



IKÄIHMISTEN ELÄMÄNLAADUN TOTEUTUMINEN PERHEHOIDOSSA ASCOT- VAIKUTTAVUUSMITTARIN AVULLA TUTKIEN

Perhehoidolla saatu hyöty ikäihmisen elämänlaatuun

TEKIJÄT: Kaija Ahonen
Marina Boman
Mirja Kaarakainen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijät Kaija Ahonen, Marina Boman, Mirja Kaarakainen	
Työn nimi Ikäihmisten elämänlaadun toteutuminen perhehoidossa ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien. Perhehoidolla saatu hyöty ikäihmisen elämänlaatuun.	
Päiväys	19.3.2015
Sivumäärä/Liitteet	42/2
Ohjaajat Susanne Hämäläinen, Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppanit Mari Pirinen ja Raija Leinonen Perhehoitoliitto	
<p>Opinnäytetyössä tutkittiin ikäihmisten elämänlaatua perhekodeissa ASCOT-vaikuttavuusmittaria käyttäen. Perhehoito on toimeksiantosuhteeseen perustuva hoitomuoto, jonka vahvuuksia ovat pysyvät ihmissuhteet, jatkuvuus ja koti elinympäristönä. Perhehoidossa asiakas hoidetaan hoitajan kotona. Hoitosuhde hoitajan ja asiakkaan välillä on yksilöllinen ja läheinen.</p> <p>Perhehoito voi olla lyhytaikaista tai jatkuvaa. Lyhytaikainen hoito esimerkiksi omaishoidossa, antaa omaiselle mahdollisuuden viettää vapaa-aikaa ja kerätä voimia vaativaan työhön. Lyhytaikainen perhehoito on myös hyvä vaihtoehto toipumiseen sairaalahoidon jälkeen. Jatkuvalle ikäihmisen perhehoidolla tarkoitetaan hoidon, hoivan sekä huolenpidon järjestämistä ympärivuorokautisesti perhehoitajan kotona.</p> <p>Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista velvoittaa kuntia arvioimaan ja turvaamaan ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Laki velvoittaa käyttämään luotettavia mittareita sekä mittaamaan ikäihmisten toimintakykyä. Lain tarkoitus on myös parantaa iäkkäiden laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvveluiden saatavuutta sekä mahdollisuutta vaikuttaa palveluiden sa toteutukseen ja sisältöön.</p> <p>Englannissa kehitetty ASCOT-vaikuttavuusmittari on vielä uusi Suomessa. ASCOT-mittari on aikuisten sosiaalipalveluiden elämänlaadun mittaamiseen tarkoitettu väline. Mittari koostuu kahdeksasta osiosta elämänlaadun eri osa-alueilta ja ne liittyvät hoivaan sekä mittaavat hoivan vaikutusta. Aineisto kerättiin haastattelemalla perhehoidossa olevia asiakkaita, omaisia ja hoitokodin työntekijöitä ASCOT-vaikuttavuusmittaria käyttäen Itä-Suomen perhehoitoyksiköissä. Haastattelussa käytävät osa-alueet ovat: henkilökohtainen puhtaus, ravitseminen, turvallisuus, asumisen miellyttävyys, sosiaalinen kanssakäyminen, arjen hallinta, mielekäs tekeminen sekä arvokkuus.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena sekä määrällisenä tutkimuksena. Määrällisessä tutkimuksessa käytettiin strukturoituja haastattelulomakkeita. Haastatteluun osallistuivat yhdeksän ikäihmistä, heidän kuusi omaista sekä kolme perhehoitajaa.</p> <p>Tulosten mukaan ikäihmisten elämänlaatu oli merkittävästi parempi perhehoidossa kuin ilman palvelua.</p> <p>Jatkotutkimusaiheita olisi samansuuntainen tutkimus tehtynä isommalla otoksella ja tutkimus ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla laitoshoidon asiakkaille sekä lyhytaikaisessa perhehoidossa oleville ikäihmisille.</p>	
Avainsanat: ikäihminen, perhehoito, elämänlaatu, ASCOT-vaikuttavuusmittari	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Authors Kaija Ahonen, Marina Boman, Mirja Kaarakainen			
Title of Thesis The quality of life of elderly persons in care home studied by ASCOT measure The benefits to the quality of life of elderly people derived from family care home			
Date	19.3.2015	Pages/Appendices	42/2
Supervisors Susanne Hämäläinen, Annikki Jauhiainen			
Client Organisation /Partners Mari Pirinen and Raija Leinonen Finnish Association for Family Care			
<p>Abstract</p> <p>The quality of life of elderly persons in care home was studied in this thesis by ASCOT measure. Family care is based on mandate and its strengths are permanent relationships, stability and a home as a living environment. In care home, individual is taken care in the home of the private care-provider. The relationship between private care-provider and individual is unique and close.</p> <p>Family care can be a temporary or permanent settlement. For example, temporary caring by close relative enables the taking care relative to spend free-time and rest from demanding work. Temporary family care is also a good alternative for recovering after hospital care. Permanent family care of elderly persons includes round-the-clock care and nurture at the home of a private care-provider.</p> <p>The material for this study was collected from family care units of Eastern Finland by interviewing individuals of family care, relatives and private care-providers. ASCOT measure is new in Finland. ASCOT measure was invented in England to measure the social care-related quality of life. Measurement includes eight sections of life quality related to care or effectiveness of care and these interviewed sections are personal cleanliness and comfort, food and drink, personal safety, accommodation cleanliness and comfort, social participation and involvement, control over daily life, occupation and dignity. The cooperating partner in this thesis was Finnish Association for Family Care.</p> <p>The aim of the thesis was to collect information about life quality of elderly persons in care homes by using the ASCOT measure. Municipalities are obligated by law to evaluate and secure the elderly persons' well-being, health, ability to function and self-contained management of everyday routine. Also the use of high-quality measurements and measuring the elderly persons' ability of function is obligated. Availability of high-quality social and health care services for elderly persons and the possibility to influence the realization and content of the service are tried to be improved by the law.</p> <p>The thesis consists of qualitative and quantitative experiments. In quantitative experiment, structured interview forms were used. Nine elderly persons, six relatives of these elderly persons and three private care-providers were participated in the interview.</p> <p>The results showed that life quality of elderly persons was significantly better in family care than without the family home service.</p>			
Keywords elderly person, family care, quality of life, ASCOT-measure			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	IKÄIHMINEN JA PERHEHOITO	8
2.1	Ikäihmisten perhehoito.....	8
2.2	Ikäihmisten perhehoitoa ohjaavat lait ja suositukset.....	8
2.3	Ikäihmisten perhehoidon toteuttaminen	10
2.4	Ikäihminen perhehoidossa	11
2.5	Omaisten rooli ikäihmisten perhehoidossa	11
2.6	Perhehoitajan tehtävät ja vastuu.....	12
3	IKÄIHMISEN ELÄMÄNLAATU.....	14
3.1	Elämänlaatu	14
3.2	Fyysinen elämänlaatu.....	15
3.3	Psyykkinen elämänlaatu	16
3.4	Sosiaalinen elämänlaatu	17
3.5	Elinympäristö.....	17
4	ASCOT-VAIKUTTAVUUSMITTARI ELÄMÄNLAADUN MITTAAMISESSA.....	18
4.1	ASCOT-vaikuttavuusmittarin käyttö perhehoidossa.....	18
4.2	ASCOT-vaikuttavuusmittarin elämänlaadun osa-alueet	19
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	24
6.1	Määrällinen ja laadullinen tutkimusmenetelmä	24
6.2	Avoimet kysymykset haastattelun tukena	26
6.3	Aineiston kerääminen.....	26
6.4	Aineiston analysointi	28
7	TULOKSET	29
7.1	Haastateltavien taustatiedot	29
7.2	Tulokset elämänlaadun osa-alueista	29
7.3	Vaikuttavuusarviot	31
7.4	Ikäihmisten haastattelujen vastauksia	31
8	POHDINTA.....	34
8.1	Tulosten tarkastelua.....	34
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35

8.3 Opinnäytetyöprosessi	37
LÄHTEET	38
LIITE 1: ASCOT-MITTARIIN LINKKI	42
LIITE 2: SAATEKIRJE	43

1 JOHDANTO

Ikäihmisten hoidon ja palvelujen perustavoitteet ovat toimintakyvyn parantaminen ja itsenäisen selviytymisen vahvistaminen, aktiivinen osallistuminen, esteetön elinympäristö sekä vanhusyhteyden oikeus palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee, että tärkeitä vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat: ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, voimavarojen lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, yksilöllisyys, osallisuus, turvallisuus, sekä ikäihmisten palveluiden laatu. (STM 2013a; STM 2007.) Puhuttaessa ikääntyvien terveydestä, toimintakyvystä sekä voimavaroista liitetään niihin nykyisin myös elämänlaatu. Elämänlaadun merkitys ikääntyvälle on yksilöllistä, kokemukset hyvästä elämästä ovat erilaisia eri ihmisillä. Elämänlaadun kokeminen voi myös vaihdella eri elämäntilanteissa. Elämänlaatua voidaan pitää eri osa-alueiden summana. (Luoma 2008, 74.)

Hyvä ikäihmisen hoitotyö eettisesti oikein toteutettuna käsittää huolenpidon ja turvallisuuden lisäksi ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, eheyden sekä yksityisyyden kunnioittamisen. Huolenpito on hoitotyön perusarvo, jolla ikäihmistä tuetaan, suojellaan ja jolla hänelle luodaan turvallinen ja hyvä elämä. Ihmisarvo on koko yhteiskuntamme perusarvo, ihminen on arvokas itsessään ja kaikki ovat samanarvoisia. Itsemääräämisoikeus kuuluu kulttuurimme lakisääteisiin kulmakiviin. Itsemääräämisoikeus antaa jokaiselle oikeuden omaan kehoonsa, ajatuksiinsa ja tunteisiinsa. (Sarvimäki 2008, 27–39.)

Perhehoito on yksilöllinen hoitomuoto lapsille, nuorille, aikuisille ja ikäihmisille, joilla voi olla kehitysvamma, pitkäaikaissairaus tai mielenterveysdiagnoosi. Perhehoito on toimeksiantosuhteeseen perustuva hoivamuoto, jonka vahvuuksia ovat pysyvät ihmissuhteet, jatkuvuus ja koti elinympäristönä. Ikäihmisten perhehoito mahdollistaa yksilöllisen hoivan ja huolenpidon, koska ryhmät ovat pieniä ja hoitajat tuttuja. Perhehoito antaa ikäihmiselle virikkeitä sekä mahdollisuuden tuntea ja kokea yhteisöllisyyttä, kuten yhdessä tekemistä ja kokemista. Perhehoidossa ikäihminen hoidetaan hoitajan kotona. Hoivasuhde hoitajan ja ikäihmisen välillä on yksilöllinen ja läheinen. (Ketola 2008, 20–22; Perhehoitoliitto 2014a.)

Tarkoituksenamme oli perehtyä ikäihmisten perhehoitoon ja tutkia ikäihmisten elämänlaatua perhehoidossa. Tavoitteena oli saada tietoa ikäihmisten elämänlaadusta ASCOT-vaikuttavuusmittarilla tutkien. Vaikuttavuusmittarin käyttö on myös perusteltua heinäkuussa 2013 tulleen vanhuspalvelulain vuoksi eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Laki velvoittaa kuntia arvioimaan sekä turvaamaan ikääntyneiden hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Laki velvoittaa käyttämään luotettavia mittareita sekä mittaamaan ikäihmisten toimintakykyä. Lain tarkoitus on myös parantaa iäkkäiden laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuutta sekä mahdollisuutta vaikuttaa palveluiden toteutukseen ja sisältöön. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.)

Opinnäytetyön aihe löytyi Savonia ammattikorkeakoulun ideapankista. Etsimme aihetta, joka kiinnostaisi meitä kaikkia. Mielenkiintoamme lisää se, että aihe on melko tuore ja kehittämismahdoli-

suuksia on olemassa. Suunnitteilla on jo uusi hanke ikäihmisten perhehoidon kehittämiseksi. Toivomme, että opinnäytetyömme tuloksia voi hyödyntää ikäihmisten perhehoidossa. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme itsekin tietoa ikäihmisten perhehoidon nykytilasta. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat ikäihminen, elämänlaatu, perhehoito, ASCOT-vaikuttavuusmittari.

2 IKÄIHMINEN JA PERHEHOITO

Puhekielessä ikäihmisestä käytettäviä synonyymejä ovat esimerkiksi vanha ihminen, ikääntynyt, eläkeläinen, seniori ja vanhus. Sirkka-Liisa Kivelä määrittelee *Hyviä vuosia, arvokas ja turvallinen ikääntyminen* –kirjassa (2012) iäkkäillä tarkoitettavan 75 vuotta täyttäneitä. Käsitteillä ikääntyvä ja seniori Kivelä rajaa tarkoitettavan 65 vuotta täyttäneitä. Yli 90 vuotta täyttäneistä Kivelä käyttää termejä vanha sekä vanhus. Etene (2008) Vanhuus ja hoidon etiikka -julkaisun mukaan vanhuus käsitteelle ei ole olemassa virallista määritettä. Ikääntymisen muutokset ovat hyvin yksilöllisiä ja näin ollen kalenterista katsoen vanhuuden määrittely on ongelmallista. (Etene 2008, 6; Kivelä 2012, 14.)

2.1 Ikäihmisten perhehoito

Perhehoito tarkoittaa henkilön hoidon sekä huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella toisen henkilön yksityiskodissa. Päämääränä on tarjota ikäihmiselle kodinomainen hoito, turvallisuus ja edellytykset ihmissuhteisiin. Perhehoidossa olevalle mahdollistuu perheenjäsenyys sekä ympäristö, jossa on tilaisuus osallistua erilaisiin arkisiin askareisiin. Perhehoito on yksi vaihtoehto ennen mahdollista laitoshoidoa. (Ketola 2008, 20–22.)

Ikäihmisten perhehoito mahdollistaa yksilöllisen hoivan ja huolenpidon, koska ryhmät ovat pieniä ja hoitajat tuttuja. Perhehoito antaa ikäihmiselle virikkeitä tuntea ja kokea yhteisöllisyyttä, kuten yhdessä tekemistä ja kokemista. Perhehoito voi olla lyhytaikaista tai jatkuvaa. Lyhytaikainen hoito esimerkiksi omaishoidossa antaa omaiselle mahdollisuuden viettää lakisääteiset vapaapäivät ja kerätä voimia vaativaan työhön. Lyhytaikainen perhehoito on myös hyvä vaihtoehto toipumiseen sairaalahoidon jälkeen. (Perhehoitoliitto 2014a; Perhehoitoliitto 2014b; Perhehoitoliitto 2014c.) Jatkuvalle ikäihmisen perhehoidolla tarkoitetaan hoidon, hoivan sekä huolenpidon järjestämistä ympärivuorokautisesti perhehoitajan kotona. (Joensuu 2013.) Perhehoidon asiakkuuteen johtavat syyt ovat yleensä seuraavat: vaikeus selviytyä kodin arjessa, yksinäisyyden ja turvattomuuden tunne sekä elämänlaadun heikkeneminen. (Perhehoitoliitto 2014d.)

Ikäihmisten perhehoito toteutetaan ihmisarvoa kunnioittaen jolloin kaikilla on oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun. Lähtökohtina perhehoidolle ovat ikääntyneen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, voimavaralähtöinen toiminta, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus, mahdollistetaan osallisuus sekä yksilölliset tarpeet ja toiveet. (Perhehoitoliitto 2014a.)

2.2 Ikäihmisten perhehoitoa ohjaavat lait ja suositukset

Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) ohjeistaa kunnat ja varmistaa, että ikäihmiset saavat tarvittaessa hoitoa ja hoivaa lakien ja asetusten mukaisesti. Sosiaalihuoltolaki (L 1982/710, § 25) määrittelee perhehoidon seuraavasti:

Perhehoidolla tarkoitetaan henkilön hoidon, kasvatuksen tai muun ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä hänen oman kotinsa ulkopuolella yksityiskodissa. Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle henkilölle mahdollisuus perheenomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalista kehitystään. Perhehoitoa annetaan henkilölle, jonka hoitoa, kasvatusta tai muuta huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää hänen omassa kodissaan tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväksi käyttäen ja jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 2012/980, § 15), josta myöhemmin käytämme nimitystä vanhuspalvelulaki, määrittää seuraavaa: *"Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen."*

Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013. Laaja-alainen laki käsittelee iäkkään henkilön palveluntarpeisiin vastaamista, palvelujen laatua toimintayksiköissä ja kunnan veloituksia palveluiden järjestämisessä. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kunnan laatimaan suunnitelman valtuustokausittain ikäihmisille suunnattujen palvelujen järjestämisestä. Se velvoittaa myös varaamaan ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalveluihin riittävät resurssit ja arvioimaan palvelujen riittävyyttä ja laatua vuosittain. Laki vaatii tarkistamaan hyvinvointia tukevien palveluiden saatavuuden, asiakkaiden oikeuden omakielisiin palveluihin ja vanhusneuvoston asettaminen parantamaan ikäihmisten mahdollisuuksia osallistua palveluita koskevaan päätöksentekoon. (Valvira 2014.)

Vanhuspalvelulaki määrittää ikääntyneiden oikeuksia saada hoiva- ja huolenpitopalveluita. Laki määrittää kuntien veloituksia palveluiden järjestämisessä. Valtakunnallinen ohjaus ja valvonta varmistavat asiakkaan oikeusturvaa, palvelujen saamista, asianmukaisuutta, laatua, tasapuolisuutta ja itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa kohtelua. (Valvira 2014.)

Vanhuspalvelulain mukaan 6 § Palvelujen riittävyyden ja laadun arviointi kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimijan velvollisuus on kerätä palautetta säännöllisesti vuosittain arvioidakseen ikäihmisten saamaa palvelua ja sen laatua sekä riittävyyttä. Palaute on kerättävä palveluiden saajilta, omailta sekä henkilökunnalta. Vanhuspalvelulaki korostaa mittaamista ja luotettavien mittareiden käyttöä arvioitaessa ikäihmisen toimintakykyä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.)

Perhehoitajalaki (L 1992/312) määrittelee kuka voidaan hyväksyä perhehoitajaksi seuraavasti: *"Perhehoitajalla tarkoitetaan tässä laissa henkilöä, joka hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan tai kuntayhtymän kanssa tekemänsä toimeksiantosopimuksen perusteella antaa kodissaan sosiaalihuoltolain (710/1982) 25. §:ssä tarkoitettua perhehoitoa."*

Perhehoitajalaki (L 2011/317, § 2) määrittelee muun muassa hoitopalkkion, joka perhehoitajalla on oikeus saada ikäihmisen hoidosta. Lisäksi hoidosta ja ylläpidosta aiheutuvien kustannusten korvaamisesta perhehoitajalle ohjeistaa perhehoitajalain pykälä 3. Sama laki pykälässä 4 ohjeistaa myös sisällön toimeksiantosopimukselle. Valmisteilla on uusi perhehoitolaki, joka astunee voimaan vuoden

2015 keväällä. Tulevan uudistuksen tavoitteena on liittää sosiaalihuoltolain ja perhehoitajalain säännökset yhteen, mikä parantaisi ikäihmisten perhehoitoa. (STM 2014.)

2.3 Ikäihmisten perhehoidon toteuttaminen

Perhehoito on sosiaalihuoltolain määrittelemää sosiaalipalvelua, jonka järjestämispäätöksen tekee kunta. Kunta päättää, tarjoaako se perhehoitoa ikäihmisten hoiva- ja huolenpito palveluna. Kuntayksiköt vastaavat myös perhehoidon ohjauksesta ja valvonnasta. Perhehoito toteutetaan sosiaalihuollon avopalveluna, jolloin kunnat tai kuntayhtymät määrittelevät asiakasmaksut. Kunta tai kuntayhtymäkohtaisesti määräytyvät maksut ovat tasavertaiset muiden palveluvaihtoehtojen kanssa. Perhehoidosta muodostuneet asiakasmaksut eivät saa ylittää ikäihmisten hoidosta aiheutuvia todellisia kustannuksia. Perhehoitoa toteutetaan hoito- tai palvelusuunnitelman mukaan, johon ikääntyneen asiakkaan yksilölliset palvelu- ja tukitarpeet kirjataan. Perhehoito on tärkeä ja tarpeellinen hoivamuoto ikäihmisille, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista huolenpitoa, mutta eivät pärjää omassa kodissaan tukipalveluiden avulla. (Pirinen 2014; Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä 2014; Perhehoitoliitto 2014d; Perhehoitoliitto 2014e; Perhehoitoliitto 2014f; Ketola 2008, 22.)

Kunnat tekevät kokonaisvaltaisen suunnitelman perhehoidon järjestämisestä. Hoito tulee näkyä kunnan toimintasuunnitelmassa ja talousarviossa. Kunnan tulee myös tehdä ja päivittää perhehoidon toimintaohje, jossa määritellään, miten perhehoito järjestetään. Perhehoitopalvelujen aloittamisen ja ylläpidon päävaiheita ovat: rekrytointi ja tiedotus, ennakkovalmennus sekä perhehoidon tuki- ja täydennyskoulutus. Kunnilla on mahdollisuus järjestää toimeksiantosuhteinen perhehoitopalvelu tuottamalla se itse tai yhteistyössä toisten kuntien kanssa. Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhehoitaja tekee kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen. Toimeksiantosuhte ei ole työsuhde. Toimeksiantosopimussuhteisen perhehoitajan ja perhekodin hyväksyy sijoittava kunta. (Perhehoitoliitto 2014f.)

Perhehoitaja, ikäihminen, omainen ja esimerkiksi kunnan sijoitusryhmä sekä palveluohjaaja arvioivat yhdessä hoidon tarpeen ja tekevät suunnitelman hoidon toteutuksesta sekä muiden mahdollisten tukitoimien tarpeesta. Perhehoitajalla on oikeus saada tietoa asiakkaan terveydentilasta sekä elämänsä historiasta hoidon onnistumisen kannalta. Perhehoitoon tutustuminen aloitetaan muutaman viikon mittaisella koeajalla, jolloin ikäihminen ja perhehoitaja tutustuvat toisiinsa. Pitkäaikaishoidossa olevan ikäihmisen omaisille tulisi järjestää mahdollisuus vierailla perhehoitokodissa. (Kuukkanen 2014.)

Ikäihmisten perhehoitoa ei ole vielä kovin paljon Suomessa. Syynä voivat olla ennakkoluulot yksittäisen perheen sopivuudesta ikäihmisen hoitamiseen. Ikäihmisillä voi olla muistoissa vielä ajat elänteistä ja huutolaisista, mikä saattaa ilmetä ennakkoluuloina. Mutta nykyisin valtakunnallinen kiinnostus perhehoitoa kohtaan on lisääntynyt, koska erilaisia palvelu- ja asumismuotoja tarvitaan. (Kuukkanen 2008, 92.) Lyhytaikaisen sekä pitkäaikaisen perhehoidon tarve onkin lisääntymässä. Ikäihmisten perhehoidossa on tarvetta myös niin sanotuille kiertäville perhehoitajille, jotka sijaistavat perhehoitajia heidän lomien aikana. (Kuukkanen 2014.)

Ikäihmisten perhekoteja oli vuonna 2010 Suomessa 43 ja vuonna 2013 määrä kasvoi 76:een. Pitkäkestoisessa perhehoidossa oli 79 ikäihmistä vuonna 2010 ja vuonna 2013 luku oli 126. Hoitopäivinä perhehoidon lisääntyminen on myös näkynyt; vuonna 2010 niitä oli 22 602 vuorokautta ja vuonna 2013 vuorokausia oli 40 712. Hoitopäivien lisääntyminen on näkynyt erityisesti vuosien 2012 ja 2013 välillä, jolloin hoitopäivien määrä nousi 11 000 vuorokaudella. (THL 2015.)

2.4 Ikäihminen perhehoidossa

Ihminen ikääntyy yksilöllisesti, josta aiheutuu psyykkisiä, fyysisiä, sosiaalisia sekä kongnitiivisia muutoksia. Ikääntymisen seurauksena krooniset sairaudet lisääntyvät ja elintoiminnot hidastuvat, mikä heikentää fyysistä ja henkistä toimintakykyä ja arkielämän sujumista. (Etene 2008.) Ikäihmisillä tapahtuu muutoksia myös ulkonäössä, tulotasossa, asemassa ja rooleissa. Ikääntyneille on kertynyt paljon tietoja ja kokemuksia, omia muistoja sekä persoonallisia voimavaroja. Näitä taitoja ovat muun muassa aiemmat asioiden selvittelyt ja ratkaisut, omat sosiaaliset verkostot sekä lähiyhteisön tuki. Iän karttuessa ihmiselle tapahtuu persoonallisia muutoksia, jotka vaikuttavat oman elämän muistoihin ja pohdintaan sekä elämän tarkasteluun ja viimeistelyyn. Iäkkään ihmisen oman elämäntilanteen tiedostaminen ja rajallisuus auttavat hyväksymään itsessä tapahtuvat ulkoiset ja sisäiset muutokset. Ihmisen on hyvin tärkeä tietää oman elämänsä keskeiset pääasiat. Menneisyys vaikuttaa nykyhetkeen ja tulevaisuuteen. (Hyttinen 2008, 50.)

Perhehoidossa ikäihminen pystyy osallistumaan perheen elämänrytmiin. Perhehoito sopii esimerkiksi sellaiselle ikääntyneelle, jonka toimintakyky on alentunut haurauden ja turvattomuuden tunteen vuoksi. Yöllä ikäihmisen tulisi selviytyä ilman hoitajan apua. Perhehoidossa on mahdollista suunnitella joustavasti ja yksilöllisesti palvelu vastaamaan ikääntyneen ja hänen läheisensä tarpeita. (Kuukkanen 2008, 92.)

2.5 Omaisten rooli ikäihmisten perhehoidossa

Omaisten rooli niin lyhytaikaisessa kuin pitkäaikaisessakin ikäihmisten perhehoidossa on tärkeä. Omaiset ovat mahdollisuuksiensa mukaan valitsemassa ikäihmisen perhehoitopaikkaa, jolloin heidän läheisensä saa tarpeitaan ja toiveitaan vastaavan perhekodin. Ikäihmisen omaiset toimivat läheisensä elämäkerran täydentäjinä. Perhehoitajan työssä on tärkeää jatkuva yhteistyö omaisten kanssa. (Perhehoitoliitto 2014g.)

Lain omaishoidon tuesta (L 937/2005) mukaan ikäihmisen tukena olevalla omaishoitajalla on oikeus kolmeen vapaavuorokauteen, jos hoidossa oleva henkilö on ollut hoidettavana vähintään 15 päivää kuukaudessa. Omaishoidontuki kuuluu vanhuksen, vammaisen sekä kroonisesti sairaan kotona asuvalle läheiselle, joka toteuttaa potilaan hoitoa ja huolenpitoa. Omaishoitaja voi valita ikäihmiselle hoitopaikan tai palveluja, joita voivat olla sijaisomaishoito, perhehoito tai kunnan muu lyhytaikais-

paikka. Nämä määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Kunta järjestää ja valvoo omaishoitajan tuet lakien mukaan. (Eksote 2014a; Eksote 2014b.) Perhehoito antaa omaishoitajalle mahdollisuuden pitää lakisääteiset vapaapäivät järjestämällä ikäihminen perhehoitoon. Perhehoitoliiton kehittämisspäällikkö Kuukkasen mukaan päivittäiset toimet, kuten pukeutuminen, peseytyminen, syöminen ja liikkuminen pysyvät paremmin yllä kotiympäristössä. (Kuukkanen 2008, 92.)

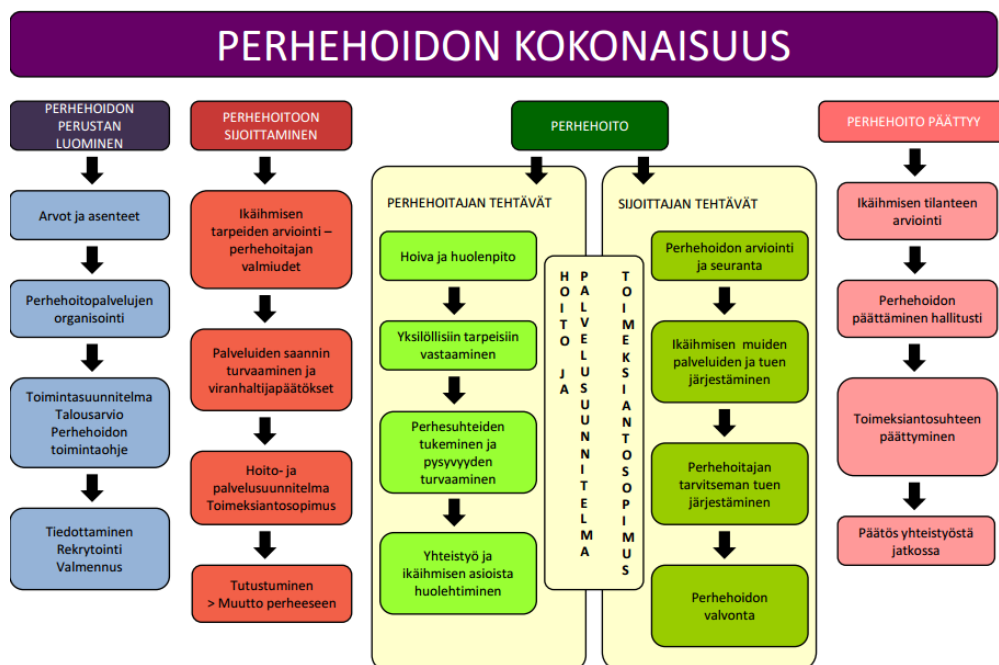
2.6 Perhehoitajan tehtävät ja vastuu

Perhehoitajaksi aikovalta edellytetään ennakkovalmennuksen käymistä sekä soveltuvuutta perhehoitajaksi. Kunta järjestää ennakkovalmennuksen perhehoitajaksi aikovalle. Kouluttaja ja osallistuja arvioivat ennakkovalmennuksen aikana valmiuksia perhehoitajan tehtävään ja suorittavat loppuarvion. Perhehoitajaksi voi hakeutua, mikäli valmiudet työhön todetaan sopiviksi. Perhekodin sopivuuteen vaikuttavat perheen ihmissuhteet sekä ilmapiiri. Kodissa tulee huomioida esteettömyys ja turvallisuus. Ikäihmiselle järjestetään oma huone perhekodissa. (Jämsä 2013.) Perhehoitoon soveltuvan perhehoitajan ja kodin hyväksyy kunta. Hoiva-alan koulutusta ei edellytetä perhehoitajalta, jolla on hoidossa enintään neljä ikäihmistä. Perhehoitajia tulee olla kaksi perhehoidossa, jossa on 5–7 ikään-tyvää hoidossa. Toisella heistä tulee olla vähintään ammatillinen toisen asteen sosiaali- tai terveys-alan tutkinto. (Perhehoitoliitto 2014h.)

Perhehoitajan ja ikäihmisen hoitosuhde rakentuu aidossa dialogissa. Ikäihmiselle on tärkeää tuntee, että hoitaja keskittyy oikeasti keskustelemaan hänen kanssaan. Hoitajan pitää toimia eettisten periaatteiden mukaan, hyväksyä jokainen ikäihminen, ottaa vastuu omasta toiminnasta sekä ymmärtää ikäihmistä. Hoitaja tukee ikäihmistä itsemääräämisoikeuden toteutumisessa. Hoitajan vastuullisuus ja hoidosta vastuun ottaminen ovat osa eettisiä periaatteita. Jotta ikäihmistä voidaan hoitaa hyvin, on välttämätöntä ymmärtää hänen historiansa ja nykytilansa. Ikäihmisen oma näkökulma ja määritelmä perheestä ja läheisistä on onnistuneessa hoidossa tärkeää. Perhe merkitsee jokaiselle erilaisia asioita, jotka on otettava huomioon. Jokainen ihminen on lähtöisin jostakin perheestä myös silloin, kun on hoidettavana jossakin. (Kivelä & Vaapio 2011, 25–26; Salin & Åstedt-Kurki 2008, 173.)

Perhehoito vaikuttaa kokonaisvaltaisesti perhehoitajan omaan elämänlaatuun. Perhehoitajan työ on erittäin vaativaa, jossa työn suunnittelulla on suuri merkitys. Perhehoitajan tulee huolehtia myös omasta jaksamisestaan. Suunnittelulla voidaan omaa luovuutta, persoonaa ja taitoja monipuolisesti käyttäen ylläpitää ikäihmisen viihtyvyyttä ja vireyttä. (Perhehoitoliitto 2014a; Perhehoitoliitto 2014b; Perhehoitoliitto 2014c.)

Kuviossa 1 esitetään kokoavasti perhehoidon kokonaisuutta palveluiden järjestämisen, tuottamisen ja toteuttamisen näkökulmasta. Kuviosta on nähtävissä perhehoitoa järjestävän kunnan vastuualueet perhehoidon perustan luomisessa ja mitä ikäihmisen perhehoitoon sijoittaminen vaatii. Lisäksi kuviosta näkyvät perhehoitajan ja sijoittajan tehtävät sekä mitä tulee huomioida perhehoidon päättyessä. (Sosiaalikallega s.a.)



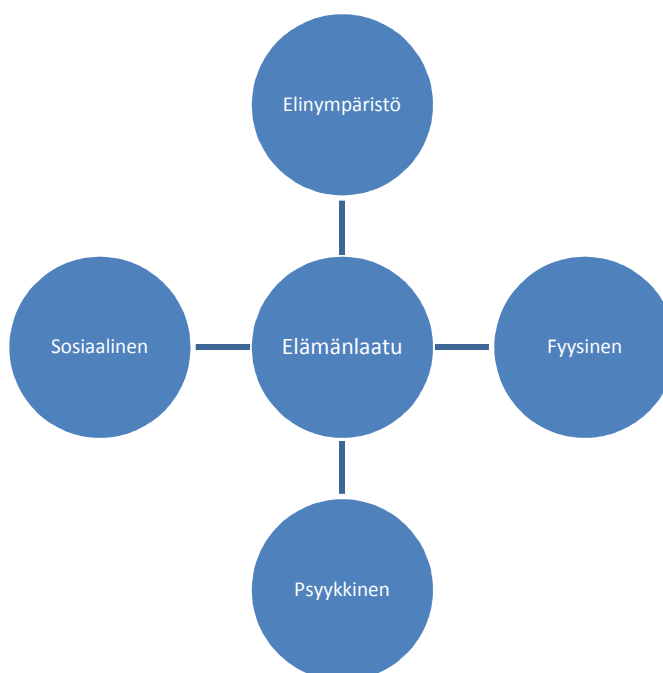
KUVIO 1. Perhehoitopalveluiden järjestäminen, tuottaminen ja toteuttaminen (Sosiaalikallega s.a.)

3 IKÄIHMISEN ELÄMÄNLAATU

Elämänlaatua voidaan ajatella subjektiivisesti ja objektiivisesti. Subjektiivinen elämänlaatu kuvaa itse koettua elämänlaatua ja objektiivinen elämänlaatu kuvaa ulkoisesti havaittuja tekijöitä. Elämänlaatu muodostuu ihmisen terveydestä, materiaalisesta hyvinvoinnista sekä odotuksista hyvästä elämästä. Odotuksiin hyvästä elämästä liittyvät ihmissuhteet, omanarvontunto sekä mielekäs tekeminen. Hyvä elämänlaatu riippuu elämänasenteesta ja kyvystä nauttia elämästä. (Luoma 2008, 74; THL 2014; Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 16.)

3.1 Elämänlaatu

Elämänlaatu koostuu neljästä osa-alueesta, kuten kuvioista 2 on nähtävissä. Fyysinen osa-alue kuvaa ikääntyvän terveyden ja toimintakyvyn olemassaoloa sekä tietoa, kuten myös taitoa itsenäiseen toimintaan. Psykkinen osa-alue kuvaa ikäihmisen tyytyväisyyttä elämään sekä onnellisuutta. Sosiaalinen osa-alue kattaa sosiaalisen verkoston ja vuorovaikutuksen sen kanssa. Ympäristön vaikutus elämänlaatuun nähdään asuin ympäristön toimivuutena, turvallisuutena, siisteytenä sekä tarpeet täyttävänä hoivana. Näiden neljän ulottuvuuden lisäksi ikääntyvän elämänlaatuun vaikuttaa itse koettu elämänlaatu. (Luoma 2008, 74–75.)



KUVIO 2. Elämänlaadun komponentit (Luoma 2008, 75).

Oikeus hyvään elämänlaatuun on kaiken ikäisillä. Työn kuormittavuus, kiire sekä ikäsyrrjintä voivat aiheuttaa usein ikääntyvän tarpeiden ja toiveiden sivuuttamisen. Ikäihmisen aktiivisuuden tukemiselle ei jää aikaa, jolloin heidän oikeutensa yksilöllisyyteen, itsensä edustamiseen sekä elämänlaadun vahvistamiseen jäävät toteutumatta. Ikäihmisen hoitotyössä hoidettavan oman tahdon sivuuttaminen on etiikan ja lain vastaista. (Sarvimäki 2008, 27–33.) Räsänen tutkimuksen (2011) mukaan

merkityksellinen hoidon elämänlaatua parantavia tekijöitä ikäihmisen hoidossa olivat hoitajan ja ikäihmisen kohtaaminen ja vuorovaikutus. Tutkimuksen mukaan ikäihmisen elämänlaatuun ei niinkään vaikuttanut ajan määrä vaan sen käyttäminen ikäihmiselle. (Räsänen 2011, 171.)

3.2 Fyysinen elämänlaatu

Ikäihmisen hyvän fyysisen elämänlaadun kannalta tärkeitä tekijöitä ovat oma kokemus hyvästä terveydestä sekä hyvä kivunhoito. Elämänlaatua parantavia seikkoja ovat myös koettu vireys ja liikuntakyvyn säilyminen. Ikäihmiselle on merkittävää saada ajoissa ja riittävästi apua. (Luoma 2008, 80.)

Ikääntymisen mukanaan tuomat fyysiset muutokset alkavat melko hitaasti ja ne eivät johdu useinkaan ulkoisista syistä. Muutokset ovat palautumattomia ja aiheuttavat elimistön lievää heikkenemistä sekä altistavat elimistön puolustuskykyä stressitilanteissa. Muutokset ovat osin helposti huomattavissa ja osin ne ilmenevät erilaisissa kriisitilanteissa. Havaittavia muutoksia ovat muun muassa etukumara asento, suorituskyvyn heikkeneminen, liikkeiden hidastuminen, jäykkyys ja vapina. Ihminen itse kokee ne yleensä epävarmuutena. (Hyttinen 2008, 47–48.)

Aistit heikkenevät ikääntyessä. Ikänäkö johtuu mykiön vanhenemisesta ja sitä voidaan korjata laseilla. Ilman laseja 60-vuotias ihminen ei näe enää lähelle. Harmaakaihin kehittyminen on jo alkanut lähes kaikilla yli 65-vuotiailla, ja se heikentää useimmiten kaukonäköä. Matalakontrastinen näkö, joka havainnoi harmaan eri sävyjä, heikkenee iän myötä nopeammin kuin korkeakontrastinen näkö. Matalakontrastisen näön heikentyminen aiheuttaa haittaa päivittäisissä askareissa. Ikäihmisille kannattaa hankkia sopivat silmälasit ja myös huolehtia, että ikäihminen myös käyttää niitä. Hoitohenkilöstö ei aina kiinnitä tähän tarpeeksi huomiota. (Hyttinen 2008, 48.)

Kaatumiset ovat erittäin yleisiä ikäihmisillä. Joka kolmas kotona asuva vanhus ja joka toinen laitoksessa asuva kaatuu vuosittain. Kaatumiset johtuvat alle 80-vuotiailla yleensä ulkoisista syistä ja tätä vanhempien kaatumiset johtuvat sisäisistä syistä. Ulkoisia syitä ovat liukkaus, esteet kulkuteillä ja heikko valaistus. Ulkoiset syyt ovat ihmisestä riippumattomia. Sisäisiä syitä ovat heikentynyt tasapaino, lihasvoiman, näön ja kuulon heikentyminen, lääkkeet sekä kaatumisen pelko. (Hyttinen 2008, 48.)

Ikäihmisellä unen rakenne muuttuu; syvä uni vähenee ja kevyt uni lisääntyy. Iän myötä uni muuttuu pinnalliseksi ja katkonaiseksi. Erilaiset ulkoiset syyt haittaavat unen laatua, esimerkiksi liian vähäinen liikunta ja vähentynyt sosiaalinen osallistuminen. Ikäihmisen unta häiritsee myös tihentynyt virtsaamistarve öisin. (Hyttinen 2008, 49; Kivelä 2013, 369.)

Ikäihmisten nesteiden saanti on myös yleisesti liian vähäistä. Puutteellisen nesteiden saannin syitä voivat olla esimerkiksi vähäinen juomien tarjoilu ja se, ettei ikäihmisellä ole janon tunnetta. Syynä voi olla myös se, että vanhus yrittää minimoida WC-käyntejä juomalla vähemmän. Nesteiden juon-

nin riittämättömästä määrästä voi johtua kognitiivisen tason laskua. Iäkkäiden tulisi juoda päivittäin nesteitä 2000 - 2500ml. (Hyttinen 2008, 49.)

Iän lisääntyessä myös ihmisen aineenvaihdunta hidastuu ja fyysinen aktiivisuus laskee, josta johtuen energian tarve pienenee. Proteiinien tarve pysyy kuitenkin samana. Tästä johtuen kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti jää ikäihmisillä useimmiten liian alhaiseksi suosituksiin verrattuna. Vahvan luuston ylläpitämiseksi kalsiumin ja D-vitamiinin saantiin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Seleniä tulee ikäihmisille yleisesti ottaen riittävästi. (Hyttinen 2008, 49.)

Alkoholin käyttö on lisääntynyt myös selvästi ikäihmisten keskuudessa ja se on selvä riskitekijä. Eri elämänvaiheiden stressitekijät kuten eläkkeelle jääminen, leskeytyminen, somaattiset sairaudet, haurastuminen sekä yksinäisyys luovat riskin alkoholin liialliselle käytölle. Heikentynyt aineenvaihdunta, vähäinen ravinto, krooniset sairaudet ja monet säännöllisesti käytettävät lääkkeet lisäävät alkoholikäytön aiheuttamaa terveystarvetta. (Hyttinen 2008, 49; Vilkkonen, Sulander, Laitanen & Finne-Soveri, 2012.)

Ikääntyneistä suurin osa kokee ikääntymisen myönteiseksi ja terveytensä hyväksi. Kotona asuvien avuntarve alkaa yleistyä kun henkilö täyttää 75 vuotta. Silti yhä useampi asuu kotonaan vielä 80 vuotiaana. Yleensä ikääntyneen toimintakyvyn heikentymiseen liittyy jokin rappeuttava pitkäaikais-sairaus. Toimintakyvyn turvaamiseksi ikääntyneiden tulisi välttyä tapaturmilta, nukkua riittävästi, pitää näkökyky kunnossa, syödä terveellisesti sekä hoitaa sairaudet hyvin. Näiden asioiden tiedostaminen on tärkeää iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä. (Hyttinen 2008, 47–48.)

3.3 Psykkinen elämänlaatu

Psyykkisen elämänlaadun tekijöitä ikääntyvällä kuvaa, että hän kokee elämänsä onnelliseksi ja tyytyväiseksi. Ikääntymisen muutokset ja niihin sopeutuminen luovat psyykkistä elämänlaatua. Ikääntyvän aktiivisuus sekä elämän tarkoituksellisuuden kokemukset, kuten myös mielen voimavarat auttavat psyykkisen elämänlaadun parantumiseen. (Luoma 2008, 79.)

Muistelemineen auttaa ihmistä pohtimaan oman elämän merkitystä ja se kuuluu kaikkiin ikävaiheisiin. Muistelemineen vahvistaa itsearvostusta, minäkäsitystä, jatkuvuuden tuntemusta sekä elämän tarkastelua ja onnistumisen määrittelyä auttaen elämän viimeistelyä. Elämän tarkastelussa ikäihminen hahmottaa oman elämänsä kokonaisuutena. Millä on tärkeä merkitys eletyn elämän hahmotuksessa antaen mahdollisuuden oppia uusia asioita itsestään. Kuolemaa ajattelemaalla ikäihminen käsittelee asioita läpi useampaan kertaan ja valmistautuu sisäisesti kuolemaan. (Hyttinen 2008, 50.)

3.4 Sosiaalinen elämänlaatu

Hyvään sosiaaliseen elämänlaatuun kuuluu oleellisena osana ikääntyvien sosiaalisten verkostojen olemassaolo. Ylläpitävänä tekijänä hyvälle elämänlaadulle voidaan pitää myös ikääntyvän osallistumista sekä yksilöllisesti mielekkäitä toimintoja. Ravitsemusta voidaan pitää myös osana sosiaalista elämänlaatua. Ikäihmisen ruokailu ei ole pelkästään ravinnon tarpeen tyydytystä, vaan yksilöllisten makunautintojen tuottaminen ja yhteiset hetket muiden ikäihmisten kanssa. (Luoma 2008, 80.)

Jokaisella ihmisellä on oma sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset tuet (Hyttinen 2008, 52). Sosiaalinen aktiivisuus lisääntyy yleensä eläkkeelle pääsyn jälkeen. Sosiaaliset verkostot ja vertaistuki vaikuttavat ikäihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Tämä lisää ikäihmisen kokemaa arvostusta ja antaa elämänvoimaa sekä elämänhalua joka kannustaa itsestä huolehtimiseen. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72–85.) Monilla ikäihmisillä on voimavaroja ja heillä on hyvät mahdollisuudet osallistua vaikuttamaan myös yhteiskunnan toimintaan. Vanhuudessa yhteisön ja oman perheen merkitys kasvaa. (Hyttinen 2008, 52.) Sosiaaliset tuet ja suhteet edistävät terveyttä ja auttavat pärjäämään erilaisten sairauksien, toimintakyvyn heikkenemisten tai ikääntymiseen kuuluvien menetysten kohdatessa. (Tiikkainen & Lyyra 2007, 72.)

3.5 Elinympäristö

Fyysiseen ympäristöön lasketaan kuuluvaksi niin ihmisen rakentamat talot, kadut, kaupat, palvelut, turvallisuus tai viihtyisyys eli rakennettu fyysinen ympäristö, kuin luontoon liittyvät rakenteet kuten luonnonympäristö tai ilmasto. Ihmisen elämisen ympäristö vaihtelee elämän eri aikoina. Lapsuudessa ja ikäihmisten elämässä painottuvat koti- ja lähiympäristöt, työikäisenä ympäristö laajenee työn, harrastusten ja matkustamisen myötä. Ikääntyvät pitävät yllä aikaisempaa elämäntapaansa tai laajentavat sitä uusille elämänalueille. Toisaalta ikääntyneiden ihmisten ympäristöt supistuvat ja niukenevat toimintakyvyn ja terveyden heikentyessä. Iäkkäillä elämisen ympäristö voi olla pelkästään laitos ja vuodeosaston sänky. Hyvinvoinnin näkökulmasta on tärkeää, että ihminen voi olla aktiivinen fyysisessä ympäristössään. (Elo 2008, 94; Pikkarainen 2007, 42.)

Eri elämänvaiheissa ihminen havainnoi, hahmottaa ja tulkitsee ympäristöään. Ikäihmiset elävät hyvin erilaisissa ympäristöissä, jolloin myös yhteisöasumisen odotetaan yleistyvän esimerkiksi elämäntyylien ja harrastusten mukana. Suomessa asuu itsenäisesti kotonaan lähes 90 % yli 65-vuotiaista. Oman kodin etuina ovat pysyvyys, ennakoitavuus, turvallisuus ja järjestys. Useille ikäihmisille tuttu ympäristö ja koti antavat tunteen elämään jatkuvuudesta, vaikka fyysinen kunto ja voimavarat vähenevät. Oma koti vahvistaa ikäihmisen vapautta, itsenäisyyttä sekä kontrollia omasta elämästä. Kodissa ikäihminen voi vaalia omaa elämäntapaansa, elämän tyyliään, sisustaa ja kalustaa vahvistuen omaa persoonallisuuttaan ja identiteettiään. Ongelmia kotona asuville 80-vuotiaille aiheutuu fyysisistä esteistä, jotka hankaloittavat kotona pärjäämistä. (Pikkarainen 2007, 42–57.)

4 ASCOT-VAIKUTTAVUUSMITTARI ELÄMÄNLAADUN MITTAAMISESSA

ASCOT-mittari (*adult social care outcomes toolkit*) eli aikuisten sosiaalipalveluiden vaikutusmittauksen työkalupakki mittaa aikuisten hoivaan liittyvää elämänlaatua (*social care related quality of life* eli SCRQoL). Tarkoituksena on ollut, että mittaria voidaan hyödyntää aikuisille asiakkaille ja erilaisille hoivapalveluille. ASCOT-mittaria on kehitetty Ann Nettenin johdolla yli 10 vuotta tutkimustyönä Kentin yliopistossa *Personal Social Service Research Unit* -yksikössä. (Pulliainen 2012.)

4.1 ASCOT-vaikuttavuusmittarin käyttö perhehoidossa

ASCOT-vaikuttavuusmittari on vielä uusi Suomessa. Mittari on aikuisten sosiaalipalveluiden mittaamiseen tarkoitettu työkalu. Perhehoitoon parhaiten soveltuva mittari tällä hetkellä on ASCOT-vaikuttavuusmittari, koska se mittaa aikuisten hoivaan liittyvää elämänlaatua. Haastattelulomakkeista kolme on käännetty suomenkielelle. Esimerkiksi RAVA-mittarilla arvioidaan hoivan tarvetta ja 15D-mittarilla asiakas itse arvioi terveyteen liittyvää elämänlaatua. Nämä terveystietojen vaikuttavuutta mittaavat mittarit eivät sovellu sellaisenaan vaikuttavuuden arviointiin pitkäaikaishoivassa. ASCOT-mittarin tarkoituksena on mitata tämänhetkistä sosiaalipalveluun liittyvää elämänlaatua palvelun kanssa sekä oletettua elämänlaatua ilman palvelua, jolloin palvelun hyöty saadaan näiden kahden erotuksesta. (Linnosmaa, Kettunen & Pulliainen 2013; THL 2013; FCG Finnish Consulting Group Oy 2015.)

Vaikuttavuus tarkoittaa muutoksia, joita saadaan aikaan asiakkaissa tuotetuilla palveluilla (Mehtonen 2012). Vaikuttavuuden arviointia on kehitetty vähemmän sosiaalipalveluiden puolella. Esimerkiksi ikäihmisten palvelujen aikaansaama hyvinvointi on erilaista. Ilman oikeanlaista mittaria vaikuttavuuden arviointi on hyvin haasteellista. ASCOT-mittari ei mittaa ikäihmisten terveyttä, vaan painottuu arvioimaan toimintakykyä ja arjesta selviytymistä. (Linnosmaa 2013.)

Mittarin painotukset pohjautuvat tutkimukseen ja väestötöksiin Englannissa. ASCOT-pisteiden vaihteluväli on -0.17–1.00 välillä. Nolla tarkoittaa olla kuollut ja yksi kuvaa ideaaltilaa SCRQoL eli aikuisten hoivaan liittyvässä elämänlaadussa. Suomalaisia testilomakkeita on testattu Diakonia ammattikorkeakoulussa 129 kotihoidon vanhusasiakkaalle. (Pulliainen 2012.) Mittarin luotettavuutta ja toistettavuutta on tutkittu Englannissa. Suomessa mittariin ei ole tehty hyötypainotuksia, painotukset ovat englantilaiseen väestöön. (Towers 2014.)

4.2 ASCOT-vaikuttavuusmittarin elämänlaadun osa-alueet

ASCOT-mittarissa on kahdeksan osiota eri elämänlaadun osa-alueilta ja ne liittyvät hoivaan sekä mitaavat hoivan vaikutusta.

Osa-alueet ovat (Pulliainen 2012):

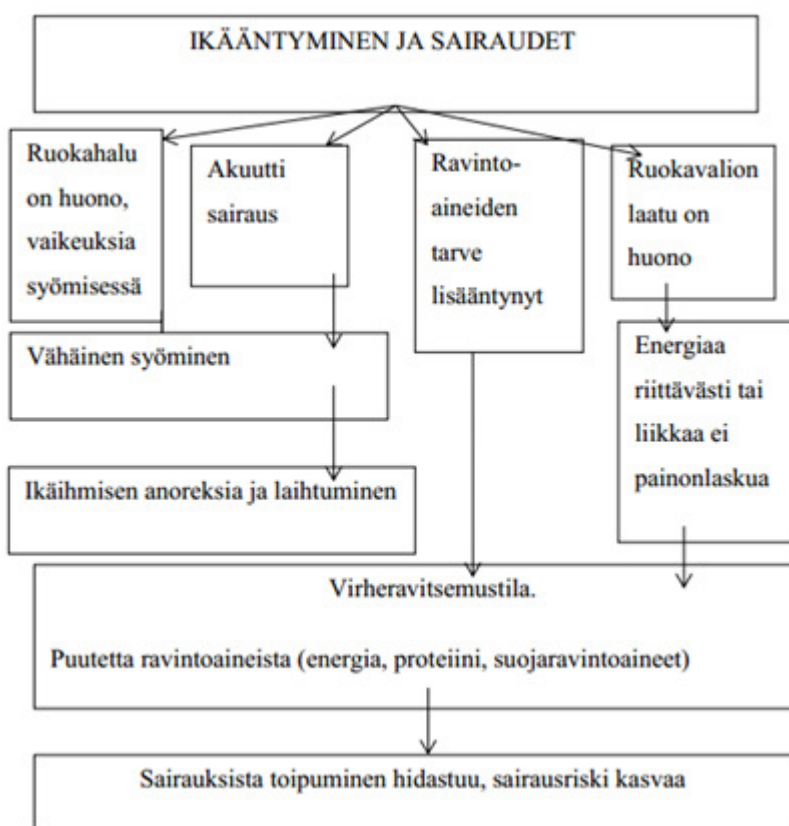
- Arjen hallinta
- Henkilökohtainen puhtaus ja miellyttävyys
- Ruoka ja juoma
- Turvallisuus
- Sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus
- Mielekäs tekeminen
- Asumisen siisteys ja miellyttävyys
- Arvokkuus;
 - miltä palvelun vastaanottaminen tuntuu
 - miten vaikuttaa omanarvontunteeseen tapa, jolla palvelua annetaan

Ensimmäinen osa-alue eli arjen hallinta, käsittelee aikuisen mahdollisuutta vaikuttaa päivittäiseen elämään. Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on tehty laatusuositus, jonka mukaan ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus hyvään elämään omassa yhteisössään riippumatta hänen iästään ja toimintakyvystään. Ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus itsenäisesti asettaa omat tavoitteensa ja kiinnostuksen kohteensa. (STM 2013b.) Yksi ikäihmisten terveyden edistämisen osio on voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen. Esimerkiksi itsehoitovalmiuksien tukeminen voimaannuttaa ikäihmistä ja hän saa kokemuksen siitä, että hän voi itse vaikuttaa terveydentilaansa sekä toimintakykyynsä. Voimaannuttavalla neuvonnalla tarkoitetaan vuorovaikutusprosessia, joka tukee ikäihmisen voimaantumisen edistymistä ja kehitystä (Salmela & Matilainen 2007, 222–223). Tärkeää on myös kunnioittaa ikäihmisen autonomiaa eli itsemääräämisoikeutta. Heidän tulee saada osallistua itseensä liittyvään päätöksentekoon. Jokaisella yksilöllä on erilaiset elämänhistoriat elettyinä ja niistä kumpuavat yksilölliset tottumukset ja tavat. Heikentynyt toimintakyky ei saa olla esteenä aktiiviselle osallistumiselle, vaan yksilöllisin toimin tukemalla osallistuminen harrastuksiin sekä erilaisiin toimintoihin tulisi mahdollistaa. Näillä toimilla luodaan puitteet ikäihmisen hyvän elämänlaadun jatkumiselle mahdollisimman pitkään. (Lyyra 2007, 26.)

Toinen osa-alue käsittelee henkilökohtaista puhtautta ja hyvinvointia. Kaikilla ihmisillä on oikeus puhtauteen ja henkilökohtaiseen hygieniaan. Ikäihmisen kohdalla puhtaus käsittää henkilökohtaisen hygienian, puhtaat vaatteet ja siistin asuinympäristön. Ikäihmisten perushoidossa, johon myös puhtaus kuuluu, suunnittelussa ja toteuttamisessa on otettava huomioon myös yksityisyys ja yksilöllisyys. Ihmisten perushoito koostuu erilaisista tehtävistä ja toiminnoista, joihin on oltava sopiva tila ja riittävästi aikaa. Potilasta autettaessa on tärkeää, että auttaja on tuttu ja ammattitaitoinen. Suihku-, sauna- ja WC- tilat pitää olla turvalliset, rauhalliset ja sopivan lämpimät. Pukeutumisessa, pesuissa ja WC-asioissa ohjaaminen ja auttaminen ovat tärkeitä. Ikäihmiset puetaan omiin tuttuihin ja puhtaisiin vaatteisiin. Vaippojen vaihdot ja pukeutuminen vaativat yksilöllisen tilan. Hoitajan tulee huolehtia siitä, että ikäihmisen yksityisyydestä, itsemääräämisoikeudesta sekä mielipiteen kunnioittamisesta huolehditaan. Ikäihmisten hoitajan on huolehdittava myös omasta käsihygieniastaan ja tilojen

puhtaudesta, jolloin estetään tulehdusten leviäminen. Hyvä hygienian hoito korostaa ikäihmisten arvostusta ja myös omaisten tyytyväisyyttä ikäihmisten hoitoon. (Kivelä & Vaapio 2011,45 – 46.)

Kolmas ASCOT-vaikuttavuusmittarin osa-alue käsittelee ruokaa ja juomaa. Jokaiselle ihmiselle on tärkeää saada monipuolista ravintoa päivittäin. Monipuolinen ruokavalio auttaa ikäihmistä säilyttämään ja ylläpitämään fyysistä, älyllistä ja psykososiaalista toimintakykyä sekä vaikuttaa myönteisesti elämänlaatuun. Se myös parantaa terveyttä ja nopeuttaa sairauksista toipumista. Tavallisiin fysiologisiin muutoksiin ikäihmisillä kuuluu toimintakyvyn heikentyminen ja hidastuminen sekä energiantarpeen ja ruokahalun väheneminen. Ruokahalun heikkenemistä aiheuttavat liikkumisen väheneminen, sairauksien lisääntyminen sekä yksin asuminen. Ravitsemusongelmiin voivat vaikuttaa ikäihmisten ruokamieltymykset, huono tai maustamaton ruoka sekä ruokatottumukset. Tutkimusten mukaan pieni ylipaino pitää toimintakykyä ja terveyttä yllä pidempään. Ylipainoinen voi olla aliravittu. Painon seuranta ei kerro ikäihmisen ravitsemustilaa. Aliravitsemus aiheuttaa ikäihmisten toimintakyvyn heikkenemistä, kehon hallintaongelmia, hengityselinten toimintahäiriötä sekä lämmönsäätelyn heikkenemistä. Heikko ravitsemustila lisää kaatumistapaturmia, sairauksia, infektioita, väsymystä, kuivumista ja lihaskatoa jopa kuolleisuutta. Aliravitsemus lisää myös terveystalouden tarvetta ja kustannuksia. (Kivelä & Vaapio 2011, 29–31; Pitkälä 2013.) Kuviossa 3 on kuvattu ravitsemustilan heikkenemiseen johtavia tekijöitä.



KUVIO 3. Ravitsemustilan heikkenemiseen johtavia tekijöitä (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 17).

Neljäs osa-alue turvallisuus jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen turvallisuuteen. Yhteiskunnan velvollisuus on huolehtia iäkkään turvallisesta ikääntymisestä. Turvallisuuteen kuuluvat laadukkaat palvelut ja tasa-arvoinen hoito, turvallinen lääkehoito, tapaturmien ja hyväksikäytön sekä kaltoinkohtelun ehkäisy. Turvallisuuden edistämistä ovat myös omaishoitajien tukeminen ja heidän asemansa vahvistaminen. (Kivelä & Vaapio 2011, 20.) Ikäihmisen arkielämää voivat rajoittaa pitkäaikaissairaudet, heikentyneet aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot sekä yleensäkin kyky selviytyä päivittäisistä toimistaan turvallisesti. Tällöin fyysisen ympäristön on mahdollistettava turvalliset arjen toiminnot. Esteetön ympäristö on yhtä kuin turvallinen ympäristö. Esteettömyydellä tarkoitetaan sitä, että kaikki voivat osallistua sujuvasti harrastuksiin, kulttuuriin, arjen askareisiin, opiskeluun ja niin edelleen. Esteettömässä ympäristössä turvataan esimerkiksi palvelujen saatavuus, välineiden käytettävyys ja mahdollistetaan osallistuminen itseä koskevaan päätöksentekoon. (Elo 2008, 94–95.)

Viides osa-alue käsittelee sosiaalista osallistumista ja yhdessä tekemistä. Sosiaalinen aktiivisuus luo ikääntyvälle arvostuksen, yhteenkuuluvuuden ja kiintymyksen tunnetta, jolloin sosiaalisen verkoston vaikutukset nähdään terveyshyötyinä. Vaikutuksia nähdään myös fyysiseen toimintakykyyn sekä hyvinvointiin, jolloin myös kuolemanriski pienenee. Sosiaalisen osallistumisen ja osallisuuden merkitys mielenterveyteen on merkityksellinen. Sosiaalisella tuella ikäihmisen on helpompi sopeutua menetyksiin, pärjätä pitkäaikaissairauksien kanssa, parantua sairauksista ja jopa ennaltaehkäistä sairastumista. Sosiaaliseen osallistumiseen ja osallisuuteen on oikeus kaikilla, ikäihmisen alentunut toimintakyky ja lisääntynyt tuen tarve eivät oikeuta tämän oikeuden estämiseen. (Tiikkainen 2013, 289–290.)

Kuudes osa-alue on mielekäs tekeminen. Ikäihminen kokee mielekkään tekemisen yksilöllisesti. Toinen pitää mielekkäänä aktiivista liikkumista ja osallistumista erilaisiin toiminnallisiin ryhmiin, kun toiselle mielekäs tekeminen voi tarkoittaa itsenäistä tekemistä omissa oloissa. Ikäihmisen harrastusmahdollisuuksiin vaikuttavia asioita ovat toiminnan saatavuus, taloudellinen tilanne, sairaudet, liikuntakyky sekä henkilökohtaiset mieltymykset. (Tiikkainen 2013, 289.) Liikunnan ja ulkoilun merkitystä toimintakyvyn ja hyvinvoinnin kannalta ei tule vähätellä. Liikunta vähentää puolella ikääntyvien kaatumisriskiä. Mielekäs liikunta myös parantaa ikääntyvän mielialaa ja ryhmätoimintana parantaa sosiaalista hyvinvointia. Ikäihmiselle mielekästä tekemistä voidaan löytää myös sosiaalisen hyvinvoinnin kautta. Ystävien ja tuttavien merkitystä ei voida unohtaa ikääntyvän ihmisen hyvän mielialan, toimintakyvyn ja jopa muistin säilymisen kannalta. Ympäristön merkitys mielekkääseen tekemiseen on tärkeä. Ympäristö luonnon äärellä antaa aistivirikkeitä ja luo mielihyvää sekä iloa. Turvallinen ja esteetön ympäristö sekä riittävät apuvälineet mahdollistavat ikääntyvän liikkumista ja samalla lisäävät mielekkyyttä arkeen. (Kivelä & Vaapio 2011, 87–104.)

Seitsemäs osa-alue on asumisen siisteys ja viihtyisyys. Ikäihmisten asumisviihtyvyyttä ja hyvinvointia lisäävät siisti koti ja asuinympäristö sekä luonnon läheisyys. Luonnonympäristö on hyvä liikuntapaikka. Luontoon ja viheralueille hakeudutaan esimerkiksi, jos halutaan olla yksin tai kun halutaan vastapainoa arjen kiireelle. Ympäristön viheralueille mahdollistettu liikkuminen on todettu aktivoivan ihmistä liikkumaan. Luonnossa liikkumisella on yhteys koettuun hyvään mielialaan. Hyvin hoidetut kulkuväylät aktivoivat myös harrastamaan enemmän liikuntaa. Ikäihmisten psyykkistä hyvinvointia

tukee mahdollisuus liikkua kotinsa ulkopuolella. Ulkoilumahdollisuuksien vähäisyys on ollut huomion kohteena laitoksissa asuvien ikäihmisten kohdalla. Luonnonomaisiksi rakennetuilla ympäristöillä tuetaan laitoksissa asuvien mielenvireyttä. On tärkeää saada elvyttäviä luontokokemuksia. Symbolinen ympäristö ei ole konkreettinen kuten fyysinen ja sosiaalinen ympäristö, vaan se on ainoastaan ikäihmisen ajatuksissa. Symbolinen ympäristö rakentuu kielen ja eri kulttuurien sääntöjen sekä symbolien kautta. Osa symbolista ympäristöä on historia. Kodissa on fyysisiä ominaisuuksia ja symbolisia merkityksiä. Ikäihminen muokkaa kotinsa siten, että siellä on mielihyvää tuovia symboleja. Näin arkielämään tulee jatkuvuutta ja turvallisuutta. Niillä on useasti yhteys ikäihmisen elämänsisältöön. Esimerkiksi lapsuuden kodista tuodut esineet luovat turvallisuudentunteen. (Elo 2008, 96, 100–101.)

Kahdeksas osa-alue arvokkuus käsitteenä on vaikea määritellä. Ikäihmisen arvokkuus on kokemus omasta tarpeellisuudesta. Ikäihmisen toimintakykyyn vaikuttavat hänen kykynsä ja taitonsa, terveydentilansa sekä ympäristö. Koska me toimimme ympäristön kanssa vuorovaikutuksessa, voi se joko tukea tai estää ikäihmisen toimintaa. Toimintakykyyn vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja henkiset voimavarat, joita ovat myönteinen esimerkiksi elämän asenne, arvokkuuden tunne, turvallisuus ja toimintakykyisyys. (THL 2011) Vanhustyön keskusliiton Arvokas vanhuus on ihmisoikeus. Aina. 2014 –julkaisussa (Vanhustenviikon -lehti 2014) Elisabeth Rehn kirjoittaa käsityksiään ikääntymisestä. Rehnin mukaan arvokas vanhuus koostuu erilaisista käsityksistä ikääntymisestä. Hänen mukaansa ”arvokas vanhuus merkitsee etenkin arvostettua vanhuutta”. Oma tahto, erilaiset virikkeet ja yksityisyyden kunnioittaminen asuinoloista riippumatta kuuluvat arvokkaaseen vanhuuteen. Eletty elämä antaa perustan arvokkaalle vanhuudelle. Päättäjien olisi hyvä miettiä, kuinka he haluavat elää omaa vanhuuttaan. Myös nuorten tulisi arvostaa vanhuksia ja antaa heille mahdollisuus jakaa tukea ja viisautta. (Vanhustenviikon -lehti 2014.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutustua ja saada tietoa ikäihmisten perhehoidosta. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia perhehoidossa olevien ikäihmisten elämänlaadun toteutumista Itä-Suomalaisissa perhekodeissa. Elämänlaatua tutkiessamme pääsimme tutustumaan myös Suomessa uuteen ASCOT-mittariin ja sen käyttöön.

Tavoitteena oli saada tietoa ikäihmisiltä heidän elämänlaadustaan perhekodeissa ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla. Haastateltavien määrän tavoitteeksi asetimme vähintään kahdeksan ikäihmistä. Tavoitteena oli myös ikäihmisten perhehoitoon tutustumisella ja ASCOT-vaikuttavuusmittarin tulosten perusteella havaita mahdollisia kehittämiskohteita. Opinnäytetyön tutkimustehtävä oli selvittää miten ikäihmisten elämänlaatu toteutuu perhehoidossa ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme toimeksiantajana ja yhteistyökumppanina toimi Vanhusten perhehoidon voima -hanke, jonka yhteyshenkilönä toimi projektipäällikkö Mari Pirinen. Projektin loputtua vuoden 2014 marraskuulla yhteistyökumppanina jatkoi Perhehoitoliitosta projektityöntekijä Raija Leinonen. Opinnäytetyö toteutettiin sekä laadullisena että määrällisenä tutkimuksena. Aineisto kerättiin haastattelulla perhehoidossa olevia ikäihmisiä, heidän omaisiaan ja perhehoitajia ASCOT-vaikuttavuusmittaria käyttäen Itä – Suomen alueen perhekodeissa.

6.1 Määrällinen ja laadullinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössämme havaintoaineisto koostuu sekä määrällisestä että laadullisesta tutkimusmenetelmästä, jotka täydentävät toinen toisiaan. Määrällinen tutkimus voi vastata kysymyksiin ”Mikä?”, ”Missä?”, ”Paljonko?” ja ”Kuinka usein?”. Valmiissa ASCOT-mittarissa vastataan esimerkiksi kysymyksiin ”Tuntuuko sinusta?”, ”Millainen?” tai ”Saatko?”. Määrällisellä tutkimuksella voidaan selvittää kysymysten prosenttiosuus ja lukumäärä. Kerätyn tiedon voi useimmiten muuttaa myös numeeriseen muotoon. Sillä ei ole väliä miten tiedot on saatu kerättyä; lomakkeilla, haastatteluilla tai havainnoimalla. Numeerisen aineiston kautta saatua tietoa voidaan käyttää myös laadullisen tutkimuksen puolella. (Valli 2010, 222.) Määrälliseen tutkimukseen kuuluvat laaja aineisto ja otos, koska menetelmän perusarvoja ovat luotettavuus, tarkkuus ja yleistettävyyys. Aineiston keräämiseen käytetään standardoituja lomakkeita, jossa on valmiina vastausvaihtoehdot. Vastaukset analysoidaan numeerisesti, jolloin numeroista voi tehdä taulukoita ja kuvioita. Tutkimuksen aineisto yhdistetään laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. (Heikkilä 2008, 14–16.) Opinnäytetyössämme otos oli pieni eli yhdeksän ikäihmistä, poikkeuksena määrällisen tutkimuksen luonteeseen nähden. Haastee-na meillä oli perhekotien vähäinen määrä Itä-Suomen alueella ja tutkimuslupien hakeminen usealta taholta.

Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää strukturoitua haastattelua eli lomakehaastattelua, jossa kysymysten muotoilu ja järjestys on kaikille haastateltaville sama. Haastattelulomakkeet sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot. Strukturoitujen kysymysten käytön tarkoitus on vastausten käsittelyn yksinkertaistaminen ja ymmärtämys sekä virheiden torjunta. Strukturoitujen kysymysten kriteerit ovat (Heikkilä 2008, 51):

- valmiita vastausvaihtoja ei kovin paljon
- jokaiselle vastaajalle on oltava sopiva vaihtoehto
- vastauksien pitää olla toisensa kumoavia
- vastaukset järkeviä ja kiinnostavia
- vastauksien määrä on ilmoitettava selkeästi

Strukturoitujen kysymysten etuja ovat, että asiakas vastaa nopeasti ja tulosten tilastollinen käsittely on helppoa. Strukturoitujen kysymysten käyttöön voi liittyä riskejä kuten: harkitsematon vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa”, jolla voi johdatella vastaamaan tietyllä tavalla. Kysymyksistä voi puuttua sopiva vaihtoehto tai luokitus on vääränlainen. (Heikkilä 2008, 51.)

Käyttämässämme ASCOT-vaikuttavuusmittarissa kaikki kysymykset ovat strukturoituja kysymyksiä. Vastausvaihtoehtoja kaikkiin kysymyksiin asiakkaan haastattelulomakkeessa oli neljä. Esimerkiksi kysymys, jossa kysytään ruuasta ja juomasta. Kysymyksiin ”Saatko riittävästi ruokaa ja juomaa?” tai ”Saatko niitä itsellesi sopivina aikoina?” valmiita vastausvaihtoehtoja ovat: ”Ei tarpeita”, ”Jonkin verran tarpeita”, ”Paljon tarpeita” ja ”Ei osaa sanoa”. Haastateltavien täytyi valita vain yksi vaihtoehto.

Määrällisessä tutkimuksessa tietojen kerääminen voidaan tehdä joko postikyselynä ja puhelin- tai käyntihaastatteluina tai informoituna kyselynä. Kyselylomake on toimitettu haastateltavalle ennakolta ja tarvittaessa haastattelijä tarkentaa asiaa lisäkysymyksillä. Henkilökohtaisessa haastattelussa käytetään haastattelulomakkeita ja lisäksi voidaan selvittää asioita ja tarkentaa kysymyksiä sekä kysyä muutamia lisäkysymyksiä. Tiedonkeruumenetelmillä on positiivisia ja negatiivisia ominaisuuksia, koska tutkimuksen tekoon vaikuttavat asiat, tavoitteet, aikataulu ja budjetti. (Heikkilä 2008, 18–19; ASCOT adult social care outcomes toolkit 2014.) Määrällinen tutkimus voi olla havainnointitutkimusta. Havainnoinnin avulla tutkittavasta kohteesta kootaan tietoja. Havainnointitutkimus täydentää tai jopa korvaa kysely- ja haastattelututkimuksen. (Heikkilä 2008, 19.)

Määrälliseen tutkimukseen yhdistetään usein laadullista tutkimusta, jonka avulla selvitetään kohteen laatua, ominaisuutta ja kokonaisuutta. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen eroja korostetaan, vaikka niitä molempia voidaan käyttää samassa tutkimuksessa. Molemmilla pystytään selittämään, tosin eri menetelmin, samoja tutkimuskohteita. Useat menetelmät sijoittuvat lähtökohdiltaan suuntausten ääripäiden välimaastoon. (Jyväskylän yliopisto 2014.)

Laadullisen tutkimuksen käyttöalueita ovat uudet tutkimusalueet, joista ei tiedetä mitään. Laadullista tutkimusta käytetään jo olemassa olevaan tutkimukseen, johon halutaan uusi näkökulma. Ja jos on epäily teorian tai käsitteen merkityksestä tai halutaan laadullisen tutkimuksen avulla ymmärtämisen näkökulma tutkittavaan asiaan. Laadullisella tutkimuksella on iso merkitys hoitotyölle, jossa tarvitaan erilaisilla tavoilla hankittua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista. Laadullisten tutkimusten avulla saadaan kriittistä näkökulmaa, kun arvioidaan näyttöön perustuvaa toimintaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50–57.)

Erittäin tärkeä asia laadullisessa tutkimuksessa on ihmisen asema ja rooli kun luodaan tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa ei käytetä nimitystä tutkimuksen kohde, vaan tutkimuksen toimija tai osallistuja. Näin saadaan esille eettisyys, joka painottuu tutkimussuhteessa. Laadullisen tutkimuksen yksi tunnusomainen piirre on, että tekijä ei voi välttyä henkilökohtaistumiselta. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan tutkittavan asian todellisuutta ilman ohjaavaa teoretietoa. Tekijän on kuitenkin tiedettävä mitä tutkii, jotta kyseessä olevasta ilmiöstä voi kerätä aineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 20–22; Towers 2014.)

Tarkoituksena oli tehdä ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla poikittaistutkimus ikäihmisten perhehoivon vaikuttavuudesta. Poikittaistutkimus on sellainen, jossa aineisto kerätään vain kerran. Aikomuk-

senä ei ole tarkastella uudelleen samaa tutkimusilmiötä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42).

6.2 Avoimet kysymykset haastattelun tukena

ASCOT-vaikuttavuusmittarissa ei ole suoraan avoimia kysymyksiä, mutta jouduimme tukemaan avoimilla kysymyksillä monivalintakysymyksiä. Laadimme itse avoimia kysymyksiä selventämään haastattelulomakkeiden monivalintakysymyksiä. Avoimet kysymykset toimivat meillä työkaluina haastatteluissa. Autoimme tällä tavalla ikääntynyttä hahmottamaan kysymyksen oikein ja näin vastausvaihtoehto oli helpompi valita. Haastattelulomakkeessa kysymys arvokkuudesta oli ”Miten avun saaminen vaikuttaa omanarvontuntoosi?”. Kysymys oli vaikea ymmärtää ja oikean vastauksen saaminen oli lähes mahdotonta. Tästä syystä laadimme apukysymyksiä esimerkiksi ”Miltä tuntuu ottaa apua vastaan?” ja ”Voitteko olla rohkeasti oma itsenne?”.

Avoimia kysymyksiä käytetään laadullisessa tutkimuksessa. Niitä ovat esimerkiksi vapaamuotoiset kysymykset, mieleenjohtumat ja erilaiset spontaanit mielipiteet. Avoimien kysymysten avulla voidaan rajata vastaajan ajatusten suuntaa. Avoimia kysymyksiä käytetään, kun se on tarkoituksenmukaista tai jos vaihtoehtoja ei tunneta tarkkaan etukäteen. Avoimien kysymyksiä ominaisuudet ovat (Heikkilä 2008, 49):

- kysymyksiä on helppo laatia, mutta vaikea käsitellä
- jäävät helposti vastaamatta
- vaikea luokitella koska ovat sanallisia vastauksia
- voi saada vastauksia, joita ei etukäteen huomioitu
- kysymykset pitää laittaa lomakkeen loppuun
- vastauksille on varattava riittävä tila

Avoimien kysymyksiä avulla voidaan saada uusia näkökulmia ja parannuksia. Haastattelututkimuksessa vastauksiin tarvitsee varata riittävästi aikaa, taitoa ja harkintaa. Eniten virheitä tulee yleensä kysymysten ymmärtämisessä ja vastausten kirjaamisessa sekä tulkinassa. (Heikkilä 2008, 50.)

6.3 Aineiston kerääminen

Henkilökohtainen haastattelu tehdään suorassa vuorovaikutuksessa kahden ihmisen välillä. Haastattelijan on luotava luottamuksellinen ja motivoiva ilmapiiri, jolloin haastateltava pystyy vastaamaan kysymyksiin mahdollisimman rehellisesti. Haastattelijan tulee käyttäytyä kohteliaasti ja ulkoisen olemuksen pitää olla siisti, jolloin haastattelu onnistuu paremmin. Haastatteluun osallistumisen tulee aina olla vapaaehtoista. (Heikkilä 2008, 67.)

Tarkoituksenamme oli haastatella opinnäytetyöhömme ikäihmisiä, omaisia ja perhehoitajia perhekohteissa sekä käyttää työvälineenä ASCOT-mittaria tutkimalla ikäihmisten elämänlaadun toteutumista. Yksi haastattelukokonaisuus koostuu ikäihmisen, omaisen ja perhehoitajan haastatteluista. Tiedon keräämiseen käytimme valmiita strukturoituja ASCOT-haastattelulomakkeita (asiakkaan haastattelu-

lomake CHResidentINT3, omaisten ja perhehoitajan haastattelulomake CHINT3), jotka ovat uusia Suomessa. Tarkoituksena oli haastatella vähintään kahdeksaa ikäihmistä ja heidän omaistaan sekä perhehoitajaa. Näin saisimme jonkinlaisen kuvan perhehoidossa olevien asiakkaiden elämänlaadusta. Haastateltavien määrän tuli olla vähintään kahdeksan, jotta saisimme koottua suuntaa antavan tuloksen. Haastattelut toteutettiin Itä-Suomen alueen kolmessa perhekodissa. Yhteensä haastateltavia oli yhdeksän ikäihmistä, heidän kuusi omaistaan sekä kolme perhehoitajaa.

Tutkimushaastatteluun saimme haastatteluluvat etukäteen haastateltavilta ja asiakkaiden kotikunnilta. Haastattelut varattiin etukäteen jokaisen perhekodin kanssa sopivaan ajankohtaan huomioiden asiakkaiden voimavarat ja omaisten mahdollisuus osallistumiseen. Asiakkaiden omaisia haastatelimme joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti heidän luonaan. Jotkut omaiset saivat etukäteen sähköpostilla haastattelulomakkeet sekä saatekirjeen, jolloin he pystyivät etukäteen tutustumaan kysymyksiin. Puhelinhaastattelut onnistuivat paremmin, kun omainen ehti tutustua aiheeseen ennakoon. Omaista osa oli vielä työelämässä ja osa heistä oli eläkeikäisiä. Omaisten tai perhehoitajan ikä eivät sisälly ASCOT-vaikuttavuusmittarin tilastoitaviin tietoihin. Omaisten haastattelusta saatuja vastauksia hyödynsimme siinä vaiheessa, kun emme saaneet vastausta asiakkaalta.

Perhehoitajan haastattelu suoritettiin aina perhekodissa käynnin yhteydessä. Myös perhehoitaja sai sähköpostin välityksellä etukäteen haastattelulomakkeen tutustuttavaksi. Hän merkitsi itse haastattelulomakkeisiin vastauksensa haastattelun yhteydessä. Tällä tavoin saimme säästettyä perhehoitajan haastatteluun käyttämää aikaa, jolloin tilanne ei kuormittaisi kohtuuttomasti perhekodin arkea. Perhehoitajan vastauksia käytimme, mikäli emme saaneet asiakkaalta emmekä hänen omaiselta vastausta kysymykseen. Valmiissa ASCOT-lomakkeissa on jokaisen kysymyksen kohdalla mahdollisuus kirjata kommentti, jolla haastattelutilannetta kuvataan esimerkiksi jos haastateltava oli nukkunut huonosti. Erilaiset seikat voivat vaikuttaa haastattelun tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 20–22; Towers 2014.)

Haastattelut toteutettiin niin, että sama ihminen suoritti kaikki ikäihmisten haastattelut ja toinen toimi havainnoitsijana. Kolmas henkilö suoritti perhehoitajien haastattelut. Omaisten haastattelut jaettiin tasaisesti jokaisen opinnäytetyöntekijän kesken. Ensisijaisesti tavoitteena oli haastatella omaiset henkilökohtaisesti heidän kotonaan. Haastattelu omaisen kotona onnistui vain yhdelle haastateltavalle. Loput viisi omaista haastatelimme puhelimitse, koska he asuivat eri puolilla Suomea tai emme löytäneet yhteistä haastattelu ajankohtaa. HavaitSIMME perhekoteihin haastattelemaan menessämme, että ensimmäisten minuuttien aikana asiakkaan kohtaamisessa tuli pystyä luomaan mahdollisimman välitön ja yksilöä kunnioittava kontakti. Tämä loi mielestämme edellytyksiä onnistuneelle haastattelulle.

Haastattelut onnistuivat hyvin, kun ne suoritettiin rauhallisessa tilassa esimerkiksi asiakkaan omassa huoneessa tai sellaisessa yhteisessä tilassa, jossa saimme olla rauhassa ilman häiriötekijöitä. Sovimme jo ennakoon haastattelupäivän, jolla varmistimme kaikkien kannalta kiireettömän ajankohdan. Usein törmäsimme omaisen, perhehoitajan sekä palveluohjaajan epäilyyn haastattelun onnistumisesta esimerkiksi muistisairaana kohdalla. Haastateltavan ollessa levoton ja jaksamaton keskitty-

mään, annoimme hänelle aikaa palata haastatteluun myöhemmin. Etukäteen jotkut haastateltavat jännittivät kysymyksiä, mutta haastattelun edetessä he vapautuivat ja heillä heräsi oma-aloitteista kerrontaa. Ikäihmisen arvokkuus on kokemusta omasta tarpeellisuudesta (THL 2011). Haastattelussa vuorovaikutuksella ja osallistumisella toivoimme lisäävämmä ikäihmisen arvostuksen tunnetta.

6.4 Aineiston analysointi

ASCOT-mittarin brittiläisiltä sivuilta löytyy valmis Excel-taulukko haastattelun vastauksille. Rekisteröitymisen jälkeen meillä oli mahdollisuus käyttää ohjelmaa. Ilman rekisteröitymistä Excel-taulukkoon ei pääse tutustumaan. Haastattelujen vastaukset syötetään Excel-pohjan kenttään niin, että ensisijainen vastaus tulee ikäihmiseltä. Tilanteessa, jossa emme saaneet ikäihmiseltä vastausta, syötimme kenttään omaisen vastauksen ja mikäli omaiseltakaan emme saaneet vastausta, syötimme perhehoitajan vastauksen kyseiseen kenttään. Vastausvaihtoehtoja oli neljä (ASCOT adult social care outcomes toolkit 2015):

- 1 "ei tarpeita"
- 2 "jonkin verran tarpeita"
- 3 "paljon tarpeita"
- 9 "ei vastausta"

Vastausvaihtoehtoa -9 käytetään tilanteessa, jolloin ei saada lainkaan vastausta ikäihmiseltä, hänen omaiseltaan tai perhehoitajalta. Meidän haastattelussamme saimme kaikkiin kysymyksiin vastaukset. Omaisen vastauksiin jouduimme turvautumaan viisi kertaa ja perhehoitajan vastauksiin kolme kertaa.

Haastattelujen jälkeen tiedot syötettiin tietokoneohjelmalle, joka tuotti vaikuttavuusarvot. Tämän jälkeen pääsimme analysoimaan saatuja arvoja sekä mittarin toimivuutta opinnäytetyötämme varten. Syötetyistä tiedoista ohjelma antaa yhden indeksiluvun, vaikuttavuusarvion. Mittarin tarkoituksena on mitata nykyistä sosiaalipalveluun liittyvää elämänlaatua palvelun kanssa (*Current SCRQoL*) sekä oletettua elämänlaatua ilman palvelua (*Expected SCRQoL*). Hyöty saadaan näiden erotuksesta. (Pulliainen 2012.)

7 TULOKSET

Kerätyn tiedon tuloksia voidaan esittää esimerkiksi taulukkona, kuviona tai tunnuslukuina. Taulukko kertoo enemmän ja yksityiskohtaisempaa tietoa kuin kuvio tai tunnusluvut. Kuvio eli graafinen esitys on visuaalinen kuvaus tuloksista ja se antaa hyvän yleiskuvan siitä, miten aineisto on jakautunut. Tunnusluvuilla voidaan aihetta tarkastella hyvin nopeasti, mutta niistä saa vähemmän informaatiota tarkasteltavasta aiheesta. Asiantunteva lukija käyttää tunnuslukuja työväliseenään. Tutkija voi valita, mitä vaihtoehtoa hän käyttää. Tällöin on mietittävä lukijan intressejä eli millaista tietoa hän mahdollisesti haluaa tai tarvitsee. Myös tarkoituksenmukaisuus on tärkeä näkökulma. (Valli 2010, 225–226.)

7.1 Haastateltavien taustatiedot

Teimme haastattelut Itä-Suomen alueen perhekodeissa. Yhteensä haastateltavia oli yhdeksän ikäihmistä. Haastatteluun osallistuneiden perhekodin asiakkaiden ikä oli 65–85 vuotta. Haastatteluun osallistuneista ikäihmisistä viisi oli naisia. Haastatteluun osallistuivat ikäihmisten kuusi omaista sekä kolme perhehoitajaa.

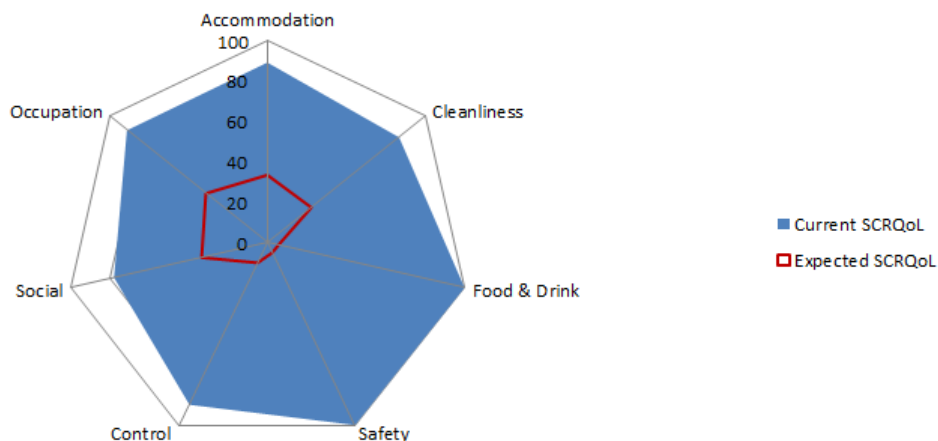
Haastattelun kriteerinä pidimme, että ikäihmiset ovat jatkuvassa perhehoidossa. Näin varmistimme parhaan mahdollisen tuloksen perhehoidon vaikuttavuudesta. Haastateltavia emme rajanneet minäkään sairauden perusteella tutkimuksen ulkopuolelle. Haastateltavan asiakkaan tuli olla yli 65-vuotias.

7.2 Tulokset elämänlaadun osa-alueista

Kuviossa 4 kuvatut ASCOT-mittarin sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun osa-alueet ovat (Pulliainen 2012):

- henkilökohtainen puhtaus ja miellyttävyys = cleanliness
- ruoka ja juoma = food and drink
- turvallisuus = safety
- mielekäs tekeminen = control
- sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus = social
- arjen hallinta = occupation
- asumisen siisteys ja miellyttävyys = accommodation
- arvokkuus = dignity
 - millaiselta palvelun vastaanottaminen tuntuu
 - tapa jolla palvelua annetaan vaikuttaa omanarvontunteeseen

Kuvio 4 kuvaa diagrammina ikäihmisten elämänlaatua perhehoitopalvelun asiakkaana. *Current SCRQoL* (tumma väritetty alue) tarkoittaa elämänlaatua perhehoidossa ja *Expected SCRQoL* (keski-alueen väriviiva) tarkoittaa elämänlaatua ilman palvelua. Kuviossa 4 on kuvattuna ”timanttina” taulukon 1 haastattelun tulokset.



KUVIO 4. Nykyinen sosiaalipalveluun liittyvä elämänlaatu ikäihmisten perhehoidossa (n=9).

Taulukossa 1 on koottuna ASCOT-vaikuttavuusmittarin kahdeksan osa-alueetta prosentteina. Ideaalitilaa kuvataan 100 %:lla. Ikäihmiset arvioivat että, ”Asumisen siisteys ja miellyttävyys” 89 % sekä ”Henkilökohtainen puhtaus ja miellyttävyys” 83 % ovat perhehoidossa korkeammat kuin ilman palvelua. Kummankin osa-alueen palvelun hyöty oli siis 56 %. Mittauksen selkeimmät erot elämän laadussa olivat ”Ruoka ja juoma” sekä ”Turvallisuus” -osa-alueilla. Kummallakin osa-alueella elämänlaatu perhehoidossa oli ideaalitasolla eli 100 %, kun se ilman palvelua oli hyvin alhainen (6 %). Palvelun hyöty kummallakin osa-alueella oli peräti 94 %.

ASCOT-vaikuttavuusmittarin osa-alueella ”Sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus” elämänlaatu oli perhehoidon osalta mittauksen alhaisin 78 %. Vastaavalla osa-alueella ilman palvelua elämänlaatu oli 33 %, jolloin kyseisen osa-alueen palvelun hyöty oli 45 %, joka oli myös mittauksen alhaisin. Tämä kertoo, että perhehoidon hyöty ikäihmisen sosiaaliseen elämänlaatuun tältä osin oli pieni. Osa-alueilla ”Arjen hallinta” ja ”Mielekäs tekeminen” elämänlaatu perhehoidossa oli 89 %. Elämänlaatu ilman palvelua oli ”Arjen hallinnan” osa-alueella 38 % ja ”Mielekkään tekemisen” osa-alueella 11 %. Edellä mainittujen osa-alueiden palvelujen hyötyprosentit olivat 50 ja 78. Ikäihmisten mielestä elämänlaatu on parempi perhehoidossa kuin elämänlaatu ilman palvelua kaikilla ASCOT-vaikuttavuusmittarin osa-alueilla. ASCOT-vaikuttavuusmittarin kahdeksatta osa-alueetta ”Arvokkuus” ei esitetty kuviossa 4 tai taulukossa 1, koska arvokkuutta mitattiin vain tämänhetkisessä tilanteessa.

TAULUKKO 1. Haastattelun tulokset ASCOT-vaikuttavuusmittarin osa-alueitten mukaan (n=9).

ASCOT- mittarin sosiaalipalveluun liittyvän elämänlaadun osa - alueet	Elämänlaatu perhehoidossa %	Elämänlaatu ilman palvelua %	Palvelun hyöty %
Asumisen siisteys ja miellyttävyys	88,9	33,3	56,6
Henkilökohtainen puhtaus ja miellyttävyys	83,3	27,8	55,5
Ruoka ja juoma	100,0	5,6	94,4
Turvallisuus	100,0	5,6	94,4
Sosiaalinen osallistuminen ja osallisuus	77,8	33,3	44,5
Arjen hallinta	88,9	38,9	50,00
Mielekäs tekeminen	88,9	11,1	77,8

7.3 Vaikuttavuusarviot

ASCOT-vaikuttavuusmittarin valmis Excel-taulukkopohja antaa hyötyosuuden syötettyjen haastatteluvastausten perusteella. ASCOT-pisteillä vaihteluväli on -0,17–1,00 jolloin ideaalitila on 1 ja 0 tarkoittaa olla kuollut (Pulliainen 2012). Taulukossa 1 on esitetty elämänlaadun kaikkien osa-alueiden tulokset prosentteina. Taulukossa 2 esitellään kaikkien osa-alueiden yhteinen hyötyosuus, joka on tärkein tulos ASCOT-vaikuttavuusmittarissa. Taulukossa esitetään millainen hyöty saadaan ikäihmisen yksin asuessa ilman palvelua verrattuna asumiseen perhehoidossa. Haastateltujen elämänlaatu perhehoidossa on 0,88. Tämä tarkoittaa, että ikäihmisten elämänlaatu on merkittävästi parempi kuin ilman palvelua. Taulukosta näkee, että ikäihmisten oletettavissa oleva elämänlaatu ilman palvelua on 0,08. Elämänlaatu ilman palvelua on lähellä nollaa, mikä tarkoittaa huonoa elämänlaatua. Muutos elämänlaadussa on hyötyosuutena 0,80, joka on aikaansaatu perhehoidossa. Tulosten mukaan ikäihmisten mielestä heidän elämänlaatunsa on huomattavasti parempi perhehoidossa kuin ilman palvelua.

TAULUKKO 2. Haastattelun hyötyosuus

Elämänlaatu perhehoidossa	0,88
Elämänlaatu ilman palvelua	0,08
Hyöty	0,80

7.4 Ikäihmisten haastattelujen vastauksia

Opinnäytetyömme ikäihmisten fyysinen elämänlaatu perhehoidossa toteutui haastatteluiden ja haavainnoinnin perusteella hyvin. Haastattelussa kysimme viihtymisestä perhehoidossa, jolloin saimme erilaisia vastauksia. Ikäihmiset kuvasivat viihtymistään perhehoidossa seuraavasti:

”Kotonahan minä olen.”

”Oon minä tähän tottunut.”

Perhekodin turvallisuudesta havainnoimme muun muassa valaistuksen riittävyyttä, kulkureittien avoimuutta ja esteettömyyttä, ylösnousua helpottavia kahvoja WC-tiloissa ja yönaikainen ovien lukitus. Turvallisuuden tunnetta kysellessämme ikäihmiset kertoivat yleensä tuntevansa olonsa turvallisiksi. Eräs ikäihminen kertoi aamulla heräävänsä aikaisin ja kuulostelevansa talon ääniä. Tarkistaakseen onko talossa ketään, hän kertoi:

”Jos ei kuulu keittiöstä mitään minä huhuilen.”

Ravitseminen toteutui perhehoidossa ikäihmisten ja heidän omaisten mukaan hyvin. Ikäihmiset saivat esittää toiveita millaista ruokaa heille perhekodissa tarjotaan. Heillä oli mahdollisuus osallistua ruuan valmistukseen omien voimavarojensa mukaan. Kysyttäessä, onko ruoka sellaista kuin haluatte, saimme eräältä ikäihmiseltä vastauksen:

”Emäntä laittaa oikein hyvää ruokaa.”

Haastattelijan kysyessä, mikä olisi erityistä herkkua kahvin kanssa, ikäihminen vastasi:

”Pulla.”

Mielekkästä tekemistä kysyttäessä useimmilla ikäihmisillä oli jotain mieluisaa tekemistä. Ikäihmiset osallistuivat päivittäin talon askareisiin esimerkiksi keittiö- ja ulkotöihin. He kuitenkin nimesivät erilaisia mielekkäitä tekemisen kohteita esimerkiksi haitarin soittaminen, lehden lukeminen, urheilujohjelmien seuraaminen, marjastus, perinneruokien laittaminen ja lemmikkien ruokkiminen. Vastauksista kävi ilmi kuinka ikäihmisillä oli vapaus valita osallistuvatko he perhekodin askareisiin vai eivät.

”Minä oon tehnyt ihan tarpeeks.”

”En ole innokas sellaisiin hommiin.”

Joskus osallistuminen askareisiin tuntui ikäihmisestä miellyttävältä.

”Kyllä he pyytävät tekemään, mielelläni teen”.

Aina kaikki eivät löydä mielenkiintoista tekemistä.

”Joskus sais olla kiinnostavampakin tekemistä”.

Psyykkisen elämänlaadun toteutuminen näkyi perhekodin yhteisissä tekemisissä. Ikäihmiset ja perhehoitaja kokoontuivat yhteen ruokailemaan ja kahvittelemaan, jolloin samalla ikäihminen pystyi muistelemaan ja pohtimaan omaa elämäänsä. Tällainen yhteinen toiminta tukee ikäihmisen minäkäsitystä ja itsearvostusta. Kysymykseen arvokkuudesta ja avun tarjoamisesta, millä tavalla ikäihmistä autetaan, saimme kyseiseltä ikäihmiseltä muun muassa seuraavat vastaukset:

”Kunnioittava ja hyvä.”

”Hyvin suhtautuvat vaikka kuinka uikutan.”

Ikäihmisellä sosiaaliseen elämänlaatuun vaikuttaa perhekodin yhteisö. Ikäihmiset kokoontuivat yhteisille aterioille, jolloin ravitsemuksen lisäksi aterialla oli merkitystä myös sosiaaliseen elämään. Huomasimme, että perhehoidossa jokaisella oli myös oma sosiaalinen verkostonsa, joka toimii eri ikäihmisillä eri tavalla. Omaiset osallistuivat mahdollisuuksiensa mukaisesti läheisensä tukemiseen perhekodissa, usein välimatka heihin oli pitkä. Joidenkin ikäihmisten omaiset vierailivat viikottain läheisensä luona. Perhekodin kanssa ikäihmisillä oli mahdollisuus osallistua erilaisiin tapahtumiin ja pieniin retkiin.

Ikäihmisen elinympäristö perhehoidossa haastattelukohteissamme oli luonnon lähellä. Perhekodit olivat kodikkaita, mikä vaikutti ikäihmisen viihtyvyyteen. Omassa huoneessa ikäihmisellä oli mahdollisuus sisustaa huone yksilöllisesti ja tuoda omia tuttuja sekä tärkeitä tavaroita. Tämä vahvisti ikäihmisen persoonallisuutta ja minuutta. Asumisen siisteydestä puhuttaessa eräs ikäihminen vastasi:

”Näättehän että täällä on siistiä ja kotoisaa.”

Haastattelijan kysyessä onko sänky miellyttävä, saimme hyvän kommentin:

”Sänky saisi olla pikkusen levveempi, jos emännän hommais niin sänky ahas.”

8 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyön aiheen valitsemisen helmikuussa 2014, jolloin tutustuimme jo aiheeseen. Elokuussa 2014 pääsimme tekemään opinnäytetyön aihekuvausta. Elokuussa keräsimme tietoa ikäihmisten perhehoitokodeista, ASCOT-mittarista sekä teimme sanahakuja eri tietokantojen kautta. Lokakuussa osallistuimme Vanhusten perhehoidon voima 2013–2014 -hankkeen päätösseminaariin Siilinjärvellä. Marraskuussa meillä oli mahdollisuus tavata ASCOT-mittarin englantilaisia asiantuntijoita Pieksämäellä seminaarissa ”Tutkimustiedolla palvelujärjestelmä paremmaksi”. Seminaarissa käsiteltiin ikääntyneiden sosiaalipalveluita, palvelujen erilaisia järjestämistapoja sekä palvelujen vaikuttavuutta. Pidimme opinnäytetyön työsuunnitelman esityksen lokakuussa, joka vastasi suunnittelemaamme aikataulua. Työsuunnitelma esityksen jälkeen joulukuussa aloimme tehdä haastatteluja.

8.1 Tulosten tarkastelua

Tavoitteenamme oli saada kokemusta ASCOT-vaikuttavuusmittarin käytöstä ikäihmisten osalta perhehoidossa. Näin saimme myös tietoa perhehoidossa olevien elämänlaadusta haastatteluhetkellä. Opinnäytetyössämme esiin tulleet havainnot tukivat vaikuttavuusmittarin avulla saatuja tuloksia. Mielestämme onnistuimme kaikissa haastatteluissa hyvin ja saimme vastauksia. Mielestämme saimme haastateltaville välittymään tunteen siitä, että he olivat osallistuneet tärkeään haastatteluun. Perhekodit olivat miellyttäviä ilmapiiriltään ja jokainen perhekoti oli yksilöllinen, kuten meidän kaikkien kotimme ovat. Oman havaintomme mukaan perhehoitajat ovat työhönsä innostuneita ja tekevät koko sydämellään työtä ikäihmisten hyväksi.

Kohtasimme työtä tehdessämme ennakkoluuloja omaisten ja kuntien edustajien taholta. Pohdimme, pohjautuvatko vastaan tulleet ennakkoluulot perhehoitoa kohtaan historiaan. Perhekunnat ja kyläyhdistykset ovat pitäneet huolta lähipiirinsä ihmisistä menneinä vuosisatoina. Tämän lisäksi kirkko ja hyväntahtoiset ihmiset ovat auttaneet heitä, joilla ei ole ollut sukulaisia tai ystäviä. Keisarin julistettua kerjäämisen kielletyksi, tilalle tulivat eläte- ja ruotuhoito sekä vaivaistalot. Esimerkiksi orpoja, vaivaisia ja köyhiä annettiin elätiksi sellaiseen taloon, joka vaati heistä pienintä maksua kunnalta. Tämän kaltaisen köyhäinhuutokaupan rinnalle alkoi vähitellen tulla laitoshoidon hoito. Köyhäinhuutokaupasta tuli voimaan 1923 ja siinä määriteltiin kunnat velvollisiksi järjestämään hädänalaisten hoito. Eläte- ja ruotuhoidon kaltaiset järjestelyt kiellettiin. Tämän jälkeen maahamme perustettiin kunnalliskoteja. (Ketola 2008, 15–16.)

Haastattelun tulosten mukaan ikäihmisten sosiaalipalveluun liittyvä elämänlaatu toteutuu perhehoidossa paremmin kuin ilman palvelua. Kaikissa ASCOT-vaikuttavuusmittarin osa-alueissa oli nähtävissä perhehoidon hyöty elämänlaatuun verrattuna ilman palvelua. Minimissään ikäihmisten perhehoidon hyöty oli 78 prosenttia ja maksimissaan 100 prosenttia.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ikäihmisten hoitotyö perustuu tutkitun ja kokemustiedon lisäksi eettisiin periaatteisiin ja arvoihin. Eettiset periaatteet ohjaavat erottamaan hoitotyössä, mikä on oikeaa ja mikä väärää. Eettisten periaatteiden mukaan hoitotyössä toimitaan hyvää tehden, vahinkoa välttäen, ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen sekä oikeudenmukaisesti. Ikääntyneen hoitotyössä eettiset periaatteet ja arvot ovat haastavia soveltaa. (Sarvimäki 2008, 27–29.)

Opinnäytetyön haastattelut teimme ennakkosuunnittelun mukaan, jossa ohjasimme ja motivoimme haastateltavaa. Haastattelija tiesi roolinsa ja haastateltava hyväksyi sen. Haastateltavan oli voitava luottaa siihen, että hänen kertomuksensa pysyi luottamuksellisena. Luotettavuuden eli reliabiliteetin on tarkoitus lisätä tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia ja tutkimuksen luotettavuus vaatii toistettavuutta samanlaisin tuloksin. Tieteellisiä tuloksia ei voi yleistää niiden pätevyysalueen ulkopuolelle, eikä tutkimuksen tuloksia voi yleistää toiseen aikaan tai muunlaiseen yhteiskuntaan. Tutkimuksessa tutkijan rooli on tärkeä. Tutkijan pitää olla tarkka ja kriittinen, koska mahdollisia virheitä voi tulla tietojen keräämisessä, syöttämisessä, käsiteltäessä sekä tuloksien tulkittamisessa. Tutkimuksessa on tärkeää tulkita tulokset oikein ja käyttää itselle luotettavia analyysimenetelmiä, jotka tutkija hallitsee hyvin. (Heikkilä 2008, 30.) Opinnäytetyön tuloksissa eivät käy ilmi yksilöt eli asiakas, omainen tai perhehoitaja ei ole tunnistettavissa. Merkitsimme lomakkeet koodeilla esimerkiksi asiakas oli A1, omainen O1 ja perhehoitaja H1. Numerot etenivät loogisesti haastateltavien mukaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan käsitellä neljän erilaisen kriteerin mukaan: vahvistettavuus, uskottavuus, siirrettävyys sekä refleksiivisyys. Opinnäytetyössämme liittyvään haastatteluun olimme hakeneet luvat asiakkailta, perhehoitajilta ja omaisilta. Haastattelut ja osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Otimme huomioon, että ikäihmisellä oli erilaisia voimavaroja ja sairauksia kuten esimerkiksi muistisairaus, siksi halusimme esitellä asiat yksinkertaisesti ja selkeästi. Haastattelujen luotettavuuden kannalta toteutimme asiakkaiden haastattelut pareina, jolloin toinen oli haastattelija ja toinen havainnoitsija. Lähetimme jokaiselle haastatteluun osallistuvalla saatekirjeen. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksesta ja mihin tutkimusta ja sen tuloksia käytämme.

Ennen haastattelun alkua kerroimme, mistä tilanteesta oli kysymys. Kerroimme opinnäytetyömme eettisyydestä ja luotettavuudesta eli että yksittäisten vastaajien, paikkakuntien tai kotien tiedot eivät käy tuotoksestamme esille. Asiakkaan haastattelija esitteli myös tarkkailijan ja hänen roolinsa. Asiakkaiden haastattelussa käytimme apuna havainnointia, joka lisää haastattelun onnistumista ja parantaa sen laatua. Havainnoitsija huomioi tarkemmin haastattelua, koska keskittyy vain havainnointiin. Ann-Marie Towers Kentin yliopistosta Tutkimustiedolla palvelujärjestelmä paremmaksi -seminaarissa (2014) toi esille havainnoinnin tärkeyttä myös ennen ja jälkeen haastattelutilannetta. Haastattelun onnistumisen kannalta on tärkeää varata riittävästi aikaa tutustua perhekodin arkeen. Ristiriitaa voi esiintyä haastattelun vastausten ja havainnoinnin välillä. (Towers 2014.)

Perhehoitajan haastattelussa hänelle annettiin oma haastattelulomake, josta hän voi itse varmistaa ja seurata kysymyksiä haastattelun edetessä sekä merkitä vastaukset itse lomakkeille. Haastattelun alussa kerroimme, että haastattelu analysoidaan ja raportin kirjoittamisen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. Sen toivoimme turvaavan ja vahvistavan haastattelutilanteen luottamuksellisuuden ja luovan mukavan ilmapiirin.

Mittauksen luotettavuuden edellytys on tutkimuksen tekeminen tieteellisen tutkimuksen ohjeistuksen mukaan. Luotettavuuden mittareina käytetään validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti eli pätevyys kertoo, onko mitattu juuri haluttua asiaa. Reliabiliteetti eli luotettavuus kertoo tulosten tarkkuudesta. (Heikkilä 2004, 29–30.)

Huolellisesti tehty haastattelulomake tulee aina harjoitushaastattelulla, jolloin selviää, kuinka selkeä ja toimiva haastattelulomake on, sekä kuinka paljon haastatteluun kuluu aikaa. Harjoitushaastattelussa selviää, onko lomakkeella turhia kysymyksiä tai jääkö jotain tärkeää kysymättä. (Heikkilä 2004, 61.) Lomakkeiden testauksen teimme harjoitushaastatteluilla, jolloin saimme kokemusta haastattelulomakkeiden toimivuudesta. Harjoitushaastatteluilla saimme kysymykset ja aihepiirit haastattelijalle tutuiksi sekä pystyimme havainnoimaan haastatteluun käytettävää aikaa. Kävimme haastattelulomakkeen kysymyksiä läpi ja mietitimme, miten saisimme kysymykset selvitettyä niin, että asiakas ymmärtäisi ne oikein. Testihaastattelussa haastattelija harjoitteli asiakkaalle esitettävien kysymysten toimivuutta. Ennalta suunnittelimme niin sanotut apukysymykset, joiden avulla saimme asiakkaan mielipiteen esille kulloisenkin kysymyksen kohdalta. Pelkästään varsinaisen kysymyslomakkeen mukaan haastattelu tuntui vaivalloiselta ja aikaa vievältä. Ratkaisimme, että suoritamme asiakas haastattelun kahdestaan, jolloin toinen oli havainnoitsija ja toinen haastattelija. Teimme harjoitushaastattelun iäkkään pariskunnan kanssa. Valitsimme haastateltavan pariskunnan ikäluokan ja terveydentilan mukaan. Haastateltavista toinen kävi ajoittain intervallijaksolla terveyskeskuksessa ja puoliso oli hänen omaishoitaja. Haastattelu oli mielenkiintoinen, koska haastateltavalla on muistisairaus, kuten oletettavasti useimmalla perhekodin asiakkaalla. Muistisairas toimi haastattelussa asiakkaana ja omaishoitaja vastasi omaisen roolissa.

Harjoitushaastattelussa huomasimme, että asiakas alkoi haastattelun yhteydessä kertoa elämästään. Haastattelun sujuvuuden kannalta haastattelija olisi voinut siinä kohden poiketa lomakkeen järjestyksestä ja tehdä kysymyksen puheena olevasta aiheesta. Havainnoitsijan rooli haastattelussa oli auttaa haastattelijaa keskittymään kokonaisuuteen, jolloin havainnoitsija kirjasi huomioitaan haastattelussa ja poimi oikeita vastauksia. Havainnoitsijan sijainti haastattelutilanteessa tuli olla sivummalla, jolloin huomio ei kiinnittynyt häneen liiaksi. Molemmat haastattelut onnistuivat hyvin ja haastatteluilmapiiri oli positiivinen ja ystävällinen. Haastattelun jälkeen pohdimme kokemuksia ja vinkkejä tulevia haastatteluja varten. Meillä jäi selkeä käsitys, miten paljon aikaa pitää varata haastatteluun sekä miten pitää kirjata vastauksia ja asiakkaan tuntemuksia. Harjoitushaastattelu antoi meille rohkeutta ja varmuutta varsinaisia haastatteluja varten.

8.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön yksi tarkoitus oli haastatella ikäihmisiä, omaisia ja perhehoitajia sekä käyttää työvälineenä ASCOT-vaikuttavuusmittaria tutkimalla ikäihmisten elämänlaadun toteutumista. Etsimme Itä-Suomen alueen mahdolliset perhekodit, joissa toteutimme opinnäytetyön haastattelut. Haastattelujen jälkeen tiedot syötettiin tietokoneohjelmalle, joka tuotti vaikuttavuus arvot. Excel-taulukko löytyy ASCOT-vaikuttavuusmittarin englanninkielisiltä sivuilta. Tämän jälkeen saatuja arvoja sekä mittarin toimivuutta pääsimme analysoimaan opinnäytetyötä varten.

ASCOT-vaikuttavuusmittarin käytössä saimme tietoa Diakonia-ammattikorkeakoululta Pieksämäeltä lehtori, terveystieteiden maisteri Marjo Pulliaiselta. ASCOT-vaikuttavuusmittariin perehdyimme nettisivuilla sekä osallistumalla seminaareihin Siilinjärvellä ja Pieksämäellä. Kuluja meille muodostui matkakustannuksista sekä materiaalikuluista, joita syntyi haastattelulomakkeiden tulostamisesta.

Koko opinnäytetyöprosessin aikana tapahtui ammatillista kehittymistä. Vahvuutenamme oli että aihe kiinnosti meitä kaikkia. Hyödyimme tulevaisuudessa saamistamme tiedoista ja taidoista. Saimme paljon kokemusta erilaisten ikäihmisten kohtaamisista ja haastattelutilanteista. Haastateltavilla ikäihmisillä oli erilaisia sairauksia, jotka toivat haasteita kommunikoinnin onnistumiseen. Vahvuutenamme oli myös meidän aikaisempi elämän- sekä työelämäkokemuksemme joka auttoi haastattelujen onnistumisessa. Saimme runsaasti tietoa perhehoidosta sekä voimme tuoda perhehoitoa tunnetummaksi opinnäytetyömme kautta.

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, kuinka tutkimuksen tekeminen oli aikaavievää ja vaatii paljon tarkkuutta tietojen ja haastattelujen kirjaamisessa. Suunnittelimme etukäteen aineiston keräämistä ja jaoimme tiedon keräämistä tasapuolisesti kaikille. Luimme tuottamaamme tekstiä useita kertoja ja muokkasimme sitä loogiseen ja helposti luettavaan muotoon. Haastattelun tulosten analysoinnin myötä työmme sai lisää myös tietopohjaa, koska kaikki haastattelulomakkeen kysymykset on perusteltu tutkitun tiedon pohjalta. Opinnoissamme oli huomioitu lukujärjestykseen aikaa opinnäytetyön tekemiseen. Kokoonnuimme viikoittain useampana päivänä tekemään opinnäytetyötämme.

Jatkotutkimusaiheita opinnäytetyömme perusteella olisi samansuuntainen tutkimus tehtynä suuremmalla määrällä haastateltavia. Tutkimuksen voisi toteuttaa laitoshoidon asiakkaille tai lyhytaikaisessa perhehoidossa oleville ikäihmisille ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien.

Opinnäytetyömme julkaistaan Theseus-tietokannassa

LÄHTEET

- ASCOT adult social care outcomes toolkit 2014. ASCOT-mittari [verkkosivu]. Pssru [viitattu 13.11.2014]. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/finnish/>
- ASCOT adult social care outcomes toolkit 2015. Instruments and data entry tools [verkkosivu]. Care home interview schedule [viitattu 20.2.2015]. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/instruments.php>
- Eksote 2014a. Omaishoidon vapaapäiväoikeus [verkkajulkaisu]. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 24.9.2014]. Saatavissa: <http://www.eksote.fi/fi/ikaihminenpalvelut/omaishoito/omaishoitonvapaapaivaoikeus/sivut/default.aspx>
- Eksote 2014b. Omaishoito [verkkajulkaisu]. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus [viitattu 24.9.2014]. Saatavissa: <http://www.eksote.fi/fi/ikaihminenpalvelut/omaishoito/sivut/default.aspx>
- Elo, S. 2008. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 92–108.
- Etene 2008. *Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti*. 2. painos [verkkodokumentti]. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta [viitattu 30.10.2014]. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf
- FCG Finnish Consulting Group Oy 2015. *Miten RAVA-mittaria voi hyödyntää* [verkkajulkaisu]. FCG Finnish Consulting Group Oy [viitattu 8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.ravamittari.fi/miten-rava-mittaria-voi-hy%C3%B6dynt%C3%A4%C3%A4>
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkilä, T. 2004. *Tilastollinen tutkimus*. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 42–56.
- Joensuun kaupunki 2013. *Perhehoito* [verkkosivu]. Joensuun kaupunki [viitattu 30.1.2015]. Saatavissa: <http://www.joensuu.fi/perhehoito>
- Jyväskylän yliopisto. 2014. *Määrällinen tutkimus* [verkkajulkaisu]. Avoin yliopisto Koppa [viitattu 26.10.2014]. Saatavissa: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Jämsä. 2013. Vanhusten perhehoidon toimintaohje [verkkajulkaisu]. Keski-Suomen Perhehoitajat ry [viitattu 8.10.2014]. Saatavissa: http://www.jamsa.fi/images/asukkaille/Sosiaali_ja_terveys/Vanhusten_perhehoidon_toimintaohje.pdf
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Ketola, J. 2008. Perhehoito ennen ja nyt. Teoksessa Ketola, J. (toim.). *Sijoita perheeseen*. Juva: WS Bookwell Oy, 15–26.
- Kivelä, S.-L. 2013. Uni. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364–372.
- Kivelä, S.-L. 2012. *Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen*. Helsinki: Sirkka-Liisa Kivelä ja Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa.
- Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. *Vanhana tänään*. Tallinna: Raamatutrükikoda.
- Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). *Ikku-noita tutkimusmetodeihin II – Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: WS Bookwell Oy, 70–85.
- Kuukkanen, M. 2014. Kehittämispäällikkö. Perhehoitoliitto. Vanhusten perhehoidon voima 2013–2014 -hankkeen päätöstilaisuus. Siilinjärvi 8.10.2014. Päätöstilaisuus.
- Kuukkanen, M. 2008. Vanhusten perhehoito. Teoksessa Ketola, J. (toim.). *Sijoita perheeseen*. Juva: WS Bookwell Oy, 91–97.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista L 2012/980.* Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 8.10.2014]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?>
- Laki omaishoidon tuesta L 937/2005.* Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 8.10.2014]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L 2000/812.* Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2000/20000812>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista L 1992/734.* Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>
- Linnoosmaa, I. 2013. THL. *Myös sosiaalipalveluiden kustannusvaikuttavuutta arvioitava* [verkkojulkaisu]. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uitiskirje/2013/paakirjoitus-1/2013>
- Linnoosmaa, I., Kettunen, A. & Pulliainen, M. 2013. THL. *ASCOT - laukkakilpailu vai elämänlaadun mittari?* [verkkojulkaisu]. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uitiskirje/2013/ascot-laukkakilpailu-vai-elamanlaadun-mittari->
- Luoma, M.-L. 2008. Elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 74–89.
- Lyyra, T.-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 16–26.
- Mehtonen, M. 2012. Vaikuttavuus [verkkosivu]. Kunnat.net [viitattu 27.10.2014]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/tuottavuus/vaikuttavuus/Sivut/default.aspx>
- Perhehoitajalaki L 1992/312.* Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920312>
- Perhehoitoliitto. 2014a. *Ikäihmisten perhehoidon lähtökohdat ja vahvuudet* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/perhehoidon_lahtokohdat_ja_vahvuudet
- Perhehoitoliitto. 2014b. *Hoivaa ja huolenpitoa perheessä* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: <http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset>
- Perhehoitoliitto. 2014c. *Kokemuksia ikäihmisten perhehoidosta* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 24.9.2014]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/kokemuksia_ikaihmisten_perhehoidosta
- Perhehoitoliitto. 2014d. *Kenelle perhehoito sopii?* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/kenelle_perhehoito_sopii
- Perhehoitoliitto. 2014e. *Perhehoidon toimintaohje, asiakkaan suunnitelmat ja toimeksiantosopimus* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 23.9.2014.] Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/palvelut/palvelut_kunnille/perhehoidon_toimintaohje_asiakkaan_suunnitelmat_ja_toimeksiantosopimus
- Perhehoitoliitto. 2014f. *Perhehoidon järjestäminen* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/miten_perhehoito_jarjestetaan
- Perhehoitoliitto. 2014g. *Perhehoitoon hakeutuminen* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 2.2.2015]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/ikaihmiselle_ja_laheiselle
- Perhehoitoliitto. 2014h. *Miten perhehoitajaksi tullaan?* [verkkojulkaisu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 23.9.2014]. Saatavissa: http://www.perhehoitoliitto.fi/perhehoito/ikaihmiset/miten_perhehoitajaksi_tullaan
- Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 42–67.

- Pirinen, M. 2014. *Vanhusten perhehoidon toimintaohje Pohjois-Savo* [verkkosivu]. Vanhusten perhehoidon voima 2013–2014 -hanke [viitattu 26.9.2014]. Saatavissa: <http://www.lapinlahti.fi/loader.aspx?id=7dc0caf0-3e27-4413-953e-b9b22a54b9e5>
- Pitkälä, K. 2013. Ravitsemustilan selvittäminen osaksi vanhusten kokonaisvaltaista arviointia. *Suomen Lääkärilehti* [verkkolehti]. 36/2013 [viitattu 9.1.2015]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039818>
- Pulliainen, M. 2012. *ASCOT-mittari vanhusten kotihoidossa sekä vanhusten ja kehitysvammaisten palveluasumisessa* [verkkosivu]. Diakonia-ammattikorkeakoulu [viitattu 26.9.2014]. Saatavissa: <http://www.pssru.ac.uk/ascot/finnish/documents/MPulliainen24052012.pdf>
- Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä. 2014. *Ikäihmisten perhehoidon toimintaohje toimeksianto-perusteinen perhehoito* [verkkodokumentti]. Yhtymähallitus [viitattu 26.9.2014]. Saatavissa: http://www.ras.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/ras/embeds/raswwwstructure/15143_Ikaihmisten_perhehoito_2014_01_29.pdf
- Rehn E. 2014. Missä oma vastuumme on? *Vanhustenviikon -lehti* [verkkolehti]. 2014 [viitattu 7.1.2015]. Saatavissa: http://www.vtkl.fi/document/1/4/a20e33c/Vanhustenviikonlehti_2014.pdf
- Räsänen, R. 2011. *Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille* [verkkosivu]. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta [viitattu 26.9.2014]. Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72064/R%c3%a4s%c3%a4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4
- Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2008. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 171–181.
- Salmela, S. & Matilainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 218–232.
- Sarvimäki, A. 2008. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.). *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 27–40.
- Sosiaalihuoltoasetus L 1983/607*. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>
- Sosiaalihuoltolaki L 1982/710, § 25*. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 25.9.2014]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710?>
- Sosiaalikallega s.a. *Perhehoito - hoivaa ja huolenpitoa ikäihmisille* [verkkosivu]. Perhehoitoliitto ry [viitattu 30.1.2015]. Saatavissa: http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/juurruttaminen/vanhustyjohtaminen/perheoitoliitto_esitys.pdf
- STM 2014. *Jatkossa perhehoitoa voisi järjestää myös hoidettavan kotona*. *STM tiedote 264/2014*. [verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1896161#fi>
- STM 2013a. *Ikäihmiset* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 2.9.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset
- STM 2013b. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi* [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11 [viitattu 10.1.2015]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf
- STM 2007. *Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015*. [verkkodokumentti]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8 [viitattu 3.9.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1058737
- THL 2015. Perhehoidossa olleiden vanhusten hoitopäivät vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut [verkkosivu]. Sotkanet [viitattu 23.1.2015]. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d55839e9bf424643eca3c3b2f75c63e226&indCount=3&yearCount=4>
- THL 2014. *Eriarvoisuus*. [verkkosivu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 6.9.2014]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi

- THL 2013. *15D –terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari* [verkojulkaisu]. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto [viitattu 23.2.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>
- THL 2011. *Käsitteet* [verkkosivu]. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos [8.1.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/iakkaiden-neuvontapalvelut-ja-hyvinvointia-edistavat-kotikaynnit/lait-suositukset-kirjallisuus-kasitteet/kasitteet>
- Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 284–290.
- Tiikkainen, P. & Lyyra, T.-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita, 70–86.
- Towers, A.-M. 2014. Erikoistutkija. Kentin yliopisto Englanti. Tutkimustiedolla palvelujärjestelmä paremmaksi -seminaari 11.11.2014. Ravintola Atmosfer Pieksämäki. Diakonia ammattikorkeakoulu Pieksämäki.
- Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. 2010. *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Helsinki: Terveys- ja hyvinvoinninlaitos.
- Valli, R. 2010. Mitä numerot kertovat. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: WS Bookwell Oy, 222–235.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille [verkojulkaisu]. Ikääntyneen ravitsemus [viitattu 17.9.2014]. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>
- Valvira. 2014. *Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystalvet* [verkojulkaisu]. Edita Prima Oy [viitattu 3.9.2014]. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/vanhustenhuolto
- Vilkko, A., Sulander, T., Laitanen, E. & Finne-Soveri, H. 2012. *Miten iäkkäät juovat?* [verkkosivu]. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos [viitattu 7.1.2015]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholitutkimus/suomi-juo/ika-ja-juominen/miten-iakkaat-juovat-#leskeytyminen>

LIITE 1: ASCOT-MITTARIIN LINKKI

Henkilökunnan ja omaisen haastattelu lomake <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/secure/finnish-chint3.pdf>

Asiakkaan haastattelu lomake <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/secure/finnish-chresidentint-3.pdf>

LIITE 2: SAATEKIRJE

SAATEKIRJE

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Savonia ammattikorkeakoulusta Iisalimesta. Opintoihimme sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Meidän opinnäytetyömme aiheena on Ikäihmisten elämänlaadun toteutuminen perhehoidossa ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien. Työmme tarkoituksena on tutkia ikäihmisten elämänlaadua perhekodeissa haastatteleamalla asiakasta, hänen omaistaan sekä perhekodin työntekijää. Tavoitteena on saada tietoa ikäihmisten elämänlaadusta ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla perhekodeissa. Lisäksi haluamme työmme avulla tehdä ikäihmisten perhehoitoa tunnetuksi Suomessa.

ASCOT-vaikuttavuusmittari on vielä uusi Suomessa. Mittari on kehitetty Englannissa. ASCOT-mittari on aikuisten sosiaalipalveluiden mittaamiseen tarkoitettu väline. Mittari koostuu kahdeksasta osiosta elämänlaadun eri osa-alueilta ja ne liittyvät hoivaan sekä mittaavat hoivan vaikutusta. Haastattelussa käytävät osa-alueet ovat: henkilökohtainen puhtaus, ravitsemus, turvallisuus, asumisen miellyttävyyys, sosiaalinen kanssakäyminen, arjen hallinta, mielekäs tekeminen sekä arvokkuus.

Haastatteluja varten meillä on käytössämme valmiit ASCOT-haastattelulomakkeet. Haastattelut toteutamme perhehoitokodissa. Asiakkaan haastattelu suoritamme siten, että yksi opiskelija haastattelee ja toinen opiskelija toimii haastattelun havainnoijana. Näin varmistamme haastattelun laadun ja luotettavuuden. Perhekodin työntekijät ja omaiset haastattelee yksi opiskelija. Mikäli omainen ei pääse saapumaan perhehoitokotiin, haastatteleminen omaista puhelimitse. Haastattelut ovat täysin luottamuksellisia ja vapaaehtoisia.

Haastattelulomakkeet numeroidaan jolloin yksittäisen asiakkaan, omaisen tai perhehoitokodin tiedot eivät tule tuloksissa näkyviin. Lomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

Mikäli teillä herää kysymyksiä, voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse. Sydämellinen kiitos osallistumisestanne opinnäytetyöhömme!

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat:

Kaija Ahonen

Marina Boman

Mirja Kaarakainen

puh: 040-xxx xxxx

puh: 044-xxx xxxx

puh: 050-xxx xxxx

Opinnäytetyön ohjaajat, Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmen kampus:

Susanne Hämäläinen

Annikki Jauhiainen

Lehtori

Yliopettaja

puh: 044-xxx xxxx

puh: 044-xxx xxxx