

# DIAK

**Heidi Vuorio-Orola**

**Pinja Lyytinen**

Sairaanhoitaja (AMK)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyö, 2025



## **Lääkkeettömien hoitomuotojen merkitys muistisairaiden hoidossa**

Kysely ikääntyneiden perhehoitajille

## TIIVISTELMÄ

Lyytinen Pinja & Vuorio-Orola Heidi  
Lääkkeettömien hoitomuotojen merkitys muistisairaiden hoidossa  
Sivuja 42 ja liitteitä 1  
Kevät 2025  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)

Väestön ikärakenne on muuttumassa merkittävästi, väestö vanhenee. Tarvitaan erilaisia hoitomuotoja ja tähän ikääntyneiden perhehoito voisi olla ratkaisu. Ikääntyneiden perhehoito on saanut näkyvyyttä ja kiinnostus sitä kohtaan on kasvanut, mutta kuntien on vaikea saada toimeksiantosuhteisia perhehoitajia.

Tässä tutkimuspainotteisessa opinnäytetyössä oli tarkoituksena tehdä kyselytutkimus ikääntyneiden perhehoitajille, jonka avulla tarkastella perhehoidon roolia muistisairauksien hoidossa sekä sen vaikutuksia ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyön päätavoitteena oli selvittää, miten lääkkeettömät hoitomuodot voivat tukea muistisairaille ikääntyneille tarjottavaa hoitoa ja parantaa heidän turvallisuuden tunnettaan sekä elämänlaatuaan perhehoidossa. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli myös lisätä ikääntyneiden perhehoidon tunnettuutta.

Tutkimus toteutettiin Webropol-kyselyllä, johon osallistui 20 perhehoitajaa eri puolilta Suomea. Tutkimuksessa selvitettiin perhehoitajien kokemuksia muistihäiriöistä kärsivien lääkkeiden käytön muutoksista perhehoidon aikana ja lääkkeettömien hoitomuotojen merkitystä henkisen hyvinvoinnin tukena. Tulokset viittasivat siihen, että lääkkeettömien hoitomuotojen hyödyntäminen perhehoidossa on johtanut lääkehoidon tarpeen vähenemiseen ja lisännyt ikääntyneiden turvallisuuden tunteen kokemista.

Johtopäätöksenä tuomme esille, että hyvinvointialueet voisivat kehittää perhehoidon resursseja ja parantaa yhteistyötä perhehoitajien kanssa muistisairaiden hoidon tukemiseksi, erityisesti hoitomuotojen yksilöllisyyden ja elämänlaadun edistämiseksi. Ikääntyneiden perhehoidolla on tutkimuksemme mukaan hyvä vaikutus ikääntyneiden hyvinvointiin, tämän tiedon kautta toivomme ikääntyneiden perhehoidon tunnettuuden lisääntymistä.

Asiasanat: Perhehoito, ikääntyneet, ikääntyneiden palvelut, ikääntyneiden hyvinvointi, lääkkeettömät hoitomuodot, muistisairaat, hoitotyö

## ABSTRACT

Lyytinen Pinja & Vuorio-Orola Heidi

The Importance of Medication-Free Treatments for Memory Diseases

Pages 42 and appendices 1

Spring 2025

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor of Health care

The age structure of the population is changing significantly, and the population is getting older. Different forms of treatment are needed and family care for the elderly could be the solution. Family care for the elderly has gained visibility and interest in that it has increased, but it is difficult for municipalities to obtain assignment-based family care providers.

The purpose of this research-oriented thesis was to conduct a survey for family carers of the elderly to examine the role of family care in the treatment of memory disorders and its effects on the mental well-being of the elderly. The main objective of the thesis was also to increase awareness of family care for the elderly.

The study was carried out with the Webropol survey, which involved 20 family carers from all over Finland. The survey studied the changes in the use of memory-impaired drugs in family care and the importance of drug-free treatments for mental well-being.

The results suggested that the use of drug-free treatments in family care has led to a reduction in the need for family care and it improves cooperation with family carers to support care for people with memory disorders, especially to promote the individuality and quality of life of the treatments. According to our research, family care for the elderly has a good effect on the well-being of the elderly, through this information. We hope to increase awareness of family care for the elderly.

Keywords: Family care, elderly people, services for the elderly, well-being of the elderly, non-medicinal forms of treatment, people with memory disorders, nursing.

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	4
2 IKÄÄNTYNEET JA MUISTISAIRAUDET .....	5
2.1 Ikääntyneet .....	5
2.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet.....	7
2.3 Dementia.....	8
2.4 Alzheimerin tauti .....	9
2.5 Lewyn kappale -tauti .....	9
2.6 Parkinsonin taudin muistisairaus.....	10
2.7 Otsa-ohimolohkorappeuma.....	11
2.8 Käyttöoireet etenevissä muistisairauksissa .....	11
2.9 Lääkkeettömät hoitomenetelmät muistisairauksissa .....	13
2.10 RAI-järjestelmä .....	14
2.11 Yhteisöllinen asuminen .....	15
3 IKÄÄNTYNEIDEN PERHEHOITO .....	16
3.1 Ikääntyneiden perhehoito käsitteenä .....	16
3.2 Kuinka perhehoitoon päästään? .....	17
3.3 Perhehoitajaksi ryhtyminen .....	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	19
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄNKUMPPANI.....	20
6 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	21
6.1 Kvantitatiivinen tutkimus.....	21
6.2 Kysely .....	21
7 AINEISTON KERUU JA ANALYYSIMENETELMÄ .....	23
8 TOTEUTUS.....	25
9 TULOKSET .....	26
10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	32

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	33
LÄHTEET.....	37
LIITE 1 .....	43
Webropol kysely - ikäihmisten perhehoitajille hyvinvointialueilla.....	43

## 1 JOHDANTO

Väestön ikärakenne tulee muuttumaan lähitulevaisuudessa voimakkaasti ja ikääntyneiden määrä tulee lisääntymään runsaasti. 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa koko maassa tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuoteen 2040 mennessä 65 prosenttia. Hyvinvointialueittain tarkasteltuna nopeinta kasvu on Uudenmaan hyvinvointialueilla, Helsinkiä lukuun ottamatta, sekä Pohjois-Pohjanmaalla. Uusille ikääntyneiden asumisratkaisuille painetta aiheuttaa se, että jo vuoteen 2025 mennessä 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa yli kolmanneksella useilla alueilla ja vuoteen 2035 mennessä kasvu on jo noin 70 prosenttia. Kuntatasolla väestön ikääntyminen on nopeinta ns. kehyskunnissa, eli suurissa kaupungeissa ja niiden lähistöllä. (Koramo ym., 2023. s.35.; Suomen ympäristökeskus raporteja, 2017. s.21.)

Ikääntyneiden perhehoito on yhteisöllinen hoitopalvelu, joka on saanut enemmän huomiota viimeisen kymmenen vuoden aikana Suomessa. Se on ikääntyneille suunnattu perhehoitomuoto. Vuonna 2010 ikääntyneiden perhehoitoa järjestettiin vain 15 kunnassa, kun Suomessa yhteensä oli tällöin 342 kuntaa. Vuoteen 2018 mennessä perhehoitoa tarjoavien kuntien määrä oli noin kymmenkertaistunut. (Leinonen ym., 2020.) Kiinnostus ikääntyneiden perhehoitoa kohtaan lisääntyy Suomessa, mutta kuntien on vaikea saada toimeksiantosuhteisia perhehoitajia (Laine ym., 2023). Perhehoitoa järjestetään perhehoitajan luona tai hoidettavan ikääntyneen kotona. Perhehoito voi olla ajankohtainen, kun ikääntynyt kokee kodissaan esim. turvattomuuden tunnetta. Tässä tilanteessa hänellä ei kuitenkaan ole välttämättä tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon ja hän haluaa elää omanlaista elämää kodinomaisessa ympäristössä. Yhteiskunnassamme on havaittu vanhuksia, joiden hoitoon pääsyn kriteerit eivät riitä saamaan ympärivuorokautista hoitopaikkaa tehostetusta palveluasumisesta, mutta ikääntynyt tarvitsee kuitenkin tukea. Toimintakyvyn heikentyminen ja turvattomuuden tunteen lisääntyminen vaatii yhteiskunnalta vaihtoehtoisten hoitomuotojen kehittämistä. (Perhehoitoliitto, i.a.-a.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä "Ikääntyneiden perhehoito" erottamaan tämä palvelu tavallisesta perhehoidosta sekä lasten sijaishuollosta. Aiheen valintaan vaikutti kiinnostus perhehoitoa kohtaan inhimillisenä, vaihtoehtoisena ikääntyneen yhteisöllisenä elämänmuotona sekä kiinnostus muistisairauden lääkkeettömiä hoitomuotoja kohtaan. Opinnäytetyön kohteeksi valikoitui ikääntyneiden perhehoito ja aiheeksi perhehoidon vaikutukset ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin ja lääkkeiden vähentämiseen. Aihetta tutkittiin kyselyssä muistisairauksien lääkkeettömien hoitomuotojen kautta, joita mahdollisesti perhehoidossa käytetään. Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kyselytutkimus ikäihmisten perhehoitajille muistisairauden lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksesta ikääntyneen psyykkiseen hyvinvointiin. Eri aineistoista saimme tietoa ja kokemuksia, sekä tietoa edellytyksistä ikääntyneiden onnistuneen perhehoidon toteuttamiseksi. Opinnäytetyön päätavoitteena oli selvittää, miten lääkkeettömät hoitomuodot voivat tukea muistisairaille ikääntyneille tarjottavaa hoitoa ja parantaa heidän turvallisuuden tunnettaan sekä elämänlaatuaan perhehoidossa. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli myös lisätä ikääntyneiden perhehoidon tunnettuutta.

## 2 IKÄÄNTYNEET JA MUISTISAIRAUDET

### 2.1 Ikääntyneet

Biologisesti ikääntymisellä tarkoitetaan WHO:n määritelmän mukaan monenlaisten solu- ja molekyyli-tason vaurioiden kertymistä. Tämä voi johtaa taas henkisen- ja fyysisen kapasiteetin vähenemiseen asteittain ja tämän takia, sairastumis- ja kuolemanriski suurenee. Nämä muutokset ovat kuitenkin henkilön persoonallisista ominaisuuksista riippuvia, eikä muutoksia esiinny lineaarisesti kaikilla samaan aikaan. Ikääntyminen liittyy biologisten muutosten lisäksi usein moniin elämänmuutoksiin, esimerkkinä eläköityminen, siirtyminen sopivampaan

asumiseen tai ystävien ja kumppanin kuoleminen. (World Health Organization, 2024.)

Ikääntyneiden hoitoa ohjaa Suomessa laki. (L980/2012). Tämän lain 3§:n 1-kohdassa ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä ja 2-kohdassa iäkkäällä henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jonka kognitiivinen, fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi, joka liittyy korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta (L980/2012 3§ 1-2k.)

Ikääntyneen henkilön ajattelu ja toimintakyky voivat muuttua vuosien kuluessa, muutokset vaihtelevat paljon yksilöittäin. Ikääntymiseen liittyvät muutokset, joille on tyypillistä fyysisen toimintakyvyn heikentyminen voivat vaikuttaa moniin tekijöihin kuten muistamiseen, päätöksentekoon, motorisiin taitoihin, painon laskuun ja tunne-elämään. Unohtaminen ja hetkelliset unohtamiset kuuluvat ikääntymiseen. Ikääntyneiden oppiminen saattaa olla hitaampaa, mutta he pystyvät edelleen oppimaan ja muisti voi toimia hyvin. Ikääntyneiden kognitiivisten taitojen heikkeneminen ilmenee esimerkiksi muistamisen vaikeutena tai älyllisten tehtävien haasteina. Kaikilla ikääntyneillä henkilöillä ei esiinny muistiongelmia ja muita kognitiivisia häiriöitä. Ikääntyneet voivat pitää kognitiivista toimintakykyä yllä pitkälle vanhuuteen. (Jyväkorpi. 2020.)

Gerastenia (frailty), haurausraihnaus- oireyhtymä (HRO), on geriatrinen oireyhtymä. Liikkumattomuus vähentää ikääntyneen toimintakykyä ja motorisia taitoja. Tällöin saattaa ilmetä lihaskunnan vähenemistä, tasapainohäiriöitä ja nivelongelmia. Monet ikäihmiset voivat ylläpitää itsenäisyyttään ja toimia aktiivisesti oikeanlaisen tuen ja harjoitteiden avulla, kuten liikunnan, oikean ravitsemuksen ja fysioterapian tuella. Ikääntyneen toimintakykyä sekä fyysistä, sosiaalista, hengellistä että psyykkistä tulee tukea aktiivisesti. Liikkumattomuus vähentää kognitiokykyä eli päätöksenteko kykyä ja henkilön voi olla vaikeampi käsitellä monimutkaisempia asioita. Ihmissuhteista huolehtiminen on tällöin tärkeää toimintakyvyn säilyttämisessä. Liikkumisen nopeus saattaa heikentyä, mutta monet iäkkäät ihmiset voivat käyttää elämäkokemusta

ongelmanratkaisussa ja toisten auttamisessa. Ikääntyminen ei automaattisesti tarkoita suuria ongelmia ajattelussa tai toimintakyvyssä. Terveys, elämäntavat ja sosiaalinen tuki merkitsevät suuresti siihen, kuinka hyvin ikääntynyt henkilö pystyy ylläpitämään toimintakykyään. (Jyväkorpi ym. 2020.)

## 2.2 Yleisimmät etenevät muistisairaudet

Muistisairaudesta puhuttaessa tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistin lisäksi muita tiedonkäsittelyn osa-alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista sekä toiminnanohjausta. Etenevät muistisairaudet johtavat ajan myötä muistin ja tiedonkäsittelyn vaikeaan huononemiseen. (Erkinjuntti ym. 2015, s.20.) Muistisairauksia sairastavien lukumäärä kasvaa voimakkaasti ihmisten eläessä yhä pidempään. (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos, 2023, -b.)

Suomessa muistisairaus diagnosoidaan keskimäärin 23 000 henkilöllä vuosittain ja diagnosoitu muistisairaus on jo yli 150 000 henkilöllä. Merkittävä osa muistisairauksista jää kuitenkin diagnosoimatta. Etenevistä muistisairauksista yleisimpiä ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertohäiriöihin liittyvät muistiongelmät sekä näiden yhdistelmät. Lisäksi esiintyy Lewyn kappale -tautia ja siihen liittyviä muistisairauksia, kuten Parkinsonin taudin yhteydessä ilmenevä muistisairaus. Otsa-ohimolohkojen alueella tapahtuvat rappeumat, kuten otsalohkodementia ja etenevät afasiat, kuuluvat myös tähän ryhmään. Ikääntyessä on tavallista, että yhdellä ihmisellä esiintyy oireita, jotka viittaavat useampaan eri muistisairauteen samanaikaisesti. Muistisairauden diagnosoinnin jälkeen hoitoon kuuluu aina lääkkeetön hoito lääkityksen lisäksi. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023; Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2017, s.226.)

## 2.3 Dementia

Dementia viittaa kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen, mikä estää henkilöä suoriutumasta itsenäisesti työssään, sosiaalisissa suhteissaan tai päivittäisissä askareissaan. Se ei ole itsenäinen sairaus, vaan oire, joka liittyy useisiin eri sairauksiin. (Erkinjuntti ym. 2015, s.19.) Dementiaa voivat aiheuttaa keskushermoston sairaudet, myrkytystilat, vitamiinien puutokset sekä erilaiset lääkkeet. Yleisin dementian syy on Alzheimerin tauti, joka vastaa lähes 75 prosentista kaikista dementia tapauksista. Muita yleisiä dementian aiheuttajia ovat vaskulaarinen dementia ja aivovammat. Dementia voi olla joko etenevä, pysyvä jälkitila tai joissain tapauksissa myös tilapäinen, riippuen sen taustalla olevasta syystä. (Juva K., 2024, -b.)

Alle 65-vuotiailla eurooppalaisilla 0,6 %:lla on arvion mukaa dementiatasoinen muistisairaus. Dementia yleistyy iän myötä sillä 85–89-vuotiaista 22 % ja 90-vuotiaista ja sitä vanhemmista jopa 41 % sairastaa dementiatasoisia muistisairautta. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2023.) Vakavimmat muistisairaudet ovat dementoivia sairauksia, jotka vaikuttavat paitsi muistiin myös muihin tiedonkäsittelyn osa-alueisiin, kuten kielellisiin kykyihin, näönvaraisiin hahmottamistoimintoihin ja toiminnanohjaukseen. Dementia on laaja-alainen aivotoimintojen häiriö, joka estää henkilöä selviytymästä päivittäisistä askareista ja tehtävistä. Se on oireyhtymä, jonka taustalla on aina jokin sairaus. (Juva K., 2024, -b.)

Lievä kognitiivinen heikentyminen tarkoittaa tilannetta, jossa muistissa tapahtuu heikkenemistä, ja tämä voidaan todeta myös muistitesteissä. Erilaisia muistitestejä tehdään gerontologian poliklinikalla ja terveysasemilla. Tässä vaiheessa henkilö pystyy kuitenkin vielä hoitamaan päivittäiset askareensa itsenäisesti, eikä hänellä ole vielä dementian tasoista häiriötä. Monet lievästä kognitiivisesta heikentymisestä kärsivät henkilöt saavat myöhemmin muistisairauden diagnoosin, yleensä Alzheimerin taudin. Alzheimerin tauti voidaan usein diagnosoida jo ennen kuin se on edennyt täydelliseen dementiaan. (Juva K., 2024, -b.)

## 2.4 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on etenevä ja aivoja rappeuttava aivosairaus, joka heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelykykyjä. Sairaus on yleisin dementian aiheuttaja, ja sen riski kasvaa iän myötä. Alle 65-vuotiailla tauti on harvinainen, mutta yli 85-vuotiailla se esiintyy 15–20 prosentilla. Alzheimerin taudin tarkkaa syytä ei tiedetä, mutta aivoissa tapahtuu muutoksia, kuten amyloidin ja tauproteiinin kertymistä, jotka vahingoittavat hermosoluja. (Juva K., 2024, -a.)

Suurimmassa osassa tapauksista Alzheimerin tauti ei ole perinnöllinen, mutta sukutausta ja elämäntavat voivat vaikuttaa sairastumisen todennäköisyyteen. Taudin ensimmäinen oire on muistin heikkeneminen, erityisesti lähimuistin ja uuden oppimisen vaikeutuminen. Taudin edetessä vaikeutuvat myös kielelliset toiminnot ja toiminnanohjaus. Sairaus etenee hitaasti ja se voi kestää yli 10 vuotta. (Juva K., 2024, -a.)

Alzheimerin taudin hoito keskittyy oireiden lievittämiseen lääkkeillä, jotka voivat hidastaa taudin etenemistä, mutta eivät paranna sitä. Ympäri vuorokautiseen hoitoon siirtyminen voi viivästyä lääkkeiden avulla noin vuodella. Tutkimukset etsivät jatkuvasti uusia hoitomuotoja. Alzheimerin taudin ennaltaehkäisyyn liittyy terveellisiä elämäntapoja, kuten aivojen aktivoimista, sydän- ja verisuonitautien ehkäisyä ja masennuksen hoitoa. (Juva K., 2024, -a.)

## 2.5 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin rappeuttava aivosairaus Alzheimerin taudin jälkeen, ja sen syytä ei tiedetä. Tauti kehittyy hitaasti ja alkaa usein vireystilan vaihteluilla, hahmotusongelmilla ja näköharhoilla. Myöhemmin ilmenee Parkinsonin taudin piirteitä, kuten liikkeiden hidastumista ja kävelyvaikeuksia. Tauti voi myös aiheuttaa REM-unen aikaisia käytöshäiriöitä, sekavuutta ja kaatumisia. Oireet kehittyvät vähitellen, ja sairaus johtaa omatoimisuuden menetykseen ja vuodehoitoon keskimäärin 8 vuodessa. (Atula S., 2023, -a.)

Lewyn kappale -taudin diagnosointi perustuu tyypillisiin oireisiin ja aivojen kuvantamiseen, vaikka erityisiä verikoe- tai kuvantamislöydöksiä ei ole. Magneettikuvassa Alzheimerin taudille tyypilliset muistialueet säilyvät yleensä normaalina. (Atula S., 2023, -a.)

Hoito on oireenmukaista, eikä parantavaa tai pysäyttävää hoitoa ole. Potilaat ovat erityisen herkkiä psyykenlääkkeille, jotka voivat pahentaa sekavuutta ja kävelyvaikeuksia. Parkinsonin taudin lääkkeet voivat lisätä harha-aistimuksia, mutta Alzheimerin taudin lääkkeistä voi olla hyötyä käytösoireisiin. Fysioterapia on tärkeä hoitomuoto kävely- ja tasapaino-ongelmien hoitoon. (Atula S., 2023, -a.)

## 2.6 Parkinsonin taudin muistisairaus

Parkinsonin taudissa muistisairauksien esiintyvyys on huomattavasti suurempi kuin väestössä yleisesti. Noin 30 % Parkinsonin tautia sairastavilla on muistisairaus. Erityisesti pitkään sairastaneilla (yli 15 vuotta), muistihäiriöt voivat olla hyvin yleisiä, jopa 80 %:lla potilaista. (Atula S., 2023, -b.) Parkinsonin taudin muistisairaus etenee hitaasti ja vaikuttaa vähitellen päivittäisiin toimiin. Tyypillisesti siinä esiintyy heikentynyttä tarkkaavaisuutta, toiminnanohjauksen vaikeuksia, hahmottamisongelmia ja aloitteellisuuden puutetta. Pitkään sairastaneilla voi esiintyä myös näköharhoja ja harhaluuloja. (Atula S., 2023, -b.)

On mahdollista, että potilaalla on samanaikaisesti sekä Parkinsonin tauti että Alzheimerin tauti, jotka molemmat voivat ilmetä ikääntyneillä. Parkinsonin taudin muistisairaus eroaa Alzheimerin taudista siinä, että muistiongelmien ovat yleensä lievempiä ja liittyvät enemmän mieleen palauttamiseen kuin muistamiseen. (Atula S., 2023, -b.)

## 2.7 Otsa-ohimolohkorappeuma

Otsa-ohimolohkorappeuma on aivosairaus, johon kuuluu useita muistisairauksia, joista yleisin on otsalohkodementia. Tauti vaikuttaa aivojen otsalohkoihin, jotka säätelevät käyttäytymistä, impulssikontrollia ja toiminnanohjausta. Kun nämä alueet vaurioituvat, käyttäytyminen muuttuu usein huomattavasti. Otsalohkodementia on työkäisten muistisairaus, joka alkaa tyypillisesti 57–59 vuoden iässä. Sairaus aiheuttaa merkittäviä muutoksia käyttäytymisessä, kuten impulsiivisuutta, epäsiistiä pukeutumista ja ravitsemustottumusten muutoksia. Vaikka muistiongelmät ilmenevät myöhemmin, käyttäytymis- ja persoonallisuusmuutokset ovat aluksi hallitsevia. (Aivosäätiö, i.a.)

Otsalohkodementia on perinnöllinen sairaus, mutta se voi puhjeta myös ilman perinnöllistä geneettistä muutosta. Taudin puhkeaminen voi johtaa nopeasti vakaviin oireisiin, mutta parantavaa hoitoa ei ole vielä olemassa. Hoito keskittyy elämänlaadun parantamiseen, aktiivisuuden tukemiseen ja muiden sairauksien hoitoon, kuten masennuksen. (Aivosäätiö, i.a.)

Tutkimus keskittyy taudin varhaiseen tunnistamiseen ja hoitojen kehittämiseen. Suomalaiset tutkimukset ovat tehneet merkittäviä edistysaskelia erityisesti diagnostiikassa ja biomarkkereiden löytämisessä, ja toiveet hoitojen kehittämisestä ovat suuria. (Aivosäätiö, i.a.)

## 2.8 Käyttöoireet etenevissä muistisairauksissa

Muistisairauden oireet ovat moninaisia, tunnetuin muistisairauksien yhteinen oire on kognitiivisen toimintakyvyn ja muistin heikkeneminen. Oireita, jotka voivat näkyä muistisairauden alkaessa tai sairauden edetessä ovat mm. toiminnanohjauksen ja aloitekyvyn heikkeneminen, persoonallisuuden muutokset, neuropsykiatriset oireet, uni- ja vireystilan muutokset, puheen ymmärtämisen ja -tuottamisenvaikeudet, tarkkaavaisuuden- ja hahmottamisenhäiriöt, mielialan muutokset (apatia, masennus, levottomuus,

ahdistuneisuus), vaeltelu, huutelu ja harhaluuloisuus. (Muistiliitto, i.a.-b; Kennedy ym. 2021.)

Muistisairauksien käytösoireet voivat vaihdella, mutta yleisimmät ovat masennus, apatia, psykoosi, agitaatio ja unihäiriöt. Masennus esiintyy noin kaksi kertaa yleisemmin muistisairauspotilailla kuin muissa vanhusryhmissä. Masennusoireet voivat liittyä muistisairauden alkuvaiheeseen, ja hoitoon käytettävät lääkkeet, kuten masennuslääkkeet voivat olla tarpeen vaikeammassa tapauksissa. Apatia on yleinen oire, joka heikentää potilaan toimintakykyä, mutta sen hoito voi olla haastavaa. Lääkkeettömiä hoitomuotoja ja asetyyliinikoliiniesteraasin estäjiä käytetään jonkin verran apatian lievittämiseksi. Apatian erottaminen masennuksesta on tärkeää, sillä masennuslääkkeet eivät ole tehokkaita apatiaan. (Talaslahti ym., 2019.)

Psykoosi, erityisesti harhaluulot ja näköharhat, on yleistä muistisairauksien keskivaiheilla ja vaikeissa muodoissa. Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy riskejä, kuten kuolleisuus- ja aivoverenkiertohäiriöriski, joten niiden käyttöä rajoitetaan ja ne on tarkoitettu vain vaikeimpiin oireisiin. Agitaatio, johon kuuluu ahdistus, aggressiivisuus ja motorinen levottomuus, esiintyy noin 20 %:lla potilaista. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat ensisijaisia, mutta tarvittaessa voidaan käyttää pieniä annoksia psykoosi- tai masennuslääkkeitä. Agitaation akuuttihoito voi joskus vaatia sähköhoitoa. (Talaslahti ym., 2019.)

Unihäiriöt ovat yleisiä, ja ne voivat johtua muun muassa melatoniini tuotannon häiriöistä. Hoito voi sisältää melatoniinia, masennuslääkkeitä tai lyhytkestoisia unilääkkeitä, mutta lääkkeiden käyttöä tulee rajoittaa mahdollisten haittavaikutusten vuoksi. (Talaslahti ym., 2019.)

Käytösoireiden hoito vaatii huolellista harkintaa ja usein yksilöllistä lähestymistapaa, jossa otetaan huomioon potilaan kokonaistilanne ja hoitovaste. Tehokkainta hoitoa käytösoireisiin on lääkkeellisen ja lääkkeettömän hoitomuodon yhdistäminen. (Talaslahti ym., 2019.)

## 2.9 Lääkkeettömät hoitomenetelmät muistisairauksissa

Lääkehoidon ohella lääkkeettömät hoitomuodot ja kuntoutus muodostavat hyvän hoidon perustan. (Muistiliitto, i.a.-a.) Lääkkeettömässä hoidossa on pyrkimyksenä tunnistaa tekijät, jotka laukaisevat oireita ja ennakoimalla estää tai ainakin vähentää oireita. Ympäristöä muokkaamalla voidaan tukea iäkkään itsenäistä suoriutumista ja helpottaa elämää. (Muistiliitto, i.a.-a.) Kansallisten ja kansainvälisten hoitosuosituksen mukaan lääkkeettömät hoitomuodot ovat aina ensisijaisia hoidettaessa muistisairauteen liittyviä oireita. (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2023; Kennedy ym. 2021; YaJing ym. 2021; Koch ym. 2022). On myös olemassa näyttöä siitä, että osa oireista häviää tai lievittyy itsestään ajan kuluessa. (Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus 2023). Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen -Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä hoitosuosituksessa (Parisod ym., 2020) korostetaan lääkkeettömien hoitomuotojen tärkeyttä muistisairaahan hoidossa. Näitä lääkkeettömiä hoitumuotoja ovat muistisairasta huomioiva vuorovaikutus, läsnäolo ja keskusteluihin mukaan ottaminen. Ohjatut aktiviteetit, esim. liikunta, muistelu, tietovisat ja kotityöt ovat myös lääkkeetöntä hoitomuotoa. Tarjoamalla mielekästä tekemistä, voidaan käytösoireita lievittää, kun ajatukset suuntautuvat muualle. Asuinympäristöä koskevat asiat on hyvä ottaa huomioon, muunmuassa valaistus, tilaratkaisut ja apuvälineet. Kun asuinympäristö on toimiva ja kotoisa, se edistää viihtyvyyttä ja lievittää näin mahdollisesti käytösoireita. Lääkkeettömän hoitomuodon tärkeitä asioita ovat myös omaisten mukaan ottaminen hoitoon ja osallistaminen perhehoidossa asuvan omaisen hyvinvointiin. Hoitosuositus korostaa hoitohenkilöstön osaamista ja koulutusta lääkkeettömistä hoitomuodoista. (Parisod ym., 2020; muistisairaudet. Käypä hoitosuositus,2023.)

Ya-Jing ym. (2021) on tutkinut masennusoireiden ja muistisairauksien oireiden lieventymistä erilaisten lääkkeettömien hoitumuotojen avulla. Tutkimuksen tuloksissa fyysinen aktiivisuus ja psykoterapia osoittautuivat ylivoimaisiksi hoitumuodoiksi tavalliseen hoitoon verrattuna. Kokonaisuudessaan tutkimuksessa, joissa oli mukana 3 797 henkilöä, verrattuna tavanomaiseen hoitoon, fyysinen aktiivisuus ja psykoterapia johtivat merkittäviin parannuksiin

psykkisissä- sekä masennusoireissa. Elämäkatsomushoito, keskustelu ja musiikki toivat myös lupaavia tuloksia. (Ya-Jing. ym., 2021.)

## 2.10 RAI-järjestelmä

RAI-järjestelmä on standardoitu toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin välineistö, jonka tiedot kerätään lakisääteisesti THL:n RAI-tietovarantoon. RAI-välineistön käyttö on ollut Suomessa velvoittavaa iäkkäiden säännöllisissä palveluissa ja asiakasohjauksessa 1.4.2024 alkaen. RAI-arviointivälineistön käytöstä tuli 1.4.2023 lakisääteistä iäkkäiden säännöllisissä palveluissa sekä asiakasohjauksessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2024, -c; L980/2012; L980/2012.)

RAI-arviointi tarjoaa kattavan näkemyksen asiakkaan terveydentilasta, toimintakyvystä ja elämänlaadusta. Arvioinnin pohjalta laaditaan tai päivitetään asiakaskohtaisia hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmia. RAI-arvioinnin aikana kerätään tietoa muun muassa asiakkaan terveydentilasta, toimintakyvystä ja voimavaroista sekä hänen tarvitsemistaan hoito- ja kuntoutuspalveluista. Arviointiin liittyy myös mittareita, joiden avulla voidaan seurata palvelujen ja hoidon tehokkuutta. Tärkeää on, että arvioinnissa kuullaan asiakkaan omaa näkökulmaa ja se toteutetaan moniammatillisessa tiimissä yhteistyössä (Terveyden- ja hyvinvointilaitos, 2024).

RAI-arviointi suoritetaan yleensä kahdesti vuodessa. Vaikka usein oletetaan, että ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyky heikkenee puolivuositaisilla arviointijaksoilla, tämä ei ole aina totta. Monet ikääntyneet asuvat eri asumispalveluissa tai saavat kotihoitoa vuosia, ja on tärkeää tukea heidän voimavarojaan, kuten kykyä selviytyä arjen tehtävistä ja kognitiivisia taitoja, yksilöllisesti ja olosuhteiden mukaan. Tällöin voidaan parhaiten varmistaa, että asiakkaan toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään ja hänen elämänlaatunsa paranee. Kuntouttava työote, jossa koko työyhteisö tukee asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämistä, on tärkeä osa terveydenhuollon työskentelyä (Terveyden- ja hyvinvointilaitos, 2024).

RAI-arviointi suoritetaan aina ennen palvelutarpeen arviointia ja sen myötä ennen siirtymistä perhehoitoon. Hyvinvointialueen SAS-ryhmä tai palveluohjaaja tekee yhteistyötä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa arvioidakseen ikääntyneen palvelutarpeet ja löytääkseen sopivimman palvelumuodon. Päätöksenteossa on ensisijaisesti huomioitava asiakkaan oma tahto ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Vanhustalvelulaki edellyttää, että RAI-arviointia käytetään silloin, kun ikääntynyt tarvitsee säännöllisiä sosiaalipalveluja hoitonsa turvaamiseksi. Laki määrää myös, että arviointia tehdään palvelujen aikana, ja se toteutetaan havainnoinnin, keskustelun ja mittareiden avulla (Perhehoitoliitto, 2024.)

## 2.11 Yhteisöllinen asuminen

Yhteisöllinen asuminen viittaa hyvinvointialueen tarjoamaan asumisratkaisuun, joka sijaitsee turvallisessa ja esteettömässä ympäristössä. Aasukkaille tarjotaan heidän tarpeisiinsa sopiva asunto, ja lisäksi järjestetään toimintoja, jotka edistävät sosiaalista vuorovaikutusta. Sosiaalihuollonlaitos- ja asumispalvelujen asiakkaista kerätään asiakaskohtaista tietoa Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriin iäkkäiden, vammaisten, mielenterveyskuntoutujien ja päihdehuollon laitospalveluissa hoitoa saaneista asiakkaista, joiden hoito on jo päättynyt tai hoitokausot jatkuvat edelleen vuoden loppuun asti. Laskenta tehdään aina vuoden lopussa. Tässä tilastolaskennassa ei ole huomioitu päihdehuollon asiakaskohtaista tietoa sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen asiakkaista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, s.1 ja s.17. 2024, -b. Tilastobarometri. ind. 6050.)

Yhteisöllistä asumista tarjotaan asiakkaille, jotka tarvitsevat tukea alentuneen toimintakyvyn tai lisääntyneen hoidon ja huolenpidon tarpeen vuoksi. Tämä voi johtua esimerkiksi iäkkyydestä, sairaudesta, vammasta tai muista syistä. (Valvira, i.a.) Yhteisöllinen asuminen tuli tavallisen palveluasumisen tilalle uudistettuun sosiaalihuoltolakiin (L1301/2014) 1.1.2023 samanaikaisesti kun nykyiset hyvinvointialueet aloittivat toimintansa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024).

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN PERHEHOITO

#### 3.1 Ikääntyneiden perhehoito käsitteenä

Perhehoito sopii ikääntyneelle henkilölle, jonka arkea hankaloittavat esimerkiksi yksinäisyys, alakulo, turvattomuuden tunteet, muistisairaus tai vaikeudet päivittäisissä toimissa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2023, -a). Ikääntyneiden perhehoidon keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen, oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun. Perhehoito on tarkoitettu ihmisille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista huolenpitoa, mutta haluavat hoitoa kuitenkin kodinomaisessa ympäristössä. Perhehoito voi olla pitkäaikaista, lyhytaikaista, osa-aikaista tai kokoaikaista riippuen asiakkaan tarpeesta ja tilanteesta. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen tilastoraportin mukaan perhehoidossa on ikääntyneitä 1998 henkilöä maanlaajuisesti. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos, 3.5.2023.)

Pitkäaikaisessa perhehoidossa asiakas muuttaa perhehoitajan luokse asumaan pysyvästi. Ikäihminen asuu perhehoitajan perheessä ja saa tarvitsemansa hoivan ja huolenpidon mahdollisesti vuosien ajan. (Perhehoitoliitto. i.a.-a.) Lyhytaikainen kokopäiväinen (24-tuntinen) perhehoito kestää yleensä muutamasta päivästä kahteen viikkoon ja sitä voidaan käyttää esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivinä perhehoitona kotona asumisen tukemiseksi tai tilanteissa, jossa vanhempi henkilö tarvitsee tukea kuntoutukseen ja voimaantumiseen sairaalahoidon jälkeen, ennen kotiinpaluuta. Osa-aikaista perhehoitoa tarjotaan pääasiassa päivähoitona eli perhehoitaja käy päivän ajan vanhemman ihmisen kotona avustamassa tai vanhempi ihminen käy perhehoitajan kotona päivän ajan. Osa-aikaista perhehoitoa käytetään omaishoitajien vapaan järjestämiseksi. Heillä on aikaa työskennellä omien asioiden ja harrasteiden parissa. Osa-aikaisella perhehoidolla mahdollistetaan ikäihmisen asuminen kotona pidempään lisätuen avulla. Ikääntyneen perhehoito voi olla ainoa tuen lähde tai se voidaan yhdistää kotihoidon palveluihin. (Leinonen ym., 2020.) Perhehoito käsitteenä tarkoittaa

palvelumuotoa, joka on tarkoitettu kaiken ikäisille henkilöille, mutta keskitymme opinnäytetyössämme ikääntyneiden perhehoitoon.

### 3.2 Kuinka perhehoitoon päästään?

Perhehoito on tarvehankintaista palvelua ja sen saamiseksi on tehtävä arviointi toimintakyvystä (RAI-arviointi) asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa (Perhehoitoliitto. i.a.-a). Ikääntyneet tulevat iäkkäille suunnattujen palvelujen piiriin useimmiten muistisairauden, itsestään huolehtimisen tai liikkumisen huomattavan vaikeuden vuoksi. Ympäri vuorokautisesti palveluita tarvitaan usein silloin, kun yleinen toimintakyky heikkenee, aistit, kuten kuulo tai näkö alkavat heiketä tai muistin kanssa on huomattavia haasteita. Perhehoito voisi mahdollisesti olla yksi vaihtoehto vähentämään tarvetta laitoshoidon. (Mäkitalo 2016, 28, 52–53.) Suomalaisen vanhuspolitiikan tavoitteena on vähentää laitoshoidon ja tukea parhaalla tavalla ikäihmisten kotona pärjäämistä ja asumista. Tavoitteena olisi että 75- vuotta täyttäneistä 92 prosenttia asuisi kotona 2030 vuoteen mennessä. Tämän mahdollistamiseksi tarvitaan ratkaisuja, jotka sopivat heille, jotka eivät vielä tarvitse tehostettua palveluasumista (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020; Ympäristöministeriö, 2020).

### 3.3 Perhehoitajaksi ryhtyminen

1.4.2015 tuli voimaan uusi perhehoitolaki. Lain tavoitteena on turvata hoidettavalle hänen tarpeidensa mukainen ja perheenomainen hoito. Tavoitteena on myös parantaa vanhusten ja vammaisten perhehoidon asemaa. Perhehoitaja ottaa vanhuksen kotiinsa asumaan ja tukee häntä päivittäisissä askareissa. Muutosten myötä perhehoitoa voidaan tarjota myös hoidettavan omassa kodissa. Perhehoidon järjestämisessä on tärkeää huomioida hoidettavan yksilölliset tarpeet ja varmistaa, että hoito toteutetaan hänelle parhaassa mahdollisessa ympäristössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2015.) Perhehoitajaksi ryhdyttäessä ei tarvitse olla alalle sopivaa koulutusta. Perhehoitaja koulutetaan hyvinvointialueen kautta. Perhehoitajan pitää olla kuitenkin ominaisuuksiltaan

sopiva tehtävään. Perhehoitajana voi olla yksin asuva, parisuhteessa oleva tai hänellä voi olla omia lapsia. Ikäihmisten perhehoitajaksi voidaan valita henkilö, joka omaa tarvittavan koulutuksen, kokemuksen tai henkilökohtaiset valmiudet tarjota perhehoitoa. Tehtävään hyväksynnän myöntää hyvinvointialue. (Perhehoitoliitto. i.a.-b.)

Perhehoidosta on säädetty laki (L 20.3.2015/263), joka määrittelee, kuinka paljon perhehoidettavia saa olla yhtäaikaisesti enimmillään. Lain mukaan perhehoidossa saa samanaikaisesti olla enintään neljä hoidettavaa. Jos perheessä on kaksi hoitajaa, hoidettavia voi olla enintään kuusi. Vuoden alusta 2025 perhehoitajan hoitopalkkion vähimmäismäärä on noussut ja se on tällä hetkellä 944,34 euroa kuukaudessa yhtä perhehoidossa olevaa kohden. Vuonna 2024 perhehoitajan hoitopalkkion vähimmäismäärä oli 924,02 euroa kuukaudessa. Perhehoitaja saa hoitopalkkion lisäksi myös kulukorvausta, joka on vähintään 502,17 euroa kuukaudessa. Uusi perhehoitaja saa käynnistämiskorvauksen 3566,21 euroa kertaluontoisena korvauksena. Asiakkaalta peritään perhehoidosta asiakasmaksulain mukaista maksua. Toimeksiantosopimuksella tarkoitetaan perhehoitajan ja kunnan välille solmittavaa sopimusta, jossa määritellään perhehoitoon liittyvät oikeudet ja velvollisuudet sekä perhehoitajan että kunnan näkökulmasta. Se on kunnan ja perhehoitajan välinen toimeksiantosopimus, mutta ei työsopimus. Tärkeää on huomata, ettei perhehoitaja siis ole työsuhteessa kuntaan. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon järjestämisestä vastaa hyvinvointialue, joka voi joko rekrytoida ja valmentaa perhehoitajia omatoimisesti tai hankkia valmennuspalvelut ulkopuolisilta toimijoilta, kuten perhehoitopalveluja tarjoavilta yrityksiltä, järjestöiltä tai oppilaitoksilta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 22.11.2024.)

Perhehoitoa tarjotaan myös (Ikääntyneiden perhehoitona) esimerkiksi Yhdysvalloissa ja Isossa-Britanniassa (nimellä Shared Lives). Nämä järjestelmät eivät ole samanlaiset kuin Suomessa, joten suora vertailu ei ole näiden maiden

osalta mahdollista. Yksi tärkeä tekijä ovat erilaiset sosiaaliturvajärjestelmät. (Leinonen ym., 2020.)

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuskysymykseksi olemme määritelleet kysymyksen: ”Kuinka muistisairauden lääkkeettömät hoitomuodot perhehoitajien kokemuksen mukaan tukevat ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta?”. Tutkimuskysymykseen haemme vastausta kyselyn eri kysymyksillä ja niitä analysoimalla. Kyselykysymykset on laadittu vastaamaan mahdollisimman hyvin tutkimuskysymykseen.

Opinnäytetyön tarkoitus oli tehdä kyselytutkimus ikäihmisten perhehoitajille muistisairauden lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutuksesta ikääntyneen psyykkiseen hyvinvointiin. Opinnäytetyön päätavoitteena oli selvittää, miten lääkkeettömät hoitomuodot voivat tukea muistisairaille ikääntyneille tarjottavaa hoitoa ja parantaa heidän turvallisuuden tunnettaan sekä elämänlaatuaan perhehoidossa. Tavoitteena opinnäytetyöllä oli myös lisätä ikääntyneiden perhehoidon tunnettuutta. Opinnäytetyössä tehtiin Webropol- kyselytutkimus ikääntyneiden perhehoitajille.

Tutkimalla mm. alan kirjallisuutta saimme hyvää tietoa ikäihmisten onnistuneen perhehoidon lisäämiseksi. Tässä tutkimuksessa on kerätty erityisesti Diakin kirjastosta tutkimuspainotteisia artikkeleita, e-kirjoja ja kirjallisuutta sekä muita tietokantoja (Medic, Pubmed jne.). Kyseisistä tietokannoista haetuista artikkeleista haimme tietoa opinnäytetyöhömme.

## 5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖ JA TYÖELÄMÄNKUMPPANI

Perhehoitoliitto on sijaisvanhempien ja muiden perhehoitajien valtakunnallinen edunvalvoja ja perhehoidon asiantuntijajärjestö. Perhehoitoliiton avulla perhehoitajat voivat keskittyä tärkeimpään eli tarjoamaan turvallista arkea lapsille, nuorille, aikuisille ja ikäihmisille. (Perhehoitoliitto i.a.-b.) Perhehoitoliitto ry on perustettu vuonna 1983 ja sen perustivat tuolloin olemassa olleet sijaisvanhempien alueyhdistykset Keski-Suomen Sijaisvanhemmat ry, Forssan Seudun Sijaisvanhemmat ry, Savonlinnan Seudun Sijaisvanhemmat ry sekä Uudenmaan Sijaiskotiyhdistys ry. Liittoon kuuluu nykyään parikymmentä perhehoitoyhdistystä, joissa on yhteensä noin 4 000 jäsentä. (Perhehoitoliitto, i.a.-c.)

Tutkimuksen kohteena ovat perhehoitajat. Haimme tietoa iäkkäiden perhehoidon kirjallisuudesta, artikkeleista, tilastoista ja siihen liittyvistä laista, sekä lääkkeettömien hoitomuotojen kirjallisuudesta, artikkeleista ja tilastoista. Opinnäytetyössämme teimme webropol-kyselyn perhehoidon muistisairauksien lääkkeettömistä hoitomuodoista ikääntyneiden perhehoidossa. Kyselyyn vastasivat perhehoitajat, joten asiakkaiden mielipidettä asiaan ei kyselyllä saatu. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina ja tilaajana on Perhehoitoliitto ry.

Tarkkaa tietoa ikääntyneiden perhehoitajien määrästä Suomessa tällä hetkellä meillä ei ole, koska tilastot päivittyvät viiveellä. Ikääntyneiden toimeksiantosuhteisten perhekotien määrä vuonna 2021 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastojen mukaan oli 248 (tästä puuttuu 13 kunnan vastaus). (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2023, -a, läkkäiden perhehoidon yleisyys ja toimintakäytännöt, s.10.) Haastetta määrän määrittämiseen tuo myös se, että perhehoitajat eivät ole töissä hyvinvointialueilla vaan heillä on toimeksiantosopimus.

## 6 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus perustuu tilasto-ohjelmilla tehtyyn numeeriseen analyysiin. Tutkimus lähtee oletuksesta, että oikealla tavalla mittaamalla, kokeilemalla ja koettelemalla saavutetaan todellisuutta koskeva, riippumaton tieto. (Vilka, 2021, s.23.) Määrällistä tutkimusta käytetään, kun haluamme selittää ja ymmärtää, millaisia kokemuksia ja käsityksiä perhehoitajilla on muistisairauksien lääkkeettömien hoitomuotojen tärkeydestä perhehoidossa olevien ikääntyneiden keskuudessa. Varsinaisessa tekstissä avaamme tärkeimmät tiedot keskittyen tutkimusongelmiin. Tekstissä voidaan viitata taulukoihin ja kuvioihin, joita kyselyn tuloksista saamme. Varsinaiset taulukot ja kuviot laitetaan julkaisun lopullisen tekstin sisään. (Tietoarkisto, i.a. -a.) Kvantitatiivisiin aineistoihin perustuvien tutkimusten kirjoittamisen ongelmaksi voi tulla numerotiedon suuri määrä. Tästäkin syystä on keskityttävä olennaisimpaan tietoon, jota haluamme tuoda esille tutkimuksella. Kaikkea numerotietoa ei pidä julkaista, eikä kaikkea löydettyä voi, eikä pidä "kirjoittaa auki". (Tietoarkisto, i.a. -a.)

### 6.2 Kysely

Webropol- kysely on hyvin suosittu menetelmä tehdä kyselyitä. Valitsimme tämän kyselyn analysointimenetelmän yksinkertaisuuden vuoksi. Kysely on laadittu niin, että vastaamaan pystyy helposti samalta sivulta. Kysymyksiin voi palata yhdellä silmäyksellä, jos vastaaja haluaa palata korjaamaan tai tarkistamaan miten on vastannut aikaisempiin kysymyksiin. Kyselyn tekeminen on niin yksinkertaista, että se onnistui myös satunnaiskäytössä ilman suurempia harjoitteluita. Webropolista erityisen tekee helppo monikanavainen tiedonkeruu, reaaliaikaiset tulokset tutkijoille ja se, että tiedon analysointi on helppoa ja joustavaa

(vastauksista voi tehdä suoraan taulukoita). Webropolilla saadaan kyselyihin n.14 miljoonaa vastausta vuodessa. (Webropol, 2025.)

Informaatiota voi saada erilaisilla mitta-asteikolla. Yksittäisestä kysymyksestä saa käsityksen, minkälaisesta mitta-asteikosta on kulloinkin kyse. Meidän tutkimuksessamme käytetään Likertin-asteikkoa, koska meillä kysymyksissä tarkastellaan asenteita ja mielipiteitä. Remis Likertin mukaan nimettyä mitta-asteikko menetelmää on käytetty jo vuodesta 1932 alkaen. Useimmat vastausvaihtoehdot ovat 1-5 portaista, esim. 1-5 on nimetty seuraavanlaisesti 1= täysin samaa mieltä ja 5= täysin eri mieltä. (Valli, 2018, s.106–107.)

Kyselylomake on yleisesti käytetty keino kerätä tutkimustietoa ja perinteinen muoto siitä on paperilla toteutettu kysely. Sähköposti tai internet on taloudellinen tapa saada vastauksia suoraan tiedostoiksi tutkijoiden käyttöön anonymisti. Kyselyn muoto vaihtelee kohderyhmän ja aineiston mukaan. (Valli, 2018 s. 92–93.)

Opinnäytetyössä teimme kyselytutkimuksen. Kyselyssä käsiteltiin muistisairauksien lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutusta ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin ja turvallisuuden tunteeseen perhehoidossa. Kyselylomakkeessa oli kuusi kysymystä. Kolmessa kysymyksessä vastaukset ilmoitetaan asteikolla 1–5 ja yhdessä asteikolla 1–3. Kyselyn vastauksissa valitaan kahdeksasta vaihtoehdosta sopivat rasti ruutuun menetelmällä. Yhtenä vaihtoehtona on myös ”muu”, ”mikä?” vastaus, johon voi vastata kirjallisesti omin sanoin. Viimeisessä kysymyksessä kysytään, onko vielä jotain mitä haluat sanoa muistisairauksien lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tähän voi vastata ”ei” tai ”kyllä” ja jos vastaa ”kyllä”, voi kertoa omin sanoin.

Tutkimuskysymyksenä on: ”Kuinka muistisairauden lääkkeettömät hoitomuodot perhehoitajien kokemuksen mukaan tukevat ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta?” Kyselyllä halusimme selvittää myös, miten muistisairauksien lääkkeettömät hoitomuodot vaikuttavat mahdollisiin lääkkeiden vähentämisiin. Tätä tutkimme tekemällä perhehoitajille maanlaajuisesti kyselyn,

jossa selvitimme perhehoitajien näkemyksiä perhehoidossa asuvien ikääntyneiden psyykkisestä hyvinvoinnista. Kysely lähetettiin Perhehoitoliiton Facebook sivujen kautta verkkokyselynä koko maan ikääntyneiden perhehoitajille.

Kyselylomakkeen kysymykset olivat avoimella lomakkeella, jotta on mahdollisuus nähdä kaikki kysymykset yhtä aikaa. Näin kysymyksiin pääsee tutustumaan kaikkiin kerralla, ja korjaaminen onnistuu helposti, jos on huomannut vastanneensa epähuomiossa väärin. Vastaja voi vertailla vastauksiaan, joissa toinen kysymys voi vaikuttaa toisen kysymyksen vastaukseen. (Liite 1) Tämä mahdollistaa vastaamisen johdonmukaisesti ja kysymysten hahmottamisen kokonaisuutena. (Valli, 2018, s.123–124.)

## 7 AINEISTON KERUU JA ANALYYSIMENETELMÄ

Tutkimuksen aineistonkeruu menetelmänä oli kyselylomakkeen laatiminen. Kohderyhmänä oli ikääntyneiden perhehoitajat Suomessa. Meidän kyselymme tehtiin ennalta valitulle ammattiryhmälle. Käytimme sähköistä kyselylomaketta ja keräsimme aineistoa perhehoitajilta kyselyllä sosiaalisessa mediassa. Kysely lähetettiin perhehoitajien Facebook sivuille internetlinkkinä. Kysymykset pyrimme muotoilemaan huolellisesti, saadaksemme mahdollisimman selkeän vastauksen tutkimuskysymykseemme. Kysymykset valitsimme yhdessä miettien ikääntyneen arkea eri näkökulmista. Mietimme, mitkä mahdolliset tekijät olivat perhehoidossa asuville tärkeimpiä asioita hyvän elämänlaadun saavuttamiseksi. Kysymyksiä laatimisen sujuvuuteen auttoi sairaanhoitajan teoriaopinnot, työkokemus työharjoittelussa sekä työelämässä saadut kokemukset ikääntyneiden tarpeista elämän loppuvaiheessa.

Kyselyn ensimmäinen versio lähetettiin perhehoitoliiton kehittämispäällikölle katsottavaksi ja häneltä saimme lisää vinkkejä, kuinka korjata kysymyksiä vähemmän johdatteleviksi. Näistä vinkeistä oppineena teimme uuden kyselyn, joka hyväksyttiin vielä perhehoitoliiton kehittämispäälliköllä sekä ohjaavalla opettajalla.

Otantamenetelmällä oli suuri merkitys kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimusta voidaan tehdä erilaisilla mitta-asteikolla ja käytimme Likertin asteikkoa. Siinä kysymyksiä tulee olla yleensä pariton määrä. Kysymyksissä ei ole ”en osaa sanoa” kategoriaa, vaan vastaaja voi jättää kysymykseen vastaamatta. Tällä tavalla vastaamalla hän pystyy ilmaisemaan mielipiteen puuttumisen asiaan (Valli, 2018 s.105.) Kohderyhmänä oli ikääntyneiden perhehoitajat Suomessa. Otannalla pyrimme saamaan tutkimuksessa tietoa lääkkeettömän hoidon merkitystä asukkaiden kokonaishyvintoihin. Kysely suunnattiin perhehoitajille, jotka ovat iso joukko samasta ammattiryhmästä ja tutkittavat henkilöt ovat yleensä homogeeninen ryhmä. Aineistoa kerättiin saman ammattiryhmän jäseniltä. Kysymykset oli muotoiltu helposti ymmärrettäväksi varsin helposti arjessa havaittavista asioista ja aikaa ei tarvinnut kuluttaa vastaamiseen 10 minuuttia enempää.

Analyysivaiheessa otettiin huomioon alusta saakka tutkimuksen tavoite. Kyselytutkimus perustui joukkohaastattelumalliin, jossa otokseen kuuluvat henkilöt vastaavat kohtuullisen haastatteluaajan puitteissa valmiiksi laadittuihin kysymyksiin niiden vastausvaihtoehtojen pohjalta. Rakenteensa vuoksi tätä tiedonkeruutapaa voidaan kutsua strukturoiduksi. Valittu menetelmä tuki tutkimuskysymysten tarkastelua, analysointia ja vastausten syvällistä ymmärtämistä. (Tietoarkisto, i.a. -b.)

Kävimme kysymykset yhdessä läpi, ja katsoimme numeraalisesti, kuinka monta prosenttia vastaajista on vastannut mitään. Havainnoimme ja analysoimme vastausten prosenttiosuuksia ja graafista kuvailua. Avoimet kysymykset käytiin läpi ajatuksen kanssa ja sisäistimme vastatut asiat huolella. Avoimissa

kysymyksissä esille tulleet vastaukset listasimme ja katsoimme yhtenäisyydet muiden vastausten kanssa. Täältä saimme esimerkeistä "teemasanat", jotka toistuivat perhehoitajien vastauksissa.

Otannan määrä oli mahdollisimman laaja. Vastajien kokonaismäärää ei tiedetty etukäteen, koska kysymyksiin vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn sai vastata ikääntyneiden perhehoidon perhehoitajat. Kyselyä ei lähetetty suoraan perhehoitajalle, vaan kysely lähetettiin linkkinä Facebookissa. Kyselyn tulokset keräsimme anonyymisti. Vastajia ei voinut tällöin tunnistaa.

## 8 TOTEUTUS

Lähdimme toteuttamaan tutkimustamme hyvin perehtyen taustatietoihin ja aiheeseen liittyviin käsitteisiin. Aloimme jo työstämään opinnäytetyön aihetta huhtikuussa 2024. Yhteistyökumppaniksi pyysimme Perhehoitoliittoa. Neuvottelimme myös yksittäisen hyvinvointialueen kanssa. Tämä vaihtoehto kuitenkin jätettiin pois, koska emme varsinaisesti kohdentaneet tutkimusta yksittäiselle hyvinvointialueelle tutkimusmateriaalin vähäisyyden vuoksi. Perhehoitoliiton kehittämisspäällikön kanssa saimme rajattua aiheeksi lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus ikääntyneiden psyykkiseen hyvinvointiin. Päädyimme Perhehoitoliiton kehittämisspäällikön kanssa siihen tulokseen, että teemme Webropol- kyselyn ikääntyneiden perhehoitajille. Olemme olleet toiminnanjohtajan sekä kehittämisspäällikön kanssa tiiviisti yhteistyössä opinnäytetyö prosessin aikana.

Webropol sovellus oli helppokäyttöinen ja toimiva ja kysymykset olivat meillä itsellä selkeinä mielessä. Kysymyksiä muokattiin sekä opinnäytetyönohjaajan toiveesta että työelämäkumppanin toiveesta. Kyselyä pilotoitiin opinnäytetyö

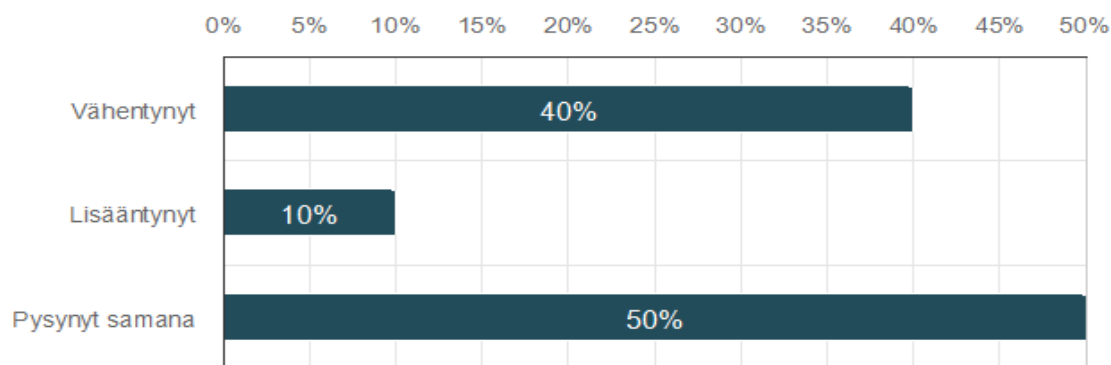
parin sekä ystävien kanssa ja todettiin toimivaksi. Kysely linkitettiin Perhehoitoliiton Facebook sivuille avoimeksi nettilinkiksi 11.3.2025. Kyselyyn tuli ensimmäisen vuorokauden aikana katsojia n.200 ja vastauksia 18 kappaletta. Kysely oli auki 11 päivää ja vastauksia saatiin 20 kappaletta. Vastaukset analysoimme yhdessä.

## 9 TULOKSET

Facebookissa päivityksen katsojamäärää emme saa tietää, koska ryhmään ei pääse kuin liittymispyynnön kautta. Webropol sovelluksessa kyselyllämme oli 244 avaajaa. 49 aloitti vastaamisen ja saimme lopulta 20 vastausta, joten kyselyyn vastaamisprosentti oli 12,2 %.

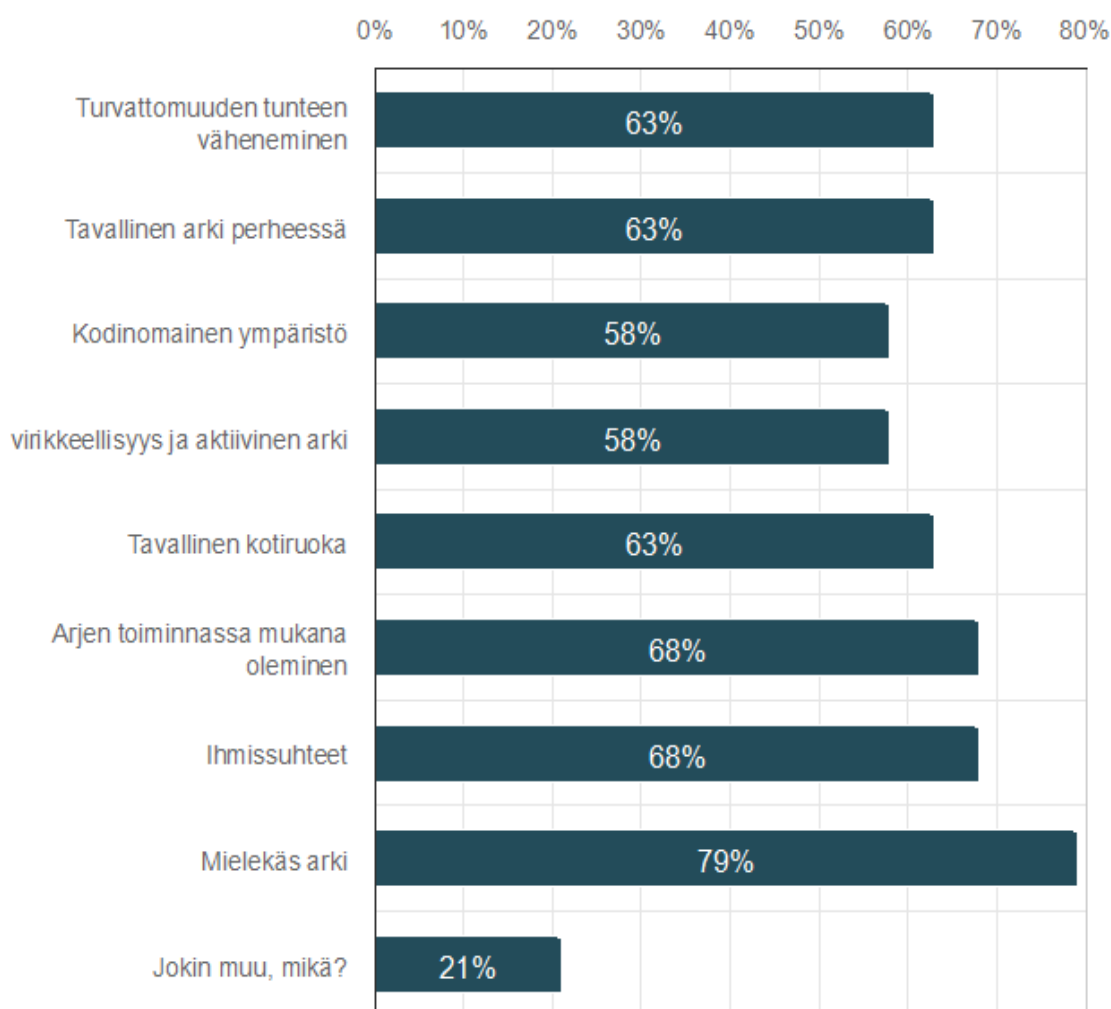
Kyselytutkimuksessa kysyimme ”Mitä perhehoidon muotoa toteutat, valitse kaikki sopivat vaihtoehdot”. Tähän vastauksia tuli yhteensä 34. Sillä sai valita useamman vaihtoehdon. Osa perhehoitajista toteuttaa montaa perhehoidon muotoa yhtä aikaa. 60 %(n=12) vastasi ”lyhytaikainen perhehoito”, 45 % (n=9) ”pitkäaikainen perhehoito”, 35 % (n=7) ”osa-aikainen perhehoito” ja 30 % (n=6) ”ikääntyneen omaan kotiin annettava (kiertävä) perhehoito”.

”Mitä havaintoja olette tehneet muistisairaiden ikäihmisten lääkehoidon muutoksista perhehoidossanne?”. (Kaavio 1.) Kysymykseen 40 % (n=8) vastaajista valikoi vaihtoehdon ”vähentynyt”, 10 % (n=2) vastasi että ”lisääntynyt” ja 50 % (n=10) valikoi vaihtoehdon ”pysynyt samana”.



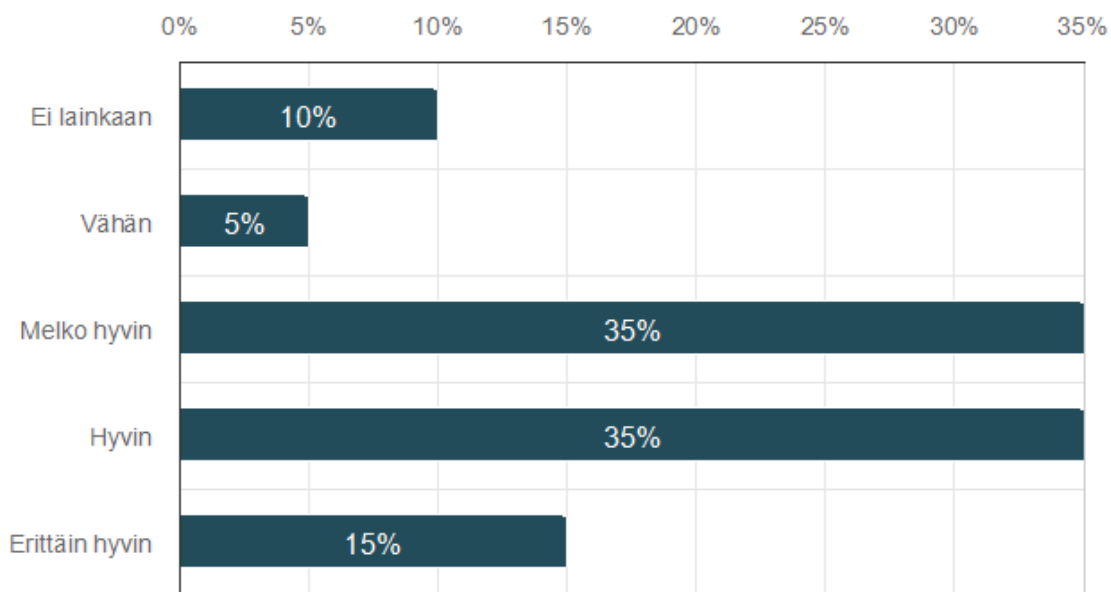
Kaavio 1. Havainnot muistisairaiden ikäihmisten lääkehoidon muutoksista perhehoidossa

"Mitkä tekijät arvioisit vaikuttavan lääkehoidon muutokseen viimeisen puolen vuoden aikana?". (Kaavio 2.) Tähän suurin osa vastasi, "että mielekäs arki" (n=15) sekä "arjen toiminnoissa mukana oleminen" (n=13) ja "ihmissuhteet" (n=13). "Turvattomuuden tunteen väheneminen" (n=12), "tavallinen kotiruoka" (n=12) ja "tavallinen arki perheessä" (n=12) oli syynä useimpien mielestä. Vastajista reilu puolet valikoi myös vaihtoehdon "kodinomainen ympäristö ja virikkeellisyys" ja "aktiivinen arki". Vaihtoehdoissa oli myös kohta "jokin muu, mikä?", tähän saimme neljä vastausta kirjoitettuna. Vastauksissa oli mainittu "läsnä oleva kosketus", "koirat", "ystävyyssuhteet" ja että "aikaisemmin yllälääkitty esimerkiksi kipua ja unettomuutta kotioloissa".



Kaavio 2. Perhehoitajien arviot lääkehoidon muutokseen vaikuttaneista tekijöistä viimeisen puolen vuoden aikana

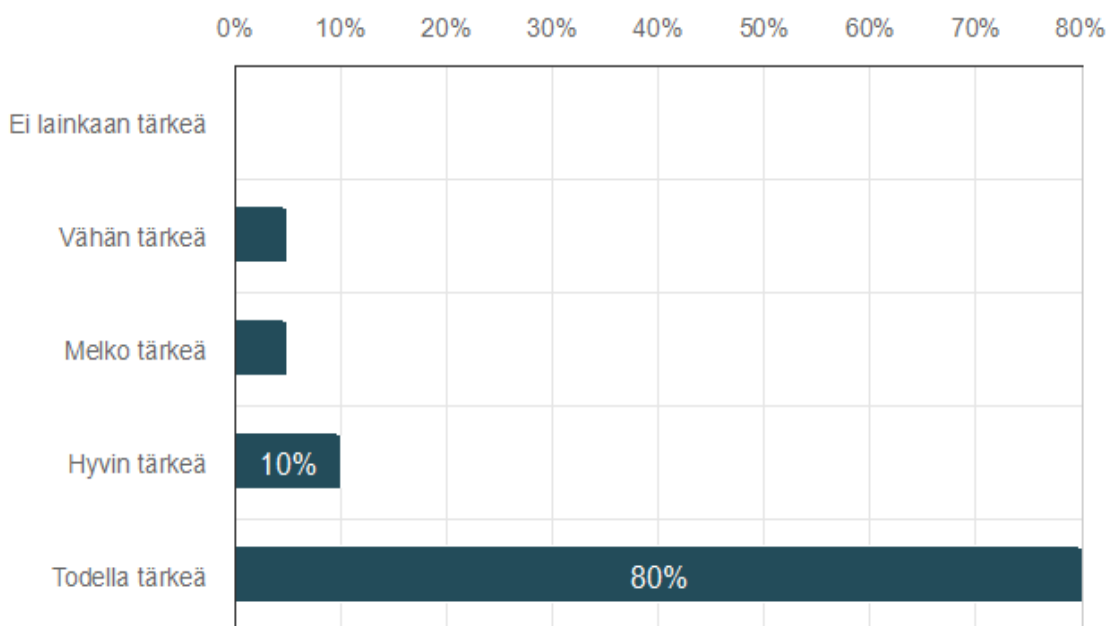
”Miten arvioisit psyykkisen hyvinvoinnin parantuneen ikäihmisillä perhehoidossa viimeisen puolen vuoden aikana?”. (Kaavio 3.) Vastauksissa kävi ilmi että 15 % (n=3) kokee ikääntyneen psyykkisen hyvinvoinnin parantuneen ”erittäin hyvin”, 35 % (n=7) vastasi ”hyvin”, 35 % (n=7) ”melko hyvin”, 5 % (n= 1) ”vähän” ja 10 % (n=2) ”ei lainkaan”.



Kaavio 3. Perhehoitajien arvio ikääntyneiden psyykkisen hyvinvoinnin parantumisesta viimeisen puolen vuoden aikana perhehoidossa.

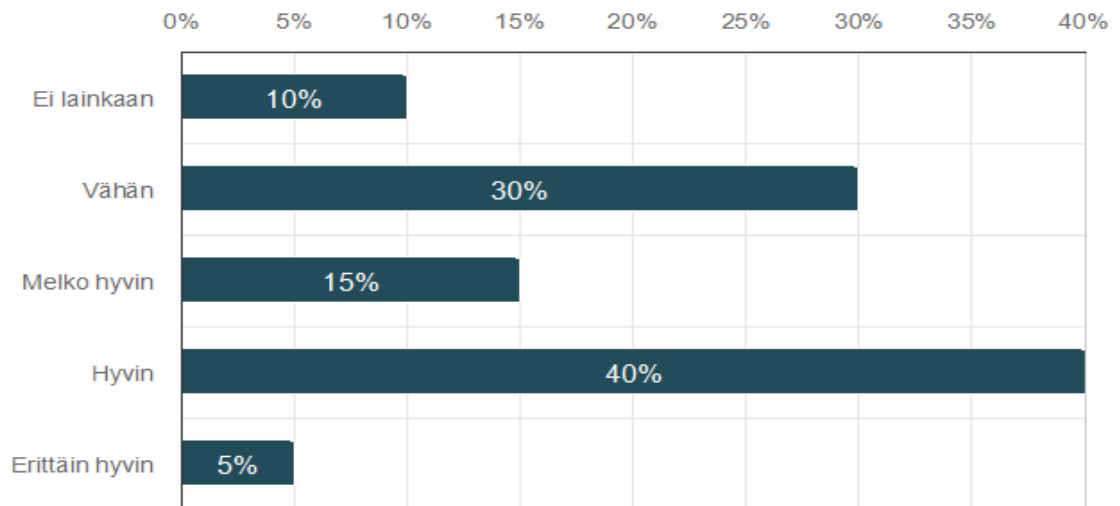
”Kuinka tärkeäksi arvioisitte yhteisöllisyyden, säännöllisen päivärytmin ja kodinomaisen ympäristön tärkeyden muistisairauden lääkkeettömässä hoidossa?”. (Kaavio 4). Yhtään vastausta ei tullut vaihtoehtoon ”ei lainkaan” tärkeä. Kaaviossa 4 esitetään vastaajien arviot yhteisöllisyyden, säännöllisen päivärytmin ja kodinomaisen ympäristön merkityksestä muistisairauden lääkkeettömässä hoidossa. Kysymys esitettiin viisiportaisella Likert-asteikolla, jossa vaihtoehdot vaihtelivat ”ei lainkaan tärkeästä” ”todella tärkeää”. Suurin osa vastaajista piti näitä tekijöitä erittäin merkittävänä: 80 % (n=16) arvioi ne ”todella tärkeiksi” ja 10 % (n=2) ”hyvin tärkeiksi”.

Mediaani sijoittui korkeimmalle asteikolle, kohtaan ”todella tärkeä”, ja vaihteluväli ulottui kohdasta ”vähän tärkeä” (5 %, n=1) aina ”todella tärkeää” asti. Yhtään vastausta ei annettu asteikon alimpaan kohtaan ”ei lainkaan tärkeä”.



Kaavio 4. Perhehoitajien arvio yhteisöllisyyden, säännöllisen päivärytmin ja kodinomaisen ympäristön tärkeydestä muistisairauksien hoidossa

”Oletteko löytäneet riittävästi tietoa muistisairauden lääkkeettömistä hoitomuodoista?”. (Kaavio 5.) Vastauksista 40 % (n=8) kertoi löytäneensä tietoa ”hyvin”, 30 % (n=6) ”vähän”, 15 % (n=3) ”melko hyvin”, 10 % (n=2) ”ei lainkaan” ja 5 % (n=1) oli saanut ”erittäin hyvin” tietoa. Tässä kysymyksessä tuli esille, että 30 % (n=6) oli saanut ”vain vähän tietoa” ja 10 % (n=2) ”ei lainkaan” saanut tietoa.



Kaavio 5. Perhehoitajien vastaukset kysymykseen: oletteko löytäneet riittävästi tietoa muistisairauden lääkkeettömistä hoitomuodoista?

Lopussa halusimme vielä kysyä: ”Onko sinulla vielä jotain, mitä haluat sanoa muistisairauksien lääkkeettömistä hoitomuodoista?”. Tähän saimme 18 vastausta. Vastauksissa oli 14 ”ei” vastausta ja 4 ”kyllä” vastausta. Kyllä vastauksen antaneet kertoivat seuraavasti:

”Ikäihmisen arvostaminen nostaa hänen itsetuntoansa!”

”Huomasin että asukkaat rupesivat nukkumaan paremmin, kun aloin antamaan iltapalaksi lämmintä puuroa.”

”Kun asukas tulee nähdyksi ja kuulluksi hän voi ilmiselvästi paremmin ja perhekodin lemmikeille on oma osuutensa. Juuri mies hellii koira ja puhumaton voi jutella eläimelle ja olla hänelle hellä.”

”Lähes kaikilla ikäihmisille 3 g Panadolia automaattisesti listalla. Omaiset ja asiakas ei edes tiedä miksi syö kipulääkettä. Samoin verenpaine lääkkeet, unilääkkeet, kolesteroli. Hyvin muistamattomat syövät muistilääkkeitä, joista ei merkittävää vastetta siinä vaiheessa, kun muistisairaus on edennyt hyvin pitkälle.

Lähinnä lisää ahdistuneisuutta. Masennuslääkkeet käytössä valtaosalla, nämä pystytään purkamaan vähitellen.”

## 10 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön (HTK) edellyttämällä tavalla. Tässä tutkimuksessa on käytetty hyvän tieteellisen käytännön peruseriaatteita eurooppalaisen tutkimuseettisten vaatimusten mukaan. Näitä ovat luotettavuus, rehellisyys, arvostus ja vastuunkanto. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2023.) Tutkimuksessa pyrittiin luotettavan lähdeaineiston avulla avoimeen ja rehelliseen analysointiin tutkimuksen kohteesta. Tässä tutkimuksessa pyrimme saamaan kyselytutkimuksella arvokasta tietoa hyvinvointialueille perhehoidon muistisairauksien lääkkeettömistä hoitomuodoista ja niiden merkittävydestä. Tutkimuksessa vastaukset tulivat perhehoitajilta, ei asiakkailta, joten kyselyn tulokset ovat perhehoitajien mielipiteitä, ei absoluuttisia totuuksia. Kyselyyn ei saatu vastauksia suurta määrää suhteessa ikäänntyneiden perhehoitajien määrään, joten tulosten yleistettävyys ei ole vahvaa.

Aineisto säilytettiin salasanoilla suojatuissa tiedostoissa. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti ja kyselyn tulokset poistettiin heti, kun ne oli saatu analysoitua. Kyselytutkimuksessa henkilötietoja ei ole käsitelty. Kaikki vastaukset annettiin anonyymisti ilman tunnistettavia tietoja. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselyn pystyi keskeyttämään missä vaiheessa tahansa.

Ihmistieteellisen tutkimuksen eettisellä ennakoarvioinnilla tarkoitetaan tulevan tutkimuksen arvioimista, jossa ennakoidaan haittaa, jota voi koitua tutkimuksesta tai sen tuloksista tutkittavalle henkilölle. Eettisen ennakoarvioinnin suorittaa ihmistieteiden eettinen toimikunta tutkijan pyynnöstä, ja se antaa lausunnon

arvioimastaan tutkimuksesta. Arvioinnissa tarkastellaan erityisesti aineistonkeruusuunnitelmaa ja tutkimuksen toteutustapaa keskittyen mahdollisten riskien ja haittojen minimoimiseen. Myös kaikki tutkittavien informointiin ja suostumuksiin laaditut dokumentit tarkastettiin. Arvioinnissa on tarkoituksena punnita haittojen suhdetta tavoiteltavaan tietoarvoon. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja, 2019.) Tutkittavamme eivät olleet erityisen haavoittuvassa elämäntilanteessa. Erityistä lupaa tutkimukseemme ei tarvittu, sillä kyselymme on täysin anonyymi ja vastaajia ei voida jäljittää, eikä näin ollen kyselystä voi olla haittaa heille.

Opinnäytetyötä tehdessä on käytetty myös apuna ChatGPT:tä. (Chatgpt.com) Tätä käytetty asioiden tiivistämiseen joissain kohdissa, mutta ei uuden tiedon luomiseen. Sitä on käytetty esimerkiksi jo itse kirjoitetun kappaleen tiivistämiseen, syöttämällä kappale ChatGPT:lle ja pyytämällä tiivistystä ja oikeinkirjoituksen tarkistusta.

## 11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Ikääntyneiden muistisairauksien hoidossa lääkkeettömien hoitomuotojen käyttö on nousemassa yhdeksi tärkeimmäksi teemaksi erityisesti ottaen huomioon väestön ikääntymisen ja sen mukanaan tuomat haasteet terveydenhuoltoon. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). -a. *lääkäiden perhehoidon yleisyys ja toimintakäytännöt*.) Perhehoito tarjoaa vaihtoehdon laitospohjaiselle hoidolle, koska siinä pyritään yksilölliseen, inhimilliseen ja yhteisölliseen hoitoon. Erityisesti muistisairaudesta kärsiville ikääntyneille perhehoito voi tarjota turvallisemman ja hyvinvointia tukevan elinympäristön.

Suomessa on suuri määrä ikääntyneitä henkilöitä, jotka elävät yksin tai joiden läheiset asuvat kaukana. Tässä tilanteessa perhehoito on tärkeä vaihtoehto, sillä

se yhdistää kodinomaisen ympäristön ja yhteisön tuen, joka on usein puutteellista laitoshoidossa. Hyvinvointialueet ovat alkaneet panostaa perhehoidon kehittämiseen, ja sen mahdollisuuksia halutaan hyödyntää enemmän. Perhehoitoliitto on ollut keskeisessä roolissa perhehoitajien rekrytoinnissa ja koulutuksessa, ja hyvinvointialueet arvioivat perhekotien sopivuutta perhehoidon tarpeisiin. (Perhehoitoliitto i.a.-b.; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). -a.)

Perhehoitajilta saadut kokemukset ja näkemykset kyselyllä ovat tärkeitä, sillä ne antavat arvokasta tietoa siitä, kuinka perhehoito voi vaikuttaa muistisairaana ikääntyneen elämänlaatuun. Kyselyssä perhehoitajat antoivat myös avoimia vastauksia, joissa korostettiin muun muassa turvallisuuden tunnetta, säännöllistä päivärytmiä, virikkeitä ja yhteisöllisyyttä. Näiden tekijöiden vaikutus perhehoidossa asuvien muistisairaiden hyvinvointiin oli merkittävä perhehoitajien kokemuksen mukaan.

Perhehoidon kehittämiseksi tarvitaan kuitenkin riittäviä resursseja ja yhteiskunnallista tahtotilaa. Hyvinvointialueet voivat tehdä töitä perhehoidon ympäristön ja tilojen kehittämiseksi, jotta hoitomuoto voisi laajentua ja tarjota parempia mahdollisuuksia yhä useammille ikääntyneille. Perhehoitajien palkkioiden parantaminen voisi houkutella uusia tekijöitä alalle ja edistää perhehoidon laajempaa hyväksyntää. Pitkällä aikavälillä tämä voisi myös tuoda säästöjä, sillä perhehoito voi olla kustannustehokkaampi vaihtoehto verrattuna laitoshoitoon.

Tutkimuksessa esitetty kysymys "Kuinka muistisairauden lääkkeettömät hoitomuodot tukevat ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta?" tuotti vastauksia, jotka osoittavat, että muistisairaiden ikääntyneiden lääkehoidossa on tapahtunut muutoksia, kun he ovat siirtyneet perhehoitoon. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat auttaneet vähentämään lääkehoidon tarvetta ja parantaneet psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia. Tämä viittaa siihen, että lääkkeettömät hoitomuodot voivat tukea muistisairaiden elämänlaatua ja hyvinvointia.

Perhehoidon tunnettuuden lisääminen on avainasemassa sen kehittämisessä. Hyvinvointialueet voisivat luoda valtakunnallisia markkinointiohjelmiä ja tiedotuskampanjoita yhteistyössä asiantuntijoiden kanssa. Tiedottaminen perhehoidon arjesta, sen eduista ja mahdollisuuksista voisi houkutella lisää perhehoitajia ja lisätä perhehoidon tunnettuutta ja arvostusta. Perhehoidon toteuttaminen on mahdollista, jos hyvinvointialueilla on tahtotilaa ja varoja sen kehittämiseen. Budjetissa tulisi huomioida riittävästi varoja perhehoidon toteuttamiseen ja luoda selkeä aikataulu ja ohjelma sen käynnistämiseksi. Tiedotusvälineet, podcastit ja kohderyhmille suunnatut tilaisuudet voivat olla tehokkaita keinoja perhehoidon tunnettuuden lisäämiseksi.

Perhehoito antaa mahdollisuuden ikääntyneille elää aktiivista ja mielekästä elämää myös elämän loppuvaiheessa. Se tukee ikääntyneiden ihmisarvon kunnioittamista ja tarjoaa ympäristön, jossa turvallisuuden tunne ja elämänlaatu ovat keskiössä. Tämän tutkimuksen pohjalta voitaisiin kehittää uusia asumisratkaisuja ja markkinointimalleja, jotka tekisivät perhehoidosta entistä tunnetumman ja käytetyn hoitomuodon osana suomalaista ikäihmisten hoitojärjestelmää. Tätä opinnäytetyötä voisi jatkossa kehittää muun muassa asumisratkaisujen ja markkinointistrategioiden parissa. Moniammatilliset työryhmät voivat etsiä ratkaisuja, jotka yhdistävät julkiset ja yksityiset resurssit perhehoidon kehittämiseksi ja sen tarjoamiseksi yhä useammille ikääntyneille.

Ammatillista kasvua on tapahtunut koko ajan. Tieto on lisääntynyt, tiedonkäsittely ja -hakemistaidot kehittyneet, stressin sietokyky ja ajanhallinta taidot ovat myös parantuneet työn tekemisen aikana. Kysymyksien laatimisen sujuvuuteen auttoi sairaanhoitajan teoriaopinnot ja työharjoittelussa opitut asiat sekä työelämässä saadut kokemukset ikääntyneiden tarpeista elämän loppuvaiheessa. Kaikkein tärkeimpänä positiivisena tekijänä pidämme molemmat sitä, että olemme toisillemme entuudestaan aivan tuntemattomia henkilöitä. Opinnäytetyön tekeminen onnistui heti alusta alkaen hyvin toista kunnioittaen ja pystyimme huomioimaan elämäntilanteen vaihtelut yhteisessä projektissa. Kuitenkin työ eteni tasapainoisesti eteenpäin kohti viimeistelyä onnistunutta työtä.

Haluamme kiittää tilaajaa Perhehoitoliiton toiminnanjohtajaa ja kehittämispäällikköä, yhteistyökumppaneita Päijät-Hämeen hyvinvointialueen palvelupäällikköä, Etelä-Savon hyvinvointialueen perhehoidon asiantuntijaa, THL:n asiantuntijoita, Tukena kehittämispäällikköä, Diak Helsingin-Kampuksen informaatikkoa ja IT-palveluja, opinnäytetyön lehtoreita, Suomen kielen ja viestinnän lehtoreita, ystäviä ja opinnäytetyön tekijöitä hyvistä tiimityöskentelytaidoista tämän opinnäytetyön alkumetreiltä aina valmiiseen opinnäytetyöhön.

## LÄHTEET

- Aivosäätiö, (i.a), *Otsa-ohimolohkorappeuma ja otsalohkodementia*,  
<https://www.aivosaatio.fi/diagnoosi/otsa-ohimolohkorappeuma/>  
 Saatavilla 19.3.2025.
- Atula, S., (2023), -a, *Lewyn kappale -tauti*,  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105> Lääkärikirja Duodecim.  
 Kustannus Oy Duodecim, viitattu 19.3.2025.
- Atula, S., (2023), -b, *Parkinsonin tauti*,  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00055/parkinsonin-tauti> Lääkärikirja  
 Duodecim. Kustannus Oy Duodecim, viitattu 19.3.2025.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015.  
 Muistisairaudet.2.painos. Helsinki: Duodecim.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät  
 käytännöt. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Juva, K., (2024), -a, *Alzheimerin tauti*,  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00699/alzheimerin-tauti>  
*Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy , viitattu 19.3.2025.*
- Juva, K., (2024), -b, *Muistihäiriöt ja dementia*,  
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00706/muistihairiot-ja-dementia>  
 Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy , viitattu 19.3.2025.
- Jyväkorpi, S., Stranberg, T., (2020) Vol 34 Nro 4 Artikkelit, Gerontologia:  
*Ikääntyvän terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi*  
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/99624/57593>
- Kennedy, K., Forsythe, D., Wagner, J. & Eckert, M. (2021). *Clinical pathways  
 for the evidence-based management of behavioural and  
 psychological symptoms of dementia in a residential aged care  
 facility: A rapid review*. Australas J Ageing. 40:347–355.  
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.13093#:~:text=T  
 his%20paper%20describes%20the%20development%20of%20a%  
 20draft,dementia%20%28BPSD%29%20in%20residential%20aged  
 %20care%20facilities%20%28RACFs%29](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.13093#:~:text=T<br/>
  his%20paper%20describes%20the%20development%20of%20a%<br/>
  20draft,dementia%20%28BPSD%29%20in%20residential%20aged<br/>
  %20care%20facilities%20%28RACFs%29)
- Koch, J., Amos, J., Beattie, E., Lautenschlager, N., Doule, C., Anstey, K. &  
 Mortby, M. (2022). Nonpharmacological interventions for

- neuropsychiatric symptoms of dementia in residential aged care settings: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies* 128. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35220139/>
- Koramo M, Välikangas K, Pitkänen S, Parviainen J, Miettinen H, Haukkipää-Haara P. Kuntien hyvinvointialueen toiminta asumisessa ja asumispalveluissa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2023  
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164908>  
[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164908/VNTEAS\\_2023\\_36.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164908/VNTEAS_2023_36.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Laine, M., & Eloranta, S. (2023). Artikkelit. *Sitovaa vapautta- ikäihmisten perhehoitajien kokemuksia tehtävästään*. *Gerontologia*  
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/115278/76865>
- L263/2015 Perhehoitolaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150263>
- L980/2012 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden Sosiaali- ja terveystalvet (28.12.2012/980) 3 §, 1–2 k.  
Määritelmät  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Laki%20ik%C3%A4%C3%A4ntyn%20een#a980-2012>
- Leinonen, R., & Kuukkanen, M. (2020). Adults foster care of older people. *International Journal of Care and Caring*, 4(3), 441-446  
<https://doi.org/10.1332/239788220X15864994310333>
- Leinonen, E. (2020.-b). Artikkelit. *Time to care? Temporal variations of agency of the Finnish adult foster carers*.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32178800/>
- Muistiliitto. (i.a.-a). *Lääkkeetön hoito*. Saatavilla 1.2.2025  
<https://muistiliitto.fi/apua-ja-tukea/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito/>
- Muistiliitto. (i.a.-b). *Muistisairauksien oireet*. Saatavilla 13.2.2025  
<https://muistiliitto.fi/muistisairaudet/muistisairauksien-oireet/>

- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. 2023. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.2.2025.
- Mäkitalo, R. (2016). *Suomesta ikäihmisten mallimaa*. Kunnallissalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 105. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.
- Parisod, H., Haapala, O., Koskenniemi, J., Okkonen, E., Saarnio, R. & Tuomikoski, A. (12.3.2020). Hoitosuosituksen lyhennelmä. *Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä*.  
<https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/03/hoitosuosituksen-lyhennelma-muistinsairas-2020.pdf>
- Perhehoitoliitto (i.a.-a). *Ikäihmisten perhehoito*  
<https://perhehoitoliitto.fi/perhehoitajaksi/ikaihmissen-perhehoito/>
- Perhehoitoliitto. (i.a.-b). *Perhehoidon koulutus*.  
<https://perhehoitoliitto.fi/tukea-perhehoitoarkeen/koulutukset/>
- Perhehoitoliitto. (i.a.-c). *Perhehoidon historiaa*.  
<https://perhehoitoliitto.fi/perhehoitoliitto/perhehoitoliittory/perhehoitoliiton-historiaa/>
- Perhehoitoliitto. (2023). Hyvää perhehoitoa ikäihmisille- toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti. <https://perhehoitoliitto.fi/wp-content/uploads/2024/06/IKAIHM1.pdf>
- Perhehoidon palkkiot ja kulukorvaukset vuonna 2025 ohje. (Päivitetty 22.11.2024)  
<https://stm.fi/documents/1271139/150123656/Perhehoidon+palkkiot+ja+korvaukset+vuonna+2025.pdf/268a0d44-0e60-68b6-1d9d-6533e4c687a5/Perhehoidon+palkkiot+ja+korvaukset+vuonna+2025.pdf?t=1732279250553>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (Päivitetty 31.12.2024). Iäkkäiden palvelut.

<https://stm.fi/asiakkaiden-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (26.10.2015). Uusi perhehoitolaki. Kuntainfo.

[https://stm.fi/documents/1271139/1427058/Kuntainfo\\_9-2015\\_verkkoon.pdf/e81b082d-46d2-4b7c-96f3-346371a283b2/Kuntainfo\\_9-2015\\_verkkoon.pdf?t=1445942503000](https://stm.fi/documents/1271139/1427058/Kuntainfo_9-2015_verkkoon.pdf/e81b082d-46d2-4b7c-96f3-346371a283b2/Kuntainfo_9-2015_verkkoon.pdf?t=1445942503000)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

[https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM\\_2020\\_29\\_J.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1)

Suomen ympäristökeskus raporteja. (2017). *Ikääntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa*.

<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/54d981ee-79cf-40af-8c77-27f54fe27f13/content>

Talasilahti, T., Vataja, R., Ginters, M. & Koponen, H. (2019),

*Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito*.

<https://www.duodecilehti.fi/duo15228> Lääketieteellinen

Aikakauskirja Duodeci, viitattu 19.3.2025.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (25.11.2024).-a. *Ikääntyneet*.

<https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). -a. *Iäkkäiden perhehoidon yleisyys ja toimintakäytännöt*.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146594/URN\\_ISBN\\_978-952-408-099-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146594/URN_ISBN_978-952-408-099-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (5.12.2023). -b. Muistisairaudet.

<https://thl.fi/aiheet/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (3.5.2024). -b. Tilastoraportti

*lääkkäiden perhehoito*

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy71ttbNjzcFAA==&region=s06NtM7VMwQA&year=sy5ztTbS0zUEAA==&gender=t&bs=f&color=f&buildVersion=3.1.3&buildTimestamp=202503051302>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (3.5.2024). -c. Tilastoraportti. Iäkkäiden perhehoito, asiakkaat

<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=sy7NBQA=&region=s07MBAA=&year=sy5ztTbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.3&buildTimestamp=202503051302>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (25.11.2024). -d. Tilastoraportti. Iäkkäiden palvelunsaajien toimintakyky ja palvelutarpeet- RAI- vertailutiedot 2023. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/iakkaiden-toimintakyky-ja-palvelutarpeet-rai-vertailutiedot>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (15.5.2024). -d. Tilastoraportti 22/2024. Yhteisöllisen asumisen tarpeiden ennakointi rrp-hanke 2023–2024

<https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

Tietoarkisto. (i.a.). -a Numerotulosten esittäminen ja taulukoiden laatiminen. Saatavilla 21.2.2025.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/raportointi/numerotulokset/>

Tietoarkisto. (i.a.). -b Menetelmien tyyppinä ja soveltuvan menetelmän valinta. Saatavilla 28.4.2025.

<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/menetelma/menetelmatyyppit/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2/2023). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa

[https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)

- Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja. (3/2019). *Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019.* [https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarvioinnin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf)
- Valli, R. (2018). Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, PS-kustannus <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-451-516-0>
- Valvira, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. (i.a). *Yhteisöllinen asuminen.* <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/yhteisollinen-asuminen>
- Vilka, H. (2021). Näin onnistut opinnäytetyössä, ratkaisut tutkimuksen umpikujiin s.23 <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523701236/preview>
- Webropol. (2025). Miksi valita Webropol? <https://webropol.fi/kyselyt-ja-raportointi/>
- World Health Organization. (2024). *Ageing and health.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ya-Jing C., Xiu-Xia J., Bei P., Bangwei W., Guang-Zhuang J., Qian-Qian L., Yan-fei L., Zhi-tong B., Ke-hu Y., Xue-mei H. & Long G. (2021). Non-pharmacological interventions for older adults with depressive symptoms: a network meta-analysis of 35 randomized controlled trials. *Aging and mental health* 25(5), 773–786. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2019.1704219>
- Ympäristöministeriö. (2020). *Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen tilanne ja tulevaisuuden tarpeet.* Helsinki: Ympäristöministeriö. Viitattu 22.1.2025. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162126/Y\\_M\\_2020\\_8.pdf?sequence=4](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162126/Y_M_2020_8.pdf?sequence=4)

## LIITE 1

## Webropol kysely - ikäihmisten perhehoitajille hyvinvointialueilla

Olemme Diakista kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa ja teemme kyselyä opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyö käsittelee ikääntyneiden perhehoidon muistisairauden lääkkeettömiä hoitomuotoja ja niiden vaikuttavuutta muistisairaahan tukemiseen esim. rutiinien, turvallisen ympäristön ja mielekkäiden ihmissuhteiden avulla. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaamalla annatte suostumuksen käyttää vastauksia opinnäytetyön tekemiseen. Vastaaminen vie aikaa n. 5–10 minuuttia ja kyselyn voi keskeyttää milloin tahansa. Vastaukset annetaan anonymisti ja ne tullaan säilyttämään lukitus kansiassa tietokoneen työpöydällä. Vastaukset hävitetään tulosten yhteenvedon jälkeen asianmukaisesti.

Lääkkeettömien hoitomuotojen vaikutus muistisairauksiin ikääntyneiden perhehoidossa?

1. Mitä havaintoja olette tehneet muistisairaiden ikäihmisten lääkehoidon muutoksista perhehoidossanne? Asteikolla 1 – 4, yksi (1) =vähentynyt, kaksi (2) =lisääntynyt, kolme (3) =pysynyt samana
2. Mitkä tekijät arvioisit vaikuttavan lääkehoidon muutoksiin viimeisen puolen vuoden aikana?
  - A. Turvattomuuden tunteen vähentyminen
  - B. Tavallinen arki perheessä
  - C. Kodinomainen ympäristö
  - D. Virikkeellisyys ja aktiivinen arki
  - E. Tavallinen kotiruoka
  - F. Arjen toiminnassa mukana oleminen
  - G. Ihmissuhteet
  - H. Mielekäs arki
  - I. Jokin muu, mikä?
3. Miten arvioisit psyykkisen hyvinvoinnin parantuneen ikäihmisillä perhehoidossa viimeisen puolen vuoden aikana?

Asteikolla 1-5, yksi (1) =ei lainkaan, kaksi (2) =vähän, kolme (3) = melko hyvin, neljä (4) = hyvin, viisi (5) = erittäin hyvin

4. Kuinka tärkeäksi arvioisitte yhteisöllisyyden, säännöllisen päivärytmin ja kodinomaisen ympäristön tärkeyden muistisairauden lääkkeettömässä hoidossa? Asteikolla 1–5, yksi (1) =ei lainkaan tärkeä, kaksi (2) =vähän tärkeä, kolme (3) =melko tärkeä, neljä (4) =hyvin tärkeä, viisi (5) =todella tärkeä

5. löytäneet riittävästi tietoa muistisairauden lääkkeettömistä hoitomuodoista

Asteikolla 1 – 5, yksi (1) =ei lainkaan, kaksi (2) =vähän, kolme (3) =melko hyvin, neljä (4) =hyvin, viisi (5) =erittäin hyvin

6. Onko sinulla vielä jotain mitä haluat sanoa muistisairauksien lääkkeettömistä hoitomuodoista? Kyllä\_\_ Ei\_\_\_, jos vastasit kyllä niin mitä? \_\_\_\_\_

7. Toimitko

(1) lyhytaikaisena perhehoitajana

(2) pitkäaikaisena perhehoitajana

(3) Osa-vuorokautisena perhehoitajana

(4) Ikääntyneen omaan kotiin annettavana perhehoitajana (kiertävä)

Kiitos kaikille kyselyyn vastanneille!