasmaksuna 33 € vuorokaudelta ja osapäiväisestä perhehoidosta asiakasmaksu on 16,50 € vuorokaudelta (Sote- kuntayhtymä 2020, 15).

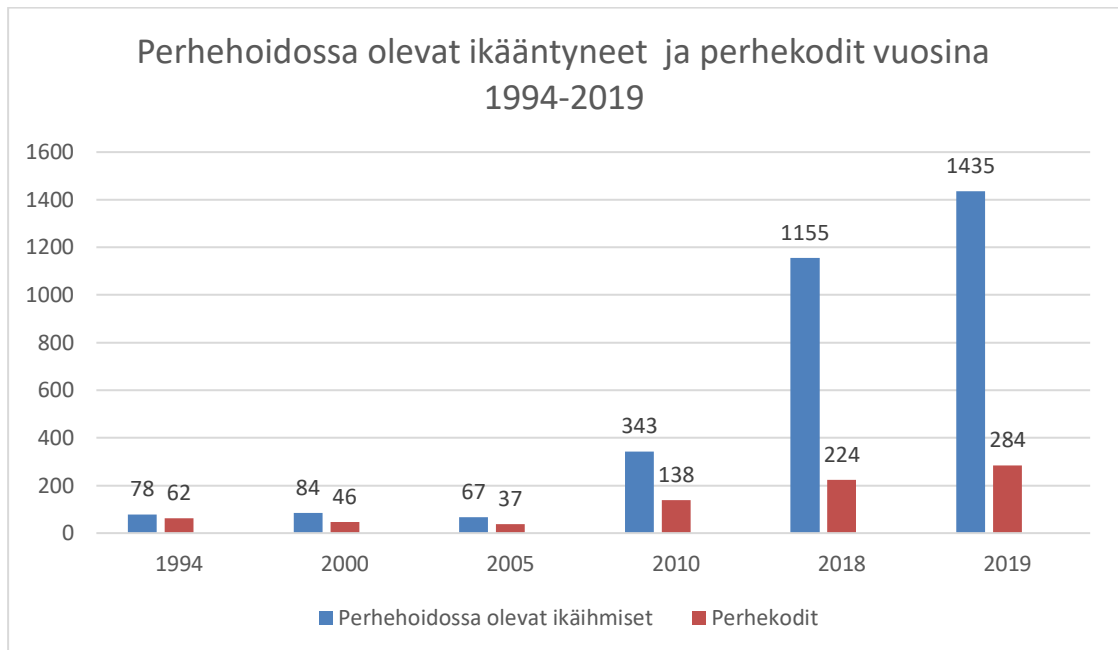
3.8 Perhehoidon nykytila Suomessa

Perhehoidon painottaminen oli osa jo vuonna 2013 vanhuspalvelulakiin kirjattua hoivapolitiittista linjausta. Kuntien tehtävänä oli etsiä vaihtoehtoja laitoshoidolle. Vuoden 2013 ikääntyvien asumisen kehittämissuunnitelman tavoite oli, että yli 75- vuotiaista asuu kotona 92 % vuoteen 2030 mennessä. Hallituksen tavoitteena onkin ollut lisätä perhehoitoa parantamalla perhehoitojärjestelmän ehtoja ja kannustimia. Vanhuspalvelulain jälkeen säädettiin vuonna 2015 perhehoitolaki ja 2016 tuli laki perhehoitolain muuttamisesta. (Mäki-Petäjä- Leinonen & Karvonen- Kälkäjä 2017, 158–165; 180–181.)

Vaikka ikääntyneiden perhehoito on ollut asumis- ja hoivapalvelu vaihtoehtona Suomessa jo yli kolmekymmentä vuotta, niin vasta vuoden 2015 jälkeen ikäihmisten perhehoidon kehittäminen on nostettu valtakunnan tasolle. Sipilän hallituksen hallitusohjelman tavoitteena oli lisätä perhehoito vanhuspalvelulain mukaiseksi tavaksi toteuttaa pitkäaikaista vanhustenhoitoa. Tuon hallituksen tavoitteena oli nostaa perhehoidossa olevien vanhusten määrä 1455 henkilöön vuoteen 2020 mennessä. (Valtioneuvosto 2015, 21.) Tilastot osoittavat, että tämä tavoite on lähes saavutettu (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2020).

Vuonna 2017 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teki omais- ja perhehoidon kyselyn, jonka mukaan ikääntyneistä kolme neljäsosaa oli lyhytaikaisessa tai osavuorokautisessa hoidossa. Perhehoitoliiton tiedottamistyöstä huolimatta ikääntyneiden perhehoito on edelleen hyvin pienimuotoinen hoivamuoto. Vuonna 2017 vain vajaassa puolessa Terveyden- ja Hyvinvointilaitoksen kyselyyn vastanneista kunnista oli tarjolla perhehoitoa. Kuva 1. osoittaa, että perhehoitajien määrä ei ole lisääntynyt samassa suhteessa perhehoidossa olevien ikääntyneiden kanssa. Lisäksi kuvasta 1. on nähtävissä, että vielä vuonna 2015 yhdessä kodissa hoidettiin keskimäärin 2,5 ikääntynyttä, mutta vuonna 2018 yhdessä kodissa hoidettavien lukumäärä oli noussut jo yli viiteen ikääntyneeseen. Ilmeisesti perhehoitajat toimivat mieluummin lyhytaikaisena perhehoitajana, jolloin hoidettavien yhteenlaskettu määrä saattaa olla hyvinkin suuri. (Leinonen 2020, 24.)

Perhehoitajat ovat nykyään pääsääntöisesti kiinnostuneita tekemään lyhytaikaista perhehoitoa, koska se ei ole niin sitovaa ja raskasta työtä kuin pitkäaikainen perhehoito. Pitkäaikaista perhehoitoa tekeviä hoitajia kuitenkin kaivattaisiin yhä enemmän perhehoidon tekijöiksi. (Leppänen 2021.)



Kuva 1. Perhehoidossa olevat ikääntyneet sekä perhekotien lukumäärä vuosina 1994–2019. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2020)

3.9 Ikäihmisten perhehoito muualla

Ikäihmisten perhehoitoa on tutkittu suhteellisen vähän sekä Suomessa että muualla maailmassa. Kuitenkin muutamien tutkimusten perusteella on tiedossa, että jonkinlaista ikäihmisten perhehoitoa on ainakin Yhdysvalloissa ja Isossa Britanniassa. (Leinonen 2020, 28.) Samassa muodossa kuin Suomessa perhehoitoa ei kuitenkaan ole muualla maailmassa.

Isossa Britanniassa ikäihmisten perhehoito koetaan osittain ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi ja se on verrattavissa Suomen ikäihmisten päivätoimintaan. Se on myös tuki omaishoitajille heidän vapaidensa ajaksi ja tarvittaessa, kun vanhus odottaa muuta pysyväisluonteista hoitopaikkaa. Hoidettavat ovat suhteellisen terveitä, mutta hoidon tarkoitus onkin yhteisöllisyyden lisääminen. (Brookes ym. 2016, 179–186.) Myös Leinosen (2020, 28) mukaan perhehoito Isossa-Britanniassa on lähempänä tukiperhetoimintaa kuin sellaista perhehoitoa, mitä se on Suomessa.

Yhdysvalloissa perhehoito taas vaihtelee vanhainkotityyppisestä hoitamisesta yhteisöasumiseen. Perhehoidon määrittelyä Yhdysvalloissa kuvaavat myös siellä perhehoidosta käytettävien käsitteiden määrä ja erilaisuus. (Howell, 2020.) Yhdysvalloissa perhehoidosta käytetäänkin nimitystä ”Adult foster

Care”. Siellä perhehoitoa kohdennetaan niille ikäihmisille, joilla on fyysisiä ja psyykkisiä rajoitteita, ja he tarvitsevat ohjausta ja hoivaa ympäri vuorokauden. Ryhmät perhekodeissa ovat pieniä, yleensä 1–6 henkilöä. Perhekodissa saa huoneen lisäksi myös täysihoidon. (Reinardy & Kane 1999, 572.)

Myöskään Ruotsissa ei ole tällaista ikäihmisten perhehoitojärjestelmää. Siellä on henkilökohtaisia avustajia, omaishoito järjestelmä ja erilaisia yhteisöllisiä asumisratkaisuja, mutta ei varsinaista tällaista järjestettyä toimintaa, että perhehoitaja ottaisi vanhuksia asumaan omaan kotiinsa. (Gårdnäs, 2020.)

4 PERHEHOITO- TIETÄMYKSEN LISÄÄMINEN

Muutamien vuosien ajan perhehoitoa on markkinoitu ja siitä on tiedotettu, mutta on todettu, että pelkkä tieto ei riitä perhehoidon saamiseen yhdeksi vaihtoehdoksi kuntien palveluvalikoimiin. Kokemuksista (sekä työntekijöiden että hoidettavien) puhuminen tuo perhehoitoa läheisemmäksi ja työntekijät saattavat jopa keksiä uudenlaisia tapoja toteuttaa perhehoitoa. (Nurminen 2019, 24–25.)

Eurassa tällaisesta on kokemusta siten, että perhehoitoa käytetään kotihoidon rinnalla. Kotihoidolla on tiukat käyntiajat ja hoitajat eivät voi olla pitkiä aikoja hoidettavien luona. Perhehoitaja voi kuitenkin tulla vaikka koko päiväksi. Perhehoitaja ja ikäihminen voivat tehdä yhdessä normaaleja kotihommia esim. laittaa ruokaa tai pestä pyykkiä. Yhdessä tekeminen auttaa pitämään toimintakykyä yllä ja kotona pärjääminen pitempään on mahdollista. Toiminta on ennaltaehkäisevää ja raskaampien palveluiden tarve siirtyy myöhemmäksi. Pelkkä palveluiden kohteena oleminen taas passivoi ikäihmistä. Toisaalta myös intervallipaikkoja on liian vähän tarpeeseen nähden melkein joka kunnassa eli perhehoito on myös tähän erittäin hyvä vaihtoehto. (Nurminen 2019, 25.)

Toisinaan uuden asiakkaan tullessa perhekotiin perhehoitaja kokee sen vaiheen hyvin vaativaksi henkiseksi prosessiksi. Tällöin mieltä askarruttaa, että mitä ikäihminen odottaa perhehoitajalta ja koko hoidolta, miten hoidettava sopeutuu uuteen paikkaan ja kaikkiin uusiin perheenjäseniin, onko hänellä jotain

erityistarpeita, millaisia tapoja ja tottumuksia hänellä on esim. ruokailu, nukku-
minen, liikunta, hengellisyys jne. ja onko hoidettavalla minkälainen läheisten
verkko ja miten heihin pidetään yhteyttä. (Nurminen 2019, 26.) Perhehoitajien
ammattitaitoa tulee tukea ja he tarvitsevat koulutusta, vertaistukea ja yhteis-
työtä tarvitaan monialaisesti eri vanhustyötä tekevien ammattilaisten ja omais-
ten kanssa.

1.3.2020 aloitettiin kolmivuotinen Stean rahoittama Kotona perheessä- Ikäih-
misen hyvä arki perhehoidossa- hanke. Tässä hankkeessa nimenomaan kerä-
tään tietoa siitä, mitkä ovat ne asiat, jotka ovat merkityksellisiä vanhukselle
perhehoidossa ja mitkä tuovat hänelle hyvinvointia. Tämän hankkeen tarkoi-
tuksena on tuottaa ikäihmisen hyvän hoidon suositukset ja valtakunnallinen
toimintamalli perhehoidon hyvästä arjesta. Perhehoidon rakenteita on jo aiem-
min kehitetty jonkin verran, mutta nyt pyritään varmistamaan ikäihmisten per-
hehoidon sisällöllinen laatu ja perhehoidon tasalaatuisuus ympäri Suomen.
Yhä edelleen tämän hankkeen myötä toivomuksena on, että perhehoito saa-
daan vahvaan kasvuun. Hankkeen laadun kehittämisen pohjana tulevat ole-
maan perhehoidon parhaat asiantuntijat eli perhehoidossa olevat ikäihmiset ja
heidän omat kokemuksensa perhehoidosta. (Perhehoitoliitto ry 2020; Laine
2020, 24–25.)

Kotona perheessä-hanketiimi työskentelee Helsingissä ja Ruovedellä. Itse
hanketyöskentely tapahtuu valtakunnallisesti, mutta painottuu Oulunkaaren
kuntayhtymän, Pirkanmaan ja Varsinais- Suomen alueille. Hankkeessa on tar-
koitus haastatella noin 30 ikäihmistä, jotka asuvat pitkäaikaisesti perheko-
dissa. Mukana on noin 10–15 perhekotia. Perhekotivierailuja on vaikeuttanut
huomattavasti koronaepidemia, mutta viime vuoden lopulla hankepääällikkö on
tehnyt vierailuja kolmessa perhekodissa Pohjois-Pohjanmaalla. Tarkoitus on
tämän vuoden puolella vierailla seitsemässä perhekodissa Varsinais- Suo-
messa ja Pirkanmaalla, mutta edelleen korona vaikeuttaa näitä vierailuja.
Hanketyöntekijät haastattelevat ja havainnoivat sekä perhekodissa asuvia
ikäihmisiä että perhehoitajia ja samalla etsivät perhekodin arjesta asioita, jotka
tuottavat ikäihmisille hyvää oloa. (Koikkalainen 2021, 8; Laine 2020, 24–25;
Leinonen 2021.)

Julkaistuja tuloksia hankkeesta ei ole vielä tällä hetkellä saatavissa, mutta toivomuksena olisi, että lokakuussa 2021 hanketyöntekijät ovat saaneet vierailut perhekodeissa tehtyä. Mahdollisesti marraskuussa 2021 julkaistaisiin ensimmäiset tulokset ikäihmisten kokemuksista perhehoidosta, jolta pohjalta sitten aloitettaisiin suositusten laadinta. (Leinonen 2021.)

5 PERHEHOIDON HYÖDYT

Reilun viiden vuoden kuluttua Suomessa ennustetaan olevan noin 700 000 yli 75- vuotiasta, kun vuonna 2016 heitä oli 450 000. Yhä edelleen vanhushoivan kehitystyössä vanhusten erilaiset tarpeet ja omat voimavarat ja omaisten näkemykset otetaan heikosti huomioon. Monenlaisia kehityshankkeita on paljon, mutta varsinaisia toimintamalleja tulee vain harvoista. (Mäkitalo 2016, 16–17.) Tulevaisuudessa terveys- ja vanhuspalveluiden käyttäjät tulevat olemaan nykyvanhuksia paljon vaativampia. Ennusteiden mukaan kymmenen vuoden kuluttua yli 85- vuotiaita on 360 000 ja yli 80-vuotiaita 670 000 ja yli 75- vuotiaita alkaa olla lähes 950 000. (Mäkitalo 2016, 24–25.)

Mäkitalon (2016, 34–35) mukaan toimintakykyä ja elämänlaatua parantavilla asiakaslähtöisillä palveluilla, kuntoutuksella ja kuntoutumisella, jota ikäihmisten perhehoito parhaimmillaan on, voidaan lykätä raskaan ympärivuorokautisen pitkäaikaishoidon tarvetta vuosia eteenpäin. Ennaltaehkäisy ja varhaisen tuen palvelut ovat inhimillisempää ja halvempaa kuin laitoshoido. Hyväksikin todettuja käytäntöjä pitää kehittää, koska ilman kehittämistä toiminta harvoin säilyy optimaalisena.

Laitoshoido on usein elämänlaadun kannalta epäinhimillisempi vaihtoehto kuin kodinomainen hoivamalli. Nykyinen ympärivuorokautinen hoivakotihoito maksaa vähintään 130 euroa vuorokaudessa ja sairaalaympäristössä hoidon hinta voi olla jopa 200 euroa kalliimpaa. (Mäkitalo 2016, 54–61.) Saarikassa talousarvioon on varattu ikäihmisten perhehoitoa ajatellen 60 euroa/ hoitovuorokausi. Kuitenkin toteuma on todellisuudessa noin 49 euroa/ hoitovuorokausi. Puhutaan siis reilusti yli puolet halvemmista hoitokustannuksista yhteiskunnalle kuin tehostetun palveluasumisen paikassa. (Leppänen 2021.)

Omahoitajuus korostui 1990–2000 luvuilla laitoshoidossa. Perhehoidossa omahoitajuus ja yhteistyösuhde toteutuu hyvin. Yleensä sekä asiakas että hoitaja työskentelevät asiakkaan sen hetkistä terveyttä edistäen. Perhehoitajan kanssa yhteistyösuhteessa asiakas voi kokea läheisyyttä, turvautua hoitajaan ja hän saa myös apua oikea aikaisesti. Tämä yhteistyö vaatii molemmilta aikaa ja jatkuvuutta. Tämän aidon ja tasavertaisen yhteistyösuhteen perustana on vanhuksen vapauden, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vastavuoroisuus. Hoitotieteissä korostetaan asiakkaan oman kokemuksen merkitystä terveyden määrittelyssä. Hyvä vuorovaikutussuhde ja vastavuoroisuus on erittäin tärkeä vanhuksen kokemukselle ja tyytyväisyydelle omaa hoitoaan kohtaan. (Virtanen 2002, 22–24.) Mikäli hoitaja ja vanhus eivät kohtaa toisiaan yhteistyösuhteessaan, niin he eivät voi saavuttaa sellaista asiakkaan voimavaroja löytävää ja hyödyntävää yhteistä toimintatapaa. Akuutisti sairas henkilö selviää hoitajan yhdenmukaisella työskentelytavalla, mutta esim. muistisairas vanhus voi olla hyvinkin riippuvainen toisesta henkilöstä. (Lipponen 2002, 35–36.)

6 ELÄMÄNLAATU

Yhä enemmän nykyään puhutaan elämänlaadusta, kun puhutaan vanhusten palveluista. Erittäin tärkeää on, että vanhus voi käyttää omia voimavarojaan itselleen mielekkäällä tavalla ja yleensä kaikki tärkeät tapahtumat ovat arjessa tapahtuvia. Tärkeää on, että sairauksista ja toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta vanhus saa vanheta arvokkaasti. Vanhuspalvelulakikin velvoittaa järjestämään vanhuspalvelut niin, että vanhus kokee elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Vanhukselle tulee myös mahdollistaa sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen, osallistuminen mielekkääseen ja hyvinvointia tukevaan arkeen. (Räsänen 2019, 18–19.) Elämänlaatua parantavat ja vireyttä lisäävät erilaiset ulkoiset virikkeet ja sosiaaliset suhteet. Vastentahoton yksinäisyys on vanhuksen hyvinvoinnin pahimpia uhkia. (Mäkitalo 2016, 48.)

Kuitenkaan käytettävissä olevat voimavarat eivät ratkaise vanhuksen hyvinvointia, vaan tärkeämpää on se, mitä jäljellä olevilla voimavaroilla on mahdollista saada aikaan. Sujuva arki on vanhukselle tärkein asia hyvinvoinnin koke-

misessa. Tämän vuoksi läheisten ja palvelujärjestelmän antaman tuen merkitys korostuu vanhuksen hyvän elämänlaadun kokemuksessa. (Räsänen 2019, 19.)

Elämänlaatu on moniulotteinen käsite. Se on eri ihmisten näkökulmista erilainen. Objektiivinen elämänlaatu on sitä, mitä muut havaitsevat ulkoisesti ja subjektiivinen elämänlaatu on sitä, mikä perustuu vanhuksen omaan kokemukseen elämänlaadusta. (Räsänen 2019, 19–20.) Ikäihmisten kokemus omasta elämänlaadusta ja elämänlaatua parantavista keinoista ei aina kuitenkaan vastaa todellisuutta (Mäkitalo 2016, 48).

Kaikilla ihmisillä on kuitenkin kyky, halu ja oikeus nauttia elämästä. Hyvä elämänlaatu tai oikeus siihen ei saa olla kiinni iästä. Vanhuksen hyvä elämänlaatu pohjautuu siihen, että vanheneminen ymmärretään yhdeksi luonnolliseksi elämänsä vaiheeksi. Vanhuksen hyvinvointi ja hyvä elämä määräytyvät hänen omista positiivisista kokemuksista, mielihyvästä, onnen ja ilon tunteista. Tähän kokemukseen vaikuttavat oma asenne ja ympäristön suhtautuminen. (Räsänen 2018, 42.)

Elämänlaadun ulottuvuuksia on neljä eli fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja näiden lisäksi on ympäristöulottuvuus. Toimintakykyisyys liitetäänkin usein hyvään elämänlaatuun ja hyvään ikääntymiseen. Vanhusten, jotka tarvitsevat apua, elämänlaatua muovaavat hoivapalvelut. Tällöin puhutaan elämänlaadusta, joka on riippuvainen hoivasta. Vanhustyössä tulisikin tavoitteena olla vanhuksen hyvän elämänlaadun tukeminen. Tämä tarkoittaa nimenomaan vanhuksen toimintakyvyn ja itsemääräämisoikeuden tukemista sekä yksilöllisyyden huomioimista. (Räsänen 2019, 20.)

Elämänlaatu on ollut eri tieteenalojen suosittu tutkimusaihe, mutta huonokuntoisten vanhusten elämänlaatuun kohdistuva tutkimus on ollut vähäistä. Frytakin tutkimuksen (2000, 200–236) mukaan elämänlaadun tekijät ovat arkielämän asioita. Niillä vanhuksilla, jotka kokevat elämänlaatunsa hyväksi, on hyvät sosiaaliset suhteet läheisiin, hyvä terveys ja toimintakyky, hyvä asumistaso, riittävä toimeentulo, mahdollisuus osallistua erilaisiin toimintoihin, myönteinen tulevaisuudenkuva ja elämänasenne, itsemääräämisoikeus ja hyvä

oman elämänhallinta. Tulevaisuudessa erittäin tärkeää olisikin yhteiskunnan ja palveluiden suunnittelemisen vuoksi saada tutkittua tietoa siitä millaiseksi vanhuksset kokevat elämänlaatunsa, että palvelujärjestelmä vastaisi vanhusten todelliseen tuen tarpeeseen. (Eloranta ym. 2020, 209.)

Kasvun ja vanhenemisen tutkijat tekivät Turun vanhustutkimuksen vuonna 2015. Tutkimuksessa arvioitiin 95-vuotiaiden koettua elämänlaatua ja tyytyväisyyttä fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja elinympäristöön liittyvään elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen myötä parhaaksi elämänlaadun ulottuvuuksista vanhuksset kokivat elinympäristöön liittyvän ulottuvuuden ja heikoimmaksi osoittautui psyykkinen ulottuvuus. Kuitenkin vastaajista yli puolet kokivat nauttivansa elämästä ja noin 75 % koki elämänsä kohtuullisen merkitykselliseksi. Tutkimus vahvistaa sen tiedon, että parhaiten pärjäävät hyvinkin iäkkäät kokevat elämänlaatunsa hyväksi. Mitä enemmän iäkkään elämänlaadun ulottuvuuksilla on puutteita, sitä enemmän hän tarvitsee tukea. (Eloranta ym. 2020, 209–221.)

6.1 Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus

Elämänlaadun fyysiseen ulottuvuuteen vaikuttavat koettu ja jäljellä oleva terveydentila, tarmokkuus, fyysinen kunto ja arjessa pärjäämiskyky. Arjessa selviytymistä vaikeuttavat sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen ja erilaiset fyysiset oireet. Liikkumiskyky ja siitä huolehtiminen liikunnan erilaisilla keinoilla on erittäin tärkeää vanhuksen elämänlaadulle. Ravitsemus on toinen erittäin tärkeä hyvinvoinnin ja elämänlaadun tekijä. (Räsänen 2018, 46–47.) Vanhus pärjää kotona paremmin, jos ravitsemustila on hyvä (Ikonen 2013, 217–218). On todettu, että vanhusten liikkumiskykyä ja elämänlaatua heikentävät kivut. Tutkimusten mukaan on arvioitu, että joka neljäs vanhus kärsii jatkuvaa kipua. Varsinkin muistisairaiden kivun hoitaminen on usein puutteellista, koska muistisairaana sanallinen ilmaisu heikkenee sairauden edetessä. (Räsänen 2018, 46–47.)

Räsänen (2018, 48–49) mukaan vanhuksen elämänlaatua ajatellen on tärkeää hyödyntää niitä voimavaroja, joita vanhuksella on jäljellä. Ei pidä keskittyä vain sairauksien hoitamiseen ja toimintakyvyn heikkouksiin, koska silloin vahviste-

taan heikkouksien etenemistä ja hyvinvointi vain heikkenee. Kuntouttavan, aktiivivan ja toimintakykyä tukevan hoitotyön merkitys korostuu. Räsänen tutkimustulosten perusteella pelkkä fyysinen hyvä perushoito, puhtaus, vaatteet ja ruoka eivät riitä hyvän elämänlaadun tekijöiksi. Tämän lisäksi tarvitaan arjen iloja, erilaisia aktiviteetteja ja toimintakykyä ylläpitävää monipuolista toimintaa. On hyvä muistaa, että laadukasta vanhustyötä tulee tehdä kolmella eri tasolla. Ensin tyydytetään perustarpeet; nälkä, puhtaus ja kipu. Seuraavaksi tulee itse elämä; arvot, roolit, tekeminen ja osallisuus. Kolmantena on saada elää omassa kulttuurissaan ja olla osa omaa asuin- ja elinympäristöään sekä kokea olevansa arvokas vanhus yhteiskunnassa. (Räsänen 2018, 48–49.)

6.2 Elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus

Hyvä itsetunto, hyväksymisen ja arvostuksen kokemus, halu nauttia elämästä, ilon ja merkityksellisyyden kokemus, onnellisuus ja olla rakastettu, tukevat ja rakentavat vanhuksen psyykkistä olotilaa ja elämänlaatua. Ihmisen tärkeimpiä voimavaroja on elämänhalu. Vanhuksella tähän vaikuttaa kokemus olla arvostettu ja tarpeellinen ja tuntee oma elämänsä mielekkääksi. Vanhuksella pienikin oma tekeminen ja osallistuminen on hyvin tärkeää ja parantaa elämänlaatua. Vanhukselle arki ja arjen elämä ovat tärkeitä, mutta myös vanhuskin tarvitsee unelmia, joita voi tavoitella. (Räsänen 2018, 50–52.)

Psykososiaalisen ajattelun mukaan vanhuuden ajatellaan olevan eheyttävää aikaa, jolloin vanhus jäsentelee elettyä elämäänsä. Usein kuitenkin vanhus on joutunut luopumaan monista asioista elämässään. Perhehoitaja kohtaa vanhuksen kanssa työskennellessään elämän rajallisuuden ja ihmisen vajavaisuuden, kuten muussakin hoitotyössä yleensä. Hoidossa pitääkin korostaa vanhuksen jäljellä olevia voimavaroja ja vanhuuden hyviä puolia, kuten elämäkokemusta ja -viisautta. Perhehoitajan tulee nähdä ja huomioida vanhuksen kokonaistilanne. Vanhus on edelleen tunteva ja tahtova ihminen. (Ikonen 2013, 43.)

Psyykkiseen hyvinvointiin kuuluu halu ja oikeus sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen. Kaikissa vanhuspalveluissa tämä tulee huomioida normaalina elämään kuuluvana asiana. Seksuaalisuus muuttuu iän mukana, mutta ei se hä-

viä koskaan. Tarve läheisyyteen, koskettamiseen ja ulkoisen olemuksen huolteluun ja hyväksytyksi tulemiseen säilyvät vanhanakin. (Räsänen 2018, 52–53.)

6.3 Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus

Hyvät ihmissuhteet ja perhe ovat vanhuksen elämänlaadulle ja hyvinvoinnille tärkeitä tekijöitä. Vanhukset pitävätkin ihmissuhteiden laatua määrää tärkeämpänä. Hyvät ihmissuhteet lisäävät elämänlaatua, tyytyväisyyttä elämää, henkistä jaksamista ja muitakin hyvinvoinnin kokemuksia. Huonot ihmissuhteet ovat aina riski heikentyneelle elämänlaadulle. Sosiaalista osallistumista ei kuitenkaan pitäisi korostaa liikaa, vaan vanhuksen tulisi aina itse saada päättää siitä. Joillekin vanhuksille oma rauha on muiden seurassa olemista tärkeämpää. (Räsänen 2018, 54–55.)

6.4 Elämänlaadun ympäristöulottuvuus

Jokaiselle ihmiselle ympäristöllä on jotain merkitystä. Ympäristön merkitys riippuu kuitenkin paljon yksilöstä ja hänen toimintakyvystään. Useimmiten ympäristö tuo mieleen kodin. Palveluasumisessa, perhehoidossa jne. seinät ja tavarat eivät tee siitä kotia, vaan siellä olevat ihmiset. Ympäristöllä on merkitystä vanhukselle siten, että se mahdollistaa hänen oman toimintansa, omien voimavarojen käytön ja riittävän avun saannin tarvittaessa. Lisäksi siihen kuuluu yksityisyys, yhteisöllisyys, sisustuksen omanäköisyys, mukavuus, esteettömyys ja liikkumisen helppous, siisteys ja turvallisuus. (Räsänen 2018, 57) Yksityisyydellä on suuri merkitys vanhuksen elämänlaadulle. Räsänen tutkimuksessa on kerrottu vanhuksesta, joka koki, että hänellä yksityisyyttään olivat enää hänen omat ajatuksensa ja kaikki muu oli viety pois. Erityisen rasokkaaksi asiakas koki saunassa käynnit, jolloin hänet suihkutuolissa vietiin puolialastomana saunaan. Tämä kaiken itsenäisyyden riisuminen vei häneltä voimia ja mieli vaipui alakuloon. (Räsänen 2018, 57–58.)

7 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky on yksi ikääntyneen henkilön terveyden ilmenemismuoto. Siinä vanhuksen fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ominaisuuksien ja voimavarojen riittävyyden aste on suhteessa vanhuksen toimintoihin kohdistuviin sekä

hänen itsensä asettamiin odotuksiin. (Vuori 2016, 14.) Yksinkertaisesti toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästään (Pitkälä ym. 2016, 448). Hyvään ja onnistuneeseen ikääntymiseen liitetään toimintakykyisyys ja näin se myös liittyy hyvään elämänlaatuun (Räsänen 2018, 9).

Kivelänkin (2006, 17–18) mukaan vanhustenhoidon tavoitteena tulisi olla toimintakyvyn, sosiaalisen osallisuuden ja elämänhallinnan parantaminen ja ylläpitäminen eli kaikkien toimintakyvyn osa-alueiden huomioiminen kuntoutuksen keinoin. Vanhustenhoidossa ei tulisi puhua vain hoidosta vaan myös hoidon lisäksi pitäisi puhua kuntoutumista edistävästä toiminnasta. Kuntoutus ei ole ulkopuolisen antamaa kuntoutusta eikä hoito ole passiivista hoitoa, vaan tällöin vanhus on aktiivinen toimija itse. Kivelän mukaan kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän toiminnan perusta on normaali elämä, johon kuuluvat ihmisen jokapäiväiset perustoiminnot kuten pukeminen, hygieniasta huolehtiminen, mahdollisimman itsenäinen ruokailu ja vaikka hiusten kampaaminen sekä myös seurustelu ja istuskelu muiden seurassa päivittäin. Lisäksi päiviin tulisi kuulua liikuntaa, muistelua ja erilaisia vanhuksen yksilöllistä toimintakykyä tukevia virikkeitä.

7.1 Fyysinen toimintakyky

Liikkumiskyky on tärkeä fyysisen toimintakyvyn osa-alueessa. Vanhuksen itsenäisen selviytymisen ja täysipainoisen elämän ratkaiseekin usein kävelykyky. (Vuori 2016, 15–16.) Vanhuspalveluiden piiriin tulemisen yleisin syy on vajavainen liikkumiskyky ja muistisairaudet. Näistä kertyykin 70 % vanhuspalveluiden kustannuksista nykyään. (Mäkitalo 2016, 28.) Kävely edellyttää, tuki ja liikuntaelimistön, aistien ja hermoston sekä energiaa tuottavan järjestelmän, riittävän hyvää yhteistyötä. Koska ikääntymisen aiheuttamat muutokset ovat eteneviä niitä tulee hidastaa ja kompensoida eli kävelykykyä ja kävelyvarmuutta pitää kehittää määrätietoisella harjoittelulla. (Vuori 2016, 15–16.) Fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa myös ikääntyneen kehon rakenne ja toiminta, ravitsemustila sekä myös psykososiaalinen toimintakyky (Lähdesmäki & Koistinen, 2009). Hyvä ravitsemus ylläpitää ikääntyvän terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Kotona pärjää paremmin, jos ravitsemustila on hyvä. Hyvä ravitsemustila on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edellytys. (Ikonen 2013, 217–218.)

7.2 Kognitiivinen ja psyykkinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa tiedon vastaanottoon, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä toimintoja (Sainio ym.2016, 59). Toiminnan ohjaus, muisti, oppiminen ja havaitseminen muun muassa kuuluvat kognitiiviseen toimintakykyyn (Lähdesmäki & Koistinen 2009,2). Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alue näkyy vanhuksilla siinä, miten totuudenmukaisesti hän näkee oman terveydentilansa, toimintakykynsä, omat voimavaransa ja siinä miten hän pystyy tekemään päätöksiä. Joskus käy niin, että vanhus ajattelee toimintakykynsä paremmaksi, mitä se todellisuudessa onkaan. (Räsänen 2018, 29.)

Kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus (itsearvostus ja minäkäsitys), psyykkiset voimavarat ja mieliala ovat psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Myös päätöksenteko ja ongelmien ratkaisukyky kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykkinen toimintakyky on kiinteästi yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, koska psyykkinen toimintakyky mahdollistaa vanhuksen selviytymisen rooleistaan siten, että hän saavuttaa elämänhallinnan ja selviytymisen tunteen. (Lähdesmäki & Koistinen 2009, 2–4.) Psyykkinen terveys ja kokonaisvaltainen hyvinvointi mahdollistavat ikäihmisen psyykkisen toimintakyvyn. Vanhuksen psyykkistä toimintakykyä voi ylläpitää ja parantaa tukemalla kognitiivisia toimintoja sekä mielialaa. (Lähdesmäki & Koistinen 2009, 2.)

Hyvä psyykkinen toimintakyky näkyy tunteiden, toiminnan ja ajatusten hallintana. Masennus, ahdistus ja pelko saattavat kuitenkin heikentää psyykkistä toimintakykyä. Usein puhutaan siitä, että vanhuuteen kuuluu tietynlainen alakuloisuus menetyksien ja menetettyjen taitojen vuoksi, mutta asia ei ole noin yksinkertainen. Tärkeää onkin, että vanhusta kuunnellaan, kuullaan ja välitetään. Tarvittaessa on tärkeää ohjata vanhus ammattiavun piiriin. (Räsänen 2018, 31–32.)

7.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky koostuu osaltaan näistä kaikista toimintakyvyn osa-alueista sekä vuorovaikutuksesta yleensä (Tarkiainen 2015, 12). Ympäristön ominaisuuksilla on myös vaikutusta sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalinen

toimintakyky kertoo vanhuksen kyvystä toimia erilaisissa yhteisöissä ja tilanteissa. Se näkyy vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, erilaisista rooleista suoriutumisena ja sosiaalisena osallistumisena. Sosiaalinen verkosto, joka toimii hyvin, on vanhuksen terveydelle ja toimintakyvylle tärkeimpiä perustekijöitä ja se ilmenee yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina. (Lähdesmäki & Koistinen 2009; Sainio ym. 2016, 60.) Fyysisen ja psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn perustana ovat hyvät ihmissuhteet. Vanhukset tarvitsevat toisten ihmisten läheisyyttä, rakkautta ja turvallisuuden tunteita. Vanhukselle on erittäin tärkeää tuntea kuuluvansa johonkin, koska arvottomuuden ja hylätyksi tulemisen tunne kuluttaa hänen hyvinvointiaan. Sosiaalisten suhteiden puuttuminen tai vähäisyys saattaa jopa johtaa siihen, että vanhus käyttää enemmän terveyspalveluita. (Räsänen 2018, 32–33.)

Vanhuksella sosiaalisen aktiivisuuden vaikutukset parantavat fyysistä toimintakykyä, lisäävät tyytyväisyyttä elämään ja hyvinvointia sekä ehkäisevät kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä. Sosiaaliset suhteet, vuorovaikutus ja kohtaaminen ovatkin ikäihmisten hyvän elämänlaadun rakennusaineita. (Räsänen 2018, 34.)

7.4 Hengellinen toimintakyky

Hengelliseen toimintakykyyn kuuluvat usko ja luottamus toisiin ihmisiin ja Jumalaan. Hengellisyydessä on tietoisuus siitä, että on olemassa muutakin kuin arkitodellisuus. Hengellisyyteen kuuluu arvot, elämäkatsomus, aatteet ja filosofiset pohdinnat. Hengellisen toimintakyvyn osa-alueita ovat myös vanhuksen suhde elämään ja kuolemaan. Toisille hengellinen toimintakyky on uskonnollisuutta, vakaumusta ja maailmankuvan muodostamista ja taas toisille henkilökohtaista uskoa, mielenrauhaa ja itsensä hyväksymistä. Tasapaino hengellisen toimintakyvyn osa-alueiden välillä saa vanhuksen kokemaan elämänsä mielekkäänä ja merkityksellisenä. Vanhuksen hengelliset tarpeet tulee huomioida ja tyydyttää vanhuksen toivomalla tavalla, että hän voi elää tasapainoista elämää, huolimatta siitä mihin uskontokuntaan hän kuuluu vai kuuluuko mihinkään. (Lähdesmäki & Koistinen, 2009).

Hengelliseen toimintakykyyn kuuluu myös ihmisen kokema luontosuhde eli se, miten ihminen yksilönä on osa suurempaa kokonaisuutta. Luonto auttaa ihmistä ymmärtämään omaa käyttäytymistään. Luonto tarjoaa eri aisteja herättäviä tuntemuksia ja kokemuksia sekä mielelle että keholle. Vanhuksille luonnon arvostaminen on tärkeää, koska he ovat saaneet luonnosta paljon aineellista hyvää (marjoja, puita jne.). Luonto on myös toiminut heille voiman antajana. (Räsänen 2018, 35–36.)

Vanhuksen arvostaminen kuuluu perhehoitajan hoitotyön perustaan. Perhehoitajan tulee arvostaa vanhusta ihmisenä riippumatta hänen saavutuksistaan. Perhehoitajan tulee vahvistaa vanhuksen myönteisiä muistoja eletystä elämästä, kuunnella kertomuksia ja tukea vanhuksen toivoa. Hoitajan tulee olla aidosti kiinnostunut vanhuksen elämäntarinoista. Silloin vanhus kokee, että hänet kohdataan arvostavasti, aidosti, yksilöllisesti ja tasavertaisesti. (Kylmäki & Ratas 2013, 13.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

8.1 Opinnäytetyön yhteistyökumppani

Toimeksiantaja opinnäytetyölle oli Sote perusturvaliikelaitos Saarikka. Saarikka on 1.1.2009 toimintansa aloittanut Sote kuntayhtymän perusturvaliikelaitos Keski- Suomessa, joka vastaa Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kuntien sekä Saarijärven kaupungin asukkaille järjestettävien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta ja hankinnasta. Saarikan toimintalueella asuu tällä hetkellä noin 17 000–18 000 asukasta. Saarikassa on hiukan yli 600 työntekijää. (Saarikka 2021.)

Alueen väestö jakautuu useiden kuntakeskusten ja kylien alueelle. Väestö alueella on huomattavasti ikääntyneempää kuin valtakunnallisesti keskimäärin. Ikääntyvän väestön suhteellisen osuuden arvioidaan edelleen kasvavan merkittävästi vuoteen 2040 mennessä. Koko kuntayhtymän väestö on myös sairaampaa kuin Keski- Suomen tai koko Suomen väestö keskimääräisesti. Ikärakenteen ja sairastavuuden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarve tulee lisääntymään, vaikka väestö alueella vähenee koko ajan. Tämä

tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämistä ja uusien tarpeenmukaisten palveluiden lisäämistä palveluvalikkoon. (Palvelujen järjestämissuunnitelma 2021, 7–10.)

Saarikan alueella toimii tällä hetkellä 2 ikäihmisten perhekotia, joissa toiminta on jatkuvaa. Lisäksi lyhytaikaista perhehoitoa tekee 5–6 hoitajaa. Hoidettavia vanhuksia ikäihmisten perhehoidossa Saarikan alueella on keskimäärin 35 vanhusta vuodessa. Kehitysvamma puolen perhehoitoa tehdään neljässä eri perhekodeissa.

8.2 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyö kohdistui nimenomaan Saarikassa ikäihmisten lyhytaikaista perhehoitoa tekeville perhehoitajille sekä myös muille perhehoidon parissa toimijoille. Lähtökohtana opinnäytetyölle oli työelämälähtöinen perhehoitajien tarve saada itselleen työkalu. Tämän työkalun avulla perhehoitajat voisivat saada lisää ikäihmisten kokemukseen perustuvaa tietoa siitä, millä asioilla perhehoidossa vanhuksat kokevat olevan merkitystä ja hyvinvointia lisääviä vaikutuksia ikäihmisen elämässä.

Ikäihmisten perhehoidon järjestämisestä ja käynnistämisestä on Suomessa olemassa jo toimintamalli, mutta omia suosituksia ja toimintamallia perhehoidon arjelle ei vielä ole. Tärkeää oli saada tietoa, millaista lyhytaikainen perhehoito on ikäihmisen omasta kokemukseen perustuvasta näkökulmasta. Näin saataisiin perhehoidon asiakkaiden oma osallisuus määrittelemään sitä, että perhehoidon sisällön laatu olisi tasavertaista ainakin Saarikan perhekodeissa.

Opinnäytetyön aiheeni sain ollessani palveluohjauksen harjoittelujaksolla Saarikan omais- ja perhehoidon palveluohjaajan mukana. Perhehoitajat esittivät toiveensa saada toiminnalleen työkalu, jolla saisivat asiakkaistaan enemmän tietoa. Lähinnä sitä tietoa, että pitääkö hoitajan muuttaa jotenkin omaa toimintaansa, että asiakkaat kokevat perhehoidon jaksot hyödylliseksi. Lisäksi itse koin perhehoidon erittäin tärkeäksi vanhustyön muodoksi. Perhehoito sai minussa sisäisen puolestapuhujan heräämään ja tulevaisuudessa haluaisin yhä enemmän yhteiskunnan panostusta vanhusten perhehoidon lisäämiseen.

8.3 Opinnäytetyön tavoitteet

Ensiksi opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää lyhytaikaisessa perhehoidossa olevien ikäihmisten ja heidän omaistensa kokemuksia perhehoidosta ja hoidon vaikutusta arkeen.

Opinnäytetyössä hain vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä on hyvä perhehoito? Mistä asioista se koostuu?
2. Mitkä ovat ne asiat perhehoidossa, millä on merkitystä vanhuksen elämänlaatuun ja toimintakykyyn?

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada siis vanhusten oma ääni kuuluviin, kun mietitään sisällöllisesti perhehoitoarjen suosituksia ja niihin perustuvaa toimintamallia perhehoitajien ja muiden perhehoidon parissa toimivien tueksi. Tavoitteena oli myös laatia kyselykaavake omaishoitajien toiminnan tueksi. Kyselykaavakkeen piti olla helppokäyttöinen. Perhehoitajat toivoivat, että tämän kyselykaavakkeen avulla he saisivat hoidettavilta ja omaisilta tarkempia tietoja, mitä perhehoidon arjessa tulisi muuttaa, että sillä olisi enemmän hyvinvointia lisäävää merkitystä vanhuksen arkielämään vanhuksen omassa kotona.

Opinnäytetyön tulosten ja kyselykaavakkeen avulla voidaan toivottavasti kehittää Saarikan perhehoitoa vastaamaan paremmin perhehoidossa olevien ikäihmisten yksilöllisiin tarpeisiin. Tavoite on, että ainakin Saarikan alueen perhehoitajat alkavat tulevaisuudessa täyttämään kyselykaavakkeen ikäihmisten kanssa ja tämän myötä muuttavat omaa perhehoitoa vanhusten tarpeita vastaavaksi. Vaikka opinnäytetyö toteutettiin Saarikan kanssa yhteistyössä, tuloksia voidaan hyödyntää mahdollisesti laajemminkin alueellisesti. Perhehoitoliitto oli kiinnostunut tuloksista ja toivoi, että voi hyödyntää tuloksia omassa roolissaan.

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

9.1 Koronan tuomat haasteet opinnäytetyölle

Ensimmäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyössä piti toteuttaa kyselykaavake, jossa olisi ollut samantyyllisiä kysymyksiä kuin nytkin tehdyssä kyselyssä

ilman, että perhehoidettavia olisi haastateltu perhehoidon kokemuksista. Kyselykaavakkeen olisi opinnäytetyön tekijä täyttänyt hoidettavien kanssa ja siten analysoinut vastaukset. Kuitenkin korona toi omat haasteensa tähän toteuttamismuotoon, koska useat vierailut perhekodeissa olisivat olleet riski vanhuksille. Täysin kiellettyjä käynnit eivät olisi olleet, mutta rajoitettuja kuitenkin. Mahdollisesti riittävää ja luotettavaa tietoa ei olisi tullut, jos vanhukset olisivat itse täyttäneet kyselylomakkeen ja palauttaneet sen postitse, koska usealla perhehoidettavalla on toimintakykyä alentavia sairauksia. Tässä vaiheessa kyselylomakkeen kysymykset olivat painotukseltaan erilaiset. Tarkoitus oli saada enemmän tietoa lyhytaikaisen perhehoidon vaikutuksista ikäihmisen toimintakykyyn.

Vanhustyötä tehneenä halusin kuitenkin jotain enemmän ja nimenomaan niin, että saisin olla ihan konkreettisesti havainnoimassa ja keskustelemassa vanhuksien kanssa. Perhehoitajan ja palveluohjaajan kanssa päädyttiin suunnitelman muuttamiseen niin, että haastattelut toteutettaisiin yhdessä Saarikan alueen perhekodeissa. Haastatteluissa kerättäisiin vanhusten ja omaisten kokemat merkitykselliset asiat perhehoidosta, perhehoidon vaikutuksista arkeen ja arjessa pärjäämiseen. Asiakkaiden omien kokemusten pohjalta laadittaisiin kyselykaavake, joka toimii jatkossa perhehoitajien toiminnan tukena ja apuvälineenä.

9.2 Tutkimusmenetelmä ja – aineisto

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena tutkimuksena. Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii työelämän käytännön toiminnan ohjeistamiseen, opastamiseen, toiminnan järjeistämiseen ja kehittämiseen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään tuotos, jonka tekemisessä on mukana toimijoita eri työvaiheissa. Yleensä kehitystyön tuloksena syntyy uusi konkreettinen tuote, idea, ohje, opastus tai jokin tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9,51.)

Tämän tuotoksen lisäksi kirjoitetaan raportti, jossa kerrotaan mitä, miksi, miten ja millainen opinnäytetyön tekemisen prosessi on ollut. Raportti kertoo opinnäytetyön tekemisestä ja itse tuotos kohdistuu käyttäjä- ja kohderyhmälle. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.)

Kehittämistutkimus on yhdistelmä määrällistä ja laadullista tutkimusta, jonka tavoitteena on saada aikaan muutosta. Kehittämistutkimus ei ole oma tutkimusmuoto, vaan se on yhdistelmä kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta tai vain pelkästään kvalitatiivista tutkimusta. Siinä muutoksen aikaansäämiseksi kehitetään jotain menetelmää, tuotetta tai organisaatiota. (Kananen 2015, 76; Kananen 2019, 81–82.)

Toimintatutkimus pyrkii kehittämistutkimuksen tavoin muutokseen, jossa kohteena on ihmisten toiminta ja siinä tutkija on itse mukana toteuttamassa muutosprosessia. Toimintatutkimuksen ja kehittämistutkimuksen välinen ero on todella pieni. Molemmat näistä pyrkivät muutokseen intervention kautta. Ero on se, toimiiko tutkija mukana muutosprosessin toteuttamisessa. (Kananen 2015, 76–77; Kananen 2019, 83–85)

9.3 Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyön aihetta aloimme työelämä ohjaajan kanssa työstämään heti kevään 2019 perhe- ja omaishoidon palveluohjauksen harjoittelujakson aikana. Kävimme tutustumassa vanhusten perhehoito koteihin sekä yhteistyö perhehoitoliiton kanssa oli tiivistä. Sain vinkkejä siitä, että vanhusten perhehoitoa tulisi kehittää vanhusten kokemuspohjalta tasalaatuiseksi koko Suomen alueella. Opinnäytetyön aihe vahvistettiin maaliskuussa 2020. Tarkoitus oli jo silloin kesällä tehdä tuon aiemman suunnitelman mukaan nuo kyselyt, mutta korona tilanne siis muutti suunnitelmaa. Korona tilanteen jatkuessa luin perhehoitoon liittyvää kirjallisuutta ja tutustuin moniin ikäihmisten perhehoitoon liittyviin opinnäytetöihin. Suunnitteluseminaarini oli 26.1.2021 ja 9.2.2021 hain tutkimusluvan Saarikan palvelujohtajalta Saarikan ohjeiden mukaan. Tämän jälkeen aloin kirjoittamaan puhtaaksi opinnäytetyön teoriaosuutta, joka oli jo melko pitkälle kirjoitettu suunnitelmaseminariin.

Yhdessä palvelujohtajan, työelämäohjaajan ja perhehoitajan kanssa mietimme miten olisi paras toteuttaa tämä opinnäytetyö. Tämän myötä päädyimme siihen, että käyn vanhusten perhekodissa ”haastattelemassa” ja keskustelemassa jaksoilla olevien vanhusten kanssa huomioiden koronan mukanaan tuomat rajoitukset. Haastattelumenetelmäksi valittiin tavallaan temahaastattelu, joka on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Tälle haastattelulle

tyypillistä on, että aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten muotoa tai järjestystä ei ole. (Hirsijärvi ym. 2018, 208–209.) Teemahaastattelu voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Kummassakin haastattelija huolehtii siitä, että annetuissa teemoissa pysytään. Ryhmähaastattelussa haastattelijan tulee vielä huolehtia siitä, että kaikki voivat osallistua keskusteluun. Tavoite ryhmähaastattelussa onkin saada aikaan keskustelua kyseisestä teemasta. (Vilkkä 2015, 126–127.) Tämän haastattelun tuloksia voi analysoida ja tulkita monin tavoin. Teemahaastatteluun voi yhdistää erilaisia tehtäviä. Yksi tehtävä on esim. rakentaa/ koota miellekartta eli mind map, jossa kasataan teemaan sopivia asioita. (Vilkkä 2015, 124–127.) Opinnäytetyössä tehtiin ryhmässä miellekartta/ ajatuskollaasi haastatteluissa esille nousseista vanhusten kokemuksista, mitä heidän mielestään hyvään perhehoitoon kuuluu. Ryhmässä tehtynä miellekartta kuvaa ryhmän yhteistä näkemystä käsitellystä asiasta (Työelämävalmennus tevere).

Haastattelumenetelmänä oli myös avoin haastattelu, koska avoin haastattelu on haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. Siinä haastattelija selvittelee haastateltavan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä keskustelun kuluessa. Tässä haastattelussa tutkimuksen aihepiiristä keskustellaan haastateltavan kanssa useita kertoja ja haastateltava voi puhua aiheesta haluamistaan näkökulmista. Yleensä avoin haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna, koska se perustuu vuorovaikutukseen. Haastattelijan tehtävä onkin jatkaa haastattelua haastateltavan esittämien asioiden jatkumoksi uusilla kysymyksillä. Samoilla periaatteilla avoimen haastattelun voi myös toteuttaa ryhmähaastatteluna. (Hirsijärvi ym. 2018, 209–210; Vilkkä 2015, 126–127.)

9.4 Haastattelut

Haastattelut toteutettiin kolmena eri päivänä aamupäivisin kevään 2021 aikana yhdessä Saarikan alueen vanhusten lyhytaikaista perhehoitoa tekevässä kodissa. Perhekodissa jaksoilla oli yhteensä kuusi vanhusta. Kolme naista ja kolme miestä ja iältään he olivat 76–92-vuotiaita. Heillä oli monenlaisia toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia, kuten sydän- ja verenkiertoelimistöön liittyviä sairauksia, aivoinfarktin jälkitila/ hemiplegia, keskivaikeaa muistisairautta, masennusta jne. Näiden vanhusten haastattelujen lisäksi tehtiin kolme omaisten haastattelua. Yksi perhekodissa ja kaksi toteutettiin puhelinhaastatteluna.

Jokaisella kerralla haastattelut kestivät noin puolitoista tuntia. Haastattelut olivat ryhmähaastatteluja. Haastattelujen alussa kerroin, mihin tarkoitukseen näitä tietoja tullaan käyttämään. Perhehoitajan ja haastateltavien mielipide oli, että kirjallista lupaa haastatteluun ei tarvita, joten kerroin vain tutkimuseettiset periaatteet haastattelujen alussa. Tein muistiinpanoja haastattelujen yhteydessä. Aluksi kerroin vanhuksille yhteisesti, että he voivat kertoa kokemuksistaan perhehoidosta ja siitä, mikä perhehoidosta tekee hyvän ja millä asioilla on merkitystä heidän arkeensa.

Keskustelut etenivät teemoittain, eli ensin keskusteltiin arjen toimintojen kokemuksista perhehoidossa. Näitä olivat ruoka ja kaikki ruokailuun liittyvät asiat. Tässä yhteydessä keskusteltiin myös unesta ja levosta, hygienian hoidosta, liikunnasta ja ulkoilun merkityksestä vanhusten hyvinvoinnille. Yksityisyys ja sosiaalisuus ja perhekodin turvallisuus olivat seuraavat teemat, mistä keskustelimme. Lopuksi perhehoitajan ammattitaito otettiin keskusteluun ja se koettiin yllättävän tärkeäksi asiaksi. Haastattelu tuokioiden jälkeen osallistuin perhekodin yhteiseen ruokailuhetkeen. Näissä tilanteissa oli yleistä, rauhallista keskustelua ruokailun lomassa. Ruokailussa oli mahdollisuus havainnoida perhekodin arjen toimintaa ja vanhusten yhteisöllisyyden merkitystä.

Ennen ja jälkeen haastattelujen keskusteltiin perhehoitajan ja palveluohjaajan kanssa. Esittelin teemahaastattelun aihealueet heille, koska halusin varmistaa, että teemoja on riittävästi tuloksena syntyvää kyselylomaketta varten.

Kaikki haastattelutilanteet olivat miellyttäviä ja antoisia. Kaikki saivat osallistua keskusteluun ja kokemukset perhehoidosta olivat hyvinkin positiivisia. Myös omaisten haastatteluissa tuli paljon positiivista palautetta perhehoidosta. Omaisten haastatteluissa painotus olikin enemmän siihen, että miten perhehoito jaksot vaikuttavat vanhuksen arjen elämään kotona. Kaikista haastatteluista tein muistiinpanoja, jotka jokaisen vierailukerran jälkeen kirjoitin puhtaaksi.

9.5 Havainnointi

Havainnoinnin avulla saadaan lisätietoa toimivatko ihmiset, niin kuin he sanovat tekevänsä. Tieteellinen havainto on tarkkailua eikä vain näkemistä. Havainnoin etu on, että sillä saadaan välitöntä tietoa ihmisten toiminnasta. (Hirsjärvi ym. 2018, 212–213.) Osallistuva havainnointi on yleisin tapa ihmisten toimintaa havainnoitaessa. Siinä tutkijalla on rooli, jossa hän tekee havaintoja vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tutkija osallistuu ihmisenä ja tutkijana tutkittavan yhteisön arkielämään. (Vilka 2015, 142–145.) Osallistuva havainnointi muotoutuu tilanteessa hyvinkin vapaasti (Hirsjärvi ym. 2018, 214–215).

Havainnoinnin etu on se, että se kohdistuu aitoon tilanteeseen juuri siinä hetkessä, kun taas haastattelu kohdistuu nykyhetkeen, menneeseen tai tulevaan aikaan. Havainnointi ei kuitenkaan takaa ilmiön oikeaa tulkintaa, koska sen tulkinta on kiinni tutkijasta. Tutkija voi valikoida raportoitavat asiat eli tulkinta on subjektiivinen. Samoin tutkijan omat asenteet vaikuttavat tulkintaan. Havainnointia käytetään hyvin vähän tutkimuksissa, vaikka havainnointi on yksi tärkeimmistä ihmisen aineistonkeruumenetelmistä jokapäiväisessä elämässä. Havainnoinnilla voidaan tuottaa vain tiettyyn tutkimuksen osaan liittyvää aineistoa. Havainnoinnin ja haastattelun voi yhdistää. (Kananen 2015, 134–140.)

Jotta havainnointi täyttää tieteellisyyden vaatimukset aineistonkeruumenetelmänä täytyy kerätty aineisto dokumentoida. Narratiivisessa kirjaamisessa havainnoija kirjaa tapahtumasta kaiken mahdollisen. Tässä kirjaamisessa voi tehdä tulkintaa kirjaamisen kanssa yhtäaikaisesti. Strukturoidussa havainnoinnissa tutkija taas tietää jo, mitä hän havainnoidessaan seuraa ja mitä kirjaa ylös. Havainnoitavat asiat on määritelty tutkimuskysymysten mukaan. (Kananen 2015, 139–140.)

Tässä opinnäytetyössä käytin myös havainnointia aineistonkeruumenetelmänä näissä ruokailutilanteissa. Käytin havainnointimenetelmänä strukturoitua havainnointia, koska tiesin, että havainnointi liittyy juuri ruokailuun. Minulla ei ollut käytössä havainnointipäiväkirjaa, vaan havainnoin ruokailun merkitystä yleensä sosiaalisen tapahtumana. Tilanteen ilmapiiriä sekä vanhusten ruoka-

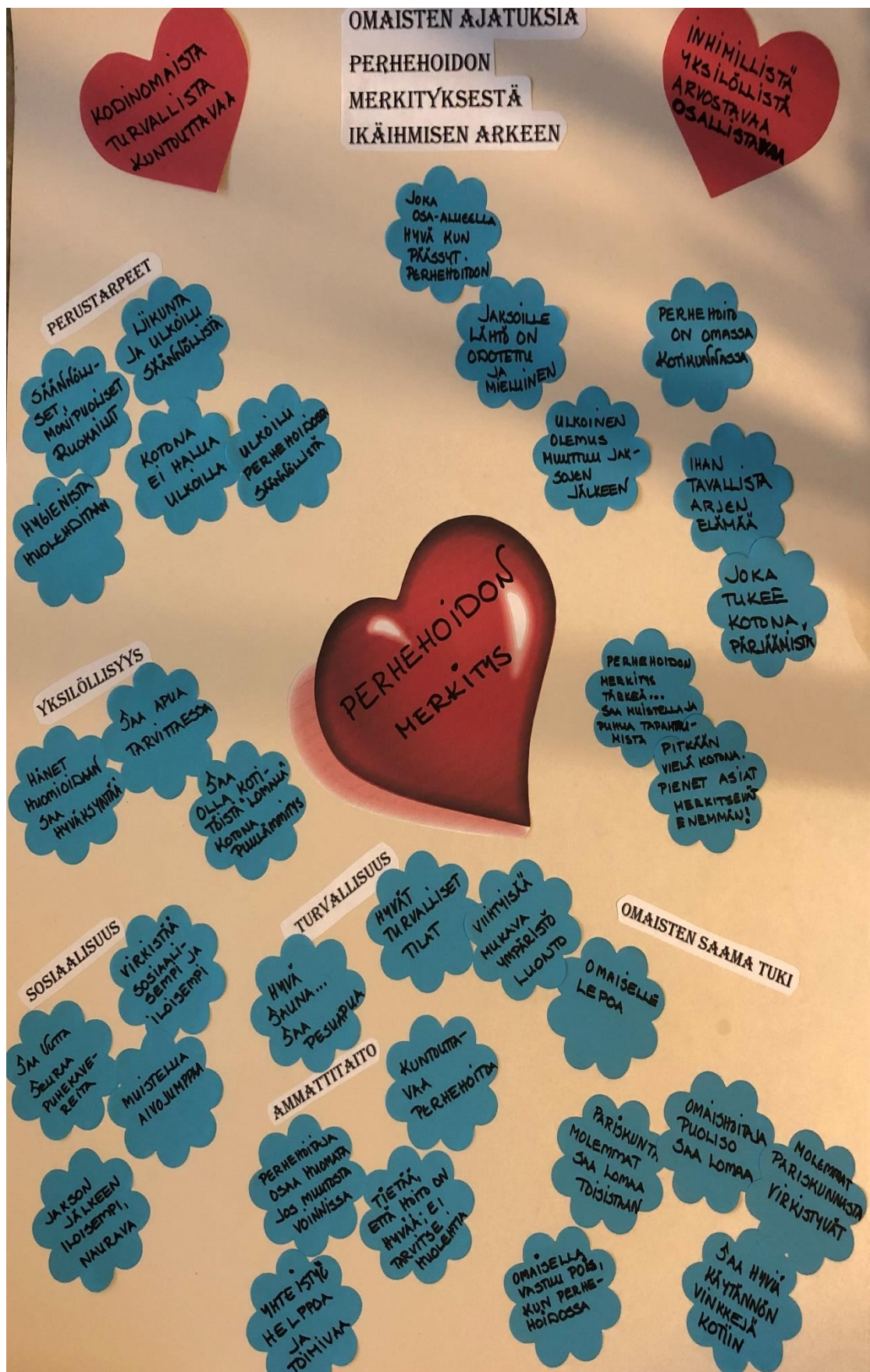
haluja. Ruoka, ruokailu ja yhteinen ruokailutilanne olivat nousseet haastattelussa esille hyvinkin merkityksellisinä asioina perhehoidon kokemuksissa, niistä syystä havainnoin juuri näitä asioita. Havainnot kirjasin välittömästi vierailuiden jälkeen ja samalla jo tein tulkinnat havainnoistani. Tulkinnat vahvistuivat entisestään kolmannen perhekodissa tehdyn vierailun jälkeen. Havainnointien tulokset ja tästä johdetut tulkinnat tukivat haastattelujen tuloksia. Kodinomaisuus, sosiaalisuus, yhteisöllisyys ja perustarpeista huolehtiminen olivat tärkeitä asioita hyvässä perhehoidossa.

9.6 Miellekartat/ ajatuskollaasit

Haastatteluiden pohjalta kasasin kartongille hyvinkin vaiherikkaat ajatuskollaasit. Miellekartta koostuu vanhusten kokemuksesta merkityksellisistä asioista perhehoidossa. Johtoajatuksena tässä kollaasissa/ miellekartassa oli mistä koostuu hyvä perhehoito ja millä asioilla siihen on vaikutusta. Samalla tavalla kasasin myös omaisten palautteen perusteella heidän haastatteluistaan oman miellekartan.

Molemmista ajatuskartoista otin kuvat ja siirsin ne tietokoneelle. Kuva 2. on miellekartta vanhusten ajatuksista siitä, mistä asioista hyvä perhehoito koostuu ja mitä merkitystä sillä on heidän arkensa elämälle. Kuva 3. on omaisten ajatuksista kasattu miellekartta. Siinä enemmänkin esille nousevat ne asiat, mitä vaikutuksia perhehoitajaksoilla on vanhusten elämänlaadulle ja toimintakyvylle arkielämässä.

Miellekartan/kollaasin pääkohdiksi laitettiin teemojen mukaiset otsakkeet eli arjen toiminnot, yksityisyys ja sosiaalisuus sekä perhehoitajan ammattitaito kohdata asiakkaat tasavertaisina perheenjäseninä. Lisäksi oli muutamia yksittäisiä hyviä asioita, joilla vanhukset kokivat olevan merkitystä heidän elämänlaadulle. Näiden miellekarttojen pohjalta laadin kyselykaavakkeen (Liite 1.) perhehoitajien käyttöön tulevaisuudessa.



Kuva 3. Omaisten haastattelujen perusteella tehty miellekartta/ ajatuskollaasi.

10.2 Arjen toimintojen merkitys perhehoidossa

Siitä mikä perhehoidosta tekee merkittävää tärkeimmiksi asioiksi, nousivat ihan tavalliset arjen toiminnot.

10.2.1 Ruokailun merkitys

Ateriat ja ruoka tulivat kaikkien haastateltavien vastauksissa heti ensimmäisenä.

”Täällä on pöytä punaisena viidesti päivässä”. ”Hyvä ja monipuolinen kotiruoka”. ”Ruokailutilanteet, kuten ennen vanhaan koko perhe yhdessä, jolloin ruokakin maistuu paremmin”.

Jokainen vanhus tietää, että monipuolinen ruokavalio on tärkeä kaikille ihmisen toiminnoille. Perhehoidossa saa mieliruokaa ja mikä tärkeintä kaikki ruoka on kotiruokaa. Lisäksi ruokailutilanteet koettiin miellyttäväiksi, kun kaikki olivat yhdessä suuren pöydän ääressä. Ruokahalu kasvoi yhdessä ruokailtaessa.

Myös omaisten mielestä osalla oli kotona huono ruokahalu, koska he söivät yksin. Osalle vanhuksista tuli kotona ateriapalvelun ruoka, jonka kotihoito kävi lämmittämässä. Kaikki ateriapalvelun ruoka ei ollut mieleistä ja hyvin valikoiden tuli syötyä. Eräs omainen sanoi, että säännöllinen ja monipuolinen ruokailu on perhehoidon jaksoilla hyvä. Kotiin tullessa vanhus on iloisempi ja jaksaa paremmin, kun on syönyt viikon tai kaksi säännöllisesti monipuolista ruokaa. Kotona usein ateriat korvataan ”ottamalla palasta”. Jo viikon jakson perhehoidossa hyvällä ravinnolla huomaa vanhuksen toimintakyvyssä ja jaksamisessa.

10.2.2 Unen ja levon merkitys

Kaikki haastateltavat kertoivat saavansa nukuttua hyvin perhehoidossa. Perhehoidossa on säännöllinen päivärytmi, mutta nukkumaan saa mennä silloin kun haluaa.

”Nukuttaa liiankin hyvin. Jopa paremmin kuin kotona”. ”Uni on rauhallista, kun tietää, että saa tarvittaessa apua, eikä ole yksin.”

Tarvittaessa saa myös levätä päivällä ja jos huono päivä saa varmasti levätä. Kotona on kuitenkin aina huolehdittava tietyistä asioista, vaikka olisi kuinka huono päivä.

”Täällä saa levätä kotitöistä”.

Hyvään uneen auttaa maaseudun rauha ja ihana hirsitalon hengittävä sisäilma. Iltatoimiin saa apua hoitajalta ja tietää, että yölläkin on apua saatavilla; toisin kuin kotona.

Omaisilta ei tullut unen ja levon merkityksestä muita huomioita kuin se, että säännöllinen päivärytmi perhehoidossa ja ulkoilut parantavat vanhuksen hyvinvointia, joten he ovat kotiin palatessa virkistyneempiä. Toisaalta omaishoitaja saa huilata kotona, kun hoidettava on perhehoidossa.

Eräs omainen sanoi vanhemmistaan, että

” Molemmat saavat huilata toisistaan”

10.2.3 Liikunnan ja ulkoilun merkitys

Fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä voi kohottaa ulkoilemalla ja liikkumalla. Perhehoidossa ulkoilu on säännöllistä ja päivittäistä, koska hoitaja on tukena ja turvana. Lisäksi perhehoidon ympäristö on turvallinen ja hyvä liikkua eli ulkoilu koettiin myös mieluisaksi. Kaikkeen perhehoidon toimintaan saa myös osallistua omien voimiensa ja kiinnostuksen mukaisesti.

Eräs mies totesikin, että

”Minulla on pieniä sovittuja askareita joka päivälle, kuten polttopuiden kantaminen sisälle ja ulkosaunan lämmitys kesäisin”.

Vanhuksista eräs mummo oli alkanut perhehoito jaksojen jälkeen myös liikkua enemmän kotonaankin, koska hänen liikuntakykynsä oli sen verran huono, että oli kyseenalaista voisiko hän jatkaa intervallijaksoja perhehoidossa. Hän motivoitui liikkumisesta ja voimistelusta sen vuoksi, että saa edelleen käydä tutussa perhehoidossa. Hänellä oli myös kokemuksia olla tehostetussa palveluasumisessa. Hän ei ollut laisinkaan tyytyväinen siihen. Tavoite pysyä apuvälineen avulla itsenäisesti liikkuvana motivoi liikkumisen lisäämisessä ja liikuntakyky oli parantunut perhehoidon aloittamisen jälkeen.

Perhekodissa oli myös muutamalla omat yksilölliset jumppaohjeensa, joita he tekivät päivittäin. Näiden lisäksi perhehoitaja huolehti myös tasapainoharjoit- teista jokaisen kanssa yksilöllisesti. Terveystuon ammattilaisena perhe- hoitaja hallitsi kuntouttavan työtteen käytön kuitenkin yksilölliset tarpeet kai- kessa toiminnassa huomioiden.

Omaistenkin haastatteluissa ulkoilun säännöllisyys ja liikunta koettiin erittäin hyväksi ja sen virkistävä vaikutus vanhuksen koko olemukseen oli huomattava jaksojen jälkeen. Perhekodissa vanhuksilla oli mahdollisuus osallistua arjen askareisiin. Nämä toivat vanhukselle onnistumisen ja tarpeellisuuden tunnetta.

10.2.4 Hygienian hoidon ja puhtauden merkitys

Turvallinen ja säännöllinen hygienian hoito oli vanhusten ja omaisten mielestä luksusta. Vanhusten mielestä avun saaminen pesutilanteissa oli tärkeää ja mukavaa. Pesutilat olivat aivan uudet ja rakennettu siten, että siellä pystyi liik- kumaan apuvälineiden avulla. Myös sauna oli sellainen, että lauteille pääsi, vaikka liikuntakyky olisi ollut huonompikin. Miehet tykkäsivät, kun perhehoita- jan puoliso saanoi heidän kanssaan ja auttoi tarvittaessa pesuissa. Kesäisin ulkosauna pihapiirissä toi mieluisia muistoja entisajan saunareissuista ja sau- namakkarat kesäiltaisina olivat kohokohtia.

10.3 Yksityisyyden ja sosiaalisuuden kokemukset ja niiden merkitys

Kaikki haastateltavat kokivat, että saavat tarvittaessa olla yksin. Kuitenkin use- ammalle olikin tärkeämpää sosiaalisuus ja yhdessä olo kuin oma rauha.

”Kotona saa olla ihan riittävästi yksin. Nämä jaksot katkasoo yksi- näisyyden.”

Tämä kokemus, olikin paljon sidoksissa siihen, oliko yksin vai puolison kanssa asuva vanhus kyseessä. Kuitenkin sosiaalisuus ja samanhenkisyys koettiin yhdistäväksi ja positiiviseksi asiaksi.

Kaikki haastateltavat kertoivat haastatteluiden yhteydessä, että perhekotiin lähteminen ja sinne tulo oli helppoa. Perhekodissa on:

”Tervetullut olo. Heti kuin kotiin tulisi.”

Tällä on paljon merkitystä heidän elämänlaatuunsa, hyvällä tavalla. Tuntee itsensä tarpeelliseksi ja hyväksytyksi yhteisöön. Päivän kulkuun kuuluu paljon sosiaalista kanssakäymistä sekä perhehoitajien että muiden vanhusten kanssa. Oman miellyttävän lisän tuovat myös perhehoitajan vieraiden ja omaisten vierailut lemmikkieläinten kera.

”Perhekodissa saa jutella, keskustella ja tapaa vanhoja tuttuja. Heidän kanssaan saa muistella vanhoja tapahtumia ja asioita.”

”Jaksot virkistävät henkisesti, kun saa käyttää aivojaan. Jaksaa paremmin kotona yksinoloa, kun käy täällä näillä jaksoilla.”

Omaisten mielestä oli tärkeää, että ikäihminen voi olla aktiivisesti mukana perhekodin arjessa. Yksinäisyys vähenee, kun on muita ympärillä. Omaiset pitivät tärkeänä säännöllistä, päivittäistä ulkoilua perhekodissa, koska kotona osa ei halunnut mennä laisinkaan ulos tai sitten yksinasuvilla turvallisuusriski liikkua ulkona yksin oli liian suuri. Liikunta ja ulkoilu perhekodissa tapahtui koko porukalla.

10.4 Perhekodin turvallisuuden merkitys

Kaikki vanhukset kokivat olonsa kaikin puolin turvalliseksi perhekodissa. Tilat olivat avarat ja helppokulkuiset sekä sisällä, että ulkona talon pihapiirissä. Pihapiirissä oli ”lenkki”, mitä pystyy kiertämään rollaattorin turvin. Tuoleja ja penkkejä oli riittävästi, että voi huilata tarvittaessa. Pihasta lähtee myös tasainen metsäpolku, joka on mieluinen ja turvallinen liikkua.

Perhekodin ilmapiiri koettiin hyväksi ja turvalliseksi. Mitään ei tarvinnut pelätä ja sai olla oma itsensä ihan samanlaisena kuin kotonakin. Kaikesta uskalsi puhua ja kysyä apua, jos koki sitä tarvitsevansa. Kaikki toteutettiin, mitä pyydettiin tai toivottiin.

Omaisetkin kokivat, että voivat turvallisesti jättää vanhuksen perhekotiin. Jaksojen aikana ei tarvinnut huolehtia, että kuinka vanhus pärjää, koska tiesi hänen olevan hyvässä hoidossa. Perhehoitajan luonne ja rauhallisuus sekä ammattitaito lisäsivät turvallisuuden tunnetta perhekodin arjessa.

10.5 Perhehoitajan ammattitaidon merkitys

Tärkeänä pidettiin perhehoitajan ammattitaitoa. Perhehoitajalla pitää olla kyky huomata muutokset vanhuksen terveydentilassa. Hänen ammattitaitoaan terveydenhoidossa pidettiin myös tärkeänä. Näiden lisäksi tärkeää oli, että hoitajalla on aina aikaa vanhukselle ja kuunnella häntä. Henkilökohtaisista asioista puhuminen koettiin tärkeäksi. Perhehoidossa on aina sama hoitaja tai hoitajat eli ei tarvitse joka kerta kertoa samaa tarinaa, vaan perhehoitaja tuntee vanhukset hyvin tai ainakin oppii tuntemaan pikkuhiljaa.

”Perhehoitaja ja hänen puolisonsa on tuttuja, turvallisia ja luotettavia. Kyllikille (nimi muutettu) voi puhua myös vaikeista, mieltä askarruttavista asioista. Hänellä on aikaa kuunnella.”

Omaisten mielestä perhehoitaja huomaa muutokset hoidettavassa ja tarvittaessa varaa aikaa lääkärille tai muulle ammattilaiselle. Perhehoitajan kanssa yhteistyö on sujuvaa. Perhehoitaja pitää yhteyttä omaisten kanssa ja osaa

”Antaa hyviä käytännön vinkkejä kotiin”.

10.6 Havainnoinnin tulokset

Ruokailutilanteessa havainnoin vanhusten yleistä olemusta ja käyttäytymistä. Ruokapöydän ääreen kaikki kerääntyivät omalle paikolleen reippaasti ja perhehoitaja auttoi tarvittaessa. Ruokailu selvästi oli mieluinen yhteinen, rauhallinen hetki kodissa. Se yhdisti perhekodin väkeä entisestään. Ilmapiiri oli hyvä. Ei ollut asetelmaa, että perhehoitaja olisi jotenkin johtaja, vaan aivan sellainen tunne, että kaikki kuuluvat siihen yhteisöön ja ovat sillä hetkellä samaa perhettä.

Ruoka oli kotiruokaa. Se oli monipuolista ja maittavaa. Ennen ruokailua perhehoitaja puolisoineen valmisti aterialaatuja tupakeittiössä, jossa vanhuksien maku-aistit jo herkistyivät ruokailutilanteeseen. Ruuantuoksu ja aterian maittavuus yhdistyivät ruokapöydässä. Kaikki söivät oman annoksensa kokonaan ja kaikki kehuivat ruokaa erittäin maistuvaksi. Tutkijakin voi tähän yhtyä. Jälkiruoka oli aivan vertaansa vailla. Jotenkin vanhusten puheesta pystyi aistimaan sen, että he kokivat perhehoitajan arvostavan heitä, kun laittoivat näin hyvää ruokaa heille. Ruokailussa puhuttiin yleisistä maailman tapahtumista ja miten päivä sitten eteenpäin jatkuu tästä eli aivan niin kuin perheessä vaihdetaan päivän kuulumisia.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Vanhusten mieliekartan pohjalta voi heti tehdä sen johtopäätöksen, että ainakin näille tämän perhekodin vanhuksille lyhytaikainen perhehoito sopii hyvin tässä elämänvaiheessa. He myös kokevat, että perhehoidosta on heidän elämänlaadulle ja toimintakyvylle hyötyä pitkällä aikavälillä. Myös omaisten haastattelujen perusteella voi päätellä, että perhehoito on hyvä vaihtoehto heidän omaisilleen. Hoito on erittäin yksilöllistä ja inhimillistä. Tällainen hoitomuoto tukee omaisten jaksamista.

Tärkeimmät asiat vanhusten kokemuksen mukaan heidän toimintakyvylle ja hyvälle elämänlaadulle ovat aivan tavallisia asioita; monipuolinen kotiruoka, riittävä unen ja levon mahdollisuus, puhtaus ja liikunta tai mahdollisuus turvalliseen ulkoiluun. Nämähän kaikki kuuluvat hyvään perushoittoon, jonka pitäisi olla ihan perusjuttuja kaikessa vanhusten hoidossa.

Perhehoitaja tekee työtä puolisonsa kanssa yleensä kahden viikon jaksoissa. Hänellä on silloin noin 3–4 vanhusta kerrallaan hoidettavana. Hän saa aina esitiedot uuden asiakkaan tullessa jaksolle, mutta esitiedoissa on vain välttämättömät tiedot eli syvällisemmät tiedot pitää sitten jaksoiden aikana kerätä itse. Siihen tämä laatimani työkalu- kyselylomake on oiva apu. Kyselylomakkeen kysymykset on suoraan johdettu sen perusteella, mitä kyseisin perhekodin vanhuksia ovat pitäneet tärkeimpinä asioina hyvälle perhehoidolle.

Tutkimustyölle asetettu tavoite saavutettiin, koska haastattelut onnistuivat hyvin korona rajoituksista huolimatta. Haastatteluilla saatiin melko kattava tieto, mitä asioita vanhukset pitävät tärkeinä hyvässä perhehoidossa. Perhehoidon asiakkaiden oma osallisuus saatiin kuuluviin kyselylomakkeeseen ja tämän kautta perhehoidon sisällön laatua pystytään kehittämään tasavertaiseksi koko Saarikan alueella.

12 POHDINTA

12.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kohderyhmän tuntemus auttaa teemahaastattelun kysymysten muotoilussa. Kysymykset usein peilaavatkin tutkijan käsityksiä tutkittavasta asiasta ja tämä aiheuttaa ongelmaa tutkimuksen luotettavuudelle. Kysymyksiin on sisäänkirjoitettu tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta asiasta. Haastateltava ei tästä syystä vastaakaan kysymyksiin omien käsityksien ja kokemustensa mukaisesti, vaan mukailee tutkijan toivomuksia. (Vilkkä 2015, 127–128.) Teemahaastattelu kysymysten pohdinnassa työkokemukseni vanhusten parissa auttoi minua. Aihealueet listasin paperille ja esitin ne sekä perhehoitajalle ja Saarikan perhehoidon palveluohjaajalle. Heiltä sain hyväksynnän, että kysymykset kattavat perhehoidon sisällön riittävästi.

Teema- ja avoimella haastattelulla kerätessä tutkimusaineistoa ongelmaksi koetaan se, että haastatteluissa mennään suoraan tutkittavaan asiaan. Tärkeää olisikin tietää millaista elämää, kokemuksia ja käsityksiä vasten vanhus puhuu tutkittavasta asiasta. Vanhuksen taustatiedoilla on merkitystä tutkijalle siten, että tutkija pystyy paremmin hahmottamaan haastateltavan elämää ja ymmärtämään millaista asiantuntemusta ja aihepiirin tuntemusta haastateltavalla on tutkittavasta asiasta. (Vilkkä 2015, 131–132.) Ennen varsinaisen haastatteluiden aloittamista, kun esittelin itseni ja mitä varten nämä haastattelut tehtiin, oli hyvinkin avointa keskustelua jokaisen vanhuksen kanssa heidän taustoistaan liittyen perhehoitoon. He kertoivat hyvin avoimesti perhesuhteistaan, asumisolostaan, kuinka kauan olivat käyneet perhehoidossa ja itselle muistakin tärkeistä asioista. Nämä asiat auttoivat ymmärtämään tutkimuksen tulkinnessa, miksi tietyt asiat nousivat esille positiivisissa perhehoitokokemuksissa. Kuitenkin kaikki haastateltavista oli jo käynyt perhehoidossa vähintään

puoli vuotta säännöllisesti samassa perhekodeissa, ja osa oli käynyt jo liki kaksi vuotta. Tämän johdosta vanhusten kokemukset perhehoidosta olivat jo riittäviä. Näin ollen haastattelun vastauksia voi pitää hyvin luotettavina.

Aineiston tulkinta eli informantin vahvistus tehtiin siten, että ensiksi jokaisen haastattelun päätteeksi kertosin kaikki muistiinpanot haastateltaville. Miellekartat on myös esitelty haastateltaville ja haastateltavat ovat vahvistaneet tulkinna ja tutkimustulokset. Kanasenkin mukaan (2019, 33) tulkintaa voidaan pitää luotettavana tutkijan osalta, jos haastateltavat ovat vahvistaneet tulkinna oikeaksi. Lisäksi lukemissani opinnäytetöissä on myös päädytty samoihin merkityksellisiin asioihin. Tämä on ainakin Nurmen (2015) ja Tarkiaisen (2015) opinnäytetyön tuloksista pääteltävissä.

Räsänen on paljon tutkinut vanhusten elämänlaatua ympärivuorokautisessa hoivassa. Hänen tutkimustulostensa perusteella pelkkä fyysinen hyvä perushoito, puhtaus, vaatteet ja ruoka eivät riitä hyvän elämänlaadun tekijöiksi. Tämän lisäksi tarvitaan arjen iloja, erilaisia aktiviteetteja ja toimintakykyä ylläpitävää monipuolista toimintaa. (Räsänen 2018, 48–49.)

Kivelän mukaan kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän toiminnan perusta on normaali elämä, johon kuuluvat ihmisen jokapäiväiset perustoiminnot kuten pukeminen, hygieniasta huolehtiminen, mahdollisimman itsenäinen ruokailu ja vaikka hiusten kampaaminen sekä myös seurustelu ja istuskelu muiden seurassa päivittäin (Kivelä 2006, 17–18).

Näiden tutkimusten perusteella voi päätellä, että sillä on merkitystä, missä kontekstissa asioita tutkii. Kuitenkin tämän opinnäytetyön pohjalta sekä myös perhehoitoliiton Leinosen mukaan (2021) perustoiminnot ovat ne, mistä jonkin asian hyväksi kokemuksen ajatus kumpuaa. Luonnollisesti tarvitaan myös muuta virikettä, mutta tämän ikäkauden vanhukset eivät kaipaa, mitään erikoisia tapahtumia eivätkä mitään ”hilavitkuttimia”, vaan heille tärkeämpää on hyvä perushoiva, aito kohtaaminen ja vanhuksen yksilöllisyyden huomioiminen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimuskäytäntöjä käytetään jonkun verran vähemmän kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä, vaikka tietoja kerätäänkin samoilla keinoilla. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimus on lähinnä selvityksen tekemistä ja selvitys on tiedonhankinnan apuväline. Saadun tiedon laatu turvataan käyttämällä valmiita tutkimuskäytäntöjä perustasolla. Analyysi toteutetaan teemoittelulla tai tyypittelyllä ja joskus molemmilla. Kerättyä aineistoa ei tarvitse analysoida yhtä tarkasti ja järjestelmällisesti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. Tietoa voi kerätä haastatellen asiantuntijoita. Haastatteluilla saatua tietoa käytetään päättelyn ja argumentoinnin tukena. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 57–58.) Myöskään haastattelujen puhtaaksi kirjoittaminen ja litterointi ei ole yhtä välttämätöntä, täsmällistä ja järjestelmällistä kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Litterointi kannattaakin keskittää kohderyhmän kannalta tarpeellisen tietoon, jota tarvitaan sisällön tuottamiseen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 64.)

Opinnäytetyössäni keräsin tiedon haastatteluilla asiantuntijoilta eli perhehoidon asiakkailta ja heidän omaisiltaan. Tältä pohjalta kasasin kaikki kokemukset tiedettyjen teemojen alle miellekarttaan. Tästä suoraan vein nämä tiedot käänteisesti kyselykaavakkeelle. Samoja menetelmiä käyttäen tein myös omaisien haastattelujen pohjalta miellekartan tärkeistä asioista. Kyselykaavakkeeseen kuitenkin en laittanut heille näistä teemoista syntyneitä kysymyksiä. Heille suunnatut kysymykset ovat toiveita, miten ikäihmisten perhehoitoa voidaan kehittää sisällöllisesti tulevaisuudessa.

Haastateltavien valintaan osallistuivat perhehoidon palveluohjaaja ja perhehoitaja. Perhehoitaja esitti asian hoidettaville ja ilmoitti minulle, että kaikki ovat suostuvaisia haastatteluihin. Haastatteluihin osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja vanhuksilla oli oikeus kieltäytyä osallistumisesta tutkimukseen.

13 YHTEENVETO JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Perhehoidon arjen toimintaan tutustuminen ja vanhusten kokemusten kerääminen oli oikein mukavaa ja antoisaa. Vanhustyön tekeminen saa usein pohtimaan, mikä on oikea ja turvallinen, hyvä paikka vanhuksen asua? Toimintakyvyn alentuessa, turvattomuus ja yksinäisyys lisääntyy. Perhehoito on sopiva

ratkaisu vanhukselle, kun hän ei vielä tarvitse palveluasumispaikkaa, mutta kotona pärjääminen alkaa kuitenkin olla heikkoa.

Ikäihminen hyötyy sitä paremmin mitä aikaisemmassa vaiheessa hän pääsee perhehoitoon. Nykyään kuitenkin perhehoito on melko lyhytaikaista, koska vanhukset pääsevät perhehoitoon liian myöhäisessä vaiheessa. Perhehoidossa olevan vanhuksen pitää pääsääntöisesti olla omatoimisesti liikkuva, yönsä nukkua ja korkeintaan lievästi muistisairas.

Kotona perheessä- Ikäihmisen hyvä arki perhehoidossa -hanke tekee tutkimustyötä muutamilla paikkakunnilla, mitä perhehoidossa olevat vanhukset pitävät tärkeinä perhehoidon arjessa. Tämän hankkeen ja opinnäytetyön samankaltaisuuden johdosta jatkotutkimusaiheina voisikin olla:

1. Vertailevaa tutkimusta tämän selvitystyön ja hankkeen tulosten välillä. Vaikuttaako perhekodin sijainti siihen, mitä perhekodin asiakkaat pitävät tärkeänä?
2. Kotona perheessä- ikäihmisen hyvä arki perhehoidossa- hankkeen tuloksien mukaan voi tehdä perhehoidon sisällön laadun tutkimuksia. Paraneeko perhehoidossa olevien elämänlaatu, kun saadaan vähimmäisvaatimukset, mitä perhehoidon sisällöllisesti on oltava.
3. Hankkeen tuloksista voi tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, että laatii ”ohjekirjasen” perhehoitajille perhehoidon sisällöstä eli laatusuosituksen.

Näiden lisäksi jatkotutkimusaiheina voisi olla:

4. Opinnäytetyössä laaditun kyselykaavakkeentoimivuuden testaaminen. Tukeeko se mitenkään perhehoitajien toimintaa?
5. Paikallisesti Saarikan alueen kaikissa perhekodeissa voi tutkia kyselykaavaketta apuna käyttäen, että pitävätkö kaikki samoja asioita tärkeinä perhehoidon sisällölle?
6. Tulevaisuudessa sellainen tutkimus, että muuttuuko perhehoidon sisällön vaatimukset, kun hoidettaviksi tulevat uudet sukupolvet?
7. Ainahan tietysti on ihan mittarien avulla tehtävissä seurantatutkimuksia, koheneeko ikäihmisten toimintakyky, kun he ovat perhehoidossa. Kiinnostavaa olisikin pitkittäistutkimus, jossa samoja perhehoidossa olevia vanhuksia seurattaisiin pitemmän aikaa ja perhehoidon vaikutuksia heidän elämänlaatuunsa ja toimintakykyyn.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen oli opettavainen kokemus ja huomasi mielenkiinnon perhehoitoa kohtaan kasvavan yhä enemmän. Mikäli minulla tulevaisuudessa on mahdollisuus vaikuttaa jonkun vanhuksen kohdalla siihen, että hän voi saada intervallipaikan perhehoidosta tai sitten pitemmän ajan kodin perhehoidosta, niin varmasti suosittelen kaikkia kokeilemaan. Perhehoito on todellakin nimensä mukaista kodinomaista perheessä tapahtuvaa, osallistavaa, tavallista perhe-elämää.

Opinnäytetyön aiheena perhehoito oli erittäin mielenkiintoinen ja jokseenkin haastava, koska lähdemateriaalia ei ollut kovinkaan paljon saatavissa. Osa lähdemateriaaleista oli jo yli kymmenen vuotta vanhaa. Kuitenkin teoreettisen viitekehyksen sain kattavasti kasattua eri tietolähteistä. Tärkein tavoite eli kyselykaavake perhehoitajien toiminnan avuksi saatiin toteutettua. Sitä on mahdollisuus käyttää myös sähköisessä muodossa, jolloin siihen on helppo liittää analysointi työkalu.

Perhehoitaja on tyytyväinen kyselykaavakkeeseen ja uskoo sen olevan toiminnan tukena hyvä ja käytännöllinen työkalu. Kuitenkin olisin toivonut, että olisin voinut testata sen toimivuutta itsekin ja tehdä siihen mahdolliset tarvittavat muutokset tämän opinnäytetyön puitteissa, mutta nyt siihen ei ollut mahdollisuutta.

Kiitokset kaikille, jotka ovat mahdollistaneet tämän opinnäytetyön tekemisen. Erityiskiitos tietysti perhehoitajalle, perhekodin vanhuksille ja heidän omaisilleen, että sain tulla vierailuille, vaikka korona laittoi kyllä todella kapuloita rat-taisiin ja aikataulut opinnäytetyön valmistumisen suhteen menivät uusiksi. Työelämä ohjaaja on ollut suurena apuna ja tiedonlähteenä. Myös perhehoito-liiton väkeä en voi tarpeeksi kiittää materiaalien lainaamisesta ja haastatte-luista. Myös oma perhe, sukulaiset ja opiskelukaverit ovat tsempanneet mi-nua paljon, että sain työn valmiiksi vastoinkäymisistä huolimatta. Ohjaava opettaja on jaksanut olla mukana, vaikka olen aina vain pyytänyt lisää aikaa työn loppuun saattamiseksi. Nyt kuitenkin ollaan lähes maalissa ja voi kuinka helpottavalta se tuntuukaan.

Tähän loppuun haluan kirjoittaa erään Muuramelaisen perhehoitajan runon, joka kasaa hyvin sen, mitä kaikkea perhehoito pitää sisällään.

Perhehoitajan peitto

*”Sinä ja minä
me tapaamme torpanpolulla
olet matkalla kodista kotiin.*

*Tulet hiljaisin askelin, kassi kainalossa, kori sylissäsi, mukanas matkalaukku,
ehkä kädessäsi heilahtaa ruttuinen muovipussi.
Ne ovat täynnä erilaisia lankoja, tiukkaan kerittyjä, löyhiä myytyjä, langanpät-
kiä, riemunkirjavia, rispaantuneita,
jotkut kerät kuin mansikoita tai perunan mukuloita,
ruskaa hehkuvia tai auringon kultaamia,
muuan kerä tihkuu kyyneleitä, käteen tarttuu pihkaa, hiekkaa.*

*Langat ovat sinun elämäsi, kipusi, sairautesi, ahdistuksesi,
pelkosi, muistamattomuutesi, ilosi ja itkusi,
muistojen punainen tupa sen korkean mäen laella, saniaisten kattamat leikki-
haat, puolisososi lämmittävä läheisyys tai jatkuva läheisen ikävä ja etäisyys,
lastesi loputon kiire ja lastenlasten unohdus,
ne kuusi taloa, jotka yhä muistuttavat ahkeruudestasi
kaappikellot, ristisanatehtävät mieleisestä harrastuksesta
isäsi ja äitisi, heinätyöt ja hohtavat hanget
se pohjaan palanut mannapuurokin on yksinäisen sotalapsen muistona pienen
pieni kerä ja rispaantuneesta lankamytystä töröttävä olematon höyhen lienee
tutun iltarukouksen lohduttava ja turvallinen enkeli.*

*Minulla on vain tämä virkkuukoukku ja unelma siitä,
että löytäisin polun luoksesi, osaisin lohduttaa ja kuunnella kipujesi sanattomia
viestejä, näkisin kaipauksesi takana olevat muistot ja ikävän,
itkisin ja nauraisin kanssasi, saisin lisää huumoria ja kärsivällisyyttä, kun kym-
menennen kerran peittelen sinut sänkyysi ja kohta iloisena kyselet jälleen:
”missähän voisoin pötkötellä?”*

*Annat minulle rihma rihmalta lankaasi, kerrot tarinaasi, purat pikkuhiljaa elettyä elämääsi, rinnakkain näin arkea eläen virkkaamme yhdessä, yhteisiä hetkiä, päiviä, viikkoja, kuukausia,
omaisesi vilahtavat ohuena tärkeänä vahvistuksena langan lomassa.*

*Eräänä päivänä saamme tämän yhteisen aherruksemme valmiiksi,
se on aivan sinun näköisesi, tänään valitsimme vain ilon ja naurun lankoja,
sillä olit tällä viikolla niin hyvällä tuulella.*

*Mutta sitten- jonakin päivänä, kun et enää tule luokseni,
ja nämä yhteiset virkkaushetkemme ovat päättyneet,
päättelen hiljaa langanpätkät, kiinnitän työsi kiitollisin mielin
jo valmiiden lappujen jatkoksi muistojeni peittoon.*

Siinä ne sitten lämmittävät tämän perhehoitajan omaa elämää.”

LÄHTEET

Brookes, N., Palmer, S. & Callaghan, L. 2016. "I live with other people and not alone": a survey of the views and experiences of older people using shared lives. PDF- dokumentti. Saatavissa: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/WWOP-03-2016-0005/full/pdf?title=i-live-with-other-people-and-not-alone-a-survey-of-the-views-and-experiences-of-older-people-using-shared-lives-adult-placement> [viitattu 30.11.2020].

Eloranta, S., Mäkimattila, M., Viitanen, M., Viikari, L. & Salminen, M. 2020. Vanhoista vanhimpien elämänlaatu. *Gerontologia*. 3, 209-221.

Frytak, J. 2000. Assessment of quality of life in older adults. Teoksessa Kane, R. & Kane, R. (toim.) *Assessing older persons measures, meaning and practical applications*. New York: Oxford University Press.

Gårdnäs, T. 2020. Sairaanhoidon opettaja. Sähköpostiviesti 20.10.2020. Örebro. Se.

Hakkarainen, P., Kuukkanen, M. & Piispanen, H. 2013. Parasta perhehoitoa. Perhehoidon tietopaketti. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.

Hakkarainen, P., Kuukkanen, M., Leinonen, R. & Sipilä, L. 2019. Hyvää perhehoitoa. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Howell, J. 2020. What is a Care Home? WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://www.seniorhomes.com/care-homes/> [viitattu 30.11.2020].

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL. 2015. Vanhustyön ammattilaisen opas. Helsinki: Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Tekijät ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2019, Opinnäytetyön ja Pro Gradun pikaopas. Avain opinnäytetyön ja Pro Gradun kirjoittamiseen. Jyväskylä: Kananen ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Ketola, J. 2008. Perhehoito ennen ja nyt. Teoksessa Ketola, J. (toim.) *Perhehoito. Tekemisen ja tukemisen arvoista työtä*. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Kiertävän perhehoitajan valmennuskansio. 2019. Ikäihmisten perhehoidon valmennus. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1> [viitattu 10.5.2021].

Koikkalainen, O. 2021. Ikäihmisten perhehoito. Hyvän perhehoitoarjen suositukset alkavat hahmottua. *Perhehoito* 01,8.

Kuntainfo 2016. Perhehoitolakiin muutoksia 1.7.2016 lukien. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://stm.fi/-/kuntainfo-perhehoitolakiin-muutoksia-1-7-2016-lukien> [viitattu 2.5.2021].

Kylämäki, S. & Ratas, M. 2013. Asiakkaan toimintakykyä tukeva työskentely kotihoidossa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinäytetyö. PDF- dokumentti. Saatavissa: https://www.sotergo.fi/files/302/Kylamaki_Rastas.pdf [viitattu 20.11.2020].

Laine, M. 2020. Ikäihmisten perhehoitoa kehittämään. *Perhehoito* 01, 24–25.

Lehtiharju, M. 2020. Täys- kymppi ikäihmisten perhehoitoa. *Perhehoito* 02, 6–7.

Leinonen, E. 2017. Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua- ikääntyneiden perhehoito Suomessa. *Gerontologia* 3, 197–211.

Leinonen, E. 2020. Perhehoitoa paikantamassa. Ikääntyneiden perhehoito formaalin ja informaalin rajalla. Jyväskylän yliopisto. Humanistis- yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF- tiedosto. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/71418/978-951-39-8255-3_vaitos_2020_09_05_jyx.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 30.11.2020].

Leinonen, R. Ikäihmisten perhehoidon asiantuntija. Haastattelu 16.2.2021. Jyväskylän perhehoitoliitto ry.

Leppänen, E-M. 2020. Saarikan perhehoidon palveluohjaaja. Haastattelu 16.12.2020. Karstulan kunta.

Leppänen, E-M. 2021. Saarikan perhehoidon palveluohjaaja. Haastattelu 10.01.2021. Karstulan kunta.

Lipponen, V. 2002. Sairaanhoidajan ja potilaan yhteistyösuhteen filosofinen tarkastelu. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Lähdesmäki, L. & Koistinen, P. 2009. Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla. Sufuca- projekti. WWW- dokumentti. Saatavissa: http://www.sufuca.fi/fi/physical_capacity_fi.html [viitattu 19.11.2020].

Maakunnallinen ikäihmisten, pitkäaikaissairaiden ja vammaisten perhehoidon toimintaohje alkaen 1.1.2021. PDF- dokumentti. Saatavissa:

https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/perhehoito_toiminta-ohje_2021.pdf [viitattu 10.5.2021].

Matilainen, M. 2018. Perhehoitajan peitto- runo. Ikäihmisen perhehoidon valmennuskansio. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.

Mäki- Petäjä- Leinonen, A. & Karvonen-Kälkäjä, A. 2017. Vanhuus oikeuden perusteet. Helsinki: Alma Talent Oy & Lakimiesliiton Kustannus.

Mäkitalo, R. 2016. Suomesta ikäihmisten mallimaa. Polemia- sarjan julkaisu nro 105. Helsinki: KAKS- kunnallisalan kehittämissätiö.

Nurminen, K-M. 2019. Rohkeasti kokeilemaan! PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.perhehoitoliitto.fi/files/1895/aura0119.pdf> [viitattu 10.11.2020].

Paasivaara, L. 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen van-
husten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-lu-
vulle. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. PDF-
dokumentti. Saatavissa:
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514269012.pdf> [viitattu 14.1.2021].

Palveluiden järjestämissuunnitelma. 2021. Perusturvaliikelaitos Saarikka.PDF
- dokumentti. Päivitetty 26.11.2020. Saatavissa: [https://www.saarikka.fi/si-
tes/default/files/tiedostot/Saarikka/Palvelujen%20j%C3%A4rjest%C3%A4mis-
suunnitelma%202021-2024_YV26112020.pdf](https://www.saarikka.fi/sites/default/files/tiedostot/Saarikka/Palvelujen%20j%C3%A4rjest%C3%A4mis-suunnitelma%202021-2024_YV26112020.pdf) [viitattu 12.4.2021].

Perhehoitajalaki 3.4.1992/ 312.

Perhehoitolaki 1.4.2015/ 263.

Perhehoitoliitto ry. 2018. Ikäihmisten perhehoidon valmennus. Valmennuskansio. Jyväskylä: Perhehoitoliitto ry.

Perhehoitoliitto ry. 2020. Kotona perheessä- Ikäihmisten hyvä arki perhehoi-
dossa (2020–2023). WWW- dokumentti. Saatavissa: [https://www.perhehoito-
liitto.fi/liitto_toimii/kehittamistoiminta/kotona_perheessa_-hanke](https://www.perhehoitoliitto.fi/liitto_toimii/kehittamistoiminta/kotona_perheessa_-hanke) [viitattu
1.12.2020].

Pietarinen, M. 2013. Ikäihmisten lyhytaikainen perhehoito asiakkaiden näkö-
kulmasta Eksotessa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
Opinnäytetyö. PDF- dokumentti. Saatavissa:
[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/67445/pietari-
nen_minja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/67445/pietari-
nen_minja.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [viitattu 14.1.2021].

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Toimintakyky vanhuudessa. Te-
oksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M.
(toim.) Geriatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Reinardy J. & Kane R. A. 1999. Choosing an adult foster home or nursing
home: Residents perceptions about decision making and control. *Social work*,
volume 44 number 6. St. Oxford: OXFORD University Press.

Rintala, T. 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850- luvulta 1990- luvulle. Helsinki: Stakes.

Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Käytännönläheistä tietoa vanhusten hoito- ja palvelutyöhön. Jyväskylä: Räsänen.

Räsänen, R. 2019. Elämänlaadun monipuolinen huomiointi ja tukeminen käytännön vanhustyössä. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) Hyvä vanhuus. Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Saarikka. 2021. Yleistietoa Saarikasta. WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://www.saarikka.fi/yleistietoa-saarikasta> [viitattu 12.4.2021].

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2016. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3–4. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE Sosiaali- ja terveysministeriö. PDF- dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4> [viitattu 7.3.2021].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Perhehoidon palkkiot ja korvaukset vuonna 2021. Kuntainfo. Päivitetty 23.11.2020. PDF- dokumentti. Saatavissa: https://stm.fi/documents/1271139/21203212/verkkoon_Kuntainfo_15_2020.pdf/3d0ea402-e824-3a70-8c1f-8535a69a7516/verkkoon_Kuntainfo_15_2020.pdf?t=1606227107537 [viitattu 7.3.2021].

Sote- kuntayhtymä 2020. Perusturvaliikelaitos Saarikan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut 1.1.2021 alkaen. PDF- dokumentti. Saatavissa: <https://www.saarikka.fi/sites/default/files/tiedostot/Liitetiedostot/Asiakasmaksut%202021.pdf> [viitattu 7.3.2021].

Tarkiainen, J. 2015. Hyvä arki- ikäihmisten kokemuksia perhehoidosta. Savonia ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala. Opinnäytetyö. PDF- dokumentti. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96995/Ikaihmisten%20kokemuksia%20perhehoidosta.pdf;sequence=1> [viitattu 20.11.2020].

Tehyn eettinen toimikunta. 2017. Ammattina hyvä hoito ja palvelu. Pohdintoja terveydenhuollon etiikasta. PDF- dokumentti. Saatavissa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2017/2017_f4_ammattina_hyva_hoito_ja_palvelu_pohdintoja_terveydenhuollon_etiikasta_id_8235.pdf [viitattu 1.12.2020].

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019. Iäkkään kokemus hoidon laadusta. WWW- dokumentti. Päivitetty 11.10.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/iakkaan-kokemushoidon-laadusta> [viitattu 1.12.2020].

THL 2020. Ikääntyminen. Omaishoito ja perhehoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.5.2020. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/omaishoito-ja-perhehoito> [viitattu 9.11.2020].

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. 2020. Perhehoidossa olleet ikääntyneet 31.12.2019, kunnan kustantamat palvelut. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy7NBQA=®ion=s07MtDZMBAA=&year=sy6rAgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202010160741> [viitattu 1.12.2020].

Työelämävalmennus tevere. Käsite- ja miellekartat (mind map). WWW- dokumentti. Saatavissa: <https://tevere.fi/menetelmat/kasite-ja-miellekartat-mind-map/> [viitattu 2.5.2021].

Valtioneuvosto. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. PDF- tiedosto. Saatavissa: https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDIS-TETTY_netti.pdf [viitattu 30.11.2020].

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

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuun hoitotyön filosofinen tarkastelu. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori, I. 2016. Kohti terveempää ikääntymistä. Jyväskylä: Ilkka Vuori & Docendo.

KOKEMUKSIA
PERHEHOITOJAKSOISTA

LIITE 1

Kyselyn tarkoituksena on kokemuksen kautta kehittää perhehoidon palveluita palvelutarpeitanne vastaaviksi.

Nimi: _____

ARJEN TOIMINNOT

1. Saan perhekodissa lempiruokaani

- Usein
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

2. Ruokani on vaihtelevaa ja monipuolista

- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

3. Pidän yhteisistä ruokailu hetkistä

- Usein
- Harvoin
- En koskaan

4. Saan öisin nukuttua hyvin ja riittävästi

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

5. Saan levätä tarvittaessa

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

6. Voin käydä suihkussa tai saunassa silloin kun haluan

- Usein
- Harvoin
- En koskaan

7. Saan apua peseytymiseen

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

8. Saan ulkoilla halutessani

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

9. Voin osallistua vointini mukaan päivän toimintoihin

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

10. Päivissä on riittävästi mieleistäni tekemistä

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- Ei koskaan

Kehittämisehdotukseni: _____

YKSITYISYYS JA SOSIAALISUUS

11. Pystyn olemaan halutessani yksin

- Aina
- Riittävän usein
- Harvoin
- En koskaan

12. Onko sinulla perhekodissa oma huone

- Aina
- Harvoin
- Ei koskaan

13. Huomioiko perhehoitaja riittävästi sinun yksityisyyttäsi ja yksilöllisyyttäsi (hengellisyys, seksuaalisuus, etninen tausta)

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

14. Perhekodissa on riittävästi seuraa ja keskustelukavereita

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

15. Koen olevani tärkeä ja tervetullut perhekotiin

- Aina
- Usein
- Harvoin
- En koskaan

16. Kodissa on hyvä ja ystävällinen henki

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

Kehittämisehdotukseni: _____

TURVALLISUUS

17. Oloni on turvallinen perhekodissa

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

18. Koen liikkumiseni perhekodin ympäristössä turvalliseksi ja helpoksi

- Aina
- Usein
- Harvoin
- En koskaan

19. Perhekodin sisätiloissa on viihtyisää sekä helppo ja turvallinen liikua

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

Kehittämisehdotukseni: _____

PERHEHOITAJAN AMMATTITAITO

20. Perhehoitajalla on riittävästi aikaa minulle

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

21. Perhehoitaja tuntee merkitykselliset elämäntapahtumani ja huomioi ne

- Aina
- Usein
- Harvoin
- Ei koskaan

22. Pystyn puhumaan perhehoitajalle henkilökohtaisista asioistani

- Aina
- Usein
- Harvoin
- En koskaan

Kehittämisehdotukseni: _____

OMAISHOITAJA, OMAINEN TAI LÄHEINEN TÄYTTÄÄ

23. Millaisia odotuksia/ toiveita teillä on perhehoitojaksoille?

24. Ovatko odotuksenne/ toiveenne toteutuneet tai otettu huomioon?

25. Kehittämisehdotukseni
